

**SEMMELWEIS EGYETEM**  
**DOKTORI ISKOLA**

**Ph.D. értekezések**

**2586.**

**PÁLL NIKOLETTA**

**Egészségtudományok**  
című program

Programvezető: Dr. Domján Gyula, professor emeritus  
Témavezető: Dr. Nagyné Dr. Baji Ildikó, főiskolai tanár

A kórházban kezelt gyermekek és szüleik pszichés támogatásának és a  
gyermekápolók érzelmi megterheltségének felmérése

A Child life specialist szakemberek képzésének és módszereinek  
adaptálása a magyarországi oktatási- és egészségügyi ellátási rendszerbe

Doktori értekezés

**Páll Nikoletta**

Semmelweis Egyetem

Patológiai orvostudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Nagyné Dr. Baji Ildikó, PhD, főiskolai tanár

Hivatalos bírálók:

Dr. Papp Katalin, PhD, főiskolai docens

Dr. Tóth Tímea, PhD, főiskolai docens

Szigorlati bizottság elnöke:

Dr. Sótonyi Péter, az MTA rendes tagja,  
professor emeritus

Szigorlati bizottság tagjai:

Dr. Dezsőfi Antal, PhD, egyetemi docens

Dr. Erdősi Erika, PhD, főiskolai docens

Budapest

2021

## Tartalomjegyzék

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE.....	5
1. BEVEZETÉS.....	7
1.2. A kutatás célja.....	9
2. IRODALMI ÁTTEKINTÉS.....	11
2.1. A kórházi kezeléssel összefüggő pszichés hatások.....	11
2.1.1. Alapfogalmak.....	11
2.1.1.1. A trauma meghatározása.....	12
2.1.1.2. A stressz meghatározása .....	13
2.1.1.3. A krízis meghatározása .....	14
2.1.1.4. Poszttraumás stresszavar (Posttraumatic stress disorder (PTSD)).....	16
2.1.1.4.1. A Poszttraumás stresszavar tünetei .....	17
2.1.1.4.2. A poszttraumás stresszavar diagnosztikai és terápiás lehetőségei gyermekkorban .....	19
2.1.1.5. Poszttraumás növekedés (PTN).....	21
2.1.2. A kórházi ellátás pszichés hatása a gyermekekre és a szülőkre .....	22
2.1.2.1. A kórházi ellátás hatása a gyermekekre.....	22
2.1.2.1.1. Fokozott érzelmi megterheléssel járó esetek a gyermekellátásban .....	24
2.1.2.1.1.1. Bántalmazott gyermek .....	24
2.1.2.1.1.2. Balesetben sérült gyermek .....	25
2.1.2.1.1.3. Szülő elvesztése .....	26
2.1.2.1.1.4. Kritikus állapotú gyermek .....	27
2.1.2.1.1.5. Daganatos gyermek.....	28
2.1.2.1.1.6. A haldokló gyermek.....	28
2.1.2.2. A kórházi ellátás hatása a szülőkre .....	29
2.1.2.2.1. A beteg- és családközpontú gondozás (Patient-centered and family-centered care - PFCC) .....	29
2.2. A pszichés támogatás módszerei a gyermekek kórházi kezelése során.....	36
2.2.1. Gyermekek jogai a kórházi ellátás során .....	36

2.2.2. A gyermekbarát ellátás fogalma .....	38
2.2.3. Child life specialist (CLS) szerepe a gyermekek kórházi ellátásában .....	40
2.2.3.1. Az ACLP története.....	40
2.2.3.2. A CLS tevékenységei.....	41
2.2.3.3. A Child life specialist képzési követelményei .....	53
2.3. Pszichés megterheltség és érzelmi feldolgozás a gyermekápolók körében.....	54
2.3.1. Empátia .....	56
2.3.2. Az érzelmi munka .....	56
2.3.3. Másodlagos traumatizáció- (Secondary traumatization stress (STS)).....	58
2.3.4. Burn-out szindróma – Kiegészítés .....	59
2.3.4.1. A kiegészítés prevenciója.....	61
3. CÉLKITŰZÉSEK.....	63
4. MINTAVÉTEL ÉS MÓDSZER.....	64
4.1. A vizsgálat célja.....	64
4.2. Kutatási hipotézisek .....	64
4.3. A vizsgálat kutatási módszerei .....	65
4.3.1. Adatfelvétel.....	65
4.3.2. Minta.....	66
4.3.2.1. Ápolói minta .....	66
4.3.2.2. Szülői minta .....	66
4.3.3. A kutatás mérőeszköze: a kérdőív .....	67
4.3.3.1. Saját szerkesztésű kérdőívek .....	67
4.3.3.2. Megelőző kísérleti tanulmány, validitás és reliabilitás vizsgálat.....	68
4.3.3.3. Események Hatása Kérdőív (IES-R) .....	69
4.3.3.4. Másodlagos traumatizációt mérő skála (Secondary traumatic Stress Scale STSS) .....	69
4.3.4. Adatfeldolgozás és elemzés .....	70
5. EREDMÉNYEK.....	71
5.1. Ápolói kérdőív eredményei.....	71
5.1.1. Az ápolói minta szociodemográfiai jellemzői n=361 fő.....	71
5.1.2. A kórházi gyermekellátásban folyó érzelmi munka és a szakmai segítségnyújtásra vonatkozó kérdések eredményei .....	72

5.1.3. A gyermekápolók érzelmi megterheléseinek feldolgozására vonatkozó kérdések eredményei.....	79
5.1.4. Események Hatása (IES-R) kérdőív és Másodlagos traumatizációt mérő skála (STSS) eredményei .....	82
5.2. A szülői kérdőív eredményei .....	87
5.2.1. Az szülői minta szociodemográfiai jellemzői.....	87
5.2.2. A gyermek kórházi ellátására, a gyermek és a szülő pszichés megterhelésére vonatkozó kérdések eredményei .....	88
5.2.3. Az események Hatása (IES-R) kérdőív eredményei a szülői mintán .....	92
5.3. Az ápolói és szülői minta eredményeinek összehasonlítása .....	95
5.3.1. A gyermekek pszichés felkészítésre és támogatására vonatkozó adatok.....	96
5.3.2. A pszichés támogatásra vonatkozó eredmények.....	100
5.4. Az ápolói és szülői IES-R kérdőív eredményeinek összehasonlítása .....	101
6. MEGBESZÉLÉS .....	103
6.1. Hipotézis vizsgálat.....	107
6.2. A kutatás korlátai .....	111
6.3. A kutatás erősségei .....	111
7. KÖVETKEZTETÉSEK.....	112
7.1. A dolgozat új megállapításai.....	114
7.2. Javaslatok.....	115
8. ÖSSZEFOGLALÁS .....	120
9. SUMMARY .....	121
10. IRODALOMJEGYZÉK .....	122
11. SAJÁT PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK .....	138
12. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS .....	140
ÁBRÁK JEGYZÉKE .....	142
TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE .....	143
MELLÉKLETEK .....	145

**RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE**

ACLP	Association of child life professionals (Child life specialistek Szervezete)
APA	American Psychiatric Association (Amerikai Pszichiátriai Szövetség)
BSc	Bachelor of Science (Főiskolai szintű alapképzés)
CRF	Cancer-related fatigue (daganatos betegséggel összefüggő kimerültség)
CLS	Child life specialist
CRIES	Children's Revised Impact of Events (Események hatása kérdőív gyermekeknek)
CISD	Critical incident stress debriefing (Kritikus események stresszleírása)
CTSQ	Child Trauma Screening Questionnaire Scale (Gyermek trauma szűrő kérdőív)
DSM-5	Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Mentális rendellenességek diagnosztikai és statisztikai kézikönyve)
EACH	European Association for Children in Hospital
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
IES-R	Impact of Event Scale-Revised (Események hatása kérdőív)
MSc	Master of Science (Egyetemi mester fokozat)
MR	Magnetic Resonance Imaging (Mágneses rezonancia vizsgálat)
NLE	Negative life event (Negatív életesemény)
p	Valószínűség
PFCC	Patient-centered and family-centered care (Beteg- és családközpontú gondozás)
PTN	Poszttraumás növekedés
PTSD	Posttraumatic stress disorder (Poszttraumás stresszavar)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Statisztikai megoldásokat szolgáltató programcsomag)

STS	Secondary traumatic stress (Másodlagos traumatizációs stressz)
STSS	Secondary Traumatic Stress Scale (Másodlagos traumatizációs stressz kérdőív)
TASZ	Társaság a Szabadságjogokért
TF-CBT	Trauma- Focused Cognitive Behavioral Therapy (Trauma- fókuszált kognitív viselkedésterápia)
WHO	World Health Organisation (Egészségügyi világszervezet)

## 1. BEVEZETÉS

A kórházi gyermekellátás területén világszerte szemléletváltás figyelhető meg, és a gyermekbarát ellátás elterjedt fogalomként ismert. Az utóbbi években Magyarországon is jelentős változások történtek ezen a területen, a legtöbb gyermekellátó intézetben elindultak az erre irányuló törekvések. A gyermekek egészségügyi ellátásában fontos szempont a gyermekbarát ellátás személyi és tárgyi feltételeinek jelenléte, mert azok segítségével biztosítható olyan szintű ellátás, melyben a legkisebb lelki megterheléssel, legeredményesebben végezhetőek a kezelések, és a beavatkozások („Council of Europe guidelines”, 2011). A témával kapcsolatban a prevenció kiemelendő, mert a kórházban töltött idő, az ezzel kapcsolatosan kialakult szorongás és stresszes állapotok következményei, az egészségügyi ellátó személyzet részéről rosszul kezelt szituációk a gyermek és a szülő szempontjából is életet meghatározó negatív élmény lehet, mely későbbi következményekkel (pl.: poszttraumás stressz zavar (PTSD), depresszió) járhat. Megfelelően kezelt helyzetekkel és technikákkal ezek megelőzhetőek, melyhez hozzá tartozik a gyermek életkorának és értelmi szintjének megfelelő kommunikáció, pszichés felkészítés a beavatkozások előtt, a figyelem eltereléshez szükséges személyi és tárgyi feltételek megteremtése, a gyermekbarát környezet és a szülői jelenlét biztosítása. (Brown & mtsai. 2016). A szülő folyamatos jelenléte a kórházban, és bevonásuk az ápolási feladatokba napjainkban már a legtöbb gyermekeket ellátó kórházi osztályon természetes jelenség, nemzetközileg is egyre több tanulmány foglalkozik a beteg- és családközpontú gondozás (Patient-centered and family-centered care - PFCC) fogalmával, kialakításával és hatásaival. A család fontos szerepet játszik a gyermek egészségének megőrzésében, fejlesztésben vagy szükség esetén helyreállításában, ezért a kórházi kezelésbe a családot is be kell vonni (Mendess, 2016).

A „Child life specialist”-ek (CLS) olyan alap (BSc) vagy mesterfokú (MSc) képzettségű, a gyermekgyógyászat területén dolgozó egészségügyi szakemberek, akik legfőképp amerikai kórházakban gyermekeknek és családoknak segítenek megbirkózni a kórházi ellátás, a betegség és a fogyatékosság kihívásaival. A gyermekek értelmi szintjének megfelelő felkészítést biztosítanak a kórházi beavatkozások alkalmával, közben figyelemelterelést



alkalmaznak, ezzel csökkentve a szorongást és fájdalmat. Manapság a CLS szakemberek az egészségügyi gyermekellátás minden területén segítséget nyújtanak a gyermekeknek és a családoknak. Az egészségügyi szakemberek számára is nagy segítséget nyújt a CLS munkája mert, a felkészített gyermek nyugodtabb, a beavatkozások könnyebben és gyorsabban kivitelezhetők (Boles et al., 2020).

A CLS központi értékei (1. ábra):

1. Nyomon követi és kommunikálja az eredményeit.
2. A betegeket a pozitív hozzáállással, a pszichológia és az élettan ismereteit ötvözve kezeli.
3. Tájékoztatja a családot és a gyermeket, és bevonja a kezelés folyamatába.
4. Elősegíti a gyermekek optimális pszichoszociális fejlődését.
5. Javítja a népesség egészségét azáltal, hogy mintát ad az egészséges életviteli szokások kialakítására (Boles et al., 2020).



1. ábra: CLS központi értékei (Boles et al., 2020)

A külföldi mintákhoz képest Magyarország lényegesen le van maradva a gyermekek és családjuk kórházi támogatásában, mely nemcsak a gyermek és a családok kórházi támogatásának hiányát jelenti, hanem hatással van a gyermekápolók pszichés megterheltségére is. Magyarországon az ápoló személyzet hiánya nem teszi lehetővé, hogy kellő időt fordítsanak egy-egy gyermek ellátására, legtöbb esetben nincs idő a gyermek pszichés felkészítésére és a szülők támogatására sem. A gyermekgyógyászati osztályokon dolgozó pszichológusok általában csak az onkológiai ellátásban vannak folyamatosan jelen, a gyermekellátás egyéb területein szükség esetén kérhető pszichológusi segítség. Az ápolók nincsenek felkészítve, hogy minden esetet megfelelően kezeljenek, támogatást nyújtsanak és felismerjék a súlyosabb helyzeteket, így sokszor a család lelki támogatás nélkül hagyja el a kórházat, és az esetlegesen kialakult akut stressz zavar felfedezetlen marad, mely későbbi problémákhoz, akár poszttraumás stressz zavarhoz vezethet.

Egy betegség már önmagában is érzelmi megterhelő szituációt jelent, mind a gyermeknek mind a szülőnek és az ellátó személyzetnek is. A gyermekekkel kapcsolatos események magasabb stresszhatásúak lehetnek, mely az ápolóknál fokozott lelki megterhelést okozhat, amennyiben ezek feldolgozás nélkül maradnak, másodlagos traumatizáció tünetei jelentkezhetnek, amely kiégéshez vezethet (Kellogg et al., 2018).

## **1.2. A kutatás célja**

Kutatásunkban a gyermekek és a szülők felkészítését és támogatását vizsgáljuk a kórházi gyermekgyógyászati kórházi ellátás során, és a munkavégzés során kialakuló pszichés megterhelés mértékét az ápolók körében. Kutatásunk célja, egy már nemzetközileg elterjedt és bizonyítottan pozitív hatású ellátási rendszer magyarországi adaptációjának a kidolgozása, mely magában foglalja az ellátási struktúrába való illesztését, illetve a kapcsolódó kompetenciák megszerzésének az oktatási szintjeit, területeit. A CLS szakembereknek (Child life specialist) a munkája csökkenti a kórházi ellátással járó félelmet és a stresszt a gyermekekben. Ezáltal elősegíti a könnyebb ápolói munkát a gyermekekkel, csökkenti a beavatkozások sikertelenségét, mindezzel kevesebb az ápolói stressz és az ezzel járó lelki

feldolgozás szükségessége. Kutatási eredményeinkkel a CLS rendszer kiépítésének szükségességét szeretnénk bizonyítani a magyarországi gyermekápolás területén.

## 2. IRODALMI ÁTTEKINTÉS

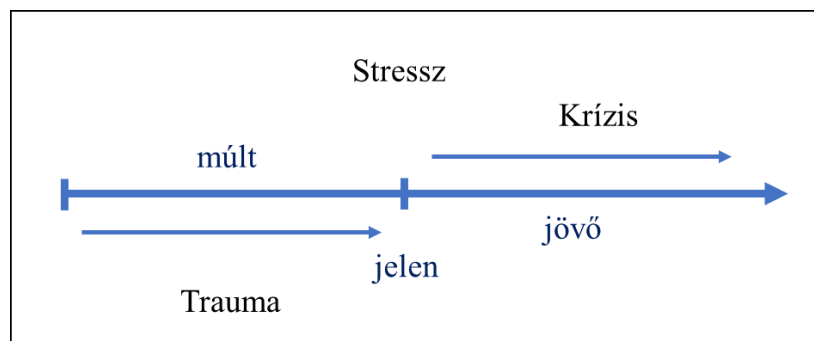
### 2.1. A kórházi kezeléssel összefüggő pszichés hatások

A kórházi kezelés a gyermekekben negatív érzéseket, félelmet, szorongást ébreszthet, hiszen legtöbbször akkor járnak orvosnál, ha betegek, vagy a kötelező oltások alkalmával, így ezek az esetek, és az előzőleg családban megélt élmények, negatív hatással lehetnek rájuk. A beteg gyermeket a testi-lelki megterhelés érzékenyebbé teszi, így a károsító hatásokra sokkal fogékonyabb, mint egészséges társai. A szülő rendkívül nehéz helyzetben van, negatív érzések veszik körül, amikor gyermeke kórházba kerül, különös tekintettel a hirtelen bekövetkező egészségkárosodásokat és krónikus betegségeket. Mindez, mint tartós stresszforrás jelenik meg a gyermek és a családja életében (Slifer, 2014).

#### 2.1.1. Alapfogalmak

Azok az alapfogalmak, mint a trauma, a stressz, a krízis és a poszttraumás stressz zavar fontos alapot nyújtanak a további fejezeteknek, és annak megértésében, hogy a kórházban kezelt gyermekek és szüleik milyen lelki folyamatoknak vannak kitéve.

Az előbbi három fogalom tárgyalása fontos, mert sokszor összemosódnak, vagy tünettani átfedések jönnek létre. A különválasztásuk jellemző módon az idődimenzió mentén történik (2. ábra). A trauma a múltban megélt megrázó eseményt jelenti, mely hatással lehet a jelenre is. Ezzel szemben a stressz leginkább a mindennapokban is előforduló, jelenlegi megterhelő eseményeket jelenti. A krízis pedig a negatív életesemények, traumák miatt létrejövő fenyegető állapot (Csürke, 2009).



2.ábra: A krízis, a stressz és trauma idődimenziója (Csürke, 2009)

### 2.1.1.1. A trauma meghatározása

A mai meghatározások szerint a trauma a múltban megélt megrázó, a mindennapi tapasztalatainkon túlmutató, a személy egyensúlyát veszélyeztető negatív esemény, amely a jelenre is hatással van. A trauma pillanatában az egyén teljesen tehetetlen, testi és lelki integritásának fenyegetettségét éli át, amelyben akár a halállal is szembenézhet, mindemellett a trauma megsemmisítési gondolkodásának megszokott sémáit, mely során félelmet, kiszolgáltatottságot él át. A fenyegetettségtől a szimpatikus idegrendszer hatására megemelkedik az adrenalinszint, amely az egész testet készenléti állapotra állítja, és az egyén figyelmét csak az adott helyzetre összpontosítja (Levine & Frederick, 2017; Csürke, 2009; Herman & Haraszi, 2011).

A negatív esemény (negative life event - NLE) fogalma a mindennapi élet negatív élményeit és veszteségeit foglalja magába. A kritikus esemény (critical incident, CI) hirtelen bekövetkező, az életet közvetlenül fenyegető történés (Csürke, 2009). A fenyegetésre adott válaszok: a hyperarousal, disszociáció (az érzelmek, viselkedés, gondolatok, fizikai érzések és emlékek között normálisan fennálló kapcsolat megszakadását jelenti) és a tehetetlenség. Ezek még nem vezetnek minden esetben traumatikus tünetekhez. A fenyegetettség esetén a szervezetben végbemenő folyamatok azt a célt szolgálják, hogy az azonnali stresszhelyzetben sikeresen tudjon alkalmazkodni. Ha az egyén képes erre a fenyegetésre sikeresen reagálni, az idegrendszer visszatér a megszokott működési szintjére. Amennyiben ez nem sikerül, vagy ezek a stresszválaszok ismétlődnek vagy tartósan fennállnak, akkor létrejön a trauma (Stauder, 2007).

A traumatikus események által kiváltott reakciók lehetnek:

1. Akut stresszreakció, mely rövid ideig tart, és pszichofiziológiai változásokkal jár, melyek készenléti állapotot eredményeznek, mértéke az egyéni sérülékenységtől függ.
2. A traumás distressz hosszú távú hatásai a poszttraumás stresszreakciók, ez a leghosszabb fázis, mely során depresszió vagy poszttraumás stresszavar is kialakulhat.
3. A trauma nem reális történés-ként való értékelése, kialakul a poszttraumás stresszavar (Kiss & Sz. Makó, 2015).

Osváth és munkacsoportjának (2004) vizsgálatai és egy amerikai vizsgálat (Dube 2002) is rámutatott, hogy a negatív történéseknek szerepe lehet a személyiség diszharmonikus fejlődésében, mely további pszichopatológiai eltérésekhez vezethet és önpusztító viselkedést eredményezhet (Kiss & Sz. Makó, 2015).

### **2.1.1.2. A stressz meghatározása**

A stressz kifejezést leggyakrabban a mindennapi életben megélt nehéz helyzetekre használjuk. Selye János (1976) meghatározásában a stressz a szervezet nem specifikus válasza bármely igénybevételre. A stressz kiváltó hatás szempontjából lényegtelen, hogy az pozitív vagy negatív, a fontos az, hogy milyen mértékű az újraalkalmazkodás igénye. Stresszhelyzetnek nevezzük, amikor az emberek olyan eseménnyel szembesülnek, melyek veszélyeztethetik fizikai és pszichikai jóllétüket, az erre adott válaszok a stresszreakciók. A stresszt kiváltó tényezők a stresszorok, ezek azok az ingerek, amelyek a szervezetet alkalmazkodásra kényszerítik (Kiss & Sz. Makó, 2015; Stauder, 2007).

A pszichés stresszválaszok a következők lehetnek:

- Félelem, szorongás: a szorongás és a félelem egy felfogott fenyegetésre adott normális válasz.
- Harag, agresszió: a harag támadó jellegű érzés, amely az embert agresszív reakcióra készíteti, míg az agresszió olyan szándékos cselekvés, amelynek indítéka, hogy valakinek kárt okozzon.
- Fásultság és depresszió: a frusztráció kiválthat visszahúzódást, fásultságot.
- Kognitív károsodások: súlyos stressz hatására kialakulhatnak, pl.: koncentrációs nehézségek, a logikus gondolkodás szétesése (Kiss & Sz. Makó, 2015).

A stresszre adott válasz mintázatnak két típusa különíthető el, melyek függhetnek kortól, nemtől és a stresszhelyzet jellemzőitől:

1. A hiperarousal kontinuum részeként, a „fight or flight”, azaz a „küzdj vagy menekülj” reakció, amely jellemző a férfiakra, idősebb emberekre vagy megfigyelő helyzetre.

2. A hipoarousal vagy disszociatív kontinuum mentén írható le, pl.: a leblokkolás vagy a lemerevedés. Ez jellemzőbb lehet fiatalabb gyermekekre, nőkre, és a tehetetlenséget megélőkre (Mogyorósy- Révész, 2019).

Claude Bernard francia élettan tudós (19. század) megfogalmazta, hogy az élet feltétele az, hogy a külső környezet változása mellett is az élőlények belső környezete változatlan maradjon. A szervezet állandó belső állapotának fenntartására irányuló folyamatok összességét Walter B. Cannon a homeosztázis elnevezéssel írta le. Az úgynevezett Cannon-féle vészreakció azokat a szervezetben megfigyelhető élettani folyamatokat írja le, amellyel az élőlények reagálnak az akut környezeti veszélyre (Mogyorósy- Révész, 2019).

A stressz hatására bekövetkező aspecifikus élettani változások összességét Selye általános adaptációs szindrómának nevezte, melyen belül három szakaszt különített el: alarm vagy vészreakció, az ellenállás és a kimerülés szakaszát.

Nemcsak kóros, hanem jó stressz is létezik, melyet Selye eustressznek nevezett el. Az életfolyamatainkat a stressz pozitívan is befolyásolhatja, azáltal, hogy mozgósítja a belső erőforrásainkat mely, segíti a megváltozott körülményekhez történő alkalmazkodásunkat (Kiss & Sz. Makó, 2015; Stauder, 2007).

### **2.1.1.3. A krízis meghatározása**

A krízis általában külső események miatt létrejövő fenyegető, fájdalmas, túlterhelő állapot, amely a személy lelki egyensúlyát veszélyezteti. Ebben az állapotban jellemző, hogy az egyén a szokásos problémamegoldási stratégiákkal nem tudja az adott problémát megoldani (Bakó, 2004). Az érzelmi krízist Lindemann (1944) fogalmazta meg először, aki, egy bostoni tűzvész 500 halottjának családjával foglalkozott. Az itt tett megfigyeléseit egy tanulmányban összegezte és így jelent meg az érzelmi krízis fogalma, melyet Caplan & Sifneos is továbbfejlesztettek (Bakó, 2004; Hajduska, 2010).

Caplan (1964) a kríziselmélet alapelveit egységes segítő modellben összegezte, mely szerint a krízisállapot olyan helyzet, vagy akkor alakul ki, amikor az egyén a lelki egyensúlyát veszélyeztető körülményekkel néz szembe, majd ezek fenyegető közelsége mindennél fontosabb lesz számára, és ezeket a helyzeteket a szokásos problémamegoldó eszközeivel

nem sikerül megoldania (Kiss & Sz. Makó, 2015; Bakó, 2004). Shifneos (1972) szerint az érzelmi krízis olyan feszült, fájdalmas állapot, amelyben mind a jobb, mind a rosszabb irányba fordulás lehetséges. Ez az állapot egy kockázatos életeseményt követ, melyben a lelkileg egészséges egyénben megteremti az érzelmi krízis lehetőségeit. Holmes és munkatársai (1976) a krízist kiváltó eseményeket vizsgálták, hangsúlyozták az életváltások fontosságát, és az általuk kiváltott lelki megterhelés súlyát (Bakó, 2004). Ericsson (1963) megkülönböztette a fejlődési és az esetleges (akcidentális) kríziseket. A fejlődési krízisek hosszabb periódusok, amelyeket a dinamikusabb változások jellemeznek, tulajdonképpen az életszakasz is a váltások időszaka. Gyerekkorban a kritikus életszakaszoknál, vagyis a fejlődési átmeneteknél gyakoribb a krízis (Hajduska, 2010). A krízismátrix elmélet összekapcsolja a fejlődés és az esetleges krízis fogalmát. A krízis néhány hónaptól évekig tartó olyan időszak, amely alatt az egyén nagyobb valószínűséggel él át érzelmi fenyegetettséget és esélyesebb a krízis kialakulására. A krízisben az egyénre jellemző, hogy figyelme a problémára irányul, fél, szorong, nincs jövőképe, és az érzelmi reakcióit kis mértékben képes kezelni és kontrollálni (Bakó, 2004; Kiss, & Sz. Makó, 2015).

A krízishez szorosan köthető fogalom a regresszió, mely az elhárításnak egy olyan módja, amelyet a fejlődés során már túlhaladott fázisok vagy stádiumok újbóli megjelenése jellemez. Regresszióban a viselkedés- és kifejezésformák mindig primitívebbek a már érettebb fejlődési stádiumokkal összehasonlítva, felállítva ezzel egy gyermeki kiszolgáltatott helyzetet.

A regresszió fajtái:

- Átmeneti vagy tartós regresszió: néhány percig vagy akár évekig is tarthat. A gyermek benne maradhat ebben az alacsonyabb fejlődési szintben, de később visszatérhet más felsőbb fejlettségi állapotba.
- Szituációs és megrögzött regresszió: ebben az esetben a gyermek viselkedése és kognitív színvonala alacsonyabb szintekre térhet vissza, ami lehet csak helyzethez kötött.
- Részleges vagy általános regresszió: a személyiség kisebb vagy nagyobb részeit érintheti.
- Viselkedés- és személy regresszió: az egész személyiséget érintheti (Csürke, 2009; Bakó, 2004).



#### **2.1.1.4. Poszttraumás stresszavar (Posttraumatic stress disorder (PTSD))**

Minden átélt trauma, súlyos lelki és testi megrázkódtatások egyik súlyos következménye lehet a poszttraumás stresszavar, amely az átélt trauma után, egy bizonyos idő elteltével jelenik meg (Csürke, 2009). A PTSD fogalma Levi (1945) nevéhez fűződik, aki 3 éves kor alatti gyermekek műtétet követő pszichés tüneteit vizsgálta, melyek nagyfokú hasonlóságot mutattak a harctéri neurózissal. A PTSD-vel kapcsolatos kutatások és publikációk az 1980-as évektől rendszeressé váltak, hazánkban a 90-es években Vetró Ágnes és munkatársai foglalkoztak elsőként a témával (Fedor, 2015). 1993-ban a pörbölyi iskolai buszbaleset után az áldozatok barátait és azokat a gyermekeket vizsgálták, akik nem voltak a kiránduláson. 2 év után a PTSD tünetek kimutathatók voltak a távol maradt gyerekek 57%-nál, az áldozatok barátai között 47 %-ban. A PTSD-t olyan traumás életesemény váltja ki, mely váratlanul következik be, és az életet vagy a testi integritást veszélyezteti. Ez a traumatikus életesemény lehet egyszeri pl. baleset, természeti katasztrófa, családtag elvesztése vagy ismétlődő esemény pl. bántalmazás. A PTSD kialakulásának kockázata függ a kiváltó esemény súlyosságától vagy annak ismétlődésétől és a traumát átélt egyén érzékenységtől (Fedor, 2015).

A PTSD formái:

- akut formája, amikor a traumatikus esemény után három hónapon belül,
- krónikus formája három hónap eltelte után,
- késleltetett formája hat hónap után jelentkezik (Csürke, 2009; NANE- Egyesület, 2010).

Az esemény után közvetlenül (1 hónapon belül) kialakulhat akut stresszavar is, előre jelezheti a későbbi PTSD kockázatát, amennyiben ezek a tünetek egy hónap elteltével is fennállnak, akkor már poszttraumás stresszavarról beszélhetünk (Fedor, 2015).

#### **2.1.1.4.1. A Poszttraumás stresszavar tünetei**

A gyermek megélheti a traumatikus eseményeket közvetlenül vagy tanúja lehet annak. Ha számára fontos személlyel történik az esemény, abban az esetben a gyermeknél félelem alapú újraéléssel összefüggő tünetek jelentkeznek. Azok a gyermekek, akik ugyanazt a traumát szenvedik el, mint szüleik, azoknál nagyobb a PTSD kialakulásának kockázata. A 6 évnél fiatalabb gyermekek esetében a szülő által átélt és elmesélt trauma is PTSD-t okozhat. A folyamatos traumatizációt átélt gyerekeknél (pl.: bántalmazás), visszahúzóds, csökkent válaszkészség, a kognitív nyelvi és motoros fejlődés elmaradásai tapasztalhatók (Danis, 2019).

A DC: 0-5 mely a kora gyermekkori fejlődési és lelki egészség zavarok osztályozására szolgáló klasszifikációs rendszere a PTSD-t a trauma, stressz és depriváció okozta zavarok között szerepelteti.

A PTSD tünetei a DSM5 (American Psychiatry Assotiation Diagnstic and Statistical Manual 2013) szerint 4 fő csoportra oszthatók: az újraélés, az elkerülés, a hyperarousal, és a beszűkülés.

A PTSD tünetei korcsoportok szerint:

##### 1. Újraélés tünetei az egyes korcsoportokban (1. táblázat)

A traumát átélt személyek nem csak újra élik magukban vagy álmaikban a traumatikus eseményét, sokszor ez cselekedeteikben is megnyilvánul, gyermekeknél ez a játékukban látható. Olyan gyermekek vizsgálatában, ahol 2,5 éves koruk előtt élték át a traumás eseményt, azt tapasztalták, hogy egyetlen gyermek sem tudta elmesélni az eseményt, de a gyermekek nagy részénél észlelhető volt ez a játékukban (Herman & Haraszti, 2011).

##### 2. Elkerülés tünetei az egyes korcsoportokban (2. táblázat)

##### 3. Hyperarousal tünetek az egyes korcsoportokban (3. táblázat)

1. táblázat: Újraélés tünetei az egyes korcsoportokban (NANE- Egyesület, 2010)

<b>Újraélés tünetei az egyes korcsoportokban</b>			
<b>Felnőtt</b>	<b>Serdülő</b>	<b>Iskoláskorú</b>	<b>Óvodáskorú</b>
visszatérő emlékek	visszatérő fantáziák		ismétlődő játékok
szorongáskeltő álmok	rémálmok		
traumatikus esemény megismétlődésének érzése		a trauma újrájátszása	
szorongás a traumára emlékeztető ingerek hatására	általános és traumaspecifikus félelmek		szeparációs szorongás, idegenektől való félelem
testi reakció a traumára emlékeztető ingerek hatására			hangos zajokra való érzékenység

2. táblázat: Az elkerülés tünetei az egyes korcsoportokban (NANE- Egyesület, 2010)

<b>Az elkerülés tünetei az egyes korcsoportokban</b>			
<b>Felnőtt</b>	<b>Serdülő</b>	<b>Iskoláskorú</b>	<b>Óvodáskorú</b>
az eseménnyel kapcsolatos gondolatok és érzések kerülése	semmibe meredés		
helyek és tevékenységek kerülése	fóbia vezérelt viselkedés		
az esemény felidézésére való képtelenség	időtörzítés vészjel-tulajdonítás		zavarodottság
kedvetlenség, passzivitás	iskolakerülés, csavargás	az iskola elutasítása	regresszív viselkedés
másoktól való eltávolodás, elidegenedés	elszigetelődés, a társak ellen irányuló agresszív kitörések	társas visszahúzódás, érdektelenség, kedvetlenség	ambivalens, szorongó kötődés
beszűkülte érzelmek	szomorúság, büntudat		szomorúság, tehetetlenség
beszűkülte jövőkép			-

3. táblázat: Hyperarousal tünetek az egyes korcsoportokban (NANE- Egyesület, 2010)

<b>Az elkerülés tünetei az egyes korcsoportokban</b>			
<b>Felnőtt</b>	<b>Serdülő</b>	<b>Iskoláskorú</b>	<b>Óvodáskorú</b>
az eseménnyel kapcsolatos gondolatok és érzések kerülése	semmibe meredés		
helyek és tevékenységek kerülése	fóbia vezérelt viselkedés		
az esemény felidézésére való képtelenség	„időtörzítés”: nem jó sorrendben emlékszik az eseményekre „vészjel-tulajdonítás”: traumát megelőző eseményeket tévesen a trauma előjeleként értelmezi		zavarodottság
kedvetlenség, passzivitás	iskolakerülés, csavargás	az iskolába járás megtagadása, az iskola elutasítása	regresszív viselkedés
másoktól való eltávolodás, elidegenedés	elszigetelődés, a társak ellen irányuló agresszív kitörések	társas visszahúzódás, érdektelenség, kedvetlenség	ambivalens, szorongó kötődés
beszűkült érzelmek	szomorúság, büntudat		szomorúság, tehetetlenség
beszűkült jövőkép			-

#### **2.1.1.4.2. A poszttraumás stresszavar diagnosztikai és terápiás lehetőségei gyermekkorban**

A PTSD diagnózisának felállítását minden esetben szakorvos végzi. A DC: 0-5 A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszerének fontos szerepe van a diagnózis felállításában (Danis, 2019).

További szűrőeszközök lehetnek: a gyermek trauma szűrésére alkalmazott Child Trauma Screening Questionnaire (CTSQ) kérdőív, mely 10 elemből áll, célja, hogy segítségével felmérjék a 7-16 éves gyermekek traumatikus stresszreakcióit egy traumás esemény után. A Children's Revised Impact of Events Scale (CRIES), célja a poszttraumás stressz rendellenesség (PTSD) kockázatának kitett gyermekek szűrése. Melynek két verziója van:

- CRIES-8: 8 éves vagy annál fiatalabb gyermekek számára készült, akik önállóan tudnak olvasni. 4 elemből áll.
- CRIES-13: Az előző 5 elemmel való kiegészítése, az Arousal tünetek értékeléséhez (Chen et al., 2012).

A Primary Care Posttraumatic Stress Disorder Screen (PC-PTSD-5) szintén alkalmazott szűrőeszköz, ez egy 5 elemből álló felmérés, amelyet arra terveztek, hogy kiszűrje a fennálló PTSD tüneteket. A pozitív szűrővizsgálat után további értékelés szükséges, lehetőleg strukturált interjúval. A mérés egy szűrőkérdéssel kezdődik, amelynek célja, hogy felmérje a válaszadó ki volt-e téve traumatikus eseményeknek. Amennyiben igen, így további kérdésekre kell igennel vagy nemmel válaszolnia a gyermeknek. Li és mtsai (2019) 4022 4-9. évfolyamos gyermekek vizsgálatát a mérőeszközt, és a kínai PC-PTSD-5 megbízhatósága és érvényessége gyermekeknél statisztikailag elfogadható volt valószínűsíthető PTSD szűrésére (Li et al., 2019).

A PTSD diagnózisának megállapítása után a megoldás a pszichoterápia, melyet arra képzett szakemberek végeznek. A terápiát mihamarabb meg kell kezdeni, a trauma után a gyermeket biztonságba kell helyezni, és a családot is tájékoztatni kell és be kell vonni a terápiába (Fedor, 2015). A terápiában szükséges, hogy kapcsolatba lépjenek a traumatikus reakció folyamatával, és a feldolgozatlan esemény lenyomatát a szervezetben feloldják (Varga & Kapitány, 2019).

Az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia támogatja a trauma mihamarabbi észlelését és kezelését, melyet véleményük szerint már az első ellátás során ki kell szűrni (Flynn et al., 2015). Az elsődleges ellátás során az orvosok legtöbbször a fizikai sérülésekre összpontosítanak, és elmarad a gyermekek lelki sérüléseinek felmérése. A fel nem ismert és

kezeletlen PTSD-nek pszichológiai következményei lehetnek hosszútávon, a gyerekeknel fejlődésbeli elmaradás, kábítószer visszaélés, csökkent iskolai teljesítmény, és alvászavarok is előfordulhatnak (Makley & Falcone, 2010).

A poszttraumás stressz zavar pszichoterápiás kezelésének módszerei lehetnek a traumafókuszú kognitív viselkedésterápia (TB-CBT), az Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), mely alapja, hogy a gyors vízszintes irányú szemmozgások a traumatikus élmény érzelmi intenzitásának csökkenéséhez vezetnek. Mindemellett használható a művészetterápia, mely segíti a gyerekekben a traumával kapcsolatos tárolt képek kifejezését és feldolgozását, a kellemetlen testi érzetek megszüntetésére a pillangószárny technika alkalmazható, amikor a gyermekek váltakozva érintik meg a saját vállukat keresztbe tett kézzel. A tömeges balesetek esetén a csoportterápiák is megfelelőek lehetnek (Fedor, 2015).

#### **2.1.1.5. Poszttraumás növekedés (PTN)**

A traumatikus események nem minden esetben vannak negatív hatással a traumát átélt személyre és családjára. A traumatikus események az értelmezés folyamatában megisméltódnak, ekkor amennyiben az egyén sikeresen megérti a vele történetet, és tapasztalásként fogja fel, poszttraumás növekedésről beszélhetünk, amennyiben ez nem történik meg, és az egyén elakad az ismétlés fázisában, akkor a megtörtént esemény traumatikus hatást vált ki. Poszttraumás növekedésben az egyén alkalmazkodik a negatív eseményekhez, és bár értéként fogja fel az életben maradáást, attól még a trauma negatív marad. A poszttraumás növekedés megmutatkozhat abban, hogy a személy elkezd értékelnit az életét, megéli a pillanatokat, pozitívan látja a világot, értékeli az emberi kapcsolatait. Tedeschi és Calhoun, az elmélet kidolgozói szerint, a traumát átélt személy PTN hatására, képessé válik tervezni és újabb célokat kitűzni a jövőjével kapcsolatban. A PTN-t elősegítheti, ha a személy ki tudja adni magából a trauma eseményeit, ebben segíthet szakember, a társas környezet, segítő csoportok, vagy napló írása (Zsigmond & Rigó, 2019; Pintér, 2014; Tedeschi et al., 2005).

## **2.1.2. A kórházi ellátás pszichés hatása a gyermekekre és a szülőkre**

### **2.1.2.1.A kórházi ellátás hatása a gyermekekre**

A megszokott környezet megváltozása alapból egy stresszforrás lehet a gyermekeknél, kiemelve a csecsemőket. Mindezt fokozza, hogy a kisgyermek alacsony szintű megküzdési stratégiával rendelkezik. Kórházba kerülés esetén különböző stresszfaktorok is szerepet játszhatnak a gyermeknél, mint például szeparációs szorongás, kontroll hiánya, félelem, szenzoros érzékenység, emiatt a gyermek sírhat, kiabálhat, dühösen tiltakozhat. Ezek a tünetek gyakrabban jellemzőek azokra a gyerekekre, akiket a szülő magára hagy a kórházi ellátás során (Lerwick, 2013; Hárdi, 1995).

A hospitalizáció fogalma Spitz (1965) nevéhez fűződik, aki csecsemőknél és kisgyermeknél hosszabb kórházi vagy intézeti tartózkodás során az érzelmi elsivárosodás következtében kialakuló zavarokat vizsgálta. A gyermekek az anya, vagyis elsődleges kötődés hiányában, testi és érzelmi romlás tüneteit mutatták (Lerwick, 2013).

Bowlby és Robertson az akut megrázkódtatás három szakaszát különítette el, melyek között viselkedésbeli különbségek figyelhetők meg:

1. tiltakozás, amely néhány órától napokig tarthat, a gyermek sír, kiabál, agresszív és elutasító,
2. kétségbeesés: pár napig tarthat, depresszióhoz hasonló viselkedést mutat a gyermek, érdektelen, étvágytalan,
3. elszakadás: (napok- hetek múlva) a gyerek beletörődni látszik a helyzetbe, elkezd új kapcsolatokat kialakítani, kiemelt fontosságot tulajdonít a tárgyainak (Hárdi, 1995).

A gyermek viselkedését nagyban befolyásolhatja az adott helyzet felett érzett kontroll, hiszen a hospitalizáció során rengeteg olyan szituáció adódik, ahol úgy érzi „elvesztette a kontrollt”, ez pedig egy következő stresszforrás lehet. A fejlődési szakasztól függően a kontroll hiányának érzése is különböző helyzetekből fakadhat. Éppen ezért a fejlődési szakaszok ismerete elengedhetetlen a kórházi kezelés során. Erikson nyolc fejlődési stádiumot vagy életkori ciklust határozott meg, melyből az első öt fejlődési szakasz áttekintése fontos alapot

nyújthat egy gyermek érzelmi szükségleteinek megértéséhez (Lerwick, 2013; Slifer, 2014; Lambert et al., 2014).

1. korszak: csecsemőkor. Krízis: bizalom – bizalmatlanság

A csecsemő bizalmi képessége attól függ, hogy mennyire kötődik és kapcsolódik az édesanyjához (Mérei & Binét, 2016). A csecsemőknél a biztonság érzése, az állandó és ismert környezettől és a napi rutintól is függ, ezért a kórházban az édesanya állandó jelenlétét és a megszokott napi rutint biztosítani kell (Lerwick, 2013).

2. korszak: kisgyermekkor (1-3 év). Krízis: autonómia – szégyen, kétely

A kisgyermek már tudja, hogy az anyától független autonóm lény (Lerwick, 2013). A kórházi kezelés során a gyerekek fenyegetést érezhetnek a rutin megváltozása vagy a környezet feletti ellenőrzés hiánya miatt, ezért a szülői jelenlétet folyamatos biztosítása mellett a bizalom elérése és az értelmi szintjüknek megfelelő tájékoztatás és vizsgálatokra, beavatkozásokra való felkészítés kiemelt szerepet kap (He et al., 2015).

3. korszak: játszókor (3-6 év). Krízis: kezdeményezés – büntudat

Az óvodáskorban felgyorsul a kognitív fejlődés, kíváncsiak és fantáziadúsak, irányítani akarják környezetüket. A kórházi kezelés során a tájékoztatás, a játékos felkészítés és a megfelelő szuggesztív kommunikáció még fontosabbá válik ebben az életszakaszban (Lerwick, 2013).

4. korszak: kisiskoláskor (6 év-pubertás). Krízis: teljesítmény – kisebbrendűség

Az iskoláskor a teljesítményképesség időszaka, a gyermek élvezi, hogy aktív, produktív és alkot, de ha ezt a kórházi kezelés során nem tudja átélni, kisebbrendűségi érzés alakul ki benne. A kórházi kezelés során ezért biztosítani kell a gyermek számára a társas kapcsolatok kialakítását, játszószoját, könyveket és tanulási lehetőséget (Bishop, 2012; Lerwick, 2013).

5. korszak: serdülőkor. Krízis: identitás – szerepkonfúzió.

A serdülőkor egy nagyon fontos, de kritikus szakasz, a nemi érés, a felnőttkor bizonytalanságai nehezítik meg. A lázadás előtérbe kerül, így fontos a gyermek támogatása a kórházban is (Lerwick, 2013).



### **2.1.2.1.1. Fokozott érzelmi megterheléssel járó esetek a gyermekellátásban**

#### **2.1.2.1.1.1. Bántalmazott gyermek**

A 1997. évi XXXI. Gyermekvédelmi Törvény kimondja, hogy „A gyermek nem vehető alá testi fenyegetésnek, kegyetlen, embertelen, megalázó büntetésnek vagy bánásmódnak.”

A gyermekbántalmazás, mint társadalmi probléma, az elmúlt években hazánkban is egyre nagyobb figyelmet kapott, mégis a statisztikai adatok szerint egyértelmű növekedés észlelhető. (Egészségügyi szakmai kollégium, 2019)

Gyermekbántalmazásról beszélünk, amikor a gyermeknek testi-lelki sérülést, fájdalmat okoznak, vagy, ha a gyermek sérelmére elkövetett cselekményt nem akadályozzák meg, vagy azt nem jelentik.

Formái:

- Érzelmi bántalmazás: a gyermek érzelmeivel való tartós vagy rendszeres visszaélés.
- Fizikai bántalmazás: fizikai sérülés okozása, melynek speciális formája a megrázott gyermek szindróma (Shaken Baby Syndrome).
- Szexuális abúzus: a gyermek szexuális tevékenységekre való kényszerítését jelenti.
- Elhanyagolás: a gyermek számára olyan baj vagy mulasztás okozása, mely a gyermek egészségének árt vagy lassítja, akadályozza a fejlődését.
- „Münchhausen by proxy” szindróma: a gondviselő a gyermekre folyamatosan betegség tüneteket talál ki vagy idéz elő szándékosan.
- Iskolai vagy kortárs zaklatás (bullying): tudatos bántó szándékkal ismétlődő cselekmény.
- Elektronikus zaklatás (cyberbullying): bántó tartalmak, pletykák vagy megszégyenítő képek megosztása az interneten. (Egészségügyi szakmai kollégium, 2019).

A bántalmazott gyerek tünetei: szorongás, félelem, depresszió, ágybavizelés, alvászavar, rémálmok, lehet agresszív, szomorú, regresszióba süllyedhet, és pszichoszomatikus tüneteket is mutathat, mindemellett előfordulhatnak tanulási nehézségek, kapcsolati zavarok és poszttraumás stressz zavar tünetei (Gerson, 2017; Hajdu, 2011;).

### **2.1.2.1.1.2. Balesetben sérült gyermek**

A baleset egy hirtelen bekövetkező egészségkárosodás, mely bárhol bármikor megtörténhet. Hazai és nemzetközi adatok szerint egy éves kor feletti gyermekeknél a trauma a vezető halálok (Makley & Falcone, 2010).

A traumát követő személyiségváltozás és szembesülés 3 szakaszra különíthető el, mely függ a gyermek életkorától is:

1. Sokkhatás és gyászreakció fázisa: még friss a traumaélmény, a gyermek tanácstalan, kétségbeesett, haragszik, lázadhat, nem akarja elhinni, hogy ez megtörtént vele, kialakulhat depresszió is.
2. Megküzdés: belenyugszik a történetekbe, amennyiben maradandó sérülést szenvedett, tanul a fogyatékossgal együtt élni, a megmaradt képességekre támaszkodni. Ez az adaptív erőfeszítések időszaka, melyben megjelenik már a bizonyítás vágya is.
3. Elfogadás: a beilleszkedést jelenti, sokszor már a kórházban elkezdődhet a félelem, a társas elfogadás kétsége, így ismét megjelenhet a fogyatékossgal miatt kialakult korlátozottsággal való szembesülés (Kiss & Sz. Makó, 2015).

A balesetben sérült gyermeknél gyakrabban látható krízis regresszió, amely az elhárítás egyik korai módja, mely visszacsúszást jelent egy alacsonyabb fejlődési szintre. A sérült gyermek nem akar tudomást venni az állapotáról, a történetekről, nem tudja, hogyan él majd a maradandó károsodásokkal, ez kimeríti a megküzdési stratégiáit, így sokkal biztonságosabb kisgyermekként viselkedni, mert az kevesebb felelősséggel jár, így áthárítva azt a szülőre (Bakó, 2004; Csürke, 2009).

Az életkor meghatározó szerepet játszik a stressz kialakulásában, a nagyobb gyermekek már használnak megküzdési stratégiákat ellentétben a kisebb gyermekekkel (Cline et al., 2011).

A traumán átesett gyermeknél megjelenhetnek akut stressz és a poszttraumás stressz zavar tünetei (Makley & Falcone, 2010). Jun Zhang & mtsai. (2015) kérdőíves módszerrel 2299 gyermeket vizsgáltak a kínai lushani földrengést követően. A vizsgálatokat a földrengés után majd 3 és 6 hónappal végezték. A katasztrófát túlélő gyermekek körében a PTSD prevalenciája három és hat hónap után 24,2% volt, a gyermekek leggyakoribb szomatikus

tünetei az alvászavar 58,4% -ban, fáradtság 52%-ban, gyomorfájdalom 45,8%-ban jelentkezett (Zhang et al., 2015).

Közepes és kisebb traumák esetén a legtöbb gyermek alkalmazkodik a stresszhez, de jelentkezhet akut stresszrendellenesség, olyan gyermekeknél, akiknél az aktuálisan átélt trauma összekapcsolódik valamilyen előzőleg átélt negatív életeseménnyel, például előzetes negatív családi tapasztalatokkal vagy kórházi élményekkel (Brown et al., 2016).

Schreier és Herbert (2005) 83 fő 7-17 év közötti, enyhe és közepes fizikai sérüléssel járó traumán átesett gyermekeknél interjúval vizsgálták a poszttraumás stresszavar tüneteit. Összesen a gyermekek 69%-ánál találtak legalább enyhe tüneteket közvetlenül a trauma után. A további felméréseken 1 hónap után 57%-ban, 6 hónap 59%-ban, 18 hónap után 38%-ban mutatták ki a tüneteket (Schreier et al., 2005).

#### **2.1.2.1.1.3. Szülő elvesztése**

Baleset esetén előfordul, hogy a sérült gyermek elveszíti a szülőt. A gyermekek is átéli a gyászt, és sokféle módon reagálhatnak a veszteségre, melyek lehetnek hasonlóak a felnőttek működéséhez, de vannak kornak megfelelő különbségek is.

A gyász jellegzetességei a pszichológiai fejlődés egyes állomásain:

- 3-5 éves kor: még nem érti a halál visszafordíthatatlanságát. Jellemző lehet a fejlődésben való visszacsúszás, pl.: újra bepisil.

Komplikált gyász (figyelmeztető jelek): 6 hónappal a gyászeset után még mindig erős regresszió és szeparációs szorongás tapasztalható.

- 5-8 éves kor: érti a halál univerzalitását, de az okot nem érti, büntudat és önhibáztatás lehet jellemző.

Komplikált gyász (figyelmeztető jelek): a teljesítmény romlása, agresszív viselkedés, öngyilkossági fantáziák.

- 9-10 éves kor: nehéz számukra elhinni a halál tényét, megjelenik a düh kifejezése, és egyensúlyra törekszik a szomorúság elkerülésében és átélésében.

Komplikált gyász (figyelmeztető jelek): 3-6 hónap után is szomatikus tünetek, hangulatváltozások, agresszív viselkedés, erős teljesítménycsökkenés, visszahúzóds a kortárs kapcsolatoktól.

- 12-14 éves kor: Erős érzések jelennek meg, türelmetlen a környezetével.

Komplikált gyász (figyelmeztető jelek): Iskolakerülés, szerhasználat, szomatikus tünetek, depresszió.

- 15-17 éves kor: Hasonlít a felnőttek gyászreakcióihoz a folyamat, de a periodikusság még megvan, és megjelenhet a félelem a jövőbeli függetlenségtől.

Komplikált gyász (figyelmeztető jelek): 6 hónappal a veszteség után is megmaradó depresszió, visszahúzóds vagy függőség a kortárs kapcsolatoktól, szerhasználat, teljesítménycsökkenés. (Kiss & Sz. Makó, 2015; Cohen et al., 2009)

A szülők elengedésének 4 állomása van, ezt a folyamatot szinte minden gyermek átéli, amelyhez testi és lelki tünetek is társulhatnak:

1. A gyermeknek el kell hinnie, hogy a szülő meghalt, nem lesz vele többé.
2. Meg kell élnie a veszteséget, és az ezzel járó fájdalmat és érzéseket.
3. Alkalmazkodnia kell ahhoz, hogy a szülő már nincs mellette.
4. Meg kell találnia a megfelelő formát, ahogyan emlékezhet rá (Newman & Recsky, 2004).

#### **2.1.2.1.1.4. Kritikus állapotú gyermek**

A gyermekellátás területén találkozhatunk olyan betegségekkel vagy traumákkal, amelyek az életfunkció hirtelen romlását, elégtelenné válását eredményezhetik. A gyermekintenzív osztály feladata a súlyos, életet, vagy életfontosságú szervek működését fenyegető betegségekben, sérülésekben szenvedő gyermekek ellátása, melyhez elengedhetetlenek a magas szintű műszeres betegmegfigyelés eszközei a nap 24 órájában. Az éber gyermekeknél a folyamatos beavatkozások, eszközök használata, a gépek hangja, más gyermekek látványa stresszt válthat ki. A szülőnél megjelenik a halállal és elvesztéssel kapcsolatos félelem, a későbbi szövődményekkel való együttélés bizonytalansága, és a tehetetlenség érzése (Miklósi & Perczel, 2012; Barid et al., 2015; Mildred, 2009).

#### **2.1.2.1.1.5. Daganatos gyermek**

A daganatos megbetegedések egy életveszélyes, bizonytalan kimenetelű, a megszokott életvitelt befolyásoló és a jövőre nézve meghatározó, az egészség elvesztésével és a kiszolgáltatottság érzésével járó betegség. Mindez, mint tartós stresszforrás jelenik meg a gyermek és a családja életében (Hill et al., 2018; Hopia & Heino-Tolonen, 2018).

A gyermekkori daganatos betegségek súlyos traumatikus élményt jelentenek, mind a gyermek, mind pedig a szülő számára. Az elmúlt években a gyermekkori daganatos megbetegedések túlélési esélyei javultak, de még így is nagy az esélye a kiújulásnak, és a terápia maradandó funkcionális károsodásokat is okozhat (Basak, 2019).

A daganatos betegséggel összefüggő kimerültség (cancer-related fatigue (CRF)) az egyik leggyakoribb tünet a gyermekkori rákos betegeknél. Ez egy többdimenziós jelenség, amely az idő múlásával fejlődik ki, gyakran már jelen van a diagnózis időpontjában, és a terápiás út során is fennáll. A betegek életkorától, a kezeléstől és a betegség stádiumától függően ez a kimerültség megnövekedhet, különösen a kórházba került gyermekek körében. A CRF csökkenti az energiaszintet, és negatív hatással van a betegek pszichológiai állapotaira, a gondolkodásmódjára a koncentrációs képességére és az interperszonális kapcsolatokra (Rostagno et al., 2020).

#### **2.1.2.1.1.6. A haldokló gyermek**

A gyermek a haldoklás stádiumaiban szinte ugyanazokon a fázisokon megy át, mint a felnőttek (kezdeti düh, depresszió, belenyugvás), de a halál elfogadása az életkortól is függ. A gyermek érzései változékonyak ebben a helyzetben, szomorú, dühös lehet a szülőkre, mert hagyják, hogy ez megtörténjen. A gyermek számára a környezet legfontosabb feladata a szeretet és a biztonság nyújtása (Hopia & Heino-Tolonen, 2018). A palliatív ellátást végző szakembereknek figyelniük kell a gyermek és a szülővel való kommunikációra, megállapítani félelmeiket, segíteni őket érzéseik kifejezésében (Butler et al., 2018; Nyíró et al., 2017).

### **2.1.2.2. A kórházi ellátás hatása a szülőkre**

Az édesanya és gyermeke közötti folyamatos kapcsolat kölcsönös és dinamikus, így egymás viselkedését is befolyásolni képesek, mely függ a gyermek életkorától és a kapcsolat minőségétől (Novick & Novick, 2014; Mérei & Binét, 2016). Így a kórházi kezelés során a szülő szorongása kihathat gyermeke érzelmeire, ezért fontos foglalkozni a gyermek családtagjaival és bevonni őket a gyermek gondozásába (Panella, 2016).

A szülő negatív érzések veszik körül, amikor gyermeke kórházba kerül, ilyen lehet a félelem, aggodás, szorongás, tehetetlenség, önvád, és a szülői szerep elvesztése (Alzawad et al., 2020). Olsson és mtsai. (2018) az események hatása, Impact of Event Scale-Revised (IES-R) kérdőívvel végeztek felmérést 48 szülővel, akiknek gyermeküket kórházban kezelték. Közepesen magas szorongást mutattak ki a szülőknél, melynek az emléketörés (bevillanó emlékképek) skálája mutatta a legnagyobb értékeket (Olsson et al., 2018). A gyermek kórházi kezelését követő 3. hónapban szintén ugyanezzel a kérdőívvel végzett kutatást 108 szülővel Franck és mtsai. (2015), akik közel azonos értékekről számoltak be (Franck et al., 2015).

A kórházi ellátás során a szülők gyakran szembesülnek azzal, hogy a megszokott stratégiák, ahogyan a gyermeküket nevelik és gondozzák, kórházi körülmények között nem alkalmazhatók, amely megrendíti a saját kompetenciájukba vetett hitüket (Miklósi & Perczel, 2012).

#### **2.1.2.2.1. A beteg- és családközpontú gondozás (Patient-centered and family-centered care - PFCC)**

A szülő folyamatos jelenléte a kórházban, és bevonása az ápolási feladatokba napjainkban már a legtöbb gyermekek ellátására szakosodott kórházi osztályon természetes jelenség. Nemzetközileg is egyre több tanulmány foglalkozik a beteg- és családközpontú gondozás fogalmával, kialakításával, előnyeivel és hátrányaival (Mendess, 2016). A beteg- és családközpontú gondozást a nemzetközi gyermekgyógyászat nagyobb szakmai szervezetei hagyták jóvá (2001), például: American College of Critical Care Medicine (ACCM), Institute of Medicine (IOM), American Academy of Pediatrics (AAP). A szervezetek ajánlásaikban, olyan egészségügyi rendszer kialakítását indítványozzák, mely hangsúlyozza a

betegközpontú ellátást és a folyamatos és nyílt információcserét az egészségügyi szakemberek, a betegek és hozzátartozóik között. A betegközpontú ellátást úgy definiálták: a kórházi ellátás és ápolás tiszteletben tartja, és reagál a páciensek egyéni igényeire és értékeire, a családot bevonják a gyermek ápolásába és ellátásába. Az Institute of Medicine jelentése szerint (2007) a betegek és a családok bevonása mélyreható befolyást gyakorol a klinikai döntések és a betegek állapotára az intenzív osztályon (Meert et al., 2013).

A beteg- és családközpontú gondozás előnye, hogy a szülőknek egyéb ellátásokat nyújtanak, mely támogatja a szülői szerepek megtartását, részt vehetnek a terápiás döntésekben, mindez fokozza a szülői bizalmat az egészségügyi dolgozóknál, és az orvosoknak megnő a lehetőségük a szülőkkel való kommunikációra (Bairda & Kracemb, 2006; Eichner & Johnson, 2012).

A gyermekápolók a családközpontú gondozást ideális filozófiaként fogadják el a gyermekek és családjaik gondozásában. Hazánkban Miklósi és mtsai. (2012) vizsgálta a szülők és gyermekápolók viselkedését. Olyan szülőket vontak be a vizsgálatba (91 fő), akiknek a gyermeke tervezett műtétre érkezett. Ezt megelőzően felmérték a szülő és a gyermek demográfiai és szocioökonómiai adatait, és mentális egészségüket vizsgálták. A kutatásban az ápolóknak (131 fő) meg kellett becsülniük a szülővel való együttműködést, melyet az esetek nagyobb részében megfelelőnek ítélték, a magasabb iskolai végzettséggel rendelkező szülőkkel, és a kisebb gyermekek szüleivel jobban tudtak együtt dolgozni. Az ápolók jobbnak ítélték meg a szülői együttműködést a rövidebb (1-2 napos) kórházi tartózkodás, mint hosszabb hospitalizáció során (Miklósi et al., 2012).

Világszerte változó eljárást tapasztalhatunk a gyermekgyógyászati osztályokon engedélyezett szülői jelenlét és a látogatási renddel kapcsolatban.

A kutatásokra alapozva az American Academy of Pediatrics (AAP) osztályokon is engedélyezte a szülők látogatását napi 24 órában, és javasolta, hogy a család többi tagjának és a testvéreknek is lehetővé kell ezt tenni. Ezzel ellentétben Giannini és mtsai. (2012) felmérése kimutatta, hogy az olaszországi gyermekintenzív osztályok 12%-a korlátlan látogatási politikával rendelkezik, 59% nem engedi a folyamatos szülői benntartózkodást, és

az összes felmérésben részt vett osztály 76%-a nem engedi be a gyermek látogatókat (Giannini et al., 2012).

Magyarországon összesített adatok nem állnak rendelkezésre a gyermekosztályokon engedélyezett szülői jelenlét és a látogatási renddel kapcsolatban, de a legtöbb gyermekintenzív osztály nem engedélyezi a 24 órás szülői benntartózkodást. Az Egyesült Államokban az Egyesült Királyságban és Ausztriában viszont egyre növekszik a folyamatos szülői jelenlét elfogadása. 2000-ben az American Heart Association lett az első szervezet, aki ajánlást tett a család jelenlétének lehetőségére újraélesztés és invazív beavatkozások során. Powers és Rubenstein (1999) gyermekintenzív osztályon szülőkkel és ápolókkal végzett kérdőíves felmérés után megállapították, hogy az egészségügyi személyzet fontosnak tartja a családok jelenlétét, hiszen így látják, hogy a személyzet mindent megtesz a gyermek életéért. És a legtöbb szülő számára is fontos, hogy a gyermeke mellett lehessen minden esetben (Meert et al., 2013). Tinsley és mtsai (2008) sikertelen újraélesztésen átesett gyermekek szüleivel készített interjút. A kutatásban részt vett 21 szülő, akik gyermekük mellett lehettek az újraélesztés során, és 20 szülő, aki nem lehetett jelen a beavatkozásnál. A nem jelenlévő csoport 60%-a úgy gondolta, hogy jelenlétük megnyugtatta volna a gyermeket, és 50% úgy gondolta, hogy ez segítette volna őket a gyermek halálának elfogadásában. A jelen lévő szülők csoportjának 67%-a úgy gondolta, hogy gyermeke megérintése vigaszt hozott számukra, 29% ijedtnek érezte magát az újraélesztés során, 71%-uk szerint jelenlétük megnyugtatta a gyermeket, és 67%-uk elmondta, hogy jelenléte segített nekik alkalmazkodni a gyermekük elvesztéséhez. Mindkét csoport többsége azt javasolja, hogy a szülők jelen lehessenek az újraélesztés során (Tinsley et al., 2008).

Maxton és mtsai (2008) egy ausztráliai gyermekgyógyászati intenzív osztályon végeztek interjút olyan szülőkkel, akiknek gyermekük újraélesztésen esett át. Az eredmények alátámasztják a szülők azon igényét, hogy jelen lehessenek az újraélesztés során, mindemellett az újraélesztés emlékei nem voltak tartósak, a szülők beszámoltak arról, hogy nem a látvány okozott nekik stresszt, hanem a gyermekük elvesztésének lehetősége. Az újraélesztés során a támogatást leginkább tapasztalt klinikai ápoló nyújtotta. Továbbá bizonyították, hogy három hónappal később alacsonyabb fokú volt náluk a poszttraumás állapot és a gyász tünetei (Maxton et al., 2008).



Korlátozott látogatási rend esetén a szülői szerep az egészségügyi személyzetre átruházódik, a szülő saját szerepét elveszíti vagy bizonytalannak tartja, ezt a szülői stressz legnagyobb forrásaként azonosították, ezért 24 órás nyitott látogatási irányelveket vezettek be. Egy kérdőíves felmérés során Smith és mtsai. (2007) a szülő szerepváltozást és stresszszintet vizsgálták, intenzív osztályon olyan szülők körében (92 fő), akik ágyat kaptak napi 24 órában a gyermekük mellett és folyamatosan velük lehetnek, összehasonlítva azokkal, akik nem kaptak ágyat és nem tartózkodtak egész nap a gyermekük mellett (86 fő). Kimutatták, hogy a stressz mértéke alacsonyabb volt azoknál a szülőknél, akik kaptak ágyat gyermekük mellett (Smith et al., 2007).

A szülői kompetenciákat erősítő intervenciók, segítik a szülőket a hospitalizációhoz való alkalmazkodásban és a kóros pszichológiai reakciók megelőzésében. Azok a szülők, akik hatékonyan érzik szülői szerepüket, jobb mentális állapot jellemző, ezáltal gyermekük alkalmazkodóbb. És az észlelt szülői hatékonyság hatással van a szülő-gyermek interakciók minőségére, és fontos szerepe van a gyermekek betegséghez való alkalmazkodásában (Meert et al., 2013; Miklósi & Perczel, 2012). Magyarországon Miklósi és munkatársai 2014-ben kérdőíves módszerrel végeztek észlelt szülői kompetencia vizsgálatot sebészeti és traumatológiai osztályon kezelt gyermekek szülei körében (100 fő). Eredményeik szerint az észlelt szülői kompetencia nincs összefüggésben a szülő nemével, életkorával vagy iskolai végzettségével és a gyermek életkorával sem. De az akutan felvételre kerülő gyermekek szülei magasabb szülői kompetenciáról számoltak be, mint akik tervezetten érkeztek az ellátásra. Ezt azzal magyarázták, hogy a felkészítés rontja a szülői biztonságérzetet abban, hogy a kórházi ellátás során is képes hatékony szülő lenni. Az észlelt szülői hatékonyság pedig összefüggést mutatott a gyermek hospitalizációjára adott érzelmi reakciójával (Miklósi & Perczel, 2012).

Melnyk és mtsai. (2007) akutan kórházba kerülő majd intenzív osztályon kezelt (2-7 éves) gyermekek édesanyját (143 fő) vizsgálták kérdőíves módszerrel. Majd informálták őket arról, hogy gyermekük hogyan reagálhat a kórházi tartózkodásra, fájdalomra, beavatkozásokra, és hogyan tudják támogatni őket ezekben a helyzetekben. Az intervencióban részt vevő szülők kompetensebben vettek részt gyermekük ellátásában, jobban tudták kezelni a gyermekek

stresszre adott reakcióit, és az édesanyák is kevesebb szorongásos és depressziós tüneteket mutattak (Melnik et al., 2006).

Rennick és mtsai. (2011) a „touch and talk” beavatkozást a szülőknek tervezték, mellyel lehetőséget nyújtanak a csecsemők és kisgyermek megnyugtatására és figyelmének elterelésére az intenzív eljárások során. Három kanadai intenzív osztályon végeztek interjút és megfigyelést 65 édesanyával. A kutatás célja a szülők tapasztalatainak feltárása volt, a „touch and talk” beavatkozás során. Megállapították, hogy a beavatkozás nem befolyásolta a vitális paramétereket, viszont a helyreállítási idő rövidebb volt, átlagosan 24 másodperc, mindemellett a szülők többsége úgy érezte, hogy a beavatkozás megváltoztatta gyermeke fájdalomélményét, csökkentette gyermeke szorongását. A legtöbb szülő úgy érezte tehát valamit a gyermekéért (Rennick et al., 2011).

A beteg- és családközpontú gondozás előnyeinek ellenére, mindennek gyakorlati megvalósítása problémát okoz (Boztepe et al., 2017). Baird és munkatársai (2014) egy amerikai kórház intenzív osztályán megfigyelés során és interjúval mérte fel a szülő (7 fő) – gyermek -ápolói (12 fő) együttműködést és a problémákat. A kutatásban olyan szülőket vontak be, akiknek minimum hét napig intenzív osztályon kezelték a gyermeküket, majd arra kérték őket, hogy egy héten több alkalommal figyeljék meg az egészségügyi szakemberek tevékenységét és a gyermekükkel való interakcióit, majd véleményezzék azt. Mindemelett az ápolók véleményét is bekérték a családdal való együttműködésről. A kutatásból kiderült, hogy a szülőknek és az ápolóknak is a házirend néhány pontjával volt problémájuk. A legfőbb problémát az jelentette, hogy a szülők rendelkezésére csak az osztályon kívül volt mellékhelyiség, így a szülőnek el kellett hagynia a gyermekét, és csak az egészségügyi személyzet segítségével térhetett vissza a gyermeke mellé. Másrészt a szülők kifogásolták, hogy a kórteremben nem étkezhetnek, és attól félnek, hogy ha a gyermek éppen abban az időben ébredne fel, amikor a szülő nincs ott, a gyermek biztosan megijedne. Ezen okok miatt a szülő nem mindig tartja be a szabályokat, amely az ápolói vélemények szerint igen sok konfliktus alapja. Továbbá az ápolói személyzet következtelensége is erősíti ezt a problémát, mert a konfliktus kerülése miatt néhány ápoló megengedi a szülőknek az előírt szabályok felrúgását (Baird et al., 2015).

Az intenzív osztályon kezelt gyermekek szülei beszámoltak arról is, hogy a gyermekük állapota mellett szorongást okozott nekik a környezet is a folyamatos benntartózkodás során. Nem tudtak megfelelően pihenni, mert zavarta őket a fény, a sípolás, mindemelett a nyitott osztályon kellett aludniuk, ahol nem volt lehetőség szeparálódni. Az intenzív osztály olyan, mint egy „viharos hullámvasút” a szülők számára, óráról órára optimista és reménytelen pillanatok követik egymást, a szülők folyamatosan fokozott érzelmi állapotban vannak, melyet kiszámíthatatlanság, bizonytalanság, tehetetlenség érzése jellemez.

A szülők számára nagyon nehéz helyzetet jelent a gyermekük állapota, hiszen a halálozás kockázatával és a maradandó szövődeményekkel is számolniuk kell. Rodríguez-Rey és mtsai. (2018) 196 szülőt vizsgáltak kérdőíves módszerrel, akinek gyermekét kritikus állapot miatt kezelték intenzív osztályon. Az osztályról való elbocsájtást követően végezték el a vizsgálatot, ahol 3 és 6 hónap után 23 százalékban PTSD tüneteket, 21 százalékuknál szorongást és 9 százalékuknál súlyos depressziót mutattak ki (Rodríguez-Rey et al., 2018).

A folyamatos stressz miatt a családgondozási stratégiák kidolgozására volt szükség (Abela et al., 2020; Alzawad et al., 2020).

Bronner és mtsai (2010) tanulmányának fő célja egy olyan átfogó program kidolgozása volt, mely a szülői pszichopatológiai tünetek prediktív modellje a gyermek intenzív ellátása alatt és után. A modell megkönnyíti a magas kockázatú szülők felismerését és segít a pszichológiai beavatkozásokban (Rodríguez-Rey et al., 2018). A szülők segítésére Douglas és mtsai. (2019) kifejlesztette az úgynevezett „coping kit for parents” -et, mely egy olyan kártya készlet, mely rövid stresszkezelési technikákat ír le. Ezt a szülő magával hordhatja és napi 5-10 percet használnia kell. A pilot-felmérés eredményeiből megállapították, hogy a szülők nagy része a légzés és relaxációs technikákat alkalmazta. A coping kit for parents mérsékelte a depressziót és a szorongást és csökkentette a gyermekükkel kapcsolatos stresszt (Hill et al., 2018).

A beteg- és családközpontú gondozás az onkológiai ellátásban is nagyon fontos, hiszen egy hosszantartó ápolásról és kezelésről van szó, mely az egész család életét befolyásolja. (Nyirő et al., 2017) A diagnózis felállítása után a szülőknél a sokkhatás jelentkezik, majd ezt követi, egy rövid időszak amikor a terápiák és alternatív gyógymódokat próbálják felkutatni,

belekapaszkodnak mindenbe gyermekük gyógyulása érdekében. A haldokló gyermekek gondozása magába foglalja a haldokló gyermek és családja és az egészségügyi dolgozók érzelmi támogatását is (Hopia & Heino-Tolonen, 2018).

A gyermek (fejlődési fázisának megfelelően) és a család megküzdési stratégiái igen eltérőek lehetnek, általában az anyák mutatják a legmagasabb stresszszintet (Hajduska, 2010; Tiringier et al., 2007). A daganatos gyermekek szüleinél, kiemelve az édesanyákat, közel azonos vagy több poszttraumás stressztünet jelenik meg, mint a gyermekeknél, ennek magyarázata, hogy a szülők jobban felméri a betegség életet fenyegető jellegét, és a terápia esetleges szövődményeit (Yalug et al., 2011).

Gyermekonkológián végzett kutatások szerint a szülői poszttraumás stressztünetek a gyermek kezelése során magas értékben kimutathatók, mely 5 év múlva, a gyógyulás kijelentése után lényegesen csökken (Wikman et al., 2017). A kialakult stressz, függ a szülő adott életkörülményeitől is, az egyedülálló szülőnél, és a rossz gazdasági helyzetben élő szülőknél magasabb stressz szint mutatható ki, míg a magasabb iskolai végzettséggel rendelkező szülőknél magasabb az ellenállóképesség, így kisebb mértékű stressz tapasztalható. A szülő mentális egészségkárosodása viszont negatív hatású lehet a családok működésére, valamint a beteg testvéreinek életminőségére (Rodríguez-Rey & mtsai., 2018). Litzelman és mtsai. (2011) interjúval végzett kutatásukban daganatos gyermekek szüleinek (80 fő) életminőségét vizsgálták. Megállapították, hogy a súlyos betegségben szenvedő gyermekek szüleire jellemző, a társadalmi elszigeteltség, a rövid alvási és pihenési idő, és csak minimális támogatást kapnak a környezetüktől. Jellemzően kevés időt szánnak önmagukra miközben átéli gyermekükkel a kezelést és végig nézik a gyermek állapotromlását. A kutatási adatok bizonyítják, hogy a túlzott stressz negatív hatással lehet a szülők fizikai és mentális egészségére. Bár a szerzők elismerik, hogy a szülő javíthatja a gyermek egészségügyi eredményeit a támogatásával, viszont a kórházban a válságban lévő szülők nem kapnak elegendő támogatást a kórházban fennálló szakember hiány miatt (Litzelman et al., 2011).

A daganatos gyermekek és családjaik körében a negatív pszichés tényezők mellett pozitív változás is megjelenhet, ezért számos tanulmány vizsgálta poszttraumás stressz zavar és a poszttraumás növekedés előfordulását a gyerekek és szüleik körében.

Zsigmond, és Rigó (2019) kérdőívekkel végzett vizsgálatában gyermekkori daganatos betegségből gyógyult fiatal felnőttek (56 fő) és szüleik (112 fő) poszttraumás növekedését vizsgálták. A kutatás eredményei azt mutatták, hogy gyógyult fiatal felnőttek 97,9%-a, a szülők 93%-a átélte minimum enyhe mértékű növekedést. A gyógyult felnőttek 17%-a, és a szülők 23%-a pedig nagymértékű poszttraumás növekedésről számolt be. Mindkét csoportban látható volt, hogy az 'élet értékelése' területet pontozták a legmagasabbra (Zsigmond & Rigó, 2019).

Barakat és mtsai. (2006) daganatos 11-19 év közötti gyermekekkel (150 fő) és szüleivel (153 fő) készítettek interjút, eredményeik szerint a daganatos megbetegedést átélte fiatal felnőttek 84-88%-a átélte poszttraumás növekedést legalább minimális szinten, a szülők esetében ez az arány 80-90% (Barakat, 2006). Egy másik kérdőíves kutatásban Hungerbuehler és mtsai. (2011) ahol daganatos gyermekek szülei (126 fő) is részt vettek a kutatásban 62 %-a számolt be közepes mértékű növekedésről (Hungerbuehler et al., 2011).

## **2.2. A pszichés támogatás módszerei a gyermekek kórházi kezelése során**

A gyermekek kórházi kezelése során nagyon fontos a pszichés támogatás, mely függ a gyermek értelmi szintjének megfelelően alkalmazott stresszcsökkentő módszerektől, a kórházi környezettől, melyek napjainkban, világszerte egyre inkább előtérbe kerülnek a gyermekek ellátása során.

### **2.2.1. Gyermekek jogai a kórházi ellátás során**

A megfelelő és gyermekbarát kórházi ellátás biztosításához ismernünk kell a gyermekek és szüleik jogait a kórházi kezelés során. Az egészségügyről szóló törvény a gyermekeket mindig cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes személyekként említi, ezért legtöbbször a jogokat is a törvényes képviselők gyakorolhatják helyettük. A törvény azonban védi a gyermekeket attól, hogy a szülő hibás döntése miatt életveszélybe kerüljön, vagy maradandó egészségkárosodást szenvedjenek. Mindemellet ez nem azt jelenti, hogy a gyermeknek nincs joga például a tájékoztatáshoz (1997. évi XXXI. törvény, 1997).

A 1997. évi CLIV. törvény szerint az általános betegjogok a következők (1997. évi XXXI. törvény, 1997):

- Az egészségügyi ellátáshoz való jog
- A kapcsolattartás joga
- Az intézmény elhagyásának joga
- A tájékoztatáshoz való jog
- Az emberi méltósághoz való jog
- Az önrendelkezéshez való jog
- Az ellátás visszautasításának joga
- Az orvosi titoktartáshoz való jog

A kórházi kezelés során a gyermekekre is érvényesek az általános betegjogok, mindemellát az ő ellátásuk során más feltételek biztosítására is szükség van, melynek nemzetközi szinten való megvalósításához létrejött az EACH Charta („The 10 articles of the EACH Charter”, 2013).

Az 1950-es években kutatások alapján kimutatták, hogy a kórházi tartózkodás negatív hatással van a gyermek érzelmi és pszichés állapotára, melynek legfőbb oka, hogy kiszakítják a megszokott családi környezetéből. Ezt felismerve először az Egyesült Királyságban, majd számos más európai országban is arra törekedtek, hogy a családot is bevonják a gyermek ellátásába. 1988-ban született meg a Leideni Charta, mely ma EACH Chartaként („EACH-European Assotiation for Children in Hospital - Európai Szervezet a Kórház-ban Kezelt Gyermekekért”) ismeretes. A kezdeményezéshez eddig 22 európai ország, köztük Magyarország is csatlakozott („The 10 articles of the EACH Charter”, 2013).

A szervezet fő célja, hogy a gyermekek jóléte biztosítva legyen a kórházi tartózkodás alatt, és a legkisebb mértékben sérüljenek ez által, ezért a Charta 10 pontban fogalmazta meg a gyermekeket megillető jogokat, ezek az alábbiak:

1. Gyermek csak akkor kerüljön kórházba, ha olyan ellátásra van szüksége, amely másként nem biztosítható.
2. A gyermek joga, hogy szülei vele lehessenek a kórházi tartózkodás egész ideje alatt.
- 3.1. Elhelyezést kell felajánlani minden szülőnek.
- 3.2. Nem lehet a szülőket további kiadásokkal terhelni.

3.3. A szülőket tájékoztatni kell az osztály napirendjéről, és biztatni kell őket az aktív részvételre.

4.1. A gyermekeknek és a szülőknek egyaránt joguk van a koruknak és értelmüknek megfelelő tájékoztatáshoz.

4.2. Mindent meg kell tenni a fizikai, az érzelmi fájdalom és a stressz elkerüléséért.

5./1. A gyermekek és szüleik joga, hogy kellő információ birtokában részt vehessenek minden egészségügyi ellátásukkal kapcsolatos döntésbe.

5./2. Minden gyermeket óvni kell a felesleges vizsgálatoktól és kezelésektől.

6./1. Gyermeket azonos szükségletekkel rendelkező gyermekekkel kell együtt ápolni és nem szabad őket felnőtt kórteremben elhelyezni.

6./2. Amennyiben megoldható, ne legyen kor szerint korlátozás a gyermek látogatói között.

7. A gyermeknek joga van játszani, kikapcsolódni és tanulni, és ehhez a környezetet a korának megfelelő igények szerint alakítsuk ki.

8. A gyermek kezelését, ápolását végző személyzet rendelkezzen mindazon képességekkel, melyek alkalmassá teszik a gyermek fizikai, érzelmi és fejlődési szükségleteinek kielégítésére.

9. A kezelés során biztosítani kell az állandóságot.

10. A gyermekeket tapintattal és megértéssel kell kezelni és a magánéletüket tiszteletben kell tartani („The 10 articles of the EACH Charter”, 2013).

### **2.2.2. A gyermekbarát ellátás fogalma**

Az elmúlt években a kórházi gyermekellátás területén világszerte elterjedt, az előző fejezetben részletezett EACH- charta 10 pontja is ennek alapjául szolgál, és nagyban meghatározza a gyermekbarát ellátás szemléletét.

Salvioli (2015) szerint a gyermekbarát ellátáshoz a gyermek korának megfelelő környezetet kell kialakítani, játszósobát, tanulószobát, és biztosítani kell a szülő állandó jelenlétét. Mindemellett biztosítani kell, hogy az orvosok és ápolók kevesebb időt legyenek kénytelenek adminisztrációval tölteni, helyette inkább a betegeikre és szüleikre fordítsanak több időt (Salvioli, 2015).

Magyarországon Polcz Alaine már 1995-ben megjelent cikkében összefoglalta a gyermek számára ideális kórházi környezet és életmód tényezőit. A „Styl Anticlinique” világszerte elterjedt szemléletét hangsúlyozta, melynek lényege: a gyermek igényeinek megfelelő színes, ingergazdag és játékos környezet; mozgástér, tanulás, foglalkoztatás, és a látogatás biztosítása. Cikkében hivatkozott Anglia, Kuba, Kanada, Franciaország, Egyesült Államok, Nyugat-Németország adataira, melyben már akkor a megváltozott szemléletű kórházak jobb és gyorsabb ápolási eredményeiről számoltak be (Polcz, 1995).

Magyarországon a Társaság a Szabadságjogokért (TASZ) jogvédő szervezet „Gyerekekkel vagyok” című kezdeményezésében 2015 óta méri fel a kórházakat, egyrészt az alkalmazott gyermekbarát ellátás szempontjából, másrészt a gyermekkórházakban gyógyuló gyerekek és szüleik helyzetét vizsgálja. Az elmúlt évek eredményei jól mutatják, hogy elindult egy gyermekbarát szemléletváltás, de még mindig nagy különbségek vannak az intézmények között. A vizsgálat során arra is fény derült, hogy a gyermekbarát ellátás kialakítása elsősorban nem a kórházak fizikai és anyagi adottságainak, hanem az ott dolgozók szemléletmódjának függvénye. A szervezet kutatásai alapján is megfogalmazták azt a tényt, hogy a gyermekek ellátásában nagyon fontos szempont a megfelelő személyi, és tárgyi feltételek biztosítása mert ezek révén érhető el olyan szintű ellátás, amelyben a legkisebb lelki megterheléssel, legeredményesebben végezhető a kezelések. Mindemelllett a gyermekellátó szakemberek és szülők tapasztalatai által összefoglalták a gyermekbarát ellátás alapjait, miszerint a gyermekbarát ellátás az, ha a szülő kórházi kezelés és ellátás alatt folyamatosan a gyermekkel lehet, biztosított az elhelyezése, az étkezése a gyermeke mellett. A kórházi ellátás során az orvosok és az ápolók a gyermek életkorának megfelelő eszközöket alkalmazva kommunikálnak, és mind a szülő mind a gyermek is folyamatosan megfelelő tájékoztatásban részesül. A gyermekbarát ellátásban a barátságos környezetnek és eszközöknek is kiemelt szerepe van, mindezek mellett pedig a kórházban igénybe vehető legyen egy szakember, aki segít a gyermeknek, szülőknek és a gyermekosztály személyzetének a stresszkezelésben, és a trauma által okozott szorongás oldásában (Fernezeyi, 2017).



### **2.2.3. Child life specialist (CLS) szerepe a gyermekek kórházi ellátásában**

A child life specialist (CLS) (magyar fordítása jelenleg még nem ismert), olyan alap vagy mesterfokú képzettségű, a gyermekgyógyászat területén (pl.: fekvőbeteg osztályok, intenzív osztály, traumatológia, onkológia, újszülött intenzív osztály, alapellátás) dolgozó egészségügyi szakemberek, akik segítik a gyermekeket és a családokat a kórházi kezelés folyamatában és a lelki támogatásban. Szerves részét képezik az egészségügyi csapatnak, mivel kiegészítő támogatást nyújtanak a gyermekeknek és a családoknak a stresszes helyzetek kezelésére.

A Child life specialist-ek egyesületét (Association of child life professionals (ACLP)) 1982-ben az Amerikai Egyesült Államokban nonprofit szervezetként hozták létre. Az egyesület képzett szakembereket képvisel, akiknek tapasztalata van abban, hogy segítsék a gyermekeket és családokat a betegség, sérülés és kórházi kezelés stresszének elviselésében. Az ACLP jelenleg több mint 5000 tagból áll, akik világszerte legalább 600 szervezetet képviselnek („History of ALCP”, 2020)

#### **2.2.3.1. Az ACLP története**

Az gyermek egészségügyi ellátás az 1920-as évek óta foglalkozik azzal, hogy hogyan javíthatják a gyermekek egészségügyi tapasztalatait. Először 1922-ben Mottini Mott Gyermekkórház Michiganben korai „játékprogramokat” (a legelső child life specialist-ek megkezdték munkájukat, játszásra alkalmas tereket alakítottak ki, játékokat, mesekönyveket használtak kórházi munkájuk során) hozott létre a gyermekek számára, hogy javítsák a gyermekek egészségügyi tapasztalatait, érzelmi stabilitásukat, valamint az orvosi kezeléssel összefüggő félelmet és fájdalmat enyhítésék. Mindemellet a családokat, testvéreket is támogatták. Ez a filozófia volt a családközpontú gondozás előfutára. Ennek hatékonyságát felismerve, a következő években egyre több kórház hozott létre és vezetett be „játékprogramokat” a gyermekek kórházi kezelésébe („History of ALCP”, 2020).

1982-ben megalakult az akkreditáló szervezet a Child Life Council (CLC), melynek 1983-ban már 235 tagja volt. 1976-ben megalapították az Association of Child Life Professional-t (ACLP), melynek célja volt, hogy minél több kórházban elkezdődjön a gyermekek

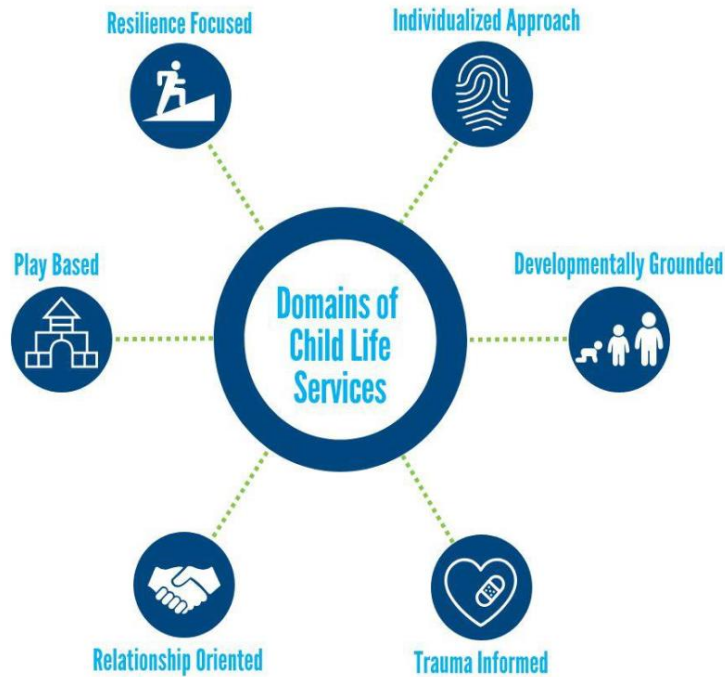
támogatása, és továbbfejlesszék saját szakmai tapasztalataikat. Az 1970-es években meghatározták a CLS egyetemi oktatási programját és követelményeit, 1988-ra egységesített CLS tanúsítási vizsga volt érvényben. Az ACLP etikai kódexet is létrehozott, és a CLS kompetencia területeit is világosan megfogalmazták. 2019-ben egy applikációjuk is megjelent, mely segíthet a szakembereknek. Mindemelett a CLS munkája érzelmi megterhelést is jelenthet, hiszen életvégi ellátásban is részt vesznek, ezek megbeszélésére és feldolgozására is segítséget nyújt a szakmai egyesület. 2016-ban 53 500 CLS volt az Egyesült Államokban, ez a szám folyamatosan növekszik, más országokban is („History of ALCP”, 2020; Beickert & Mora, 2017). Manapság a hitelesített CLS a kórházak fekvő és járóbeteg osztályain (beleértve a diagnosztikai osztályokat is pl.: radiológia), újszülött és gyermekintenzív osztályokon, sürgősségi osztályokon, az alapellátásban és a hospice házakban végzik munkájukat. Mindemellett olyan gyermekeknek is segítséget nyújtanak, ahol a szülő súlyos betegséggel küzd. Átlagosan egy szakember 15 gyermek támogatását végzi, amely függ a gyermekek állapotától is (Boles et al., 2020).

### **2.2.3.2. A CLS tevékenységei**

A child life specialist munkája világszerte elterjedt, tevékenységük fontosságát és hatékonyságát kutatásokkal is bizonyították (Boles et al., 2020).

A CLS által nyújtott ellátás központi jellemzői (2. ábra):

- reziliencia (lelki ellenálló képesség) fókuszú
- az ápolás individualizált megközelítése (egyénnre szabott ápolás)
- fejlődési kontextus központú és családközpontú
- trauma hatásának figyelembevétele
- kapcsolatorientált
- játék módszerén alapszik (Boles et al., 2020).



3. ábra: A CLS által nyújtott ellátás központi jellemzői (Boles et al., 2020)

### **A gyermek pszichés állapotának felmérése**

Felméri a gyermek és családtagjaik érzelmi állapotát, melynek lehetőségei az anamnézis áttekintése, a gyermek viselkedésének, rajzának, játékának megfigyelése, nagyobb gyermekek és szülők esetében kérdőívek használata. Amennyiben a CLS a gyermek pszichés állapotát úgy ítéli meg, további szakemberek bevonását kérheti (pl.: pszichológus) (Boles et al., 2020).

### **A gyermekek és családjaik pszichés támogatása**

A CLS támogatást nyújt a gyermekek és családjaik számára, a kórházi kezelés folyamatában és a lelki támogatásban, foglalkozik a beteg gyermek testvéreivel, vagy a krónikus betegségben szenvedő, de iskolába járó gyermekek osztálytársait is oktathatják a gyermek betegségéről (Boles et al, 2020).

A CLS szakemberek a gyermekvárás pillanatától segítik a családokat. 2009-től a Le Bonheur amerikai magzati központ átfogó ellátást biztosít azoknak a szülőknek, akiknél prenatális

veleszületett rendellenesség diagnosztizálása történt. A CLS szakemberek az egészségügyi személyzettel együttműködve támogatják a szülőket a vizsgálatok alatt és azok előkészítésénél, érzelmi támogatást nyújtanak, és szükség esetén segítenek a gyászban. (Tucker & McCann, 2013) A koraszülött és újszülött intenzív osztályon a CLS három legfontosabb feladata a szülők és testvérek támogatása, a család oktatása, és szükség esetén segítség a gyászban (Smith & mtsai., 2014). LeBlanc és mtsai. (2014) 1-7 éves gyermekek szüleivel (49 fő) végzett kérdőíves kutatást, melyben a CLS munkájáról méri fel a szülői tapasztalatokat. Az eredményekből kiderült, hogy a legtöbb szülő nem ismerte a CLS munkáját a kórházi kezelés megkezdésekor. Ugyanakkor a szülők pozitívan értékelték a CLS munkáját, a legtöbb esetben a gyermeknek és a szülőnek is segített és érzelmi támogatást nyújtott a kórházi kezelés ideje alatt (LeBlanc et al., 2014).

### **A gyermek kórházi beavatkozásokra és vizsgálatokra való pszichés felkészítése**

A CLS általi előkészítés tartalmazhatja az eljárás vagy a diagnózis leírását, az orvosi csoport tagjainak bemutatását, az eljárási helyiség megismerését, valamint a gyermek szükségletei alapján kiválasztja a megfelelő előkészítési módszereket, pl.: képeket, könyveket, számítógépes játékokat, babákat és orvosi eszközöket, valamint videókat. Ezzel biztosítja a beavatkozás megismerését, és minimalizálja a gyermekek félelmét és szorongását, miközben növeli a szülők ismeretét és elégedettségét. Ezenkívül a felkészítés csökkenti a stresszt, és növeli a gyermekek és családtagjaik megküzdési képességeit. (Meg kell említeni, hogy nem vesznek részt az orvosi beavatkozások asszisztálásában és a szükséges eszközök előkészítésében.) (Thompson, 2018; Burns-Nader & Hernandez-Reif, 2014).

### **Kommunikáció szerepe a gyermekek és szüleik kórházi kezelése során**

A CLS-ek munkájában fontos szerepe van a kommunikációnak, a gyermekek és családok kezelése során a verbális és nonverbális kommunikáció is kiemelt szerepet játszik. Általánosságban elmondható, hogy a gyerekek könnyebben fejezik ki magukat játék révén és egyéb kreatív tevékenységek, mint szavak útján (Klinzing & Klinzing 2018). A gyermek fejlettségi szintjének megfelelően a CLS-ek elmondják a gyermekeknek a betegségük

természetét, lefolyását tüneteiket. Az ellátás során a beavatkozásokra való felkészítéseknél figyelembe veszik a gyermek életkorát, értelmi szintjét és pszichés állapotát (White, 2017). A kommunikációt megnehezíti, hogy a gyermek mellett ott a szülő, így kialakul egy triadikus kapcsolat. Ebben az esetben párhuzamos kommunikációt kell folytatni, hogy azt mind a szülő, mind a gyermek értelmi szintjének megfelelő legyen és megértsék a történeteket, ez viszont számos kommunikációs probléma forrása lehet. A triádok kapcsolati mintáinak vizsgálatából kiderült, hogy a gyermekek az orvosi ellátásban zajló interakciók nagy részéből kimaradnak, az orvosi információ kizárólag a szülőt célozza. A gyermekek felé az orvosi kommunikáció inkább érzelmi színezetű (Csabai et al., 2008; Kiss, 2011). A CLS segítséget nyújt a gyermekek és a szülők számára, hogy pontosan megértsék a betegséget és annak kezelését, ezt gyermekeknél anatómiai könyvek vagy videók segítségével végzik. Az egészségügyi dolgozók kommunikációja kiemelten fontos a krónikus betegségben szenvedő gyermekek betegségfolyásának egyes pontjain. Nyíró és mtsai. (2017) a palliatív ellátás fogalmának bevezetését vizsgálta a gyermekonkológiai ellátás során a szülővel való kommunikációban. Interjút készítettek a Magyar Gyermekonkológiai Hálózat orvosaival (22 fő). Eredményeikben beszámoltak róla, hogy a palliatív terápiára való áttérésnek közlése egyszeri és csak a gyógyító lehetőségek kimerülése után történik meg. A legtöbb orvos pszichológust is bevon a szülővel való beszélgetésbe. A szóhasználatot is vizsgálták, vannak jellemzően használt és elkerült szavak, amelyek között előfordulnak egyértelműséget, önvédelmet és empátiát tükröző kifejezések, legellentmondásosabb a halál, haldoklás kommunikációja (Nyíró et al., 2017). Citak és mtsai. (2013) gyermekonkológián dolgozó ápolók (21 fő) körében végeztek kutatást, melyben a kórházi kezelés alatt, a családokkal történt jelentős események leírására kérték meg a résztvevőket. Az eredmények azt mutatják, hogy a gyermekonkológián dolgozó ápolók olyan kommunikációs helyzetekbe kerülnek a szülővel és a gyerekekkel, amely stresszt és bizonytalanságot okoznak számukra, valamint érzelmileg megterhelik őket. A szülővel való kommunikációt még nehezebbnek ítélték meg az ápolók, a diagnózis ismertetése után, a végstádium időszakában, vagy például ünnepekor (Citak et al., 2013).

A CLS-ek a szuggesztíót is használnak munkájuk során (Klinzing & Klinzing 2018). A szuggesztíó olyan verbális üzenetet jelent, amelyek önkéntelenül is hatást váltanak ki a

befogadóból. A gyermekeknél a módosult tudatállapotok a mindennapi élet részei, amelyek életkortól függő formában jelennek meg. Náluk a normál, éber és a módosult tudatállapot közötti határvonal sokkal átjárhatóbb. A transzállapotaikat át lehet fordítani hipnózisba, amely csökkenti a szorongást, és megkönnyíti a kórházi kezelések kivitelezését is. A gyermekbarát ellátás is hangsúlyozza, hogy a szeparációs hely, ismeretlen személyek és eszközök, a kórházi napirendhez való alkalmazkodás egyenként is igénybe veszi a gyermek megküzdési mechanizmusait és ezzel hátráltatja az optimális gyógyulást. A szuggesztiók alkalmazásának pozitív hatásait a gyermekek és szülők műtét előtti felkészítésben Kiss (2011) mutatta be egy előzetes vizsgálat során. A műtéti felkészítés hatékonyságát szülők által kitöltött kérdőívek (60 fő) és az egészségügyi team informális visszajelzése alapján vizsgálta, mely eredményei szerint a szülők minél informáltabbnak érzik magukat, annál inkább képesek arra, hogy megbeszéljék a várható eseményeket gyermekükkel. Az egészségügyi team tagja arról számoltak be, hogy a felkészített gyermekek fogékonyabbak voltak a humorra, együttműködőbbek voltak, és kevésbé féltek (Kiss, 2011).

### **A játék és a mese szerepe a kórházban kezelt gyermekeknél**

A játék megfelelő lehet a kórházi kezelés során figyelemelterelésre, a gyermekben zajló lelki folyamatok feltérképezésére, és az esetleges traumák feldolgozására. Freud volt az első, aki a játékot terápiás céllal kezdte alkalmazni. A játék terápiájában minden játékszert vagy cselekvést érdemes megvizsgálni, mert mind szimbolikus jelentéssel bír (Benedek, 2005). A játékdiagnosztika és a játékterápia is nagymértékben támaszkodik a szabad spontán önkifejezésre, amely gyermekeknél lehet a rajz vagy játszás (Stöckert, 2011).

A játék önként, szabadon választott tevékenység, melynek lényege az embernek az a képessége, hogy tükrözze a valóságot, és át is alakítsa azt, a humor, a nevetés és a tréfa eszközeivel. A játék a gyermek természetes közege, ezáltal felfedezi a világot. A játék hatása a gyermekre: megnyugtatja, neveli, tanítja, segít a szocializációban a játszótársak révén. A játékban megjelenhet az öröm, a bánat, a kaland feszültsége, a kommunikáció és önkifejezés igénye (Stöckert, 2011; Mérei & Binét, 2016).

A játékoknak különböző fajtáit különböztetünk meg, melyeket meghatározott fejlődési periódusokban figyelhetünk meg. Ezek a manipulatív, a gyakorló, szimbolikus és szabályjátékok (Stöckert, 2011; Holioake, 2013).

A CLS-ek kórházi körülmények között alkalmazott 3 leggyakoribb játékfajta: a normatív játék, az orvosi játék, és a terápiás játék. A normatív játék egy spontán tevékenység, amelyet a gyermek aktívan végez és örömet szerez neki. Ilyenek például a könyvek olvasása, társasjátékok, bábozás vagy a kézművesség. Az orvosi játék lehetővé teszi a játékot az egészségügyi témával ötvözve, így tájékoztatást kaphat a gyermek értelmi szintjének megfelelően, például a betegségével kapcsolatban. Ilyen játékok lehetnek az orvosi kollázsok készítése képek segítségével, vagy játék orvosi eszközök kipróbálása. A terápiás játéktevékenységeket úgy tervezik és valósítják meg, hogy segítsék a gyermekeket a nehéz események során való gondolkodásban és kifejezésben (Burns-Nader & Hernandez-Reif, 2014).

A játéktevékenység összefüggést mutat a figyelem, az értelmi, érzelmi és szociális fejlettséggel. A gyermek számára a játék örömforrást jelent, de a játéktevékenység szolgálhat arra is, hogy a gyermek ezáltal csökkenti magában a megtörtént események hatására kialakult feszültséget, indulatot (Sampson & Allbright, 2018).

A gyermekek életében a játék mellett egy másik meghatározó elem a mese. A mesék megnyugtatók, oldják, vigasztalják, a gyereket, a belső kép ugyanis az indulatok, vágyak, szorongások, ismeretek feldolgozása. A mese a feldolgozás egy fontos eszköze lehet, hiszen a gyermek a világról való tudását is a saját belső képein keresztül vázolja, majd vetíti ki aztán a játékaiba is (Lerwick, 2013). A mesék nemcsak tanítani képesek a gyermeket, hanem kapcsolatépítő szerepet is betölthetnek, például segíthetnek a bizalom kiépítésében a kórházba kerülés során, és ez által egy jó ápoló/orvos/CLS-beteg kapcsolat kialakulásában. Holioake a 2013-ban megjelent cikkében egy égési sérüléseket szenvedett kisfiúval végzett meseterápiás esetét mutatja be. Az ápolónő egy ötlépcsős modellt használ, melyet Duvall és Beres dolgozott ki (2007), Vygotsky (1978) White (2005) munkája alapján. Az ötlépcsős modell felépítése a következő: cél, háttértörténet, kulcsfontosságú események, hatások értékelése és összefoglalás. Ezek a szakaszok ösztönzik a beteg gyermeket felismerni és érvényesíteni a bennük lévő érzéseket, melyek közül leggyakrabban a harag, bánat, szégyen,

büntudat jelenik meg. A mesének ezen típusa nem csak feltárja a gyermek érzelmeit, de segít a feldolgozás folyamatában is. A mesemondás által a gyermek felismeri, hogy meghallgatják, lehetőséget kínál a gyermek számára megosztani érzéseit, szembesül az elfogadással, és ő is megoszthatja történetét (Holioake, 2013).

### **CLS pszichés felkészítésének hatásai a gyermekekre és a szülőkre**

A gyermek fejlettségi szintjének megfelelően a CLS-ek elmondják a gyermekeknek a beavatkozások menetét, és közben elterelik a figyelmüket. Csecsemőknél zenével, ringatással, cumival, simogatással végzik a figyelemelterelést. Kisgyermeknél játék orvosi eszközökkel, vizuális segédeszközöket, például gyermek anatómia könyveket vagy tablettát használnak. Serdülőknél telefonos alkalmazásokat, anatómia könyveket alkalmaznak (Medeiros da Silva et al., 2017; Zhang et al., 2015).

A Child life specialist aktív szerepet játszik a gyermekek és családtagjaik peri- és postoperatív támogatásában is. Meletti és mtsai. (2018) kutatásában 2-8 év közötti 118 gyermeket és szüleit vizsgálták, a minta fele részesült műtét előtti CLS általi felkészítésben, a kontrollcsoport nem kapott felkészítést. Kimutatták, hogy a felkészítésben részesült gyermekek és a szülők szorongása is csökkent a kontrollcsoportéhoz képest (Meletti et al., 2018).

Murag és mtsai. (2013) retrospektív vizsgálatukban gyermekeknél mérték fel a CLS-ek hatását az intravénás kanülálás során. A vizsgálatban összesen 5460 gyermek vett részt, átlag életkoruk 7 év volt. A kutatásban részt vett gyermekek fele kapott CLS által támogatást (felkészítés, figyelem elterelés) a beavatkozással kapcsolatban, míg a minta másik fele kontroll csoportként nem kapott támogatást. Szignifikánsan bizonyították, hogy a kanülálás során nyugodtabbak és együttműködőbbek voltak a gyerekek, mint azok, akik nem kaptak felkészítést. Mindemellett az is igazolható volt, hogy a kanülálás sikeressége nem függ a CLS jelenlététől (Murag et al., 2017).

A CLS a beavatkozások során is segítséget nyújthat, csökkentheti munkájával az altatások szükségességét az egyes beavatkozásoknál (Grissom et al., 2015). A gyermekeket a diagnosztikai vizsgálatokhoz is felkészítik, például MR (mágneses magrezonancia képalkotás) vizsgálatok előtt hang és képi felvételeket is mutatnak, hogy ez a vizsgálat



közben ne okozzon számukra szorongást, ezzel csökkenthetők a vizsgálatokhoz szükséges altatások száma (Durand et al., 2015; White, 2017). Scott és mtsai. (2016) retrospektív vizsgálatukban sugárterápiával kezelt 3-12 éves gyermekek (425 fő) esetében vizsgálta a CLS beavatkozás hatását az érzéstelenítés szükségességére. A kontrollcsoporthoz a CLS munkájának megkezdése előtti esetek vették alapul. Vizsgálatukban megállapították, hogy a CLS munkája (felkészítés és a terápiás játék) közel felére csökkenti a napi érzéstelenítés szükségességét, különösen a 3–8 éves gyermekek számára (Scott et al., 2016).

### **Fájdalomkezelés**

A fájdalom kezelését gyakran a CLS-ek munkájának alkotóelemeként írják le. A fájdalom és a szorongás összefüggenek egymással, egy gyermek szorongó állapota fokozza a fájdalomérzetét (He et al., 2015). A fájdalom és a szorongás nem megfelelő enyhítése a gyermekkori kezelések során lehetnek hosszútávú negatívumok, és hatással lehetnek a jövőbeli fájdalomtoleranciára és a fájdalomreakcióra (Kao et al., 2017; Lerwick, 2013).

A kórházi akut ellátásra szoruló gyermekek gyakran nem is a fájdalom miatt sírnak, hanem azért mert félnek. Emiatt az ellátó személyzet is feszültebb és kevésbé tud koncentrálni a beavatkozás során. A Child life specialist gyermekeknek nyújtott támogatása megkönnyíti az ellátást, és fontos szerepet játszanak a fájdalmas beavatkozások esetén a gyermek szorongásának csökkentésében (Martin, 2017; Diener et al., 2018).

Bandstra és mtsai. (2008) észak-amerikai kórházainak 607 CLS-vel végzett online kérdőíves felmérést, melynek eredményei arra utaltak, hogy ők is aktívan részt vesznek a fájdalom kezelésében és a nem gyógyszeres módszerek széles választékát használják (pl.: megnyugtatás, felkészítés, játékterápia, figyelemelterelés), melynek többsége tapasztalataik alapján hatásosnak bizonyult (Bandstra et al., 2008).

Novak és mtsai. (2015) 4-15 éves gyermekek (123 fő) körében vizsgálta a játékterápia hatását fájdalmas beavatkozások után. Vizsgálták az Entonox terápia (oxigén és dinitrigén-oxid kombináció) a játékterápia és annak kombinált hatását is, melyet egy olyan kontrollcsoporthoz hasonlították, melyben egyik terápiában sem részesültek a gyerekek. Bizonyították, hogy a játékterápia ugyanolyan hatásos, mint az Entonox terápia (Mohan et al., 2015).

### **Gyászban való segítségnyújtás és támogatás**

A CLS-eknek fontos szerepük van a palliatív terápia során is, biztosítják az érzelmi támogatást, a gyermek és családja számára. A szülőknek és testvéreknek is támogatást nyújtanak a gyászban (Thompson, 2018; Basak et al., 2019).

### **Együttműködés az egészségügyi teammal az ellátás koordinálása és irányítása érdekében**

Az egészségügyi szakemberek számára is nagy segítséget nyújt a CLS munkája, a felkészített gyermek nyugodtabb, a beavatkozások könnyebben és gyorsabban kivitelezhetők. Mivel a gyermekek kevésbé félnek és lelki támogatást kapnak, ezért kevesebb negatív szituációt tapasztalnak az ellátók is. Drayton és munkatársai (2019) kutatásukban egy ausztráliai gyermekkorház 24 ágyas gyermekosztályon dolgozó ápolók (18 fő) véleményét vizsgálja a CLS munkájáról. Az eredmények azt mutatják, hogy a CLS munkájának pozitív hatása van az ápolók munkájára, az ápolónők úgy érezték, hogy jobban összpontosíthatnak a beavatkozásra. Az ápolók a beavatkozásokra való felkészítést és a figyelemelterelő technikákat tartják a leghasznosabbnak, amelyet CLS nélkül nem minden esetben tudnának biztosítani a gyermekeknek időhiány miatt (Drayton et al., 2019).

### **Gyerekbárát légkör megteremtése**

A CLS-ek a kórházakban gyerekbárát légkört teremtenek, azzal, hogy a kórházi környezet jobban hasonlít a kórházon kívüli élethez, például játszósobák kialakításával.

A gyerekbárát ellátásról alkotott fogalmakban láthatjuk, hogy kritériumként említik a gyermekeknek megfelelő barátságos környezet kialakítását. A kórházi ellátás a gyermekekben negatív érzéseket kelthet, mint félelem, szorongás, stressz, ijedtség, magány és elszigetelődés. A környezetpszichológia is kiemeli, miszerint a gyermekek viselkedése és lelkiállapota függ a játékkörnyezet megjelenésétől, így ennek megfelelő biztosításával a stressz csökkenthető. Ezt alátámasztja a Selye-féle stresszelmélet, melyben megállapította, hogy szervezetünk a fizikai környezetből érkező terhelő ingerekre és a pszichológiai terhelésre hasonló reakciót ad. Így a kialakult stressz az egyén környezete felett gyakorolt túl alacsony kontrolljából adódik. Két új elmélet is megjelent, az első a környezetközpontú

elmélet, mely szerint a környezet emberi célokat befolyásoló eszköz. A másik újabb elmélet, az integráló elmélet, miszerint a személy és környezete folyamatosan ideiglenes kölcsönhatásba kerül egymással. Ezek alapján elmondható, hogy a fizikai környezet nem csupán helyszíne, de szerves része is a viselkedésünknek, így nem elhanyagolható annak megfelelő kialakítása sem (Dúll, 2009; „Council of Europe guidelines”, 2011). Ír kutatók, Lambert és mtsai. (2014) több kórházat bevonva végeztek felmérést 5-8 éves gyermekek között, melyben a kórházi tartózkodás pszichoszociális hatását vizsgálták. A kutatás eredményei alapján elmondható, hogy a gyermekek számára nagyon fontos, hogy lehetőségük legyen különböző foglalkozásokon részt venni, játszani, tanulni. Mindemellett a közösségi terek elérhetősége, ahol lehetőségük van találkozni más gyermekekkel, társas kapcsolatokat kialakítani, közös elfoglaltságot találni. A gyerekek elmondták, hogy szeretnék, ha kapcsolatban lehetnének a kórházon kívüli világgal is, például iskolatársakkal, barátokkal családtagokkal vagy sorstársakkal, ezért a kórházakban megfontolandó lenne egy interaktív kommunikációs hálózat kialakítása, mert az ilyen lehetőségeknek kimutatható terápiás hatást tulajdonítanak. Nemzetközi példák is vannak már ezen a területen sikeresen alkalmazott újításokra, például egy amerikai és kanadai fejlesztés a Starbright World, vagy az ír Solas online kommunikációs hálózat, ahol együtt mesélhetnek, játszhatnak a gyerekek barátaikkal, sorstársaikkal. Ezek segítségével csökkenthető bennük az izoláció érzése, fejlődik a kommunikációs készségük és támogatni tudják egymást a betegségük alatt (Lambert et al, 2014). Ahhoz, hogy a gyermek jól érezze magát és pozitív reakciók alakuljanak ki benne a kórházban eltöltött idő alatt, elengedhetetlen a művészi, szórakoztató környezet a gyermekosztályokon. A színek fontos szerepet játszanak a gyerekek hangulatát illetően, csökkenti a gyerekek szorongását és kisebb traumának élik meg a hospitalizációt. Ghazali és munkatársai 2013-as kutatásaiban 3 gyermekosztályon végeztek terep megfigyelést, mindemellett 80 gyermekkel és 80 ápolóval végeztek kérdőíves felmérést. A gyermekek jelentős környezeti jellemzőnek tartották a művészetet a kórházi környezetben, ahol a gyermekek attól érezték gyermekbarátnak a kórházi osztályt, hogy az dekorációkkal és festményekkel volt kialakítva. Építészeti szempontból is vizsgálták, hogy milyen elemeket kell figyelembe venni ahhoz, hogy egy gyermekosztály környezete is gyógyító hatású lehessen, ebből a felmérésből kiderült, hogy ehhez fontos tényezők a színek,

a berendezés, megfelelő méretű hely, a világítás, minták, valamint különböző kiegészítő terápiás lehetőségek pl.: kert (Ghazali et al., 2013). Bishop 2012-es cikkében egy ausztrál kórház mutat be, ahol a folyosók és osztályok falait folyamatosan változó rajzok, fényképek, szobrászművek, keveréke díszíti, melynek célja a folyamatosan változó érzelmi stimuláció, mely vonzza a figyelmet. A megkérdezett gyerekek és fiatalok válaszaikból kiemelték az unalom és a várakozás során fellépő elhatalmasodó félelem és negatív érzések megszűnését (Bishop, 2012).

Egyéb stresszcsökkentő módszerek alkalmazása és gyermekgyógyászati önkéntes programok szervezése

A CLS-ek segítenek a gyermekbarát ellátásban, a családi tevékenységek (pl. családi mozi est) lehetőségeinek biztosításával és a kiegészítő programok támogatásával (pl. háziállat terápia) (Burns-Nader & Hernandez-Reif, 2014).

A gyermekek kórházi stresszcsökkentésére nemzetközileg és hazánkban is elterjedtek olyan módszerek, melyek jótékony hatása tudományosan is igazolt, a CLS-ek feladata, hogy megszervezzék ezeket a kórházi osztályokon. A bohócdoktorok olyan hivatásos művészek (bohócok, bűvészek, színészek, előadók), akik egy képzés után kapnak engedélyt kórházi munkára. Fő feladatuk a kórházakban, hogy nevetést, jókedvet, humort csempésszenek a betegek, a hozzátartozók vagy éppen az egészségügyi dolgozók mindennapjaiba, segítsenek a gyermekeknek akár egy kis időre is elfeledni a betegségüket, és vidáman eltölteni a lassan múltó percekét. Az első ilyen program 1986-ban New Yorkban Michael Christensen alapításával a „Big Apple Circus Clown Care Unit” néven indult el (Tan et al., 2014). Egy brazil felmérésben, Saliba és mtsai. (2016) a bohócdoktorok munkájának hatékonyságát vizsgálták. A kutatásban nem csupán a gyermekek (18 fő) hangulatát mérték fel (vizuál analóg skála segítségével), hanem a gyerekektől naponta kétszer vett (bohóc doktorok tevékenysége előtt és után) nyálmintákat is megvizsgálták. A kutatás alapja, hogy a hospitalizáció, a megváltozott környezet, a családtól, barátoktól való távolság mind stresszforrás, ilyenkor pedig a szervezet több kortizolt termel. A kutatás bizonyította, hogy a bohócdoktorok tevékenysége effektíven csökkentette a gyermekek kortizol szintjét, vagyis a stresszt, ezzel is hozzájárulva a gyógyulási folyamathoz (Saliba et al., 2016). Vagnoli és

mtsai. (2005) a bohóc doktorok műtét előtti tevékenységének hatását vizsgálták 3-8 éves gyermekeknél (40 fő) és szüleiknél. Megfigyeléssel és kérdőíves módszerrel vizsgálták a szorongásos tüneteket. Két csoportot hasonlítottak össze, az egyik csoportnak műtét előtt bohócdoktori felkészítésben volt része, szemben a kontrollcsoporttal, ahol nem történt ilyen. A kapott eredmények jól mutatták, hogy a felkészített gyermekek és szüleik szorongásos tünetei lényegesen kisebbek voltak, mint a kontrollcsoporté (Vagnoli, 2005).

Az állatok jelenléte jó hatással van az emberek hangulatára, esetenként egészségi állapotára is, hiszen hozzájárul egy jobb életminőséghez. Az ember-állat kapcsolat további pozitívumaként mutatták ki a csökkent szorongási szintet, szomorúság és magány érzését, illetve jó hatással van a szociális életre (McClusky & Davis, 2019). Dr. Boris Levinson pszichológus a hatvanas években elsőként alkalmazta betegeivel az állatasszisztált terápiát. Észrevette, hogy a gyerekek, akik korábban nem nagyon akartak beszélgetni vele, könnyebben megnyíltak kutyájának, Jingsnek, így harmonikusabb közeget tud létrehozni és könnyebben tudott kapcsolatot kialakítani betegeivel. Továbbiakban megállapították, hogy az állat jelenléte eltereli a gyermek figyelmét a fájdalomról vagy magáról a teljes kórházi szituációról, csökkenti a szorongásukat, társaságot nyújt számukra (Goddard & Glimmer, 2015). A zene gyógyító hatása a gyermek kórházi kezelése során kiválóan alkalmazható például hospitalizációs ártalmak enyhítésére, stresszcsökkentésre, a műtéti altatás és érzéstelenítés segítésére, és elősegítheti a beteg gyermek kiegyensúlyozottabb kapcsolatát a szülővel és a gyógyító személyzettel egyaránt, melyet a CLS-ek is használnak munkájuk során (Jacobsen et al., 2014; Kollár, 2018). Theorell (2016), 2-16 éves gyerekeket vizsgáltak, akik őssejttranszplantáción estek át. A pulzusszámot vizsgálták, miközben a gyermekek saját maguk kiválasztott zenét hallgattak, mely alatt a pulzusszám csökkent. A szerzők igazolták, hogy a zeneterápia nem csak a stressz csökkenését, de a trauma feldolgozást is elősegítheti (Theorell, 2016).

### 2.2.3.3. A Child life specialist képzési követelményei

Az Association of child life professionals (ACLP) egységes tantervet dolgozott ki a CLS tanúsítvány megszerzésére.

A CLS képzésének általános követelményei és egyéb feltételei a következők:

- Alapképzés (BSc) (ezt megelőző egészségügyi vagy pszichológia szakok elvégzése beszámításra kerülhet)
- Korábbi tapasztalat gyermekekkel való munkavégzés során
- 480 órás szakmai területi gyakorlat (bölcsödei, óvodai, és kórházi gyakorlatok) melyet 2019-től 600 órára emeltek.

A képzés tartalma:

1. Child life specialist kompetenciái, CLS etikai kódex, ACLP hivatalos dokumentumainak ismerete.
2. A gyermek fejlődése: 0-18 éves korú gyermekek fejlődésének ismerete.
3. Családi rendszerek: családi kapcsolatok és a családi élet dinamikája, családi struktúra és interakciók, felnőtt-gyermek interakciók és családi szerepek, családfejlesztés.
4. Játék: klasszikus és kortárs játékelméletek, a játék, mint a gyermekek növekedésének, fejlődésének és tanulásának nélkülözhetetlen eleme, a játékkörnyezet hatása a gyermekek játékára, a terápiás játék felépítése, a játék irányítása, kreativitás és játék.
5. Elvesztés / gyász vagy halál / halál: az elvesztés, gyász és / vagy halál / halál alapjai, történelmi, jelenlegi, kulturális, szellemi és vallási perspektívák, palliatív ellátás.
6. Kifejező terápia: játék, a zene, a tánc és a művészet terápia alkalmazása.
7. Egyéb területek: etika, anatómia és élettan, orvosi terminológia, pszichológia, szociológia.
8. Szakmai gyakorlat („Child Life Clinical Internship Curriculum”, 2019).

### 2.3. Pszichés megterheltség és érzelmi feldolgozás a gyermekápolók körében

*„Csak az a nővér ért igazán betegeihez, csak az tud gyógyítóan hatni rájuk, aki maga is egészséges, és vigyázni tud egészségére.” Dr. Hárdi István*

A gyermekekkel való munka nagyon sok odafigyelést, türelmet kíván meg egy ápolótól és fontos kiemelnünk a nagyfokú felelősséget (De Almeida Vicente et al., 2016). A gyermekekkel kapcsolatos események magasabb stresszhatásúak lehetnek, ezért a gyermekápolóknál nagyobb a másodlagos traumatizáció (Secondary traumatization stress (STS) kockázata is. A gyermekápolók STS szintje a lakossággal és más felnőtteket ellátó ápolókkal összehasonlítva magasabb eredményeket mutat (Czaja et al., 2012).

Mindemellett egy kritikus állapotú, krónikus betegségben szenvedő vagy traumán átesett gyermek és családja még több érzelmi munkát, nagyfokú empátiát és még több odafigyelést igényel. A legtöbb kórházi osztályon a pszichológusok és lelkipásztorok általában csak szükség esetén segítenek, így a pszichés támogatást legtöbbször az ápolók végzik, hiszen ők töltik a legtöbb időt a beteggel és családjával. Egyes esetek magát az ápolókat is megviselhetik, amely megfelelő feldolgozás nélkül másodlagos traumatizációhoz vagy kiegészítéshez vezethet (Bride et al., 2004).

Egy 2013-as kutatásunkban a traumán átesett gyermekekkel történő munka hatását vizsgáltuk a gyermekápolókra, melyben öt kórház gyermeksebészeti- és traumatológiai osztályon (90 fő) és kontrollcsoportként általános osztályokon (90 fő) (olyan profilú osztályokon, amely nem jár fokozott lelki megterheléssel, pl.: nincs kritikus állapotú gyermek, gyermekhalál) végeztünk kérdőíves felmérést, amelyben a szakmai segítségnyújtást, érzelmi munkát, feldolgozását és a másodlagos traumatizációt vizsgáltuk. Szignifikáns különbséget találtunk, miszerint a gyermeksebészeti- és traumatológián dolgozó ápolók lelkileg megterhelőbbnek érzik munkájukat a kontrollcsoportéhoz képest. Az ápolók 82,2%-a szerint befolyásolja a gyermekek lelki állapota a velük való ápolói munkát, és közel a teljes minta fontosnak tartja a gyermekek lelki támogatást, és szükségesnek tartanának egy állandó pszichológust vagy

segítő szakembert az osztályra. A gyermeksebészet- és traumatológián dolgozó ápolók többször találkoznak olyan esettel, melyben nem tudtak reagálni a gyermek lelki reakciójára, amely elmondásuk szerint számukra is megterhelő élmény volt. Véleményük szerint a kórházban történt események kihatnak a családi kapcsolataikra és az otthoni viselkedésükre (pl.: ingerlékenység, feszültség, fáradtság, figyelmetlenség, türelmetlen, zaklatottság, és családi túlféltés). Mindemellett szeretnének továbbképzéseket és támogatást az esetek feldolgozásában. A kérdőív második részében a Bride és munkatársai (2004) által kifejlesztett másodlagos traumatizációt mérő kérdőív magyar változatát használtuk (Secondary Traumatic Stress Scale- STSS). Az STSS totál és alsóskáláinak (emlékbetörés, elkerülés, hyperarousal) tekintetében is szignifikánsan magasabb értékek voltak kimutathatóak a gyermektraumatológiai és sebészeti osztályokon (Páll & Fülöp, 2013; Bride et al., 2004).

Hilliard és O'Neill (2010) interjúval mérte fel egy ír kórház gyermekápolóinak (8 fő) érzelmi tapasztalatait, akik égési sérült gyermekekkel dolgoznak. Az ápolói munka jellege elkerülhetetlenül érzelmi reakciót vált ki az ápolókban. A résztvevők érzelmi szempontból leginkább kihívást jelentő tényezői: az égési sérülések látványa, az égési fájdalmak kezelése, a szülők támogatása. A résztvevők felismerték a gyermekek és a szülők érzelmi reakcióinak kezelésének szükségességét, melyben sokszor az ápolóknak is nehéz reagálniuk. Mindemellett a tanulmány egyik kulcsfontosságú javaslata az, hogy égési sérült gyermekeket ellátó ápolóknak támogatást kell kapniuk a munkájukra vonatkozó érzelmi reakciók kezeléséhez és annak felismeréséhez, hogy ezek az érzelmek hogyan befolyásolhatják ápolói munkájukat. Az égett gyermeküket ellátó szülőknek is érzelmi támogatásra van szükségük az ápolóktól. Ebben a tanulmányban az ápolók számára komoly szorongást okozott az, hogy a nagy munkaterhelés korlátozza számukra a gyermekek és a szülők érzelmi igényeinek kielégítését (Hilliard & O'Neill, 2010).



### **2.3.1. Empátia**

Buda Béla (1978) szerint az ember sajátos képességével bele tudja élni magát a vele közvetlen kapcsolatban levő másik ember lelkiállapotába, amely sajátos pszichés folyamatokat indít meg, képes felidézni magában a másokban zajló érzelmeket és ennek következtében eljuthat a másik ember megértésére. Rogers (1957) meghatározásában, az empátia a másik ember által megélt jelentéstartalmakra való folyamatos érzékenység, de annak megmarad végig a mintha jellege (Buda, 2012; Szluha, 2007). Az empátia többdimenziós folyamat, melyet minimum három faktor határoz meg: az érzelmek felismerése, az érzelmi válasz készség, valamint a másik perspektívájának felvétele. A másik fél érzéseire megmutatkozó reakciókat is magába foglaló meghatározás szerint öt fő komponens van melyek: a perspektíva felvétel képessége, a beleérzés képessége, az empátiás törődés képessége, az empátiás szenvedés képessége és az érzelmi ragály. Az empátia neurobiológiai hátterét is vizsgálták, melyben az agy azon területeit tanulmányozták, melyekben megtalálhatóak a tükörneuronok, melyek aktivizálódnak, ha valakire figyelünk, az arckifejezés látványa összekapcsolódik saját motoros élményeinkkel, így kiváltja azt érzelmi és vegetatív állapotot (Riess, 2010; Decety & Lamm, 2009).

Hasonló érzelmi válasz esetén a segítő is átveheti a negatív érzéseket, amely distresszt válthat ki, ez pedig megakadályozhatja az empátiás törődés alapját képező kognitív folyamatot. Ha a segítő szakember hajlamos erre, akkor ez hosszabb távon érzelmi kimerülést eredményezhet (Fülöp et al., 2011; Crumpei, & Dafinoiu, 2012).

### **2.3.2. Az érzelmi munka**

A gyermekek ellátása során elengedhetetlen az érzelmi munka, az érzelmi odafordulás az empátiás törődés a gyermekkel és családjával, ez az ápolás egyik fontos feltétele, viszont ez veszélyes is lehet. Fokozott érzelmi munkát kívánnak meg azok az osztályok, ahol kritikus állapotú betegeket látnak el, (például traumán átesett betegek), vagy krónikus állapotú gyermekeket kezelnek (mint gyermekonkológia), ezekben az esetekben az ápolók hosszas munkájuk után sem látják a betegek javulását, amely érzelmi kimerüléshez vezethet. Az

érzelmi kimerülés pedig kiemelt tényező lehet a kiégés későbbi kialakulásában. Az érzelem szabályozás magába foglalja mind a negatív érzelmek csillapítását mind pedig a pozitív érzelmek fenntartását és növelését is. Az érzelemszabályozásnak két fajtája ismeretes, az explicit és implicit, míg előbbi a tudatos kontroll folyamatokra épül, addig utóbbi az automatikus érzelemszabályozást foglalja magába. Az implicit szabályozás zavarában észlelhető a negatív érzések túlsúlya és az érzelmi nyitottság gátlása, ahol sem a pozitív sem a negatív érzelmeket nem engedi meg magának a személy (Fülöp et al., 2011; Lombardo, & Eyre, 2011; Sabo, 2011).

A túlzott érzelmi bevonódás szintén az érzelemszabályozás zavarához tartozik, mely közvetlen kapcsolatban áll a kiégéssel (Newell & MacNeil, 2010).

A gyermekonkológián dolgozó ápolók érzelmi munkája kiemelkedő fontosságú, hiszen a hosszan tartó betegség miatt sok időt töltenek a gyermekekkel és családjával, megfigyelik a gyermek szenvedését, végig kísérik őt, majd a család mellett vannak a gyászban. Így számos fizikai és érzelmi stresszornak vannak kitéve, mely kiégéshez vezethet (Forte, 2000).

Kovács és mtsai. (2012) kérdőívvel végezt vizsgálatukban az egészségügyi dolgozók (199 fő), érzelmi munkáját, megküzdést, társas támogatását és kiégését vizsgálták. Az érzelmi feszültség jelentős stressztényező, amely az onkológiai területen dolgozóknál gyakrabban fordult elő. Az onkológián dolgozók úgy érezték, hogy munkájuk során ritkábban szükséges a negatív érzéseiket kifejezni, és gyakrabban kell megértést, együttérzést kifejezniük (Kovács et al., 2012.). Mindemellett Szluha és mtsai (2007) onkológián dolgozó szakdolgozókkal (50 fő) végeztek kérdőíves felmérést. Kutatásukból kiderült, hogy az onkológián dolgozók 90 százaléka energiát fektet abba, hogy aktuális lelkiállapotát eltitkolja. Azok az ápolók, akik régebb óta dolgoznak haldokló betegekkel, azok igyekeznek elhatárolódn, így az őszinte érzelmi munka és a spontán érzelmi megnyilvánulások náluk ritkák. A valós érzelmek eltitkolása érzelmi kimerüléshez és idővel a beteggel szembeni távolságtartó attitűd kialakításához vezet, és ekkor az ellátó már képtelen ráhangolódni betege érzelmeire, ami krónikus betegség esetén elengedhetetlen lenne (Szluha et al., 2007).

Egy amerikai kutatásban Berger és mtsai (2015) 239 gyermekápolót vizsgáltak, akik sürgősségi vagy sebészeti osztályon dolgoztak. Az együttérzés kifáradása 71,5 %-nál volt magas, 29 %-nál a kiégés is magas értékeket mutatott, és 27 % -ban a magas STSS értékeket

is kimutatták. A válaszokból kiderült, hogy az ápolók használnak megküzdési technikákat is, egyesek imádkoznak, néhány ápoló fontosnak tartja, hogy elmenjen a betege temetésére, megbeszélnek a családtagjaikkal, sportolnak vagy pár napra elmennek kikapcsolódni (Berger et al., 2015).

### **2.3.3. Másodlagos traumatizáció- (Secondary traumatization stress (STS))**

A traumát megélt emberekkel való munka során három fogalmat kell különválasztani, mely a segítő szakember érzelmi bevonódása során megjelenhet, ezek a másodlagos traumatizáció, vikariáló traumatizáció, és az együttérzés kifáradása, melyeket sokszor átfedésben használnak. Abban az esetben, ha a segítő empátiával fordul kliense felé, és ennek következtében megváltoznak önmagáról és a világról kialakított kognitív sémái, vikariáló traumatizációról beszélünk. Ez a változás maradandó és a következő pszichológiai szükségletekre van hatással: bizalom, tisztelet, biztonság, intimitás, kontroll. Az együttérzés kifáradás (compassion fatigue) érzelmi és fizikai kimerülést jelent, legtöbbször olyan segítő munkával foglalkozó szakembereknél használják a kifejezést, akik súlyos distresszt átélő betegekkel dolgoznak (Bairda & Kracemb, 2006; Fülöp, 2013; Meadors; 2010).

Az egészségügyi személyzet maga is traumatizálódhat a betegellátás közben, vagyis másodlagos traumatizációs stressz alakulhat ki, amely egy érzelmi és viselkedés zavart jelent. Ezt egy másik ember által megtapasztalt traumatikus élmény megismerése okoz, melynek magyarázata az áttételi folyamatok, az empátia, és az érzelmi áttérjedés. Ebben az esetben nem a kognitív változások kiemelendők, hanem poszttraumás tünetekhez hasonló tünetek, mint az elkerülés, érzelembetörés, és fiziológiás arousal, melyre Chrestman (1999) mutatott rá. Tehát a szekunder károsodás káros hatásai lényegében azonosak a traumát megélt személyével. Emellett igazolható az is, hogy egy tragikus eseményről hallott verbális beszámoló vizuális emléketöréseket okozhat a segítő személynél. Azok az ápolók, akik traumát átéltek betegekkel dolgoznak veszélyeztetettebbek a másodlagos traumatizációra (Beck, 2011; Elwood et al., 2011).

A poszttraumás stressz zavar mértékét Czaja és mtsai (2012) akut osztályon dolgozó gyermekápolók körében kérdőíves módszerrel vizsgálták (173 fő). Az ápolók 21

százalékánál magas PTSD értékeket mutattak ki, a szignifikáns PTSD tünetekkel rendelkező ápolók körében egyidejűleg kimutatták a szorongás és a depresszió tüneteit. Mindemellett a kutatásba bevont szakdolgozók nagy része fontolgatja a karrier változtatást, mert munkájukat túl stresszesnek ítélik meg és elmondásuk szerint ez kihatással van a magánéletükre is (Czaja et al., 2012).

Egy ír kutatásban az STSS kérdőív használatával Duffy és mtsai (2015) szintén magas STSS értékeket mutattak ki kritikus állapotú betegeket ellátó ápolók körében (117 fő), és a felmérésből az is kiderült, hogy a munkaidő után a stressz csökkentésére többen alkoholt is fogyasztanak (Duffy et al., 2015).

Clark és munkatársai (2018) jelentős negatív pszichés hatásokat tapasztaltak kritikus állapotú gyermekeket ellátó ápolók (18 fő) körében végzetek kutatást. Meglévő kritikus események stressz elemzést (critical incident stress debriefing - CISD) végeztek, és az ápolók koordinátor segítségével közösen beszélhették meg az esetet, a kritikus eseményt követő 12-24 órában. A résztvevők véleménye szerint a stressz csökkentése érdekében a pozitív megerősítésre nagy szükség van, viszont a tanulmány résztvevői megjegyezték, hogy érzéseikkel inkább foglalkoznak otthon, családban mintsem munkatársaik előtt. A legtöbb esetben gondot jelentett, hogy az ápolók munkaidejének vége nem egy időpontra esett, és a munka után nem akartak azért több időt bent tölteni, hogy személyes érzéseiket megbeszéljék (Clark et al., 2018).

#### **2.3.4. Burn-out szindróma – Kiegész**

A kiegész fogalma Freudenberger (1974) nevéhez fűződik, aki úgy definiálta a fogalmat, mely stresszek nyomán fellépő mentális, fizikai és emocionális kimerülés állapota, ami a reménytelenség és inkompetencia érzésével, a célok és ideálok elvesztésével jár (Csürke, 2009).

Zaph (1999) szerint a kiegész, nagyfokú munkahelyi megterhelés, a stressz, a konfliktusok, a nagy érzelmi munka igénye és a túlzott környezeti elvárás hatására létrejövő inadekvát érzelmi válasz, mely miatt a dolgozó nem tudja betartani az érzelm kifejezéssel kapcsolatos munkahelyi előírásokat, követelményeket. Kovács és munkatársai (2009) az interperszonális

kapcsolatokat, a beteg- segítő közötti interakciókat és érzelmi reakciókat emeli ki a kiégés kialakulásában (Kovács et al., 2012; Fülöp, 2013).

A kiégés Maslach (1982) meghatározásában a krónikus érzelmi és interperszonális stressz folyamatokra adott válaszreakció, mely három tünetből álló szindrómaként jellemezhető:

1. érzelmi kimerülés
2. deperszonalizáció (a testi vagy szellemi folyamatoktól való tartós vagy visszatérő elkülönültség érzése),
3. csökkent teljesítmény (Csürke, 2009).

Freudenberger-North (1992, id. Ónodi, 2001) 12 lépcsős modellje a kiégés folyamatának egy részletesebb leírása:

1. A bizonyítani akarástól a bizonyításkényszerig
2. Fokozott erőfeszítés
3. A személyes igények elhanyagolása
4. A személyes igények és a konfliktus elhanyagolása
5. Az értékrend megváltozása
6. A fellépő problémák tagadása
7. Visszahúzódás
8. Magatartás-és viselkedésváltozás
9. Deperszonalizáció
10. Belső üresség
11. Depresszió
12. A teljes kiégettség (Ónody, 2001)

A kiégés tünetei:

- pszichés tünetek: szorongás, agresszió, reménytelenség, koncentrációs nehézség
- fiziológiai tünetek: feszültség, alvászavar, állandó fáradtság, csökkent immunitás
- magatartásbeli tünetek: cinizmus, ingerlékenység, a szakmai érdeklődés csökkenése, koffein-, nikotin-, alkohol-, gyógyszer- és drogfüggőség (Ónody, 2001; Czeglédi & Tandari-Kovács, 2019).

A burn out szindróma minden foglalkozásnál megjelenhet, mégis legtöbbször az egészségügyi dolgozóknál tapasztalható, a kutatások a 20-60 százalékra becsüli az egészségügyi dolgozók kiégését, viszont hazánkban még ennél is több (Fülöp, 2013).

Hegedűs és munkatársai (2008) a magyar lakosság egészségi állapotát országos, reprezentatív mintán elemezték (2002-2006), mely szerint az egészségügyi dolgozók a nem egészségügyi dolgozókhoz viszonyítva bizonyos mutatókban rosszabb testi (magas vérnyomás betegség, allergiás megbetegedés) és lelki állapotot (WHO Jólét Skála, Beck depresszió skála) jeleznek (Hegedűs et al., 2008).

A magasabb stresszhatású osztályokon dolgozó szakemberek egyre kevesebb empátiával rendelkeznek, ezzel tudat alatt önmagukat védik, viszont ez kiégéshez vezethet (Newell & MacNeil, 2010). Bursch és mtsai (2018) gyermekintenzív osztályon dolgozó ápolók (115 fő) körében végzett kérdőíves kutatásuk szerint az ápolók 24 %-a PTSD, 20 %-a szorongás, 30 %-a depressziós tüneteket mutatott. A kiégés vagy szorongás a fiatalabb és kevesebb tapasztalattal rendelkező ápolóknál magasabb számban fordult elő. Az ápolói vélemények szerint a kiégés okai lehetnek: a magas beteg mortalitás, a kollégákkal való konfliktusok, a hosszú munkaidő, a fokozott munkaterhelés, az éjszakai műszakokkal összefüggő alváshiány, és a folyamatos magas szintű stressz (Bursch et al., 2018).

#### **2.3.4.1. A kiégés prevenciója**

A kritikus állapotú gyermekekkel való munka érzelmileg különösen megterhelő helyzetek, ezért az ápolók nagyobb mértékű érzelmi támogatást igényelnek (Fülöp, Páll & Csabai, 2016). A kiégés prevenciója már a tanulmányunk során meg kell jelenjen, mivel az egészségügyi munka során a személyiség egyben munkaeszköz is, így már a képzések során fejleszteni kell az empátikus viszonyulást, az érzelem szabályozást, és stresszkezelési technikákat. Ezeket nem csak elméletileg kell megalapozni, de gyakorlatba is be kell ültetni (Fülöp, 2013; Burusch et al., 2018).

Gauthier, és mtsai. (2015) minden műszak előtt a gyermekintenzív osztályon dolgozó ápolóknak (38 fő) 5 perces meditációt tartottak. Ezt megelőzően egy kérdőíves kutatást végeztek, melyben a stresszt, a kiégést, és a munkával való elégedettséget mérték fel. A

meditációt 1 hónapig minden műszak előtt megtartották, majd ismét elvégezték a kérdőíves felmérést. Az eredmények az ápolói stresszszint szignifikáns csökkenését mutatták a kiindulási és a beavatkozást követő időszakban (Gauthier et al., 2015).

A munkahelyen fontos lenne az ápolók támogatása, mely jelenleg nem megfelelően valósul meg a magyarországi kórházakban. A munkaerőhiány, az egy ápolóra eső növekvő betegszám még inkább megkívánja a kiegészítő prevencióját. Mindemellett minden szakembernek felelősséget kell vállalni a saját jólétéért is, ezért fontos, hogy tudatában legyenek saját fizikai és érzelmi állapotuknak, és megtanuljanak stresszcsökkentő technikákat (Fülöp et al., 2016; Hegedűs, 2012).

### **3. CÉLKITŰZÉSEK**

A vizsgálat célkitűzéseit az ápolás alapelveivel, a korszerű kórházi gyermekbarát ellátással és a gyermekek jogaival összhangban határoztuk meg.

Kutatásunkban a kórházi gyermekgyógyászati ellátás közben végzett gyermekek és szülők felkészítését és támogatását vizsgáljuk, továbbá az ápolók körében a kialakult pszichés megterhelés mértékét. Kutatásunk célja, egy már nemzetközileg elterjedt és bizonyítottan pozitív hatású ellátási rendszer magyarországi adaptációjának a kidolgozása, mely magában foglalja az ellátási struktúrába való illesztését, illetve a kapcsolódó kompetenciák megszerzésének az oktatási szintjeit, területeit. A CLS szakembereknek (Child life specialist) a munkája csökkenti a kórházi ellátással járó félelmet és a stresszt a gyermekekben. Ezáltal elősegíti a könnyebb ápolói munkát a gyermekekkel, csökkenti a beavatkozások sikertelenségét, mindezzel kevesebb az ápolói stressz és az ezzel járó lelki feldolgozás szükségessége. Kutatási eredményeinkkel a CLS rendszer kiépítésének szükségességét szeretnénk bizonyítani a magyarországi gyermekápolás területén.



## **4. MINTAVÉTEL ÉS MÓDSZER**

### **4.1. A vizsgálat célja**

A kutatás meghatározott célja a magyarországi gyermekápolók és szülők véleményének és tapasztalatainak felmérése a kórházban kezelt gyermekek és családok pszichés felkészítésével és támogatásával kapcsolatban, továbbá a gyermekellátásban dolgozó ápolói pszichés megterheltség mértékének felmérése volt.

### **4.2. Kutatási hipotézisek**

Kutatási hipotéziseink jelen mintára lettek speciálisan felállítva.

1. Feltételezzük, hogy a szülők és a gyermekápolók is fontosnak tartják a gyermekek pszichés felkészítését és támogatását a kórházi ellátás során.
2. Feltételezzük, hogy a szülői tapasztalatok alapján nem valósul meg teljeskörűen a gyermekek és szülők pszichés felkészítése és támogatása a kórházi kezelés során.
3. Feltételezzük, hogy az ápolók nagy része fontosnak tartja a gyermekek lelki támogatását, mert ez hatással van a velük való ápolói munkára.
4. Feltételezzük, hogy a gyermekek kórházi ellátása során a pszichés támogatást legtöbbször az ápolók végzik.
5. Feltételezzük, hogy a gyermekápolók többsége hasznosnak tartana egy CLS szakembert a gyermekek kórházi ellátása során.
6. Feltételezzük, hogy a szorongás és a másodlagos traumatizáció szintje magasabb azoknál a gyermekápolóknál, akik érzelmileg megterhelőnek tartják munkájukat, és kerültek már olyan szituációba, melyben nem tudtak reagálni a gyermek érzelmi reakciójára.

7. Feltételezzük, hogy a szülők nagy része igényelne pszichés támogatást a gyermeke kórházi kezelése alatt, mert jelenleg ez nem valósul meg teljeskörűen.

8. Feltételezzük, hogy a szülői szorongás mértéke alacsonyabb azokban az esetekben, ahol a megtörténik a gyermek és a szülő pszichés felkészítése és támogatása.

### **4.3. A vizsgálat kutatási módszerei**

#### **4.3.1. Adatfelvétel**

A vizsgálatra az ETT TUKEB 31352-3/2019/EKU számon a szakmai-etikai engedélyt megadta. (1. számú melléklet)

A vizsgálatot megalapozó kérdőívek a Google kifejezetten online kérdőívek programozására szolgáló alkalmazásában lett kifejlesztve.

A gyermekápolók részére a kérdőívet a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara segítségével juttattuk el. A Kamara megjelentette a honlapján, illetve hírlevelében elküldte a feliratkozottak személyes e-mail-címére. A gyermekápolási tagozat létszáma országosan 5736 fő, ebből 3687 fő rendelkezett e-mail címmel. A kérdőív a Facebook „Tankórterem” nevű oldalán szintén megosztásra került. Mivel a Kamara az email címeket nem bocsájtotta rendelkezésünkre, a kérdőív kitöltése önkéntes volt, és az online felület nem jelenített meg email címet, ezért az anonimitást biztosítani tudtuk.

A szülői kérdőívet minimum 3 napig kórházban kezelt 0-14 éves gyermekek szüleinek körében töltöttük ki. A szülők részére egyéni megkeresés nyomán egy hazai pedagógus továbbképző cég regisztrált oktató tagjai küldték el a kérdőívet, az iskolák és mindemellett több budapesti gyermekkórház facebook oldalán is megjelentették. Az online kérdőív elküldése nem email címről történt, így ezzel az anonimitást biztosítottuk a szülők részére.

Az adatfelvétel 2019. július 1-jén kezdődött és 2020. január 31-én zárult, s ebben az időszakban 566 szülői és 361 gyermekápolói kitöltés érkezett az online felületre. A felmérés

ideje alatt beérkező valamennyi kérdőív (a kérdések kötelező válaszadásának beállítása miatt) értékelhető volt.

#### **4.3.2. Minta**

A vizsgálat önkéntes és anonim volt.

Vizsgálatunkat két különböző mintán végeztük. A felmérés tájékozott beleegyezésen alapult, a résztvevőket írásban a kérdőív elején tájékoztattuk a vizsgálat céljáról, menetéről, időtartamáról, melyet minden résztvevő megértett. Továbbá hozzájárultak, hogy a kérdőívre adott válaszaikat anonim módon felhasználjuk a kutatásunkhoz.

##### **4.3.2.1. Ápolói minta**

Az ápolók esetében a mintavétel önkéntes mintavételi módszerrel történt, azok az ápolók kerülhettek be a felmérésbe, akik e-mail címmel rendelkeznek, és feliratkoztak a kamarai hírlevélre, mindemellett volt idejük és kedvük kitölteni a kérdőívet. Kutatásunkban a megyei elosztásokat nem vizsgáltuk, hiszen ezen adatok birtokában továbbá, az kórházi ellátás profilja és az eltöltött évek számainak megadásával az anonimitást nem tudtuk volna biztosítani.

##### **4.3.2.2. Szülői minta**

A szülői kérdőívet minimum 3 napig kórházban kezelt 0-14 éves gyermekek szüleinek körében töltöttük ki. Az időtartam meghatározásánál figyelembe vettük a felvételi és a távozási napon eltöltött rövidebb tartózkodási időt, így biztosítottuk, hogy legalább 24 órás folyamatos kórházi tapasztalatuk legyen a szülőknek. A kezelés idejét nem korlátoztuk, így vizsgálhattuk, hogy az évek alatt hogyan fejlődött, történt-e változás a gyermekbarát ellátás területén a hazai kórházakban.

Összességében a mintavételi eljárások a vizsgált populációra reprezentativitást nem biztosítanak, tehát a következtetések és a megállapítások csak a vizsgálatban résztvevőkre vonatkozathatóak.

### **4.3.3. A kutatás mérőeszköze: a kérdőív**

#### **4.3.3.1. Saját szerkesztésű kérdőívek**

A kutatásunkhoz kétféle kérdőív került összeállításra a mintáknak megfelelően. A saját szerkesztésű kérdőív összeállításánál arra törekedtünk, hogy a kérdések megfeleljenek a hipotéziseinknek, mindemellett olyan mérőskálát használjunk, amely más mintában tesztelve már bizonyította, hogy alkalmas mérőeszköz a szorongás és a másodlagos traumatizáció megítélésére.

Saját szerkesztésű kérdőív a gyermekápolók felméréséhez (2.számú melléklet):

A kérdőív összesen 62 kérdésből állt, 42 zárt, 11 nyitott kérdést és 9 darab 5 fokozatú Likert- skálát tartalmazott.

- I. kutatásba való beleegyezés (3 kérdés),
- II. szociodemográfiai kérdések (8 kérdés),
- III. a fekvőbeteg osztályon folyó érzelmi munka és a szakmai segítségnyújtásra vonatkozó kérdések (26 kérdés),
- IV. a gyermekápolók érzelmi megterheléseinek feldolgozására vonatkozó kérdések (24 kérdés),
- Egyéb vélemény a témával kapcsolatban (1 kérdés).

Saját szerkesztésű kérdőív a szülők felméréséhez (3. számú melléklet):

A kérdőív 40 kérdésből állt, 21 zárt, 6 nyitott kérdést és 12 darab 5 fokozatú Likert- skálát tartalmazott.

A kérdőív felépítése:

- I. kutatásba való beleegyezés (3 kérdés),
- II. szociodemográfiai kérdések szülőre (5 kérdés) és gyermekekre (8 kérdés) vonatkozóan,
- III. a gyermek kórházi ellátására, a gyermek és a szülő pszichés megterhelésére vonatkozó kérdések (24 kérdés).
- Egyéb vélemény a témával kapcsolatban (1 kérdés).

#### 4.3.3.2. Megelőző kísérleti tanulmány, validitás és reliabilitás vizsgálat

A kérdőívek kiküldését megelőzően elővizsgálatot végeztünk a kérdések értelmezhetőségének vizsgálata érdekében, 10-10 fő ápoló és szülő körében került sor próbatesztesztelésre. A kérdőívek kitöltését megelőzően a vizsgálatban résztvevőket tájékoztattuk a kutatás céljáról, biztosítottuk az anonimitásról, továbbá arra kértük őket, hogy ennek megfelelően kritikusan értékeljék és véleményezzék a feltett kérdéseket. A visszajelzések alapján a kérdések értelmezhetőek voltak, csak a szülői kérdőív 2 kérdésénél a kötelező válaszadáságon kellett javítanunk.

Megbízhatósági (validitási) vizsgálat 10-10 fő ápoló és szülő körében végeztünk, és a kérdőívek kitöltését 1 hónap múlva megismételtük, az anonimitás érdekében a kutatásban résztvevők saját jeligét használták. A megbízhatósági vizsgálatot az egyes intervallum skálát tartalmazó kérdések esetén végeztük, és ennek alapján 80-94%-os megbízhatóság jellemezte a kérdésekre adott válaszokat.

A reliabilitás tesztelésére a saját összeállított kérdőívben használt Likert skálákra Cronbach-alfa számítását végeztünk. A Cronbach-alfa összegző skálákra kiszámítható megbízhatósági mutató, amely a skála belső konzisztenciáját fejezi ki egy 0 és 1 közötti számmal, melynek értékét 0,70-0,85 között tartjuk elfogadhatónak. (Fábián, 2014.)

A kérdőívekben szereplő Likert-skálák csoportosítva kerültek tesztelésre.

Ápolói kérdőív Likert-skálái

- A gyermekek pszichés felkészítésére és támogatásra vonatkozó Likert-skálák (5 item) Cronbach alfa értéke: 0,707 (Átlag.: 19,60, Szórás: 3,064).
- Az ápolók munkájuk pszichés megterhelésének megítélésére vonatkozó Likert-skálák (2 item) Cronbach alfa értéke 0,819 (Átlag: 8,27, Szórás: 1,155)

#### Szülői kérdőív Likert-skálái

- A gyermekek pszichés felkészítésére és támogatásra vonatkozó Likert-skálák (6 item) Cronbach alfa értéke: 0,845 (Átlag.:15,39, Szórás:5,928).
- A gyermek és a szülő pszichés megterhelésére vonatkozó kérdések Likert-skálák (4 item) Cronbach alfa értéke 0,670, (Átlag: 14,81, Szórás:3,662) mely még elfogadható.

#### 4.3.3.3. Események Hatása Kérdőív (IES-R)

Az Impact of Events Scale (Horowitz és mtsai, 1979) tovább fejlesztett, magyar változatát használtuk (Perczel-Forintos és mtsai. 2012), amely a traumatikus esemény hatására megélt szubjektív stresszt leíró jelenségek gyakoriságát méri. A kérdőív 22 tételből áll, 0-4 (egyáltalán nem voltak jellemzőek (0), ritkán (1), néha (2), gyakran (3) és a mindig jellemzőek voltak (4)) végpontok között terjedő 5 pontos Likert-skálán méri a szubjektív stressz mértékét.

Alskálái az emléketörés (7 kérdés), elkerülés (8 kérdés) és hyperarousal (7 kérdés), és a magasabb pontszám, magasabb szubjektív distressz szintet jelentett a kórházi ellátás kapcsán. A szülőknek a gyermekük kórházi kezelésének idejére vonatkozóan kellett meghatározniuk, hogy az egyes állítások mennyire voltak jellemzőek rájuk, míg az ápolóknak egy legutóbbi gyermek ellátással kapcsolatos negatív esemény hatásait kellett felidézniük.

#### 4.3.3.4. Másodlagos traumatizációt mérő skála (Secondary traumatic Stress Scale STSS)

Bride és munkatársai (2004) által kifejlesztett másodlagos traumatizációt mérő kérdőívet használtuk (Secondary Traumatic Stress Scale- STSS), mely a súlyos traumán átesett betegekkel való munka élményét vizsgálja. Magyar változatát Fülöp Emőke és munkatársai használták először magyarországi kutatásokban. (Fülöp és mtsai., 2011) A kérdőív 17 állítást tartalmaz, és 5-fokozatú Likert-skála segítségével kell a válaszadónak meghatároznia, hogy a kijelentés mennyire volt jellemző rá az elmúlt időszakban (soha (1), ritkán (2),

alkalmanként (3), gyakran (4), nagyon gyakran (5)). Az így kapott pontszámokból totál pontszámot lehet számolni (maximum 85 pont), amely, mutatja a másodlagos traumatizáció tüneteinek súlyosságát (<28: nincs, 28–37: enyhe, 38–43: közepes szintű, 44–48 magas, > 49: nagyon magas). (Elwood és mtsai., 2011). Másrészt vizsgálhatja az egyes skálákat, mint a gondolat és érzelem betörés (5 kérdés), az elkerülés (7 kérdés) és az arousal (5 kérdés) tüneteknek gyakoriságát. (Fülöp és mtsai., 2011) A másodlagos traumatizációt mérő kérdőívet a gyermekápolói minta felmérésénél használtuk.

#### 4.3.4. Adatfeldolgozás és elemzés

Az adatok feldolgozását és elemzését az SPSS 25.0 statisztikai programcsomag (IBM Corporation, Armonk, NY, Amerikai Egyesült Államok) segítségével végeztük. Az elemzés során az egyes kérdésekre adott válaszok relatív gyakorisági eloszlását, és azok leíró statisztikáit vizsgáltuk. Az ordinális pontszám változók ordinális regresszió alkalmazásával voltak elemezve.

AZ IES-R és STS skála elemzését megelőzően az értékek alskálánként  $\log(x+1)$  transformálva lettek az eloszlásuk normalizálása érdekében. Annak vizsgálata, hogy egyes, relevánsnak vett tényezők milyen hatást gyakorolnak a STSS teljes skála, illetve az IES-R alskálák értékeire, ANOVA használatával történt. Az IES-R alskálák, valamint a STSS teljes- és alskáláinak összevetése korrelációs mátrix készítésével történt, melyben az egyes skála és alskála változók közti páronkénti összehasonlításához Pearson korrelációs koefficiense került kiszámításra. Annak összehasonlítása, hogy átlagosan mekkora IES-R alskála értékek jellemezték a szülőket és ápolókat, mindhárom alskála esetén Welch-féle t-teszt került alkalmazásra (a Welch-féle tesztet az indokolta, hogy az összehasonlított csoportok esetszámai eltérőek). Azokat a kérdéseket, melynél több válasz is megjelölhető volt, kontingencia táblák elemzésével,  $X^2$  (Kví-négyzet) próbával teszteltük. További kérdések a két csoport között  $X^2$  próbával és Mann-Whitney-féle U-tesztekkel lettek összehasonlítva. A szignifikanciaszintet minden esetben  $p=0,05$ -nél állapítottuk meg. (Falus & Ollé, 2008)

## 5. EREDMÉNYEK

### 5.1. Ápolói kérdőív eredményei

#### 5.1.1. Az ápolói minta szociodemográfiai jellemzői n=361 fő

Az ápolói minta szociodemográfiai adatait a 4. táblázat mutatja be.

4. táblázat: Az ápolói minta szociodemográfiai jellemzői n=361 fő (Páll et al., 2021c)

Nem		Családi állapot	
nő: 98,3% (355 fő), férfi: 1,7% (6 fő)		Egyedül élő	31,6%
		Párkapcsolatban élő	68,4%
Életkor		Gyermekeinek száma	
Átlag: 40,37, SD: 11,222 Min.:18, Max.: 66		Átlag: 1,23, SD: 1,222, Min.: 0, Max.: 12	
Legmagasabb iskolai végzettség		Milyen területen dolgozik	
Egyetemi okleveles ápoló (MSc)	3,88%	Általános sebészet	3,3%
Diplomás ápoló (BSc)	19,11%	Belgyógyászat	44,9%
Szakápoló (OKJ)	75,62%	Csecsemő osztály	5,5%
Segédápoló	1,38%	Intenzív osztály	16,6%
<b>Gyermekápolóként ledolgozott évek száma</b>		Onkológia	8,3%
Átlag.: 17,94, SD: 12,839, Min.: 1, Max.: 45		Pszichiátria	1,9%
<b>Munkavégzés helye</b>		Sebészet és traumatológia	13,6%
Főváros	45,4%	Sürgősségi Betegellátó Osztály	5,3%
Megyeszékhely	36,3%	egyéb (szakrendelő)	0,6%
Vidék	18,3%		

Az ápolók a gyermekek ápolási napjainak számát saját kórházi osztályukon átlagosan 6,45-re (SD:8,652, Min.:0, Max.:70) becsülték. Az ápolói vélemények 29,6%-a alapján a szülők a kórházi kezelés során folyamatosan gyermekük mellett vannak, 62,3% szerint csak egy-egy beavatkozásnál vannak jelen, és 8%-ban nem tudnak a gyermekük mellett maradni.

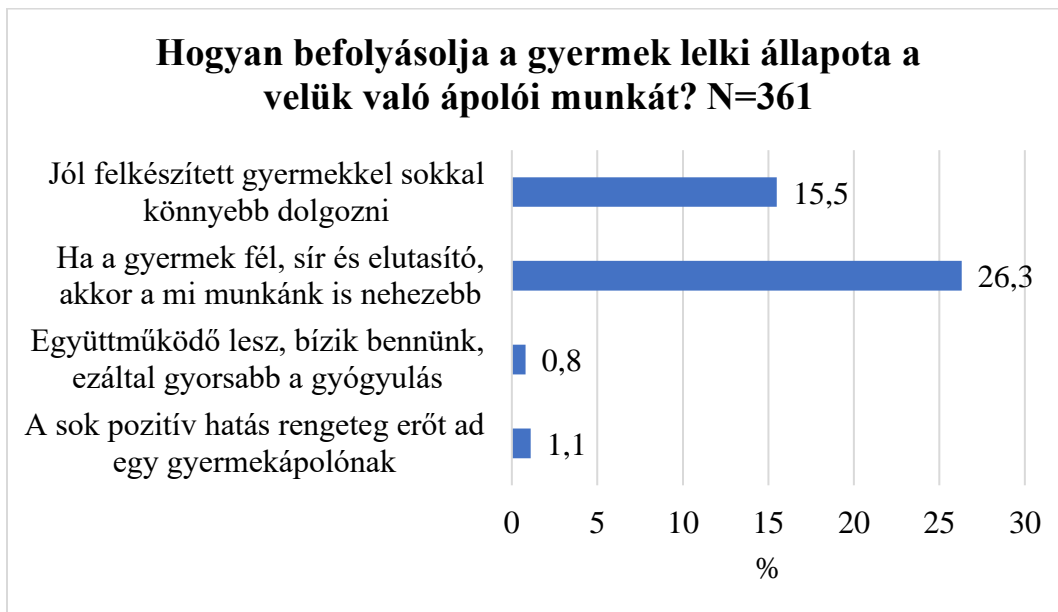


### 5.1.2. A kórházi gyermekellátásban folyó érzelmi munka és a szakmai segítségnyújtásra vonatkozó kérdések eredményei

A kórházi gyermekellátásban folyó érzelmi munka és a szakmai segítségnyújtásra vonatkozó kérdésekben elsőként a gyermekek lelki megterheltségét és annak összefüggését vizsgáltuk az ápolási beavatkozások elvégzésével. Közel a teljes ápolói minta (99,7%) fontosnak tartja a gyermekek lelki gondozását és pszichés felkészítését.

A gyermekek lelki megterheltségét a kórházi kezelés alatt az ápolók 1-5-ig terjedő skálán átlagosan 4,13-ra (SD:0,847, Min.:1, Max.:5) becsülték. Ordínális regresszió vizsgálattal szignifikáns összefüggést találtunk, az ápolók szerint a rövidebb ápolási idő jobban megterheli lelkileg a gyermekeket ( $p=0,033$ ).

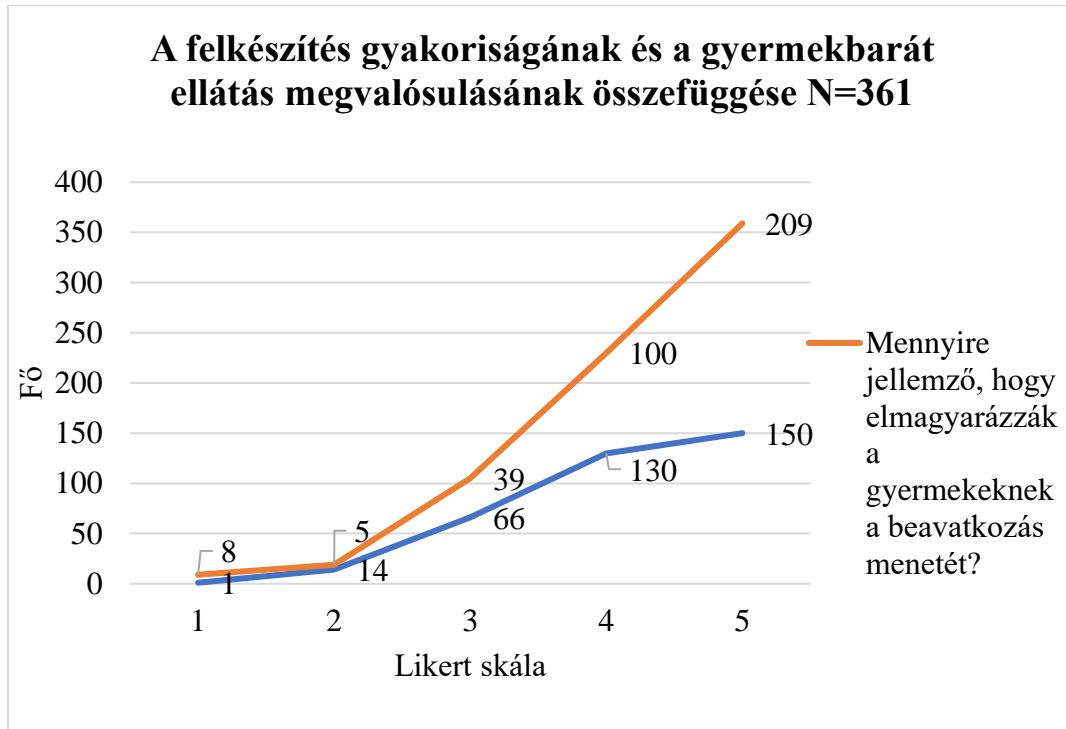
A gyermekápolók 96,4%-a úgy gondolja, hogy a gyermekek lelki állapota befolyásolja a velük való munkát ( $p=0,000$ ), nyitott kérdésre adott válaszaikat a 4. ábra mutatja.



4. ábra: Hogyan befolyásolja a gyermek lelki állapota a velük való ápolói munkát? N=361 fő

A kórházban kezelt gyermek pszichés támogatásához szorosan hozzátartozik a gyermekbarát ellátás biztosítása, ezért erről is fontosnak tartottuk felmérni az ápolói véleményeket. Az

ápolók a gyermekbarát ellátás megvalósulását az osztályukon 1-5 skálán átlagosan: 4,15-re (SD:0,871, Min.:1., Max.:5) értékelték, mely ordinális regresszió vizsgálattal összefüggést mutatott a gyermekek felkészítésének gyakoriságával ( $p=0,001$ ), abban az esetben, ahol történik felkészítés az ápolók szignifikánsan magasabbra értékelték a gyermekbarát ellátás megvalósulását (5. ábra).

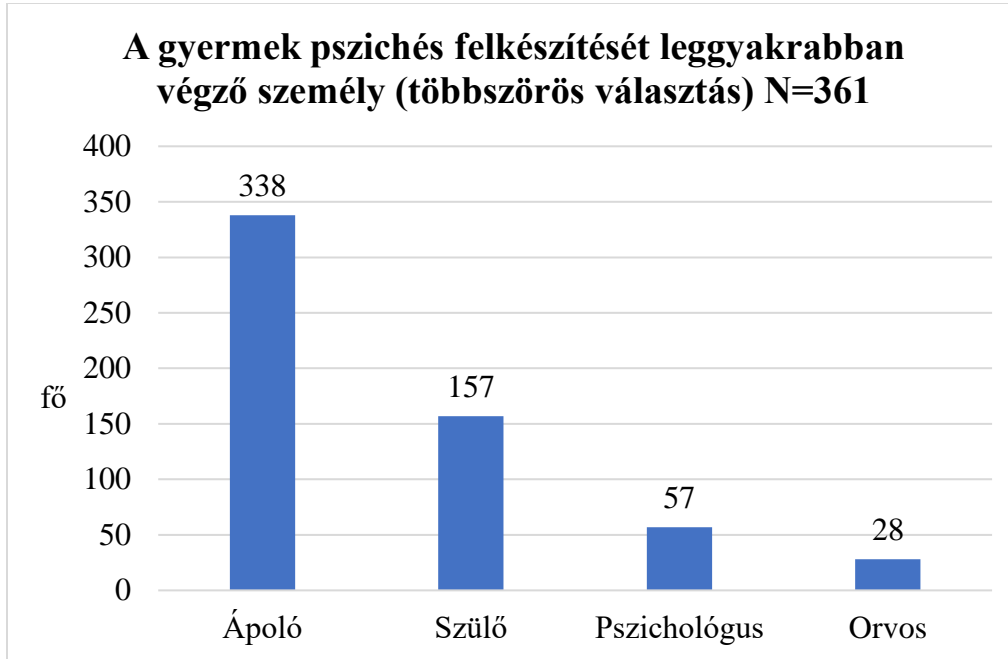


5. ábra: A felkészítés gyakoriságának és a gyermekbarát ellátás megvalósulásának összefüggése N=361 fő ( $p=0,001$ )

Az ápolók 5 fokozatú skálán értékelték a beavatkozások előtt a gyermekek értelmi szintjének megfelelő pszichés felkészítés fontosságát, melyet közel maximumra értékelték (Átlag:4,86 SD:0,448, Min.:1, Max.:5), és átlagosan 4,38-ra (SD:0,896, Min.:1, Max.:5) becsülték a kórházi osztályukon a gyermekek felkészítésének gyakorlati megvalósulását. A két kérdésben ordinális regresszió vizsgálattal szignifikáns összefüggést találtunk ( $p=0,000$ ), azokban az esetekben, ahol az ápolók fontosnak tartják gyakrabban is történik meg a gyermekek pszichés felkészítése. Nyitott kérdésben a válaszadók saját tapasztalatai szerint

a felkészítés után a gyerekek félelme csökken, együttműködőbbek és nyugodtabbak a beavatkozás során.

Többszörös válaszadású kérdésben az ápolói vélemények szerint a felkészítést legtöbbször ők maguk végzik (338 fő) (6. ábra), mely legtöbbször 2-5 percig tart (50,4%) (7. ábra).



6. ábra: A gyermek pszichés felkészítését leggyakrabban végző személy (többszörös választás) N=361 fő



7. ábra: Átlagosan mennyi időt vesz igénybe a gyermek ápolási beavatkozás előtti felkészítése? N=361 fő

Többszörös választású kérdésre érkezett válaszok esetében az ápolók legtöbbször a gyermekek igényeinek és lelkiállapotának megfelelően végzik a felkészítést (84,2%), vannak bevált meséik, játékaik (32,3%) de függ attól is, hogy mennyi idejük van rá (35,5%),

A válaszadók a gyermekek beavatkozások előtti felkészítéséhez legtöbbször nem használnak semmit (51,8%), 40,2%-uk csak egy-egy beavatkozás magyarázatánál, és csupán 6,1% minden esetben. Amennyiben használnak eszközt a felkészítéshez, többszörös választású kérdésben legtöbbször a játékot (68 fő), könyvet (29 fő), a beavatkozáshoz használt eszközt (23 fő) és tablettát (3 fő) jelölték meg.

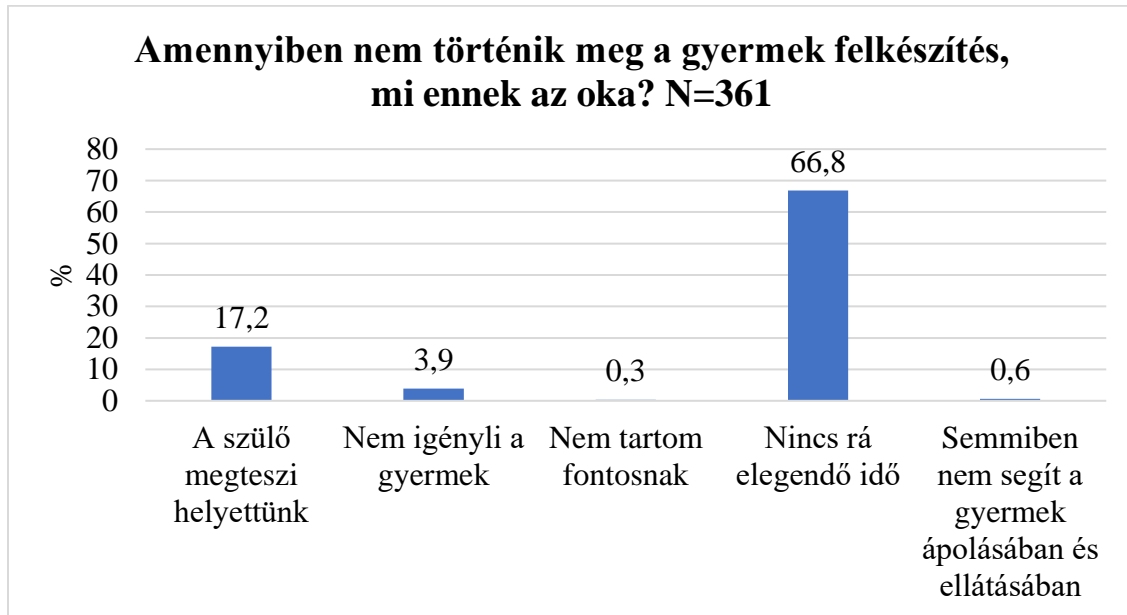
Az ápolók végzettségének megfelelően vizsgáltuk, hogy tanulmányaik során kaptak-e oktatást a gyermekek pszichés felkészítésének módszereiről. (5. táblázat) Összességében a válaszadók több mint fele (60,1%) részesült oktatásban, az egyes végzettségeknél viszont látható, hogy a válaszok arányai között az egyes végzettségeknél csekély eltérés mutatkozik.

5. táblázat: Az ápolók oktatásukban kapott információi a gyermekek lelki felkészítésének módszereiről

<b>A tanulmányai során kapott a gyermekek lelki felkészítésének módszereiről információt?</b>		
<b>Legmagasabb iskolai végzettsége?</b>	<b>Igen</b>	<b>Nem</b>
<b>Egyetemi okleveles ápoló (MSc)</b>	7 fő	7 fő
<b>Diplomás ápoló (BSc)</b>	47 fő	32 fő
<b>Szakápoló (OKJ)</b>	161 fő	111 fő
<b>Segédápoló</b>	2 fő	4 fő
<b>Összesen:</b>	217 fő	144 fő

A tanulmányokhoz kapcsolódott a következő kérdés is, az ápolók 84,2%-a saját megítélése szerint tudja, hogy egy traumán átesett gyermeknél milyen lelki reakciók lehetségesek, mégis 85%-uk szükségesnek tartana ebben a témában továbbképzést.

A gyermekápolók 66,8%-a szerint a felkészítések azért nem történnek meg rendszeresen, mert nincs rá elegendő idő, vagy a szülő megteszi helyettük (17,2%). (8.ábra)



8. ábra: Amennyiben nem történik meg a gyermek felkészítés, mi ennek az oka? N=361 fő

Az ápolói válaszok alapján a szülői jelenlét és a felkészítés gyakorisága pozitív korrelációt mutatott ( $r=0,235$ , sig.:0,000), gyakrabban történt meg pszichés felkészítés, ha a szülő jelen volt.

A gyermekápolók szerint (5-fokozatú skálán) átlagosan 4,03 (SD: 1,155, Min.:1, Max.:5) annak megítélése, hogy mennyire lenne hasznos az osztályán, egy olyan személy, aki a gyermek értelmi szintjének megfelelően, szakszerűen és játékosan készítené fel a gyermekeket és a szülőket a kórházi beavatkozásokra. Az előző kérdésben és az ápolói munkavégzés területe között összefüggés mutatkozott, az onkológiai, sebészet és traumatológiai, és intenzív osztályokon szignifikánsan hasznosabbnak találták egy ilyen szakember jelenlétét ( $p=0,001$ ).

Többszörös választású kérdésben az ápolók 75,3%-a úgy gondolja, hogy egy ilyen szakember munkájával a gyermek nyugodtabb lenne a beavatkozás közben, engedné a beavatkozás elvégzését, így gyorsabb lenne a beavatkozás, 65% szerint kevesebb lenne a negatív szituáció a gyermekek ellátása során, így kevésbé terhelné meg lelkileg az ápolókat. Az ápolók 41,5%-a úgy gondolja több ideje lenne az ápolási beavatkozások elvégzésére, és

a gyermek és a szülő nagyobb biztonságban érezné magát, így kevesebb lenne a konfliktus a kórházi ellátás során (39%). Csupán az ápolók 5,8%-a nem látta előnyét, egy ilyen szakember munkájának, nyitott vélemények alapján szerintük ez nem segítene a gyermeknek vagy az ápoló feladata.

Az ápolók 56,9%-a úgy érzi az osztályán korának, értelmi szintjének megfelelő tájékoztatást kapnak a betegek és a szülők, a gyermekek szorongását, tiltakozó reakcióját korának és értelmi szintjének megfelelően kezelik a beavatkozások alkalmával (5 fokozatú skálán, Átlag: 4,09, SD: 0,789, Min.:2, Max.:5)

Az ápolók 69,8%-a szerint megvalósul az osztályán a gyermekek lelki ápolása, nyitott kérdésben adott válaszukat a 9. ábra mutatja.



9. ábra: Ön szerint hogyan valósul meg a gyermekek lelki ápolása? N=361 fő

Az ápolók 5-fokozatú skálán közepesre (Átlag: 3,20 SD: 1,158) értékelték az osztályon folyó lelki segítségnyújtást, és 61,5%-uk szükségesnek tartana egy állandó pszichológust az osztályra.

Összességében, a gyermekek pszichés felkészítését a kórházi tartózkodás alatt az ápolók 5-fokozatú skálán átlagosan 3,78-ra értékelték (SD:0,745, Min.:1, Max.:5), mely ordinális regresszió vizsgálattal szignifikáns összefüggést mutatott a gyermekek értelmi szintjének megfelelő tájékoztatásának megítélésével ( $p=0,000$ ). Ahol az ápolók a gyermek tájékoztatást jobbnak ítélték meg, ott szignifikánsan magasabbra értékelték a gyermekek pszichés felkészítését is ( $p=0,001$ ).

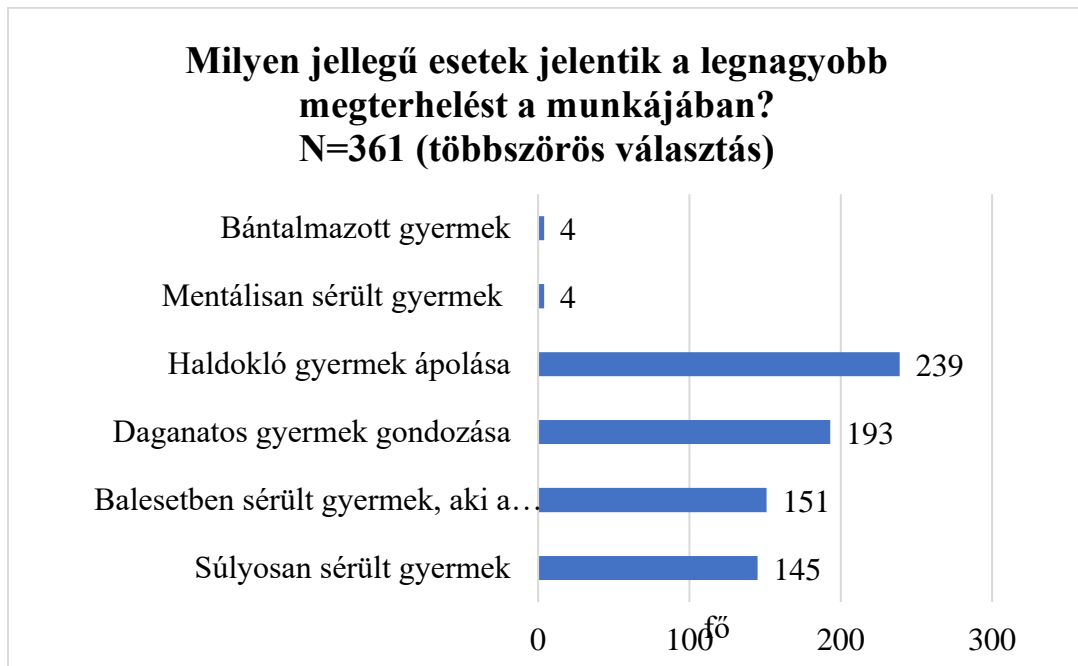
### **5.1.3. A gyermekápolók érzelmi megterheléseinek feldolgozására vonatkozó kérdések eredményei**

Az ápolók 5-fokozatú skálán átlagosan 3,52-re értékelték (SD:1,060, Min.:1, Max.:5), hogy mennyire tartják lelkileg megterhelőnek munkájukat, a sebészet- és traumatológiai, onkológiai- és intenzív osztályokon szignifikánsan magasabb értékek voltak kimutathatóak ( $p=0,000$ ).

A gyermekek átlagos ápolási napjainak száma szignifikánsan befolyásolták az ápolók saját lelki megterheltségüknek megítélését, a rövidebb ápolási idő szignifikánsan magasabb értékeket mutatott ( $p=0,000$ ). Ordinális regresszió vizsgálattal összefüggést találtunk, miszerint azokban az esetekben, ahol az ápoló szerint jobban megterhelte a kórházi ellátás a gyermeket, munkáját is lelkileg megterhelőbbnek értékelte ( $p=0,000$ ).

Nyitott kérdésben leírt ápolói véleményeket arról, hogy milyen jellegű esetek jelentik a legnagyobb megterhelést a munkájukban a 10. ábra foglalja össze.





10. ábra: Milyen jellegű esetek jelentik a legnagyobb megterhelést a munkájában? N=361 fő

Az ápolók 92,5%-nak volt a gyermekek ápolása során olyan rossz élménye, amely lelkileg megviselte, és 58,2%-uk került már munkája során olyan szituációba, amelyben nem tudott reagálni a gyermek lelki reakciójára. Az ápolói vélemények alapján a legtöbb ilyen eset daganatos gyermekek saját halálukkal kapcsolatos kérdésiből származott, mindemellett az bántalmazott, szülőt balesetben elvesztő és agresszív gyermekekkel kapcsolatos szituációkat említettek.

Külön vizsgáltuk a különböző területeket, annak érdekében, hogy pontos képet kapjunk mennyire megterhelő lelkileg az adott kórházi osztályokon folyó munka (6. táblázat). A kórházi munkavégzés osztálya és a került-e már olyan szituációba, melyben nem tudott reagálni kérdést Khí-négyzet ( $\chi^2$ ) próbával teszteltem, és szignifikáns összefüggést mutatott ( $p=0,007$ ) az onkológiai és sebészet- és traumatológiai osztályokon szignifikánsan többször fordul elő.

6. táblázat: A gyermekellátási területeken adódó rossz szituációk N=361 fő (Páll et al., 2021c)

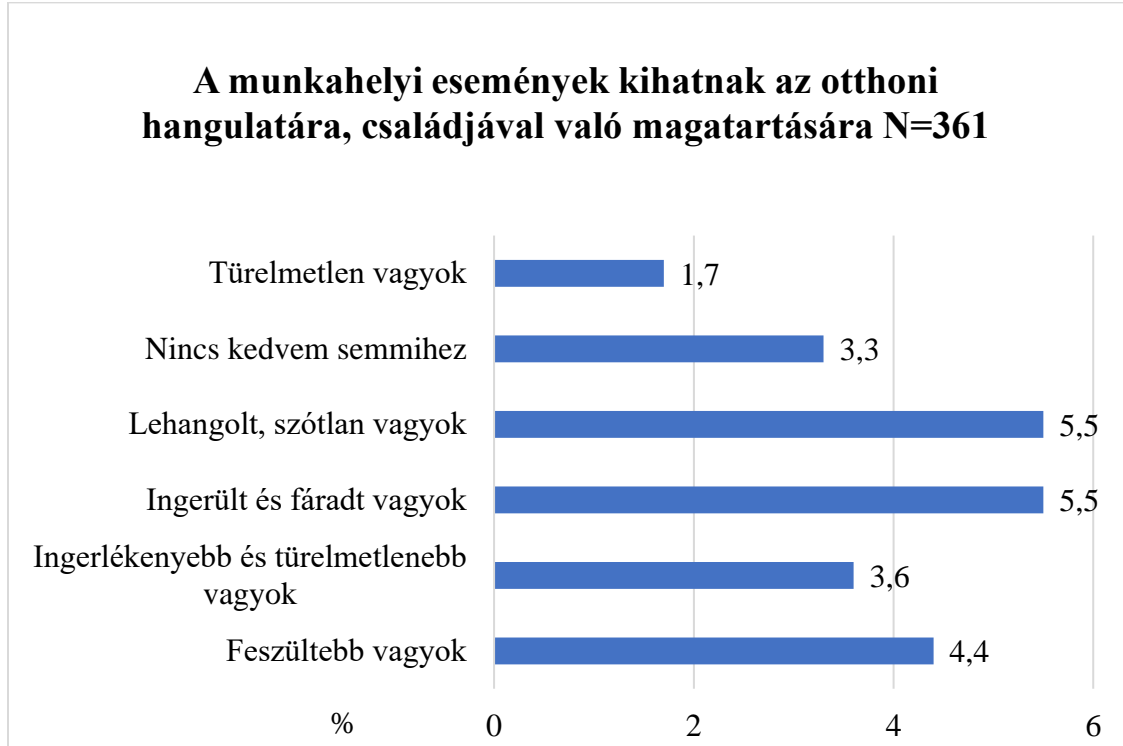
Osztály	Válaszadók száma összesen N=361	Volt-e lelkiileg megterhelő élménye?		Volt-e olyan élménye, hogy nem tudott reagálni a gyerek lelki reakciójára?	
		igen	nem	igen	nem
Általános sebészet	3,3%	3,3%	0 %	2,2%	1,1%
Belgyógyászat	44,9%	41,6%	3,3%	25,5%	19,3%
Csecsemő osztály	5,5%	4,7%	0,8%	1,3%	4,1%
Intenzív osztály	16,6%	16,1%	0,6%	10,5%	6,1%
Onkológia	8,3%	8%	0,3%	6,1%	2,2%
Pszichiátria	1,9%	1,9%	0 %	1,7%	0,2%
Sebészet és traumatológia	13,6%	11,6%	1,9%	8,6%	5%
Sürgősségi osztály	5,2%	4,7%	0,6%	2,2%	3%
Egyéb	0,6 %	0,6 %	0 %	0,6 %	0 %

Szignifikáns összefüggés volt kimutatható, miszerint azok az ápolók, akiknek volt negatív élményük az ápolás során ( $p=0,001$ ), és kerültek olyan szituációba, amelyben nem tudtak reagálni ( $p=0,001$ ), azok lelkiileg megterhelőbbnek ítélték meg a munkájukat.

Az ápolók 85%-a szeretne az ilyen szituációk kezelésére továbbképzéseket, szerintük a leghasznosabb az előadások, a gyakorlat orientált és szituációs továbbképzések, esetmegbeszélések, és a lelki feldolgozás segítségével kapcsolatos programok lennének.

A gyermekápolók a munkájuk során tapasztalt negatív eseményeket legtöbbször családtagjukkal beszélnek meg (83,4%), vagy megbeszélnek munkatársukkal (41,2%). Mindemellett vannak, akik önsegítő módszereket alkalmaznak (26,3%), és szakember (pl.: pszichológus) segítségét kérik (8%).

Az ápolók 73,1%-a szerint a munkahelyi események kihatnak az otthoni hangulatára, családjával való magatartására (11. ábra).



11. ábra: A munkahelyi események kihatnak az otthoni hangulatára, családjával való magatartására N=361 fő

A válaszadók 73,1%-a igényelne, a munkahelyén segítséget a negatív események feldolgozására, esetmegbeszélések vagy egyéni konzultáció formájában.

#### 5.1.4. Események Hatása (IES-R) kérdőív és Másodlagos traumatizációt mérő skála (STSS) eredményei

Elemzést megelőzően az IES-R alskálák a STSS totál pontszámait és alskáláit,  $\log(x+1)$  transformálva lettek az eloszlásuk normalizálása érdekében, a pontszámok eredményeit a 7. táblázat mutatja be. Az ápolók által kitöltött STSS kérdőív alskáláinak átlaga, minimum és

maximum értékei magasabb értékeket mutattak, mint az IES-R-é. Az STSS alskálák átlagai közül az emlékbetörés volt a legmagasabb.

7. táblázat: STSS és IES-R alskálák értékei (Páll et al., 2021c)

	<i>STSS</i> <i>total</i>	<i>STSS</i> <i>emlék- betörés</i>	<i>STSS</i> <i>elkerülés</i>	<i>STSS</i> <i>arousal</i>	<i>IES-R</i> <i>emlék- betörés</i>	<i>IES-R</i> <i>elkerülés</i>	<i>IES-R</i> <i>arousal</i>
<i>Mean</i>	3,41	2,28	2,55	2,25	0,66	0,67	0,46
<i>SD</i>	0,328	0,324	0,332	0,342	0,387	0,386	0,361
<i>Minimum</i>	3	2	2	2	0	0	0
<i>Maximum</i>	4	3	4	3	2	2	2

Variancia analízis (ANOVA) került alkalmazásra annak elemzésére, hogy miként függenek össze az STS kérdőív totál és alskála, és az az IES-R alskálák értékei a kérdőív egyes kérdéseivel.

Az STSS total értékei és az IES-R kérdőív alskáláinak értékei összefüggést mutattak az ápolói munkával eltöltött évek számával, szignifikánsan magasabb értékek ( $p=0,000$ ) voltak kimutathatók a kevesebb munkatapasztalattal rendelkező ápolóknál. A kórházi osztály profilja szignifikáns összefüggést mutatott az STSS totál pontszámokkal, az onkológiai, intenzív, sebészet-és traumatológiai osztályon dolgozó ápolók esetében szignifikánsan magasabb pontszámok voltak kimutathatók. Azokban az esetekben, ahol az ápolók alacsonyabbra értékelték a pszichés segítségnyújtást, ott szignifikánsan magasabb volt az IES-R kérdőív elkerülés ( $p=0,015$ ) és arousal ( $p=0,010$ ) alskálája (8. táblázat). (Páll et al., 2021c)

8. táblázat: STSS totál és IES-R alskálák összevetése az ápolói munkavégzésre vonatkozó kérdésekkel (Páll et al., 2021c)

Kérdőív kérdései		STSS	IES-R	IES-R	IES-R
		Total	Emléketörés	Elkerülés	Arousal
Mióta dolgozik	p	0,000*	0,001*	0,002*	0,000*
gyermekápolóként?	F	2,155	1,916	1,880	2,269
Milyen kórházi	p	0,001* <sup>1</sup>	0,131	0,352	0,072
osztályon dolgozik?	F	3,495	1,615	0,352	1,882
Milyennek tartja az	p	0,395	0,076	0,015*	0,010*
osztályán a szakmai					
segítségnyújtást?	F	0,727	3,178	6,039	6,759

\* $p < 0,05$

<sup>1</sup> Onkológia, Intenzív, Sebészet-és traumatológiai osztály esetében

Szignifikánsan magasabb IES-R alskála és STSS totál pontszám volt kimutatható, azoknál az ápolóknál, akik megterhelőbbnek érzik munkájukat ( $p=0,000$ ,  $p=0,012$ ), vagy történt negatív esemény a munkájuk során ( $p=0,000$ ), vagy kerültek olyan szituációba ( $p=0,000$ ), amelyben nem tudtak reagálni a gyermek lelki reakciójára az ellátás során.

Az ápolói válaszok alapján a legnagyobb lelki megterheléssel járó esetek vizsgálatánál szignifikánsan magasabb STSS értéket ( $p=0,004$ ) mutatott a súlyosan sérült gyermekkel, és a daganatos gyermekkel ( $p=0,018$ ) való munka. Az IES-R emléketörés skálája szignifikánsan összefüggést mutatott a haldokló gyermekkel való munkával ( $p=0,044$ ), míg az arousal alskála a súlyosan sérült gyermek ápolásával kapcsolatban mutatott szignifikáns emelkedést ( $p=0,006$ ). Minden vizsgált skála esetében szignifikáns összefüggést találtunk, magasabb értékeket lehetett kimutatni azoknál az ápolóknál, akiknek a munkahelyen történt negatív események kihatnak a családjával való magatartására ( $p=0,000$ ,  $p=0,001$ ) (9.táblázat). (Páll et al., 2021c)

9. táblázat: STSS totál és IES-R alskálák összevetése az ápolói lelki megterheléssel kapcsolatos kérdésekkel (Páll et al., 2021c)

Ápolói kérdőív kérdései		STSS Total	IES-R Emléketörés	IES-R Elkerülés	IES-R Arousal
Mennyire érzi megterhelőnek munkáját?	p	0,000*	0,000*	0,012*	0,000*
	F	26,293	13,83	26,290	14,165
Milyen jellegű esetek jelentik a legnagyobb megterhelést a munkája során?	p	0,004* <sup>1</sup> 0,018* <sup>2</sup>	0,044* <sup>3</sup>	0,732	0,006* <sup>4</sup>
	F	1,554	1,229	0,865	1,542
Volt-e rossz élménye a gyermekápolás során, amely lelkileg megviselte?	p	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
	F	19,962	9,356	12,453	7,380
Került-e olyan szituációba, amelyben nem tudott reagálni a gyermek lelki reakciója során?	p	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
	F	19,781	9,215	15,012	8,754
A munkahelyi események hatással vannak a családjával való magatartására?	p	0,000*	0,000*	0,001*	0,000*
	F	32,469	9,830	7,423	15,273

\*p<0,05

<sup>1</sup> súlyosan sérült gyermek esetében

<sup>2</sup> daganatos gyermek esetében

<sup>3</sup> haldokló gyermek esetében

<sup>4</sup> súlyosan sérült gyermek esetében

Az STSS és IES-R értékek összevetésével kíváncsiak voltunk, hogy az egyes negatív helyzetekből adódó szorongás lehet-e alapja a későbbi másodlagos traumatizáció kialakulásának. Az IES-R alsókálák, valamint a STSS teljes- és alsókáláinak összevetése korrelációs mátrix készítésével történt. Az egyes skála és alsókála változók közti páronkénti összehasonlításához Pearson korrelációs koefficiense került kiszámításra (10. táblázat), annak érdekében, hogy megvizsgáljuk az egyes negatív helyzetekből adódó szorongás lehet-e alapja a későbbi másodlagos traumatizáció kialakulásának.

Az STSS és az IES-R alsókálák között erős és közepesen erős pozitív kapcsolatot találtunk. Az STSS totál pontszáma és alsókálái erős pozitív együtt járást mutat az IES-R emlékbetörés és arousal alsókálájával. (Páll et al., 2021c)

10. táblázat: IES-R alsókálák, valamint a STSS teljes- és alsókáláinak összevetése Pearson féle korrelációval (Páll et al., 2021c)

<b>Pearson-féle korreláció (r)</b>	<b>STSS totál</b>	<b>STSS emlékbetörés</b>	<b>STSS elkerülés</b>	<b>STSS arousal</b>
<b>IES-R emlékbetörés</b>	0,611*	0,591*	0,553*	0,553*
<b>IES-R elkerülés</b>	0,476**	0,438**	0,440**	0,442**
<b>IES-R arousal</b>	0,649*	0,593*	0,592*	0,626*

\*erős pozitív kapcsolat

\*\*közepesen erős pozitív kapcsolat

## 5.2. A szülői kérdőív eredményei

### 5.2.1. Az szülői minta szociodemográfiai jellemzői

A szülőkre vonatkozó demográfiai mutatók alakulását a 11. táblázat mutatja be.

11. táblázat: A szülőkre vonatkozó szociodemográfiai mutatók (n = 566 fő) (Páll et al., 2021b)

<b>Nem: nő: 96,6% (547 fő), férfi: 3,4% (19 fő)</b>	
<b>Életkor: Átlag: 38,23, SD: 6,827, Min.:21, Max.: 82</b>	
<b>Legmagasabb iskolai végzettség</b>	
Általános iskola	0,4%
Szakközépiskola	24,7%
OKJ	17,1%
Főiskola/BSc	32,3%
Egyetem/MSc	25,0%
egyéb: (PhD, Kandidátus)	0,4%
<b>Családi állapot</b>	
Kapcsolatban él	89,93%
Egyedülálló	10,07%
<b>Gyermekek száma: Átlag: 1,98, SD: 0,897, Min.:1, Max.: 7</b>	

A szülői kérdőívet kitöltők közül a legmagasabb életkor 82 év volt, melyet unokáját egyedül nevelő nagymama töltötte ki, mivel a kórházban ő tartózkodott a gyermekkel, így a kutatásból nem zártuk ki.

A kórházban kezelt gyermekek 46,1%-a lány, és 53,9%-a fiú, életkoruk átlagosan 4,40 év (SD:3,846, Min.: 0, Max: 14). A kórházi kezelés 38,2 % esetében egy éven belül, 61,8% esetében több, mint egy éve történt.



Átlagosan 7,28 (SD:10,763, Min.: 3, Max.:100) napot töltöttek a kórházban, leggyakrabban légúti, vese- és húgyúti betegségek, balesetek és veleszületett rendellenességek kezelése miatt. A vizsgált gyermekek ezt az alkalmat megelőzően átlagosan: 1,70 (SD:3,268, Min.:0, Max.: 35) alkalommal részesültek kórházi kezelésben. A vizsgálatban részt vett gyermekek 19,6%-nak van tartós betegsége, mellyel rendszeresen kezelik, leggyakrabban veleszületett fejlődési és genetikai rendellenesség, koraszülöttség vagy 1-es típusú diabetes.

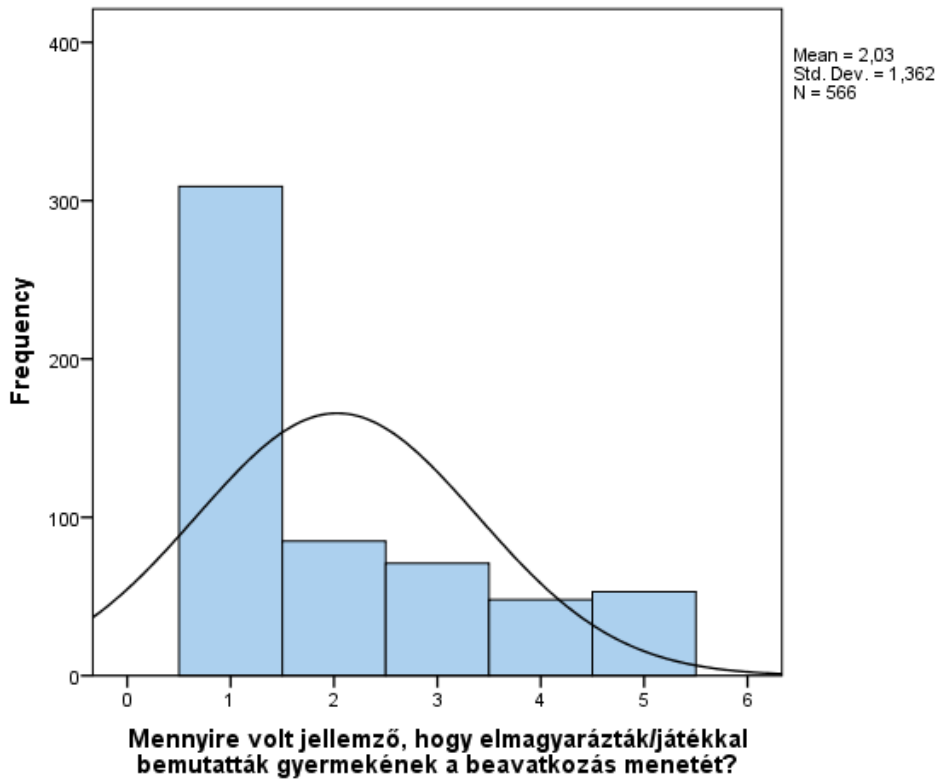
### **5.2.2. A gyermek kórházi ellátására, a gyermek és a szülő pszichés megterhelésére vonatkozó kérdések eredményei**

A szülők 57,2%-a a kórházi kezelés során minden beavatkozás alkalmával a gyermeke mellett volt, 40,8% csak részben és 1,9% nem tudott a gyermeke mellett maradni.

A szülői jelenlétet szignifikánsan befolyásolta a gyermek betegsége, a hosszabb kezelési idő tekintetében szignifikánsan ( $p=0,014$ ) kevesebb időt volt gyermeke mellett a szülő. Kutatási eredményeink alapján az intenzív és koraszülött osztályokon kezelt gyermekek esetében volt a legalacsonyabb a szülői jelenlét ideje. (Páll et al., 2021b)

A szülők a gyermek értelmi szintjének megfelelő pszichés felkészítésének fontosságát a beavatkozások előtt 5-fokozatú skálán 4,93-ra (SD:0,34, Min.:1, Max.:5) értékelték. Szintén 5-fokozatú skálán a kórházi ellátás során tapasztalt gyermekbarát ellátást átlagosan 3,41-re (SD:1,354, Min.:1, Max.:5) minősítették. Ordinális regresszió vizsgálattal kimutatható, hogy azokban az esetekben, ahol a gyermekek pszichés felkészítése megtörtént, a szülők szignifikánsan pozitívabban értékelték a gyermekbarát ellátást. ( $p=0,000$ ). (Páll et al., 2021b)

5-fokozatú skála segítségével mértük fel mennyire volt jellemző, hogy a gyermeknek elmagyarázták/játékkal bemutatták a beavatkozás menetét. A szülői tapasztalatok alapján ennek értékelése a 'nem történt ilyen' válaszhoz közelített (átlag: 2,03 SD: 1,362, Min.:1, Max.:5) (12. ábra). (Páll et al., 2021b)



12. ábra: Mennyire volt jellemző, hogy a gyermeknek elmagyarázták/játékkal bemutatták a beavatkozás menetét? N=566 fő

A gyermek pszichés felkészítését, legtöbbször az ápoló (43,1%) vagy a szülő (26%) végezte, legtöbbször fájdalommal járó beavatkozások előtt (pl.: vérvétel, perifériás véna kanül behelyezés). 9 szülő szerint minden beavatkozáshoz, 47 szülő szerint csak egy-egy beavatkozás magyarázatánál használtak hozzá eszközöket, mely legtöbb esetben játék (22 esetben), könyv (6 esetben) vagy a beavatkozáshoz tartozó eszköz (9 esetben) volt.

A gyermek életkora befolyásolta a felkészítés gyakoriságát, minél nagyobb volt a gyermek, annál gyakrabban történt felkészítés ( $p=0,000$ ). A szülői vélemények szerint a felkészítés az esetek közel felénél (48,9%) nem történt meg, amennyiben megtörtént, az pozitívan hatott a gyermekekre (13. ábra). (Páll et al., 2021b)



13. ábra: A pszichés felkészítés hatása a gyermekekre N=566 fő

A szülők 33,9%-a teljes mértékben, 27,6%-a részben érezte úgy, hogy korának, értelmi szintjének megfelelő tájékoztatást kapott gyermeke a beavatkozások alkalmával. A gyermek felkészítésének gyakorisága összefüggést mutatott a pszichés támogatás megítélésével ( $p=0,000$ ), azok a szülők, akiknek a gyermeke részesült felkészítésben szignifikánsan magasabbra értékelték a gyermek pszichés támogatásának fontosságát.

A szülők átlagosan 2,69-re (SD:1,494, Min.:1, Max.:5) értékelték gyermekük felkészítését és tájékoztatását az 5-fokozatú skálán. A további kérdéseket átlagosan közepesre értékelték a szülők, miszerint gyermekük szorongását, tiltakozó reakcióját korának és értelmi szintjének megfelelően kezelték a beavatkozások alkalmával (átlag:3,00, SD:1,504, Min.:1, Max.:5), a kórházi személyzet nagyon barátságos, türelmes volt a gyermekkel (átlag: 3,19, SD:1,397, Min.:1, Max.:5), a gyermek kedvesnek találta az ápolókat (átlag: 3,21, SD: 1,68, Min.:1, Max.:5). A szülők összességében átlagosan 2,58-ra értékelte (SD:1,368, Min.:1, Max.:5) a gyermeke pszichés felkészítését a kórházi tartózkodás alatt. (Páll et al., 2021b)

5-fokozatú skálán történt meg a szülő és véleménye szerint a gyermeke szorongásának megítélése a kórházba kerüléskor, a skálán a magasabb érték magasabb szorongási szintet

jelentett. A szülők saját szorongásukat átlagosan 3,85-re (SD:1,288, Min.:1, Max.:5), gyermekükét 3,48-ra (SD:1,419, Min.:1, Max.:5) értékelték. A következő kérdésben ugyan ilyen skálán vizsgáltam mennyire terhelte meg lelkiileg őket a kórházi kezelés. A szülők átlagosan 4,15-re (SD:1,124, Min.:1, Max.:5), gyermekükét átlagosan 3,33-ra (SD: 1,318, Min.:1, Max.:5) becsülték, melyben szignifikáns különbség volt kimutatható ( $p=0,000$ ). A szülői szorongás mértéke összefüggést mutatott gyermekeinek számával is, azok a szülők, akiknek több gyermekük van, szignifikánsan magasabbra értékelték a pszichés megterheltségüket ( $p=0,040$ ).

Szignifikáns összefüggés volt kimutatható, miszerint a gyermek pszichés felkészítése esetén a szülő alacsonyabba becsülte saját és gyermeke lelki megterheltségét ( $p=0,000$ ), és ahol a szülő a gyermek lelki támogatását pozitívan értékelt, ott alacsonyabb volt a saját szorongása is ( $p=0,000$ ). A szülő szorongása szignifikáns összefüggést mutatott a gyermek életkorával is, minél kisebb volt a gyermeke az ellátás idejében, annál magasabb volt a szülő lelki megterheltségének értéke ( $p=0,000$ ). Mindemellett a szülői jelenlét gyakorisága, szignifikánsan emelte a szülői szorongás mértékét ( $p=0,015$ ). A szülők 68,9%-a nem kapott lelki támogatást a kórházi kezelés során, pedig a válaszadók 56,25%-a igényelte volna. Azok a szülők, akik nem kaptak pszichés támogatást a gyermekük kórházi kezelése alatt, az átlaghoz képest magasabbra értékelték a saját szorongásukat ( $p=0,001$ ). (Páll et al., 2021b)

### 5.2.3. Az események Hatása (IES-R) kérdőív eredményei a szülői mintán

Az Események hatása kérdőív alszállait vizsgáltam a szülői megítélés alapján, az állítások értékelése 0 és 4 pont között történt, melynek átlag eredményét a 12. táblázat mutatja.

12. táblázat: IES-R alszállák értékei (Páll et al., 2021b)

IES-R alszállák értékei		
	Átlag	Szórás
<b>Emléketörés</b>	1,604	1,101
<b>Elkerülés</b>	1,181	0,808
<b>Hyperarousal</b>	1,268	1,021

Variancia analízis (ANOVA) került alkalmazásra annak elemzéséhez, hogy miként függenek össze az IES-R alszállák a saját szerkesztésű kérdőív egyes kérdéseire adott értékekre.

Bár a legtöbb szülő a kérdőívet a kórházi kezelést követő egy év után töltötte ki, a vizsgálatban kimutatható volt, hogy a kórházi kezelés és a kérdőív között eltelt idő nem volt hatással az eredményekre.

Összefüggést találtunk miszerint azok a szülők, akiknek a gyermeke állt már kórházi kezelés alatt ( $p=0,36$ ), vagy jelenlegi esetben kaptak pszichés támogatást gyermekük kezelése során ( $p=0,003$ ) alacsonyabb arousal szintet mutattak. A hosszabb kezelési idő összefüggést mutatott az IES-R emléketörés ( $p=0,012$ ) és arousal alszálla ( $p=0,01$ ) magasabb értékeivel. Azokban az esetekben, ahol történt a gyermeknél pszichés felkészítés, a szülők IES-R emléketörés ( $p=0,046$ ) és elkerülés ( $p=0,03$ ) alszálla értékei alacsonyabbak voltak (13. táblázat). (Páll et al., 2021b)

13. táblázat: A szülő IES-R alskáláinak összefüggése a szülőkre és a gyermekekre vonatkozó kérdésekkel \* $p < 0,05$  (Páll et al., 2021b)

Szülői kérdőív kérdései	IES-R Alskálák	Mean Square	F	Sig.
<b>A gyermek kezelésének időpontja</b>	Emléketörés	0,224	1,579	0,164
	Elkerülés	0,184	1,675	0,139
	Arousal	0,232	1,517	0,183
<b>A kórházi ellátás időtartama</b>	Emléketörés	0,905	6,366	0,012*
	Elkerülés	0,003	0,024	0,877
	Arousal	1,591	10,394	0,001*
<b>Ezt az alkalmat megelőző kórházi kezelések száma</b>	Emléketörés	0,067	0,469	0,494
	Elkerülés	0,155	1,412	0,235
	Arousal	0,675	4,409	0,036*
<b>Gyermek vizsgálatokra való felkészítésének gyakorisága</b>	Emléketörés	0,568	3,996	0,046*
	Elkerülés	0,479	4,362	0,037*
	Arousal	0,367	2,397	0,122

Az elkerülés alskála szignifikánsan magasabb volt azoknál a szülőknél, akik folyamatosan jelen voltak a gyermekük kórházi kezelése során ( $p=0,03$ ).

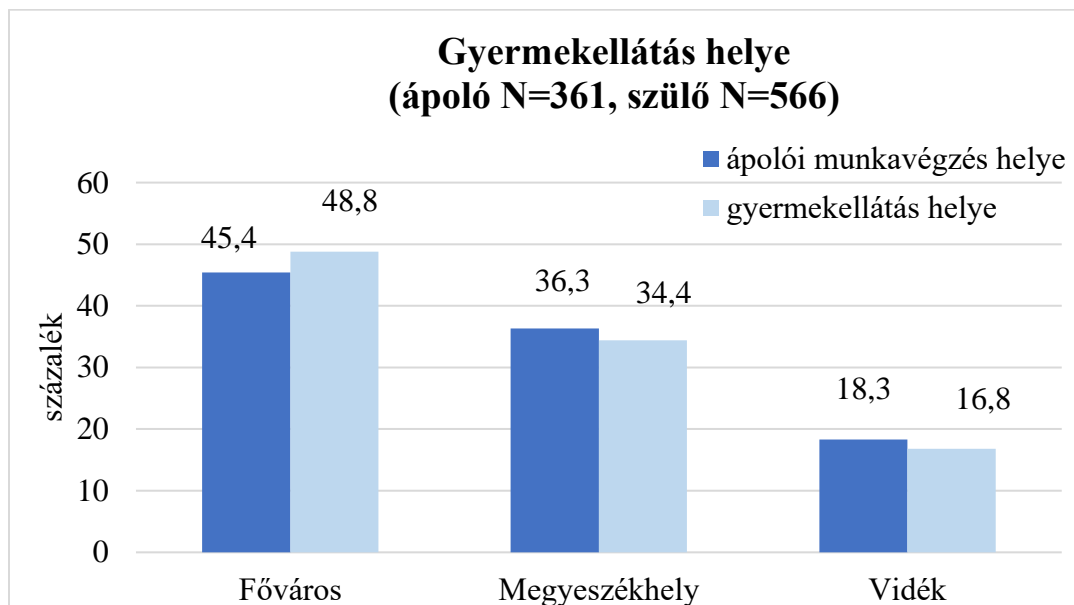
Mindhárom alskála tekintetében szignifikánsan magasabb értékek ( $p=0,000$ ) voltak kimutathatók azoknál a szülőknél, akik magasabbra értékelték a kórházi kezeléstől való félelmüket és a kórházi kezelés alatti pszichés megterheltségüket (14. táblázat).

14. táblázat: A szülő IES-R alskálák összefüggése a szülői lelki megterheltségére vonatkozó kérdésekkel \* $p < 0,05$  (Páll et al., 2021b)

Szülői kérdőív kérdései	IES-R Alskálák	Mean Square	F	Sig.
<b>Szülői jelenlét a gyermek kórházi ellátása során</b>	Emléketörés	0,427	3,002	0,084
	Elkerülés	0,471	4,283	0,039*
	Arousal	0,083	0,542	0,462
<b>Szülő lelki támogatásának gyakorisága a gyermek kórházi kezelése során</b>	Emléketörés	0,251	1,768	0,184
	Elkerülés	0,001	0,010	0,919
	Arousal	0,679	4,434	0,036*
<b>Kórházba kerüléskor a szülő szorongásának szintje</b>	Emléketörés	2,966	20,871	0,000*
	Elkerülés	0,745	6,776	0,010*
	Arousal	2,242	14,651	0,000*
<b>Kórházi kezelés során a szülő lelki megterheltségének szintje</b>	Emléketörés	11,326	79,705	0,000*
	Elkerülés	6,702	60,987	0,000*
	Arousal	12,002	78,434	0,000*

### 5.3. Az ápolói és szülői minta eredményeinek összehasonlítása

A 14. ábrán látható, hogy az ápolói munkavégzés és a gyermek ellátásának helye közel megegyező arányban fordul elő.



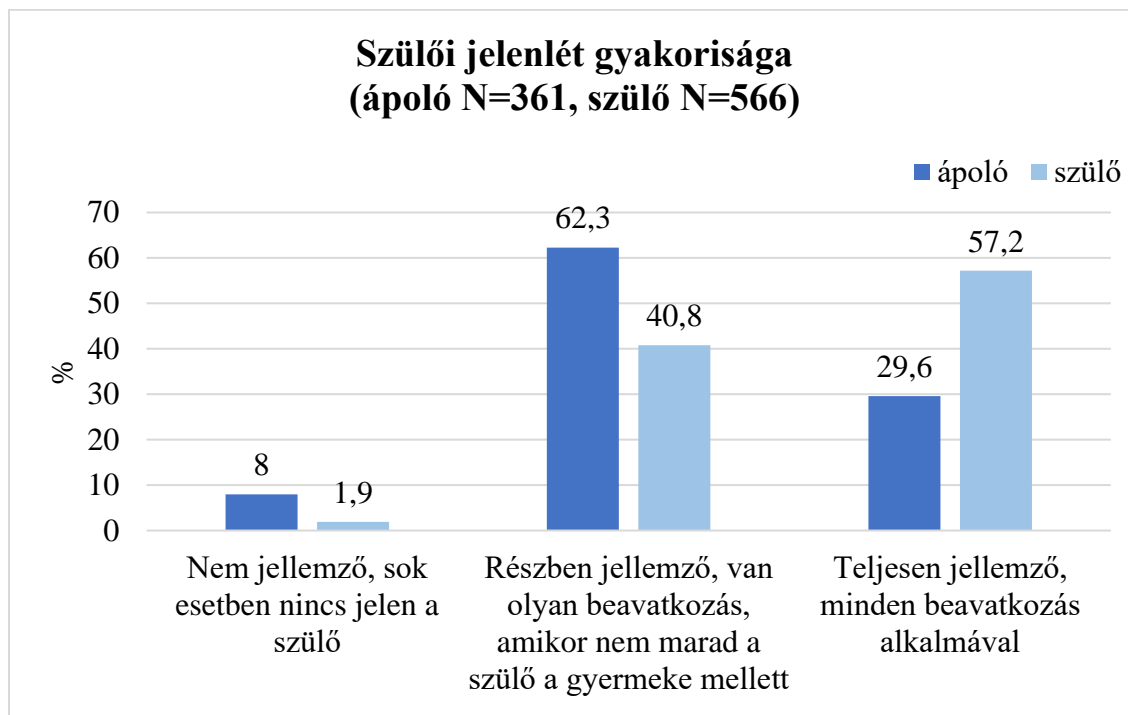
14. ábra: Gyermekellátás helye (ápoló N=361 fő, szülő N=566 fő)

A szülői jelenlét gyakoriságának tekintetében (15. ábra) a két csoport között Mann-Whitney U teszttel szignifikáns különbséget találtam ( $p=0,000$ ), a szülők jelenlétük gyakoriságát a gyermek kórházi kezelése során jobbnak ítélték meg (15. táblázat).

15. táblázat: Mann-Whitney U teszt: A szülői jelenlét gyakoriságának megítélése

<b>Mann-Whitney U</b>	<b>38054</b>
szignifikancia	0,000
átlag (ápolói minta)	2,2
átlag (szülői minta)	2,55





15. ábra: Szülői jelenlét gyakorisága (ápoló N=361 fő, szülő N=566 fő)  $p=0,000$

### 5.3.1. A gyermekek pszichés felkészítésre és támogatására vonatkozó adatok

A gyermekbarát ellátás megítélésében Mann-Whitney U teszttel szignifikáns eltérést találtunk a két csoport között, ( $p=0,000$ ) 5-fokozatú skálán az ápolók szignifikánsan magasabbra értékelték ennek megvalósulását (16. táblázat). (Páll et al., 2021a)

16. táblázat: Mann-Whitney U teszt: A gyermekbarát ellátás megítélése

Mann-Whitney U	56742
szignifikancia	0,000
átlag (ápolói minta)	4,12
átlag (szülői minta)	3,54

A gyermekbarát ellátás és a kórházi osztály profilja szignifikáns összefüggést mutatott ( $p=0,001$ ) mindkét csoport véleménye szerint, a sürgősségi betegellátó osztályokon és az intenzív osztályon volt ennek a legalacsonyabb az értékelése.

Mann-Whitney U teszttel került megállapításra, miszerint a szülők 5-fokozatú skálán fontosabbnak tartották a gyermek értelmi szintjének megfelelő pszichés felkészítést, mint az ápolók ( $p=0,004$ ). Mindemellett a felkészítés megvalósulásában szintén szignifikáns különbséget ( $p=0,000$ ) mutatott a két csoport, az ápolók szerint gyakrabban történik meg a felkészítés (17. táblázat). (Páll et al., 2021a)

17. táblázat: Mann-Whitney U teszt: A gyermek felkészítésére vonatkozó kérdések összehasonlítása

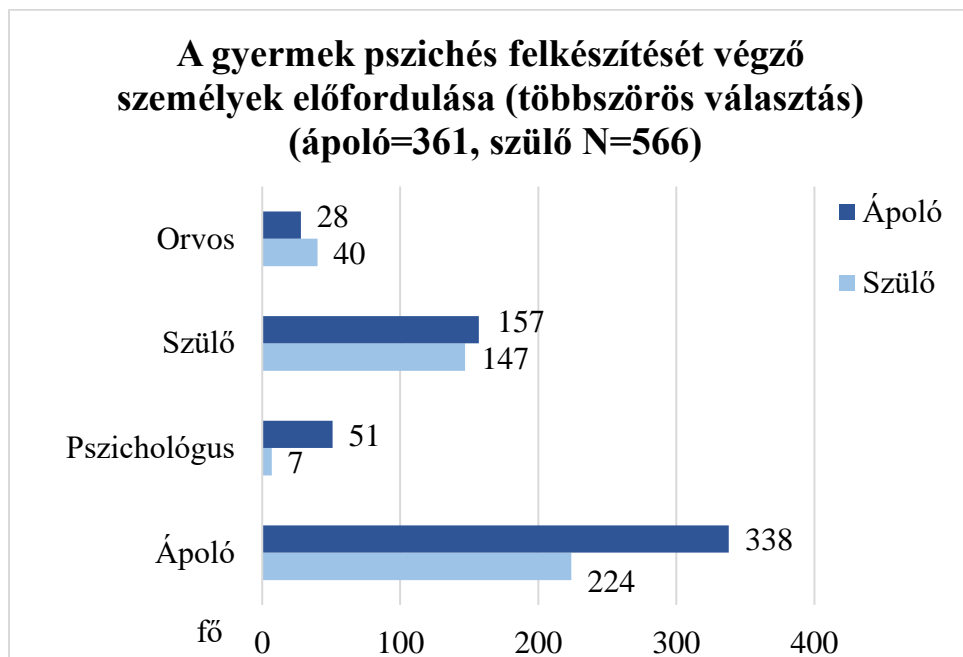
	Mennyire tartja fontosnak a gyermek értelmi szintjének megfelelő pszichés felkészítést?	Mennyire jellemző, hogy a gyermeknek elmagyarázzák/elmagyarázták vagy játékkal bemutatják/bemutatták a beavatkozás menetét?
Mann-Whitney U	78322	19299
szignifikancia	0,004	0,000
átlag (ápolói minta)	4,86	4,41
átlag (szülői minta)	4,94	2,25

A szülői és ápolói kérdőívben is felmértük, hogy az egyes ápolási beavatkozások milyen gyakran történtek meg, és két csoport válaszadói hogyan ítélik meg a felkészítés gyakoriságát az egyes beavatkozásoknál. Az eredmények egyértelműen mutatták, hogy az ápolók jobbra értékelik a felkészítés gyakoriságát minden ellátási területen (18. táblázat).

18. táblázat: Az ápolási beavatkozások és felkészítések gyakorisága (Páll et al., 2021a)

Ápolási beavatkozások	Szülő		Ápoló	
	Beavatkozás gyakorisága	Felkészítés gyakorisága	Beavatkozás gyakorisága	Felkészítés gyakorisága
	<b>eset</b>			
Vérnyomásmérés	368	86	305	256
Pulzoximetria	187	35	292	231
Lázmérés	480	58	324	213
Inhalációs terápia	146	31	188	193
Injekciózás	275	59	240	250
Vérvétel	496	133	319	311
Perifériás kanül bevezetése	465	153	305	305
Infúzió adása	402	75	310	271
Gyógyszer adása	369	39	311	251
Ágyban mosdatás	59	6	130	120
Ágyban ürítés	74	9	134	122
Seb kötözés	10	2	12	3

A felkészítés gyakorisága szignifikáns összefüggést mutatott a gyermek betegségével ( $p=0,015$ ) és kórházi osztály profiljával ( $p=0,000$ ), mindkét csoport eredményei alapján az onkológiai, traumatológiai és belgyógyászati betegségeknél az átlaghoz képest gyakrabban történt meg a pszichés felkészítés, míg műtétek előtt, koraszülötteknél, csecsemőknél nem volt jellemző. A kórházi osztályok profiljával kapcsolatban sebészeti és belgyógyászati osztályon magasabb arányban, míg csecsemő és intenzív osztályon nem jellemző a felkészítés. A felkészítést leggyakrabban az ápolók és a szülők végezték. (16. ábra) (Páll et al., 2021a)

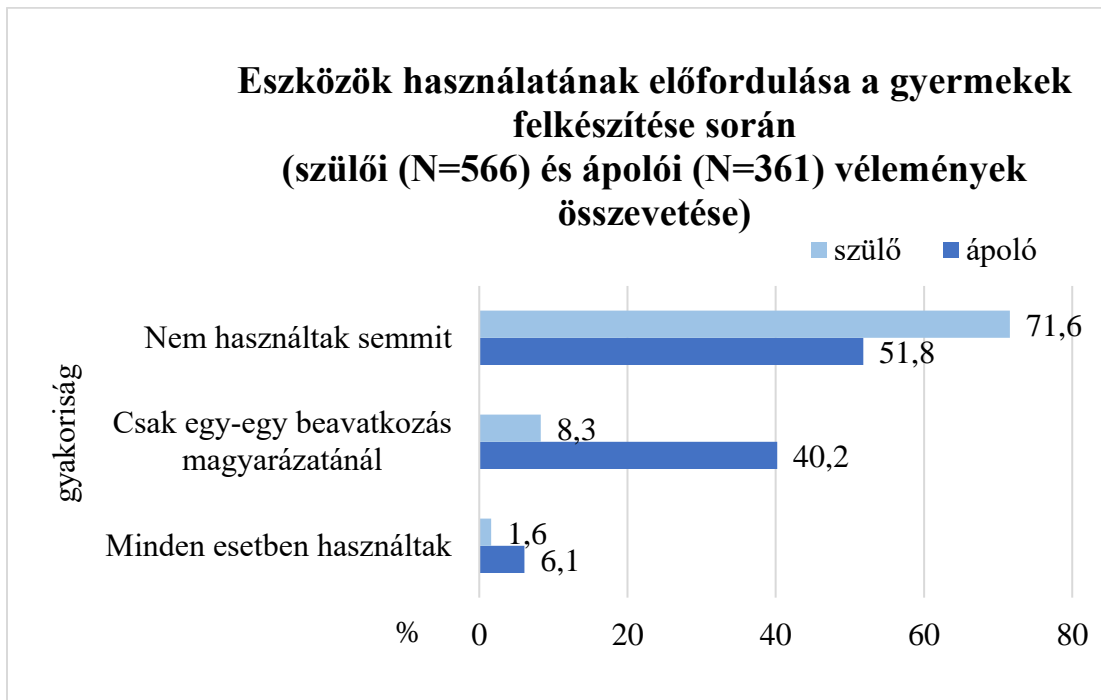


16. ábra: A gyermek felkészítését végző személy (ápoló=361 fő, szülő N=566 fő)  
(Páll et al., 2021a)

Az ápolói vélemények szerint a felkészítéshez gyakrabban használtak eszközt ( $p=0,000$ ), mint a szülői vélemények szerint, mely legtöbbször játék vagy könyv volt. (19. táblázat és 17. ábra)

19. táblázat: Mann-Whitney U teszt: A felkészítés során eszköz használatának gyakorisága

<b>Mann-Whitney U</b>	<b>48625</b>
szignifikancia	0,000
átlag (ápolói minta)	1,53
átlag (szülői minta)	1,14



17. ábra: Eszközök használatának előfordulása a gyermekek felkészítése során (szülő N=566 fő, ápoló N=361 fő)

Amennyiben történt pszichés felkészítés az ápolói és szülői vélemények szerint is legtöbbször pozitívan hatott a gyermekekre. Az ápolók szerint ez a pozitív hatás szignifikánsan többször ( $p=0,000$ ) volt tapasztalható.

### 5.3.2. A pszichés támogatásra vonatkozó eredmények

A kórházi kezelés során a gyermekek lelki megterheltségét az ápolók 5-fokozatú skálán szignifikánsan magasabbra ítélték ( $p=0,000$ ), mint a szülők. Az ápolói vélemények szerint a kórházi kezelés a sebészet, az intenzív és az onkológiai ellátás esetében terhelte meg legjobban a gyermeket, míg a szülők az onkológia, a koraszülött és a fül-orr-gégészeti megbetegedések esetén ( $p=0,000$ ) értékelték ezt magasabbra.

1-5-ig terjedő skálán az ápolók szignifikánsan magasabbra értékelték annak megítélését, miszerint a gyermek szorongását, tiltakozó reakcióját korának és értelmi szintjének megfelelően kezelték a beavatkozások alkalmával ( $p=0,000$ ). Összességében a gyermek

pszichés támogatását a kórházi ellátás során az ápolók szignifikánsan jobbnak ítélték meg, mint a szülők ( $p=0,000$ ). (20. táblázat) (Páll et al., 2021a)

20. táblázat: Mann-Whitney U teszt: A gyermek pszichés támogatására vonatkozó kérdések eredményeinek összehasonlítása

	A gyermek szorongását, tiltakozó reakcióját korának és értelmi szintjének megfelelően kezelik/kezelték a beavatkozások alkalmával?	Összességében hogyan értékelné a gyermek pszichés felkészítését a kórházi tartózkodás alatt?
Mann-Whitney U	48586	42156
p	0,000	0,000
átlag (ápolói minta)	4,08	3,77
átlag (szülői minta)	3,12	2,72

#### 5.4. Az ápolói és szülői IES-R kérdőív eredményeinek összehasonlítása

Az IES-R kérdőív kitöltése után az alskálák, mint az emléketörés, elkerülés és hyperarousal értékei (21. táblázat) összehasonlításra kerültek a két minta között, összességében a szülők esetében magasabb átlag pontszámokat láthatunk mindhárom alskála esetében.

21. táblázat: IES-R alskála összehasonlítása a szülői és ápolói eredmények alapján (Páll et al., 2021a)

IES-R alskálák	Csoport	Átlag	Szórás
Emléketörés	ápoló	1,115	0,838
	szülő	1,604	1,101
Elkerülés	ápoló	1,111	0,780
	szülő	1,181	0,807
Hyperarousal	ápoló	0,705	0,690
	szülő	1,267	1,021

Welch-féle t-teszt került alkalmazásra a szülők és az ápolók IES-R alskáláinak összevetésére, melyből látható, hogy a szülőknél szignifikánsan magasabb eredményeket mutatott az emléketörés ( $p=0,000$ ) és a hyperarousal alskála ( $p=0,000$ ) (22. táblázat).

22. táblázat: IES-R alskála értékeinek összevetése (Páll et al., 2021a)

IES-R alskálák	F	Sig.	t	df	Mean Difference	SD Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
<b>Emléketörés</b>	48,56	0,00	-6,799	774	-0,489	0,071	-0,6303	-0,347
<b>Elkerülés</b>	2,516	0,11	-1,221	774	-0,070	0,057	-0,1833	0,042
<b>Hyperarousal</b>	82,7	0,00	-8,722	774	-0,562	0,064	-0,6886	-0,435

## 6. MEGBESZÉLÉS

Kutatásunk során a hazai gyermekellátásban dolgozó ápolók (n=361) és kórházban kezelt gyermekek szüleinek (n=566) tapasztalatait vizsgáltuk a gyermekek és a szülők pszichés felkészítésével és támogatásával kapcsolatban. A kutatáshoz online kérdőíves módszert választottunk, melynek köszönhetően az ország több pontjáról széles körben kaptunk adatokat.

Kutatásunk során fontosnak tartottuk, hogy a szülői és az ápolói tapasztalatokat is megismerjük. A kutatási eredmények alapján elmondható, hogy a két vizsgált csoport eltérő véleménnyel van a gyermekek és szülők kórházi kezelés során kapott pszichés felkészítéséről és támogatásáról.

Mindkét csoportban a kitöltők neme nagyrészt nő volt (96% felett), közel azonos eloszlást mutatott a gyermek ellátásának területi elhelyezkedése, és az ápolói munkavégzés helyszíne. Mindemellett az ápolók által megbecsült ápolási napok átlaga is közel megegyező volt a gyermekek kórházban töltött napjainak átlagával. A legmagasabb iskolai végzettség tekintetében a szülői mintában legtöbben főiskolát vagy egyetemet végeztek, az ápolók nagy része szakápoló végzettségű.

A gyermekek átlag életkora 4,4 volt és átlagosan 1,70 alkalommal részesültek már kórházi ellátásban. Nemzetközi adatokkal ellentétben, vizsgálatunkban az előzetes kórházi tapasztalat nem befolyásolta a kutatási kérdések eredményeit.

Az American Academy of Pediatrics 2001-ben engedélyezte az intenzív osztályokon is a 24 órás szülői jelenlétet, továbbá javasolta, a család többi tagjának is a látogatást (Giannini és Miccinesi, 2011.) Ezzel ellentétben kutatásunkban mindkét csoport véleménye alapján az intenzív és koraszülött osztályokon voltak legkevesebbet a gyermekük mellett a szülők. Általánosságban a szülők folyamatos jelenlétüket gyermekük mellett szignifikánsan jobbnak ítélték meg, mint az ápolói csoport, de a hosszabb kezelési idővel ez a jelenlét csökkent.



A gyermekbarát ellátás az ápolói vélemények alapján szignifikánsan gyakrabban valósul meg, mint a szülők szerint. Az ápolói eredményekből viszont az is látható, hogy az intenzív és sürgősségi osztályokon kevésbé biztosítják a gyermekbarát ellátást, pedig a szakirodalom is alátámasztja, hogy a kórházi akut ellátásra szoruló gyermekek gyakran nem is a fájdalom miatt sírnak, hanem azért mert félnek, mely a gyermekbarát ellátással csökkenthető. (Martin, 2017; Diener és mtsai., 2018)

Az ápolói vélemények szignifikánsan jobbak voltak a kórházban ápolt gyermekek beavatkozások előtti pszichés felkészítéséről. A szülői tapasztalatok alapján viszont a kórházi ellátás során a gyermekek vizsgálatokra és beavatkozásokra való pszichés felkészítése minimális esetben történik meg, és csak csekély számban használnak ehhez a gyermek életkorának megfelelő eszközöket (pl.: játék, tablet). A csecsemő korú gyermekek szülei válaszaik alapján nem tartották fontosnak és nem értették milyen felkészítésre kérdeztünk rá, és milyen pszichés támogatást nyújthatna a kórházi személyzet gyermeküknek. Külföldi kutatásokban a Child life specialistek csecsemők esetében is figyelemelterelést alkalmaznak a beavatkozások közben például ringatással, simogatással, viszont ezek a módszerek kutatásom szerint a magyarországi szülők és ápolók számára nem ismertek (Boles et al., 2020).

A szülők az onkológiai és traumatológiai ellátásban tapasztalták legtöbbször, az ápolói megítélés szerint a sebészet és a belgyógyászati osztályon végzik leggyakrabban a gyermekek pszichés felkészítését. Meletti és mtsai. (2018) kutatásukban a gyermekek műtét előtti felkészítésének pozitív hatását bizonyítja, ezzel ellentétben vizsgálati eredményeink alapján a műtétek előtt minimális esetben történt pszichés felkészítés (Meletti és mtsai., 2018.)

Magyarországon nincsenek olyan szakemberek, akik a gyermekek felkészítését és támogatását végzik, ezért amennyiben történt felkészítés a gyermekeknél, azt legtöbb esetben az ápolók vagy a szülők végezték. Viszont az ápolói minta közel fele a képzése folyamán nem tanulta, hogyan lehet pszichésen felkészíteni a gyermeket a beavatkozásokra.

Hazánkban a nagyfokú szakdolgozói hiány, és az ebből adódó egy főre eső betegszám miatt az ápolói vélemények szerint a nagyfokú munkaterhelésük korlátozza a gyermek és a szülő érzelmi igényeinek kielégítését, és a gyermekek felkészítését, mely adatok megegyeznek Hiliard és O'Neill (2010) szintén ápolókkal végzett vizsgálati eredményeivel.

Az ápolók helyett sok esetben a szülő végzi el a gyermeke felkészítését, melynek hátránya, hogy a szülő a beavatkozás menetét nem ismeri, így nem tud megfelelő részletességű információt adni gyermekének, mindemellett ő maga is szorong.

A két csoport összehasonlításában a gyermekek érzelmi megterhelését az ápolók magasabbra értékelték a kórházi ellátás során, kiemelve azokat az eseteket, ahol rövidebb az ápolási idő. Összefüggést találtunk miszerint az ápolók fontosnak tartják a gyermek lelki gondozását és a beavatkozásokra való pszichés felkészítését, mert az befolyásolja a velük való ápolói munkát is.

Eredményeink alapján az ápolók hasznosnak tartanák, egy olyan személy munkáját az osztályukon, aki szakszerűen felkészítené a gyermekeket a kórházi beavatkozásokra és támogatást nyújtana a szülőknek. Az ápolói vélemények szerint (kiemelve a sebészet és traumatológiai, onkológiai, intenzív osztályokon dolgozó ápolókat) a CLS-ek jelenléte pozitív hatással lenne munkájukra, a gyermekek nyugodtabbak lennének az ellátás során, és kevesebb lenne munkájuk során a negatív szituáció.

Kutatási eredményeink alapján a szülők több mint fele nem kapott pszichés támogatást a kórházi kezelés alatt, pedig szükségesnek tartotta volna. A szülő és a gyermeke érzelmi állapota hatással van egymásra, így nem csak a gyermek, de a szülő pszichés támogatását is biztosítani kell. Szignifikáns összefüggést találtunk miszerint minél kisebb a gyermek, annál magasabb volt a szülői szorongás mértéke, ugyanakkor a nagyobb gyermekeknél gyakrabban alkalmaznak felkészítést és figyelemelterelést a beavatkozások közben, amely a szülői szorongást is csökkenti. Tehát minél kisebb a gyermek, annál nagyobb lehet a szülői szorongás veszélye.

A szülők saját szorongásukat magasabbra becsülték gyermekükénél, melynek oka lehet, hogy realisabban látják az esetleges kimenetelt vagy félnek a szövődményektől, mindemellett

szignifikáns összefüggést találtam, miszerint a több gyermekes szülők saját pszichés megterheltségének megítélése magasabb eredményeket mutatott.

Az események hatás kérdőív eredményeiben is látható, hogy a szülői szorongást nagyban befolyásolta a gyermek felkészítése és a szülői pszichés támogatás mértéke. Kutatásunkban az IES-R emlékbetörés alszála értéke volt a legmagasabb a szülők esetében, mely megegyezett Olsson és mtsai. (2018) kutatási eredményeivel (Olsson és mtsai., 2018).

Kutatásunkban a gyermekellátásban dolgozó ápolók lelki megterheltségét is vizsgáltuk, mely függ a gyermekek és családja érzelmi állapotától is, így a betegek pszichés felkészítése és lelki támogatása hatással van az ápolók érzelmi kimerülésének szintjére is.

Az ápolók 5-fokozatú skálán középestől magasabbra osztályozták munkájuk érzelmi megterheltségét, melyet az onkológia, intenzív vagy traumatológia és sebészeti osztályon dolgozó ápolók szignifikánsan magasabbra értékelték. Ezeken az osztályokon szignifikánsan gyakrabban találkozunk olyan esettel, amely lelkileg megviseli őket, és nem tudnak reagálni a gyermekek lelki reakciójára, mely szoros összefüggést mutatott a STSS totál és IES-R mindhárom tünetcsoportjával. Az ápolók közepesen értékelték a munkahelyükön folyó lelki segítségnyújtást, és igényelnék egy állandó pszichológus jelenlétét. Mindemmellett olyan továbbképzéseket szeretnének, melyben olyan technikákat tanulnának meg, mely segíti őket és a gyermekeket és családjukat ezekben a szituációkban.

Azok az ápolók, akik szerint a gyermeket jobban megterhelte a kórházi ellátás, munkáját is lelkileg megterhelőbbnek értékelték, mely az empátiás törődést is jelentheti.

Az ápolók szeretnének az osztályon segítséget a nehéz esetek feldolgozására, esetszembeszélesek vagy egyéni konzultáció formájában, mert legtöbb ápoló családtagjával beszél a munkahelyi történésekről, és így próbálják meg a nehezebb eseteket feldolgozni. Így a munkahelyi események kihatnak az otthoni hangulatára, és a családjával való magatartására mely összefüggést mutatott a magasabb másodlagos traumatizációs és IES-R értékekkel.

Az ápolók STSS átlagai magasabbak voltak, mint az IES-R értékek, mely jelentheti azt, hogy a hosszabb ideje fennálló distressz, (mint egy krónikus stresszállapot), a másodlagos traumatizációhoz kapcsolódó tünetekben jelenik meg. Az STSS és az IES-R alszála között erős és közepesen erős pozitív kapcsolatot találtunk. Bursch és mtsai. eredményeivel

hasonlóan kutatásomban is magasabbak voltak az STSS és IES-R értékek a kevesebb tapasztalattal rendelkező dolgozóknál (Bursch és mtsai, 2018.).

Az STSS alskálák közül a legmagasabb átlagosan az elkerülés lett, amely utalhat az eseménnyel kapcsolatos érzések, gondolatok vagy a beteggel való találkozás elkerülésére. A gondolat és érzelem betörés alskála a második legmagasabb értéket mutatta, mely jelentheti, hogy a nővérek sokszor gondolnak a betegükre, ami hatással lehet a családi hangulatukra is. A legkisebb átlagot az arousal skála mutatta, ami a szomatikus tünetekre és fokozott készenlétre, szorongásra utal.

## 6.1. Hipotézis vizsgálat

**H1. Feltételezzük, hogy a szülők és a gyermekápolók is fontosnak tartják a gyermekek pszichés felkészítését és támogatását a kórházi ellátás során.**

A gyermekek értelmi szintjének megfelelő pszichés felkészítésének fontosságát a beavatkozások előtt a szülők 5-fokozatú skálán átlagosan 4,93-ra, az ápolók 4,86-ra értékelték. Mann-Whitney U teszttel került megállapításra, miszerint a szülők 5-fokozatú skálán fontosabbnak tartották a gyermek értelmi szintjének megfelelő pszichés felkészítést, mint az ápolók ( $p=0,004$ ). Mindezek mellett összefüggést mutatott, miszerint azok a szülők, akiknek a gyermeke részesült felkészítésben, szignifikánsan magasabbra értékelték a gyermek pszichés támogatását a kórházi kezelés során. Ezen kutatási eredményeink alátámasztják hipotézisünket.

**H2. Feltételezzük, hogy a szülői tapasztalatok alapján nem valósul meg teljeskörűen a gyermekek pszichés felkészítése és támogatása a kórházi kezelés során.**

5-fokozatú skála segítségével mértük fel mennyire volt jellemző, hogy a gyermeknek elmagyarázták/játékkal bemutatták a beavatkozás menetét, melynek átlaga a szülői

tapasztalatok szerint 2,03 volt, amely a 'nem történt ilyen' válaszhoz közelített. A szülők 33,9%-a teljes mértékben, 27,6%-a részben érezte úgy, hogy korának, értelmi szintjének megfelelő tájékoztatást kapott gyermeke a beavatkozások alkalmával. A további kérdéseket is átlagosan közepesre értékelték a szülők, miszerint gyermekük szorongását, tiltakozó reakcióját korának és értelmi szintjének megfelelően kezelték a beavatkozások alkalmával (átlag:3,00), a kórházi osztályon dolgozók nagyon barátságosak, türelmesek voltak (átlag: 3,19), a gyermek kedvesnek találta az ápolókat (átlag: 3,21). A szülők összességében átlagosan 2,58-ra értékelték gyermekük pszichés felkészítését a kórházi tartózkodás alatt. A szülői eredmények alátámasztják hipotézisünket.

**H3. Feltételezzük, hogy az ápolók nagy része fontosnak tartja a gyermekek lelki támogatását, mert ez hatással van a velük való ápolói munkára.**

A gyermekápolók 99,7%-a fontosnak tartja a gyermekek lelki gondozását és felkészítését. A gyermekápolók 96,4%-a úgy gondolja, hogy a gyermekek lelki állapota befolyásolja a velük való munkát ( $p=0,000$ ), véleményük szerint, ha a gyermek fél, sír és elutasító akkor az Ő munkájuk is nehezebb, és a jól felkészített gyermekkel sokkal könnyebb együtt dolgozni. Eredményeinkkel a hipotézisünk igazolható.

**H4. Feltételezzük, a gyermekek kórházi ellátása során a pszichés támogatást legtöbbször az ápolók végzik.**

A hipotézisre irányuló kérdésben kutatási adataink szerint 224 szülő és 338 ápoló véleménye szerint a pszichés felkészítést az ápolók végezték, mely feltételezésünket alátámasztja.

**H5. Feltételezzük, hogy a gyermekápolók többsége hasznosnak tartana egy CLS szakembert a gyermekek kórházi ellátása során.**

Abban a kérdésben, hogy mennyire lenne hasznos munkája során, egy olyan személy, aki a gyermek értelmi szintjének megfelelően, szakszerűen és játékosan készítené fel a gyermekeket és a szülőket a kórházi beavatkozásokra 5-fokozatú skálán a gyermekápolók

átlagosan 4,03-nak ítélték meg. Az ápolók 75,3%-a úgy gondolja, hogy egy ilyen szakember munkájával a gyermek nyugodtabb lenne a beavatkozás közben, engedné a beavatkozás elvégzését, így gyorsabb lenne a beavatkozás, 65% szerint kevesebb lenne a negatív szituáció a gyermekek ellátása során, így kevésbé terhelné meg lelkileg az ápolókat. Az ápolók 41,5%-a szerint több ideje lenne az ápolási beavatkozások elvégzésére, és a gyermek és a szülő nagyobb biztonságban érezné magát, így kevesebb lenne a konfliktus a kórházi ellátás során (39%). Hipotézisünket ezen eredmények alátámasztják.

**H6. Feltételezzük, hogy a szorongás és a másodlagos traumatizáció szintje magasabb azoknál a gyermekápolóknál, akik érzelmileg megterhelőnek tartják munkájukat, és került már olyan szituációba, melyben nem tudott reagálni a gyermek érzelmi reakciójára.**

Az ápolók 5-fokozatú skálán átlagosan 3,52-re értékelték, hogy mennyire tartják lelkileg megterhelőnek munkájukat, a sebészet- és traumatológiai, onkológiai- és intenzív osztályokon szignifikánsan magasabb értékek voltak kimutathatóak ( $p=0,000$ ). A válaszadók 58,2%-a került már munkája során olyan szituációba, amelyben nem tudott reagálni a gyermek lelki reakciójára. Szignifikánsan magasabb IES-R alszála ( $p=0,000$ ) és STSS totál ( $p=0,012$ ) pontszám volt kimutatható azoknál az ápolóknál, akik megterhelőbbnek érzik munkájukat, vagy történt negatív esemény a munkájuk során ( $p=0,000$ ), vagy kerültek olyan szituációba ( $p=0,000$ ), amelyben nem tudtak reagálni a gyermek lelki reakciójára az ellátás során. Ezen kutatási adatok alátámasztják hipotézisünket.

**H7. Feltételezzük, hogy a szülők nagy része igényelne pszichés támogatást a gyermeke kórházi kezelése alatt, mert jelenleg ez nem valósul meg teljeskörűen.**

A kutatási adatokból kiderült, hogy a kórházi kezelés során a szülői szorongás mértékét több tényező is emeli, ezért fontos a szülő lelki támogatása is. A szülők 5-fokozatú skálán átlagosan 3,85-re értékelték szorongásukat a kórházi kezelés kezdetekor, és a kórházi kezelés alatti pszichés megterheltségüket 4,15-re. A szülői szorongás mértéke összefüggést mutatott gyermekeinek számával, azok a szülők, akiknek több gyermekük van, szignifikánsan

magasabbra értékelték a pszichés megterheltségüket ( $p=0,040$ ). A szülő szorongása szignifikáns összefüggést mutatott a gyermek életkorával is, minél kisebb volt a gyermeke az ellátás idejében, annál magasabb volt a szülő lelki megterheltségének értéke ( $p=0,000$ ). Mindemellett a szülői jelenlét gyakorisága, szignifikánsan emelte a szülői szorongás mértékét ( $p=0,015$ ). Szignifikáns összefüggés volt kimutatható, miszerint a gyermek pszichés felkészítése esetén a szülő alacsonyabbra becsülte saját és gyermeke lelki megterheltségét ( $p=0,000$ ), és ahol a szülő a gyermek lelki támogatását pozitívan értékelte, ott alacsonyabb volt a saját szorongása is ( $p=0,000$ ).

A szülők 68,9%-a nem kapott lelki támogatást a kórházi kezelés során, pedig a válaszadók 56,25%-a igényelte volna. Azok a szülők, akik nem kaptak pszichés támogatást a gyermekük kórházi kezelése alatt, az átlaghoz képest magasabbra értékelték a saját szorongásukat ( $p=0,001$ ). A kutatási adatok alátámasztják hipotézisünket.

**H8. Feltételezzük, hogy a szülői szorongás mértéke alacsonyabb azokban az esetekben, ahol megtörténik a gyermek és a szülő pszichés felkészítése és támogatása.**

Hipotézisem igazolásához a saját kérdőívünk kérdéseinek összefüggését és az IES-R kérdőív eredményeit használtuk fel. Amennyiben történt a gyermeknél pszichés felkészítés, a szülő szignifikánsan alacsonyabbra becsülte saját és gyermeke lelki megterheltségét ( $p=0,000$ ), mindemellett ahol a szülő a gyermek lelki támogatását pozitívan értékelte, ott szignifikánsan alacsonyabb volt a saját szorongása is ( $p=0,000$ ). Azokban az esetekben, ahol történt a gyermeknél pszichés felkészítés, a szülők IES-R emlékbetörés ( $p=0,046$ ) és elkerülés ( $p=0,03$ ) alsókala értékei is alacsonyabbak voltak. Kutatási eredményeink tehát alátámasztják feltételezésünket.

Hipotéziseink felállításakor arra törekedtünk, hogy a CLS szakemberek munkájának és hatásainak legfőbb értékeit lefedjük, így hipotéziseink igazolása a Child life specialist szakemberek szükségét támasztja alá a magyarországi gyermekellátásban.

## **6.2. A kutatás korlátai**

- A kutatás korlátai között meg kell említeni az ápolói elemszámot, melyre az ápolói munkaerőhiányból adódó időhiány vagy a gyakori kérdőíves felmérés adhat magyarázatot.
- A kutatás korlátai közé tartozik, hogy a gyermeket nem vizsgáltuk, és véleményüknek felmérése, fontos adatokat nyújthatott volna kutatásunkhoz.
- Óvatosságra int továbbá, hogy a mintavételi eljárások a vizsgált populációra reprezentativitást nem biztosítanak, tehát a következtetések és a megállapítások csak a vizsgálatban résztvevőkre vonatkoztathatóak.

## **6.3. A kutatás erősségei**

- A kutatás erősségei közé tartozik, hogy Magyarországon ebben a témában még nem született kutatás.
- A gyermekápolói minta széleskörű a munkavégzés területét illetően.
- A szülői minta széleskörű, 3-100 napos kórházi tapasztalatot fed le, 0-14 éves korú gyermekek esetében.



## 7. KÖVETKEZTETÉSEK

### Ápolói kutatás következtetései

- Kutatási adataink nemzetközi eredményekkel megegyezően mutatják, hogy az ápolók nagyfokú munkaterhelése korlátozza őket a gyermek és a szülő érzelmi igényeinek kielégítésében.
- A feltárt eredmények alapján levonhatjuk azt a következtetést, hogy jelenleg a magyarországi kórházi ellátás a szakemberhiány miatt, nem áll készen arra, hogy biztosítsa a gyermekek számára az életkornak megfelelő pszichés felkészítést és támogatást minden beavatkozás alkalmával.
- A vizsgálatban bebizonyosodott, hogy az ápolók fontosnak tartják a gyermek támogatását és a beavatkozásokra való pszichés felkészítését, mert az befolyásolja a velük való ápolói munkát is. Ezért szükségesnek tartanának munkahelyükre egy olyan szakembert, aki a gyermekek és családjaik pszichés felkészítését és támogatását végzi.
- Az eredmények alapján az ápolók nagy része nem kapott információt az ápolói képzésében a gyermek pszichés felkészítésének módszereiről, ezért szeretnének továbbképzéseket, melyben olyan készségeket sajátíthatnának el, mely segíti őket és a betegek támogatását a nehéz szituációkban.
- A kutatás eredményei szerint a gyermekápolók lelkiileg megterhelőnek tartják munkájukat, és kerültek már olyan szituációba, melyben nem tudtak reagálni a gyermek érzelmi reakciójára.
- Kiderült, hogy az ápolói pszichés megterheltséget csökkentené, ha helyettük egy szakember foglalkozna a gyermekek és a szülők érzelmi támogatásával.
- A vizsgálat során megerősítést nyert, hogy gyermekápolóknál a munkahelyi negatív események összefüggést mutatnak a másodlagos traumatizáció kialakulásával.
- Az STSS és IES-R értékek az ápolók esetében pozitív korrelációt mutattak, tehát az egyes negatív helyzetekből adódó szorongás lehet alapja a későbbi másodlagos traumatizáció kialakulásának.

- A másodlagos traumatizáció kialakulása gyakoribb a kevesebb tapasztalattal rendelkező ápolóknál.
- A kutatás adatai szerint az ápolók nagy része szeretne munkahelyén segítséget a nehéz esetek feldolgozására, esetmegbeszélések vagy egyéni konzultáció formájában.
- A kutatási adatokból kiderült, hogy a legtöbb ápoló otthonában beszél a munkahelyi történésekről, és így próbálják meg a nehezebb eseteket feldolgozni, ebből következik, hogy a munkahelyi események kihatnak az otthoni hangulatára, családjával való magatartására.

#### A szülői kutatás következtetései

- A kutatási eredményekből levonható, hogy jelenleg a magyarországi kórházakban nem valósul meg teljesen a gyermekek és családjaik pszichés támogatása.
- Vizsgálati eredményekből következően a szülői jelenlét gyakorisága az intenzív és koraszülött osztályokon a legalacsonyabb.
- Kiderült, hogy a szülők nem ismerik a csecsemő korú gyermekük pszichés támogatásának lehetőségeit a kórházi ellátás során.
- A vizsgálat során megerősítést nyert, hogy a gyermek és a szülő felkészítése és pszichés támogatása csökkenti a kórházi kezeléssel járó stresszt.
- A kutatási eredmények alapján a szülők magasabbra értékelik saját szorongásukat mint gyermekükét, mely szignifikáns összefüggést mutat a gyermeke életkorával, a kórházi tartózkodás idejével és a gyermekeinek számával.
- Kutatásunkban kimutatható volt, hogy minél kisebb a gyermek, annál magasabb a szülői szorongás mértéke, ugyanakkor a nagyobb gyermekeknél gyakrabban alkalmaznak felkészítést és figyelemelterelést a beavatkozások közben, amely a szülői szorongást is csökkenti. Tehát minél kisebb a gyermek, annál nagyobb lehet a szülői szorongás veszélye.
- A szülői szorongás értékét csökkenti a gyermek felkészítése és pszichés támogatása.

- A kutatás eredményei is mutatják, hogy a gyermekbarát ellátás fontos része a pszichés támogatás, mert amennyiben történt felkészítés, a gyermekebarát ellátást jobbnak értékelte a szülő.

#### Az összehasonlító kutatás következtetései

- Kutatási eredményeink szerint az ellátás vagy munkavégzés helye nem befolyásolja a gyermekbarát ellátás biztosítását és a pszichés felkészítés és támogatás gyakoriságát.
- Mindkét csoport eredményeiből következtethető, hogy az onkológiai, traumatológiai és belgyógyászati osztályokon gyakrabban történik meg a gyermekek pszichés felkészítése és támogatása, míg csecsemő és koraszülött osztályokon egyáltalán nem jellemző.
- Az ápolók magasabbra értékelik a gyermekek lelki megterhelését a kórházi kezelés során, mint a szülők.
- Az ápolók szignifikánsan magasabbra értékelik a gyermekbarát ellátást, a pszichés felkészítését és támogatását a gyermekek kórházi ellátása során.
- A kutatás igazolta, hogy a szülők és az ápolók is fontosnak tartják a gyermekek pszichés felkészítését.
- A szülők és az ápolók véleménye eltérő a pszichés felkészítésről, a kórházban nyújtott felkészítés minősége és gyakoriága a szülők szerint nem megfelelő.

#### **7.1. A dolgozat új megállapításai**

- Korábban hazai felmérés nem történt a gyermekek és családok kórházi kezelése alatt nyújtott pszichés felkészítéséről és támogatásáról, ebből adódóan a feltáró jellegű vizsgálatunkat hiánypótlónak és újszerűnek tekintjük.

- A hazai kórházakban nyújtott pszichés támogatás nem valósul meg teljeskörűen, mely a gyermekekre a szülőkre és az ápolókra is hatással van, ezért fontos lenne a CLS-ek munkája a magyarországi kórházi ellátás során.
- A szülők igénylik az érzelmi támogatást a rövidebb kórházi tartózkodás során is, ezért egy szülővel is foglalkozó szakemberek jelenléte szükséges a gyermekosztályokra.
- Az ápolás eredményességét negatívan befolyásolja az énvédő mechanizmusok talaján bekövetkező empátia csökkenés, amelyet érzékenyítő programokkal és az empátia fejlesztését fókuszba helyező képzéssel szükséges helyreállítani.
- A gyermekápolói képzésbe szükséges olyan tárgyak bevezetése, mely a gyermekek és családok pszichés felkészítését és támogatását oktatja.
- Adatokkal támasztottuk alá, hogy a gyermekápolóknak szükségük van lelki támogatásra, a munkahelyi események feldolgozásához, melyhez továbbképzéseken való önsegítő módszerek elsajátítását és esetmegbeszéléseket kell biztosítani számukra.
- Az ápolás eredményességét negatívan befolyásolja a másodlagos traumatizáció talaján bekövetkező empátia csökkenés, amelyet CLS szakember segítségével és az empátia fejlesztését fókuszba helyező képzéssel helyre lehet állítani.

## **7.2. Javaslatok**

- Kutatási eredményeinkkel alátámasztva elmondható, hogy szükséges a CLS ellátási rendszer magyarországi adaptációja, mely magában foglalja az ellátási struktúrába

való elhelyezést, illetve a kapcsolódó kompetenciák megszerzésének oktatási szintjeit és területeit.

A Magyarországon egyedülálló védőnő képzési rendszer fontos alapot nyújthat a CLS BSc szintű oktatási rendszerének kialakításához, mivel tantervi felépítésük közel 60%-a azonos. A CLS, mint önálló BSc szak kerülhetne az oktatásba, mindemellett posztgraduális képzésként is, hiszen a védőnői képzésre ráépíthető.

### **A képzési tantervek összehasonlítása:**

(„Child Life Clinical Internship Curriculum”, 2019)

#### **CLS képzési tanterv**

1. Child life specialist kompetenciái,
  - CLS etikai kódex,
  - ACLP hivatalos dokumentumainak ismerete.

#### 2. A gyermek fejlődése:

- 0-18 éves korú gyermekek fejlődésének ismerete.

#### 3. Családi rendszerek:

- a családi kapcsolatok és a családi élet dinamikája,
- a családi struktúra és interakciók,
- felnőtt-gyermek interakciók és családi szerepek,
- családfejlesztés.

#### **Védőnői képzési tanterv**

Ezzel megegyező nem szerepel a tantervben.

- Gyermekek fejlődése és gondozásuk módszertana
- Egészségpszichológia
- Női egészségvédelem és várandós gondozás módszertana

- Családtudományi alapismeretek
- Preventív családgondozás

#### 4. Játék:

- klasszikus és kortárs játékelméletek,
  - a játék, mint a gyermekek növekedésének, fejlődésének és tanulásának nélkülözhetetlen eleme,
  - a játékkörnyezet hatása a gyermekek játékára,
  - a terápiás játék felépítése, a játék irányítása,
  - kreativitás és játék.
- Gyermekek fejlődése és gondozásuk módszertana

#### 5. Elvesztés / gyász vagy halál / halál:

- az elvesztés, gyász és / vagy halál / halál alapjai, történelmi, jelenlegi, kulturális, szellemi és vallási perspektívák,
  - palliatív ellátás.
- Segítő kapcsolatok pszichológiája
  - Ápolástan II.

#### 6. Kifejező terápiák:

- játék, a zene, a tánc és a művészet terápiák alkalmazása.
- Választható tárgyként szerepel jelenleg az oktatásban

#### 7. Egyéb területek:

- Etika,
  - Anatómia,
  - Élettan,
  - Orvosi Terminológia,
  - Pszichológia,
  - Szociológia
- Anatómia
  - Élettan- kórlettan
  - Ápolástan
  - Egészségügyi terminológia
  - Társadalmi normák az egészségügyben
  - Egészség és társadalom
  - Pszichológia alapjai

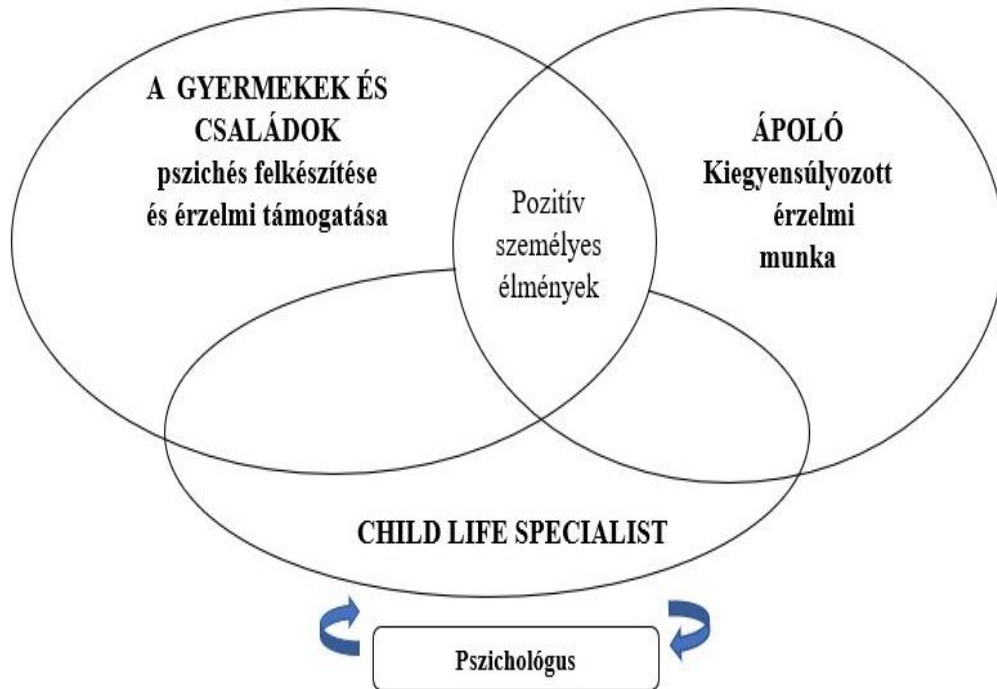
- Hivatás és személyiség
- Segítő kapcsolatok pszichológiája
- 8. Szakmai gyakorlat
  - Kórházi gyakorlat
  - Óvodai gyakorlat
- Védőnői területi gyakorlat
- Gyermekgyógyászat gyakorlat
- Újszülött gyakorlat

- A CLS gyermekellátási modell elhelyezése az ellátási struktúrában (18. ábra)

A CLS-ek képzése és az ellátásba való bevezetése, csökkentené a gyermekek és családok szorongását, biztosítaná a pszichés felkészítést és érzelmi támogatást számukra. Hatással lenne az ápolók kiegyensúlyozott érzelmi munkájára, mindemellett emelné a hazai kórházi gyermekbarát ellátás színvonalát is.

A CLS a hazai gyermekellátási teambe elhelyezhető, hiszen kompetenciáját meghaladó esetekben adott a pszichológusi háttér minden kórházban.

Magyarországon a gyermekápolók száma igen kevés, a kórházi osztályok munkaerőhiánnyal küzdenek, az ebből fentmaradó bérek átcsoportosítása lehetőséget adna a CLS-ek foglalkoztatásának, mely csökkentené az ápolói megterheltségeket.



18. ábra: CLS-ek helye és hatása a gyermekek kórházi ellátása során

- A főiskolai és szakápolói képzésbe célravezető lenne a gyermekek pszichés felkészítésének módszeréről is órákat beilleszteni. A szemléletváltást elősegítené a hagyományos intézményi és medikális ellátás mellett a gyermekek és családok pszichés szükségleteit és ezek kielégítését fókuszba helyező ellátási forma megismerése is.
- A gyermekápolók számára a negatív munkahelyi események feldolgozásához továbbképzések biztosítása szükséges, melyben speciálisan összeállított önsegítő tréningek, és esetmegbeszélések szervezését javaslom, a témában tapasztalattal rendelkező, professzionális oktatók irányításával. Továbbá javasolható a kiegészítő prevenció részeként szupervízióban való részvétel is és ezen ismeretek elsajátítása akár már a képzési struktúrában is meg kellene jelenjen.



## 8. ÖSSZEFOGLALÁS

A gyermekek kórházi kezelése során fontos a pszichés támogatás, mely magába foglalja a gyermekbarát ellátás biztosítását, az életkornak és értelmi szintnek megfelelő tájékoztatást, a beavatkozásokra való felkészítést, a gyermek értelmi szintjének megfelelően alkalmazott stresszcsökkentő módszereket és a szülői jelenlét biztosítását, mely nemzetközi kutatásokban is kiemelt jelentőséggel bír. A külföldi kórházakban a gyermekgyógyászat területén 'child life specialist' szakember segít a gyermekeknek és családoknak mindezt biztosítani, megbirkózni a kórházi ellátás, a betegség és a fogyatékosság kihívásaival.

Kutatásunk során a hazai kórházi gyermekellátás során nyújtott pszichés felkészítést és támogatást vizsgáltuk az ápolói (N=361) és szülői (N=566) tapasztalatok alapján.

Az ápolói és szülői vélemények a gyermekek pszichés felkészítéséről és támogatásáról eltérőek, az ápolók szignifikánsan jobbra értékelték ezen tevékenységek megvalósulását. A szülői vélemények szerint a gyermekek felkészítése kevés esetben történik meg, és legtöbbször akkor sem használnak hozzá eszközöket. A gyermekápolók véleménye alapján, a gyermekek pszichés felkészítését legtöbbször az ápolók végzik, de a fokozott munkaterhelés korlátozza a gyermekek és szülők érzelmi igényeinek kielégítését. Az ápolók lelkiileg megterhelőnek tartják munkájukat, és többször kerülnek olyan szituációba az ápolás során, melyben nem tudnak reagálni a gyermek pszichés igényeire, és ezek a negatív események kihatnak a privát életükre is.

A kutatási eredmények bizonyítják, hogy a gyermek és a szülő pszichés támogatása nem valósul meg teljeskörűen a magyarországi gyermekellátásban, ezért a 'Child life specialist' szakemberek munkájára szükség van a gyermekellátási rendszerben, így fontos lenne kidolgozni ezekben a szakembereknek az adaptációját, mely magában foglalja az ellátási struktúrába való elhelyezést, illetve a kapcsolódó kompetenciák megszerzésének oktatási szintjeit.

## 9. SUMMARY

When children are undergoing hospital care, psychological support is vital, which includes providing child-friendly care, information appropriate to the child's age and level of intellect, preparation for the examinations, stress reducing methods applied according to the child's intellectual level and ensuring parental presence, which have been attributed key importance in international research as well. In hospitals abroad in the field of paediatrics, 'child life specialists' assist children and families to do all of this and to better cope with the challenges of hospital care, illness and disability.

In our research, we examined the psychological preparation and support provided during Hungarian hospital paediatric care based on the experiences of nurses (N = 361) and parents (N = 566).

Nurses' and parents' opinions differ on the psychological preparation and support of children where nurses rated the implementation of these activities significantly better. According to parental opinions, children are rarely given preparation, and most of the time no tools are used even when children are prepared. The responses of the paediatric nurses show that children's psychological preparation is mainly carried out by nurses, however, the increased workload prohibited them from meeting children's and parents' emotional needs. Nurses consider their work to be mentally strenuous and when caring for patients, nurses often found themselves in situations where they were not able to react to a child's psychological needs.

The research results demonstrate that psychological support given to children and parents is inadequate in paediatric care in Hungary, therefore the work of 'Child life specialists' is essential within the childcare system, thus it would be crucial to work out how to introduce and involve such specialists in caring for children, which includes their placement in the care structure and defining the levels of education to obtain the related competences.

**10. IRODALOMJEGYZÉK**

1997. évi XXXI. törvény (1997). 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról. (1997). Retrieved from <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700031.tv>
- Abela, K. M., Wardell, D., Rozmus, C., & LoBiondo-Wood, G. (2020). Impact of Pediatric Critical Illness and Injury on Families: An Updated Systematic Review. *Journal of Pediatric Nursing, 51*, 21-31. doi:10.1016/j.pedn.2019.10.013
- Alzawad, Z., Lewis, F. M., Kantrowitz-Gordon, I., & Howells, A. J. (2020). A Qualitative Study of Parents' Experiences in the Pediatric Intensive Care Unit: Riding a Roller Coaster. *Journal of Pediatric Nursing, 51*, 8-14. doi:10.1016/j.pedn.2019.11.015
- Baird, J., Davies, B., Hinds, P. S., Baggott, C., & Rehm, R. S. (2015). What impact do hospital and unit-based rules have upon patient and family-centered care in the pediatric intensive care unit? *Journal of Pediatric Nursing, 30*(1), 133-142. doi:10.1016/j.pedn.2014.10.001
- Baird, K., & Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: a research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly, 19*(2), 181-188. doi:10.1080/09515070600811899
- Bakó, T. (2004). *Verem mélyén: könyv a krízisről*. Budapest: Psycho Art.
- Bandstra, N. F., Skinner, L., Leblanc, C., Chambers, C. T., Hollon, E. C., Brennan, D., & Beaver, C. (2008). The role of child life in pediatric pain management: a survey of child life specialists. *The Journal of Pain, 9*(4), 320-329. doi:10.1016/j.jpain.2007.11.004
- Barakat, L. P., Alderfer, M. A., & Kazak, A. E. (2006). Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. *Journal of Pediatric Psychology, 31*(4), 413-419. doi:10.1093/jpepsy/jsj058
- Basak, R. B., Momaya, R., Guo, J., & Rathi, P. (2019). Role of Child Life Specialists in Pediatric Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management, 58*(4), 735-737. doi:10.1016/j.jpainsymman.2019.05.022

- Beck, C. T. (2011). Secondary traumatic stress in nurses: a systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(1), 1-10. doi:10.1016/j.apnu.2010.05.005
- Beickert, K., & Mora, K. (2017). Transforming the Pediatric Experience: The Story of Child Life. *Pediatric Annals*, 46(9), e345-e351. doi:10.3928/19382359-20170810-01
- Benedek, L. (2005). *Játék és pszichoterápia*. Budapest: KönyvFakasztó.
- Berger, J., Polivka, B., Smoot, E. A., & Owens, H. (2015). Compassion Fatigue in Pediatric Nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(6), e11-17. doi:10.1016/j.pedn.2015.02.005
- Bishop, K. (2012). The Role of Art in a Paediatric Healthcare Environment from Children's and Young People's Perspectives. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 38, 81-88.
- Boles, J., Fraser, C., Bennett, K., Jones, M., Dunbar, J., Woodburn, A., & Hoskins, K. (2020). The Value of Certified Child Life Specialists: Direct and Downstream Optimization of Pediatric Patient and Family Outcomes. Retrieved 2020-06-10 from <https://www.childlife.org/docs/default-source/the-child-life-profession/value-of-cclss-full-report.pdf>
- Boztepe, H., & Kerimoğlu Yıldız, G. (2017). Nurses perceptions of barriers to implementing family-centered care in a pediatric setting: A qualitative study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 22(2). doi:10.1111/jspn.12175
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14(1), 27-35. doi:10.1177/1049731503254106
- Brown, R. C., Nugent, N. R., Hawn, S. E., Koenen, K. C., Miller, A., Amstadter, A. B., & Saxe, G. (2016). Predicting the Transition From Acute Stress Disorder to Posttraumatic Stress Disorder in Children With Severe Injuries. *Journal of Pediatric Health Care*, 30(6), 558-568. doi:10.1016/j.pedhc.2015.11.015
- Buda, B. (2012). *Empátia. A beleélés lélektana*. Budapest: L'Harmattan.
- Burns-Nader, S., & Hernandez-Reif, M. (2016). Facilitating play for hospitalized children through child life services. *Children's Health Care*, 45(1), 1-21. doi:10.1080/02739615.2014.948161

- Bursch, B., Emerson, N. D., Arevian, A. C., Aralis, H., Galuska, L., Bushman, J., . . . Bulut, Y. (2018). Feasibility of Online Mental Wellness Self-assessment and Feedback for Pediatric and Neonatal Critical Care Nurses. *Journal of Pediatric Nursing, 43*, 62-68. doi:10.1016/j.pedn.2018.09.001
- Butler, A. E., Hall, H., & Copnell, B. (2018). Becoming a Team: The Nature of the Parent-Healthcare Provider Relationship when a Child is Dying in the Pediatric Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Nursing, 40*, e26-e32. doi:10.1016/j.pedn.2018.02.002
- Chen, Z., Zhang, Y., Liu, Z., Liu, Y., & Dyregrov, A. (2012). Structure of the Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES) with children and adolescents exposed to debris flood. *PLoS One, 7*(8), e41741. doi:10.1371/journal.pone.0041741
- Child Life Clinical Internship Curriculum. (2019). Retrieved 2020-01-07 from <https://www.childlife.org/docs/default-source/certification/internships/internship-curriculum-modules.pdf?sfvrsn=6>
- Citak, E. A., Toruner, E. K., & Gunes, N. B. (2013). Exploring communication difficulties in pediatric hematology: oncology nurses. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 14*(9), 5477-5482. doi:10.7314/apjcp.2013.14.9.5477
- Clark, P. R., Polivka, B., Zwart, M., & Sanders, R. (2019). Pediatric Emergency Department Staff Preferences for a Critical Incident Stress Debriefing. *JEN: Journal of Emergency Nursing, 45*(4), 403-410. doi:10.1016/j.jen.2018.11.009
- Cline, V. D., Wilson, J. F., & Prout, H. T. (2011). Posttraumatic Stress Disorder in Children Following Moderate-Severe Injuries. *Journal of Trauma Nursing, 18*(3), 155-160. doi:10.1097/JTN.0b013e31822503c8
- Colville, G., Pierce, C., Colville, G., & Pierce, C. (2012). Patterns of post-traumatic stress symptoms in families after paediatric intensive care. *Intensive Care Medicine, 38*(9), 1523-1531. doi:10.1007/s00134-012-2612-2
- Council of Europe guidelines on child-friendly health care. (2011). Retrieved 2020-02-01 from [https://www.each-for-sick-children.org/images/2015/Council\\_of\\_Europe\\_guidelines\\_on\\_child-friendly\\_health\\_care.pdf](https://www.each-for-sick-children.org/images/2015/Council_of_Europe_guidelines_on_child-friendly_health_care.pdf)

- Crumpei, I., & Dafinoiu, I. (2012). The relation of clinical empathy to secondary traumatic stress. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 33, 438-442. doi:https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.01.159
- Czaja, A. S., Moss, M., & Mealer, M. (2012). Symptoms of posttraumatic stress disorder among pediatric acute care nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(4), 357-365. doi:10.1016/j.pedn.2011.04.024
- Czeglédi, E., & Tandari-Kovács, M. (2019). A kiégés előfordulása és megelőzési lehetőségei ápolók körében. *Orvosi Hetilap*, 160(1), 12-19.
- Csabai, M., Trinn, C., & Molnár, P. (2008). Terápiás betegoktatás és közös döntéshozatal. In J. Pilling (Ed.), *Orvosi kommunikáció* (pp. 97-118). Budapest: Medicina.
- Danis, I. (2019). *DC: 0-5: A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere*. Budapest: Medicina.
- Davis, M., & McClusky, J. L. (2019). A Horse in the Hospital: The Importance of Collaboration between Infection Prevention and Child Life Specialists...46th Annual Conference, APIC 2019, Philadelphia, PA. *American Journal of Infection Control*, 47, S24-S24. doi:10.1016/j.ajic.2019.04.042
- De Almeida Vicente, A., Shadvar, S., Lepage, S., & Rennick, J. E. (2016). Experienced pediatric nurses' perceptions of work-related stressors on general medical and surgical units: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 216-224. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.05.005
- Decety, J., & Lamm, C. (2009). Empathy versus Personal Distress: Recent Evidence from Social Neuroscience. *The Social Neuroscience of Empathy*, 199-214. doi:doi:10.5964/ejop.v12i3.1107
- Diener, M. L., Lofgren, A. O., Isabella, R. A., Magana, S., Choi, C., & Gourley, C. (2019). Children's distress during intravenous placement: The role of child life specialists. *Children's Health Care*, 48(1), 103-119. doi:10.1080/02739615.2018.1492410
- Drayton, N. A., Waddups, S., & Walker, T. (2019). Exploring distraction and the impact of a child life specialist: Perceptions from nurses in a pediatric setting. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 24(2), N.PAG-N.PAG. doi:10.1111/jspn.12242

- Duffy, E., Avalos, G., & Dowling, M. (2015). Secondary traumatic stress among emergency nurses: a cross-sectional study. *International Emergency Nursing*, 23(2), 53-58. doi:10.1016/j.ienj.2014.05.001
- Dúll, A. (2019). *A környezetpszichológia alapkérdései: helyek, tárgyak, viselkedés*. Budapest: L'Harmattan.
- Durand, D. J., Young, M., Nagy, P., Tekes, A., & Huisman, T. A. G. M. (2015). Mandatory Child Life Consultation and Its Impact on Pediatric MRI Workflow in an Academic Medical Center. *Journal of the American College of Radiology*, 12(6), 594-598. doi:10.1016/j.jacr.2014.12.015
- Egészségügyi Szakmai Kollégium. (2019). Egészségügyi szakmai irányelv. Az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja esetén. Retrieved from [http://www.ijesz.hu/UserFiles/001148\\_eszi\\_honlapra\\_20160608\\_2.pdf](http://www.ijesz.hu/UserFiles/001148_eszi_honlapra_20160608_2.pdf)
- Eichner, J. M., & Johnson, B. H. (2012). Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics*, 129(2), 394-404. doi:10.1542/peds.2011-3084
- Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M., & Galovski, T. E. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: a critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 25-36. doi:10.1016/j.cpr.2010.09.004
- European Association for Children in Hospital. (2013). The 10 articles of the EACH Charter. Retrieved from <https://www.each-for-sick-children.org/each-charter/the-10-articles-of-the-each-charter>
- Fábián, G. (2014). *Alkalmazott kutatás módszertan*. Retrieved from [https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2010\\_0020\\_alkalmazott\\_magyar/index.html](https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2010_0020_alkalmazott_magyar/index.html)
- Falus, I., & Ollé, J. (2008). *Az empirikus kutatások gyakorlata: adatfeldolgozás és statisztikai elemzés*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Fernezeyi, B. (2017). Gyerekbárát kórházak: erre a négy dologra van mindenképpen szükség egy kórházban. Retrieved 2020-01-05 from

[https://ataszjelenti.blog.hu/2017/12/04/gyerekbarat\\_korhazak\\_erre\\_a\\_negy\\_dologra\\_van\\_mindenkeppen\\_szukseg\\_egy\\_korhazban](https://ataszjelenti.blog.hu/2017/12/04/gyerekbarat_korhazak_erre_a_negy_dologra_van_mindenkeppen_szukseg_egy_korhazban)

- Flynn, A. B., Fothergill, K. E., Wilcox, H. C., Coleclough, E., Horwitz, R., Ruble, A., . . . Wissow, L. S. (2015). Primary Care Interventions to Prevent or Treat Traumatic Stress in Childhood: A Systematic Review. *Academic Pediatrics, 15*(5), 480-492. doi:10.1016/j.acap.2015.06.012
- Fodor, I. (2015). Traumával és stresszorzal összefüggő zavarok. In J. Balázs & M. M (Eds.), *A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve* (pp. 116-125). Budapest: Semmelweis.
- Forte, K. (2000). Using the Stress-Response Sequence model in pediatric oncology nursing: implications for practice. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 17*(2), 78-80. doi:10.1177/104345420001700207
- Franck, L. S., Wray, J., Gay, C., Dearmun, A. K., Lee, K., & Cooper, B. A. (2015). Predictors of parent post-traumatic stress symptoms after child hospitalization on general pediatric wards: A prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies, 52*(1), 10-21. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.06.011
- Fülöp, E. (2013). Másodlagos traumatizáció és kiégés összefüggései az érzelemszabályozási folyamatokkal. In M. Csabai & J. Pintér (Eds.), *Pszichológia a gyógyításban* (pp. 167-190). Budapest: Oriold és Társai.
- Fülöp, E., Devecseri, Á., Hausz, K., Kovács, Z., & Csabai, M. (2011). Relationship between empathy and burnout among psychiatric residents. *New Medicine, 4*, 98-102. Retrieved from <http://31.186.81.235:8080/api/files/view/9567.pdf>
- Fülöp, E., Páll, N., & Csabai, M. (2016). Amikor elfogy az energia – kiégés és a hozzá kapcsolódó jelenségek a gyógyításban. *Gyermekgyógyászati továbbképző szemle, 21*(4), 169-173.
- Gauthier, T., Meyer, R. M., Greffe, D., & Gold, J. I. (2015). An on-the-job mindfulness-based intervention for pediatric ICU nurses: a pilot. *Journal of Pediatric Nursing, 30*(2), 402-409. doi:10.1016/j.pedn.2014.10.005



- Gerson, R. (2017). Gyermekbántalmazás és trauma. In F. Hadda & R. Gerson (Eds.), *Hogyan segítsünk a krízisben levő gyermekeknek? A pszichiátriai sürgősségi állapotok kezelése gyermekeknél és serdülőknél* (pp. 119-141). Budapest: Oriold és Társai.
- Gewirtz, A. H. (2009). Book reviews. Helping traumatized children to recover. *Death Studies*, 33(5), 487-493. doi:10.1080/07481180902805764
- Ghazali, R., Abbas, M. Y., & Jalalkamali, N. (2013). Healing Environment in Paediatric Wards: From research to practice. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 105, 229-238.
- Giannini, A., & Miccinesi, G. (2011). Parental presence and visiting policies in Italian pediatric intensive care units: a national survey. *Pediatric Critical Care Medicine*, 12(2), e46-50. doi:10.1097/PCC.0b013e3181dbe9c2
- Grissom, S., Boles, J., Bailey, K., Cantrell, K., Kennedy, A., Sykes, A., . . . Mandrell, B. N. (2016). Play-based procedural preparation and support intervention for cranial radiation. *Supportive Care in Cancer*, 24(6), 2421-2427. doi:10.1007/s00520-015-3040-y
- Hajdú, K. (2011). A gyermekvédelmi rendszer működése mentálisan sérülékeny szülők gyermekeinek támogatása során. In F. Lassú, Z. Glauber, K. Hajdu, N. Kolosai, & E. Rózsáné Czigány (Eds.), *Gyermekek mentálisan sérülékeny családokban*. Budapest: Eötvös Kiadó.
- Hajduska, M. (2010). *Krízislélektan*. Budapest: Eötvös Kiadó.
- Hárdi, I. (1995). *Pszichológia a betegágyánál: orvos, nővér és a beteg*. Budapest: Medicina.
- He, H.-G., Zhu, L., Chan, S. W. C., Klainin-Yobas, P., & Wang, W. (2015). The Effectiveness of Therapeutic Play Intervention in Reducing Perioperative Anxiety, Negative Behaviors, and Postoperative Pain in Children Undergoing Elective Surgery: A Systematic Review. *Pain Management Nursing*, 16(3), 425-439. doi:10.1016/j.pmn.2014.08.011
- Hegedűs, K. (2012). A legsúlyosabb betegeket ellátó egészségügyi dolgozók egészségvédelme. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13(2), 243-252. doi:10.1556/Mental.13.2012.2.00

- Hegedűs, K., Szabó, N., Szabó, G., & Kopp, M. (2008). Egészségesebbek-e az egészségügyben dolgozók? : összehasonlító vizsgálat (2002-2006). *Nővér*, 21(1), 3-9.
- Herman, J. L. (2011). *Trauma és gyógyulás: az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig*. Budapest: Háttér Kiadó : NANE Egyesület.
- Hill, D. L., Carroll, K. W., Snyder, K. J. G., Mascarenhas, M., Erlichman, J., Patterson, C. A., . . . Feudtner, C. (2019). Development and Pilot Testing of a Coping Kit for Parents of Hospitalized Children. *Academic Pediatrics*, 19(4), 454-463. doi:10.1016/j.acap.2018.11.001
- Hilliard, C., & O'Neill, M. (2010). Nurses' emotional experience of caring for children with burns. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 19(19-20), 2907-2915. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03177.x
- History of the ACLP. (2020). Association of Child Life Professionals. Retrieved 2020-03-01 from <http://www.childlife.org/about-aclp/history-of-aclp>
- Holyoake, D.-D. (2013). Once upon a time there was an angry lion: using stories to aid therapeutic care with children. *Nursing Children & Young People*, 25(7), 24-27. doi:10.7748/ncyp2013.09.25.7.24.e307
- Hopia, H., & Heino-Tolonen, T. (2019). Families in Paediatric Oncology Nursing: Critical Incidents From the Nurses' Perspective. *Journal of Pediatric Nursing*, 44, e28-e35. doi:10.1016/j.pedn.2018.10.013
- Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Hungerbuehler, I., Vollrath, M. E., & Landolt, M. A. (2011). Posttraumatic growth in mothers and fathers of children with severe illnesses. *Journal of Health Psychology*, 16(8), 1259-1267. doi:10.1177/1359105311405872
- Jacobsen, S. L., McKinney, C. H., & Holck, U. (2014). Effects of a dyadic music therapy intervention on parent-child interaction, parent stress, and parent-child relationship in families with emotionally neglected children: a randomized controlled trial. *Journal of Music Therapy*, 51(4), 310-332. doi:jmt/thu028

- Kao, G. S., Bhandari, R. P., Huestis, S. E., & Golianu, B. (2018). Traumatic Stress and Pediatric Pain: Towards a Neurobiological Stress-Health Perspective. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 11*(2), 249-255. doi:10.1007/s40653-017-0145-0
- Kellogg, M. B., Knight, M., Dowling, J. S., & Crawford, S. L. (2018). Secondary Traumatic Stress in Pediatric Nurses. *Journal of Pediatric Nursing, 43*, 97-103. doi:10.1016/j.pedn.2018.08.016
- Kiss, E. C., & Sz. Makó, H. (2015). *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Budapest: Pro Pannonia Kiadói Alapítvány.
- Kiss, K. (2011). Műtéti felkészítés gyakorlata gyermekkorházban. In K. Varga & S. Bálint (Eds.), *A szavakon túl: kommunikáció és szuggesztió az orvosi gyakorlatban* (pp. 156-172). Budapest: Medicina.
- Klinzing, D. G., & Klinzing, D. R. (2018). Communication and child life. In R. H. Thompson (Ed.), *The handbook of child life: A guide for pediatric psychosocial care* (pp. 136-160). Charles: C Thomas Publisher.
- Kocsis-Bogár, K., Miklósi, M., & Perczel Forintos, D. (2012). Az Események Hatása Kérdőív magyar változatának pszichometriai vizsgálata. *Psychiatria Hungarica, 27*(4), 245-254.
- Kollár, J. (2018). A zene gyógyászati célú alkalmazása gyermekek kezelése során. *Lege Artis Medicinae, 28*(4-5), 197-201.
- Kovács, M., Kovács, E., & Hegedűs, K. (2012). Az érzelmi munka és a kiegészítő egészségügyi dolgozók különböző csoportjaiban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 13*(2), 219-241.
- Lambert, V., Coad, J., Hicks, P., & Glacken, M. (2014). Social spaces for young children in hospital. *Child: Care, Health & Development, 40*(2), 195-204. doi:10.1111/cch.12016
- LeBlanc, C. K., Naugler, K., Morrison, K., Parker, J. A., & Chambers, C. T. (2014). Parent Perceptions and Satisfaction with Inpatient Child Life Specialist Interventions and the Role of Child Temperament. *Children's Health Care, 43*(3), 253-272. doi:10.1080/02739615.2013.845732

- Lerwick, J. L. (2013). Psychosocial implications of pediatric surgical hospitalization. *Seminars in Pediatric Surgery*, 22(3), 129-133. doi:10.1053/j.sempedsurg.2013.04.003
- Levine, P. A. (2017). *A tigris felébresztése: hogyan dolgozható fel a trauma?* Budapest: Ursus Libris.
- Li, J., Zhang, W., Chen, W., Yuan, H., Zhang, S., Tian, M., & Qu, Z. (2019). Applications of the Chinese version of the primary care PTSD screen for DSM-5 (PC-PTSD-5) for children. *Journal of Affective Disorders*, 254, 109-114. doi:10.1016/j.jad.2019.05.021
- Litzelman, K., Catrine, K., Gangnon, R., Witt, W. P., Litzelman, K., Catrine, K., . . . Witt, W. P. (2011). Quality of life among parents of children with cancer or brain tumors: the impact of child characteristics and parental psychosocial factors. *Quality of Life Research*, 20(8), 1261-1269. doi:10.1007/s11136-011-9854-2
- Lombardo, B., & Eyre, C. (2011). Compassion Fatigue: A Nurse's Primer. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), 1-1. doi:10.3912/OJIN.Vol16No01Man03
- Makley, A. T., & Falcone, R. A., Jr. (2010). Posttraumatic stress disorder in the pediatric trauma patient. *Seminars in Pediatric Surgery*, 19(4), 292-299. doi:10.1053/j.sempedsurg.2010.06.006
- Martin, H. A. (2017). The Power of Lidocaine, Epinephrine, and Tetracaine (LET) and a Child Life Specialist When Suturing Lacerations in Children. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 43(2), 169-170. doi:10.1016/j.jen.2016.12.019
- Maxton, F. J. C. (2008). Parental presence during resuscitation in the PICU: the parents' experience. *Journal of Clinical Nursing (Wiley-Blackwell)*, 17(23), 3168-3176. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02525.x
- Meadors, P., Lamson, A., Swanson, M., White, M., & Sira, N. (2009). Secondary traumatization in pediatric healthcare providers: compassion fatigue, burnout, and secondary traumatic stress. *Omega: Journal of Death & Dying*, 60(2), 103-128. doi:10.2190/OM.60.2.a

- Meert, K. L., Clark, J., & Eggly, S. (2013). Family-centered care in the pediatric intensive care unit. *Pediatric Clinics of North America*, 60(3), 761-772. doi:10.1016/j.pcl.2013.02.011
- Meletti, D. P., Meletti, J. F. A., Camargo, R. P. S., Silva, L. M., & Módolo, N. S. P. (2019). Psychological preparation reduces preoperative anxiety in children. Randomized and double-blind trial. *Jornal de Pediatria*, 95(5), 545-551. doi:10.1016/j.jpmed.2018.05.009
- Melnyk, B. M., Crean, H. F., Feinstein, N. F., Fairbanks, E., & Alpert-Gillis, L. J. (2007). Testing the theoretical framework of the COPE program for mothers of critically ill children: an integrative model of young children's post-hospital adjustment behaviors. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(4), 463-474. doi:10.1093/jpepsy/jsl033
- Mendess, G. (2016). The Inpatient Children: Partnership Care and Family-centered Care. *Journal of Women's Health Care*, 5(3). doi:10.4172/2167-0420.1000e123
- Mérei, F., & Binét Ágnes, V. (2016). *Gyermeklélektan*. Budapest: Libri.
- Miklósi, M., Galambosi, E., & Perczel Forintos, D. (2012). Gyermekápolók vélekedései a gyermekekkel és a szülővel való együttműködésről a kórházban : az együttműködést befolyásoló tényezők. *Nővér*, 25(5), 19-28.
- Miklósi, M., & Perczel Forintos, D. (2014). Az észlelt szülői kompetencia vizsgálata hospitalizált gyermekek szüleinek körében. *Nővér*, 27(5), 27-35.
- Mildred, J. (2009). Eliana Gil, helping abused and traumatized children: integrating directive and nondirective approaches. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 26(3), 275-278. doi:https://doi.org/10.1007/s10560-008-0144-y
- Mogyorósy-Révész, Z. (2019). Érzelmi regulációs változások krízisben és traumában – a helyreállítást segítő, pszichológiai tanácsadás során alkalmazható módszerek és gyakorlatok. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 20(3), 267–298. doi:10.1556/0406.20.2019.007
- Mohan, S., Nayak, R., Thomas, R. J., & Ravindran, V. (2015). The Effect of Entonox, Play Therapy and a Combination on Pain Relief in Children: A Randomized Controlled Trial. *Pain Management Nursing*, 16(6), 938-943. doi:10.1016/j.pmn.2015.08.004

- Murag, S., Suzukawa, C., & Chang, T. P. (2017). The Effects of Child Life Specialists on Success Rates of Intravenous Cannulation. *Journal of Pediatric Nursing*, 36, 236-240. doi:10.1016/j.pedn.2017.03.013
- NANE Egyesület. (2010). Back up the children – Állj mellette!. A traumatizált gyermekek támogatásának alapjai. Segédanyag az oktatófilmhez. Retrieved 2020-01-05 from [https://nane.hu/wp-content/uploads/ALLJ\\_MELLETTTE\\_WEBRE.pdf](https://nane.hu/wp-content/uploads/ALLJ_MELLETTTE_WEBRE.pdf)
- Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2010). Professional Burnout, Vicarious Trauma, Secondary Traumatic Stress, and Compassion Fatigue: A Review of Theoretical Terms, Risk Factors, and Preventive Methods for Clinicians and Researchers. Best Practices in Mental Health. *Mental Health*, 62(2), 57-68.
- Newman, F. (2004). *Gyermekek krízishelyzetben*. Budapest: Pont Kiadó.
- Novick, K. K., & Novick, J. (2014). *Munka szülőkkkel gyermekterápiában*. Budapest: Animula.
- Nyírő, J., Hauser, P., Zörgő, S., & Hegedűs, K. (2017). A kommunikáció nehézségei daganatos gyermekek szüleivel a palliatív ellátásra történő áttérés során. *Orvosi Hetilap*, 158(30), 1175-1181.
- Olsson, C., Björk, M., & Ringnér, A. (2018). The Pediatric Inventory for Parents – Swedish Translation and Psychometric Testing. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, e97-e102. doi:10.1016/j.pedn.2018.02.013
- Ónody, S. (2001). Kiegészítő tünetek (burnout szindróma) keletkezése és megoldási lehetőségei. *Új pedagógiai szemle*, 51(5), 80-85. Retrieved from <http://epa.oszk.hu/00000/00035/00049/2001-05-ta-Onody-Kiegeses.html>
- Páll, N., & Fülöp, E. (2013). Traumán átesett gyermekekkel való munka hatása a gyermekápolókra. *Nővér*, 26(5), 3-11.
- Páll, N., Gorove, E., & Baji, I. (2021a). A child life specialist szakemberek helye a magyarországi egészségügyi ellátás rendszerében. *Egészségfejlesztés*, 62(3), 3-14.
- Páll, N., Gorove, E., & Baji, I. (2021b). Psychological support of hospitalised children and their parents in Hungary. *Kontakt*, 23(2), 62-68.
- Páll, N., Gorove, E., & Baji, I. (2021c). The psychological burden experienced by paediatric nurses during children's hospital care. *Kontakt*, DOI: 10.32725/kont.2021.025.

- Panella, J. J. (2016). Preoperative Care of Children: Strategies From a Child Life Perspective. *AORN Journal*, 104(1), 11-22. doi:10.1016/j.aorn.2016.05.004
- Perczel Forintos, D. (2018). *Kérdőívek, becslőkálák a klinikai pszichológiában* (4., átdolgozott és bővített kiadás ed.). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Pintér Judit, N. (2014). *A nem múltó jelen: trauma és nosztalgia*. Budapest: L'Harmattan.
- Polcz, A. (1995). A gyermek környezete és életmódja a kórházban. *Család, Gyermek, Ifjúság*, 4(5), 23-25.
- Rennick, J. E., Lambert, S., Childerhose, J., Campbell-Yeo, M., Filion, F., & Johnston, C. C. (2011). Mothers' experiences of a Touch and Talk nursing intervention to optimise pain management in the PICU: A qualitative descriptive study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 27(3), 151-157. doi:10.1016/j.iccn.2011.03.005
- Riess, H., & Riess, H. (2010). Empathy in medicine--a neurobiological perspective. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 304(14), 1604-1605. doi:10.1001/jama.2010.1455
- Rodríguez-Rey, R., Alonso-Tapia, J., & Colville, G. (2018). Prediction of parental posttraumatic stress, anxiety and depression after a child's critical hospitalization. *Journal of Critical Care*, 45, 149-155. doi:10.1016/j.jcrc.2018.02.006
- Rostagno, E., Bergadano, A., Piredda, M., & De Marinis, M. G. (2020). Italian nurses knowledge and attitudes towards fatigue in pediatric onco-hematology: A cross-sectional nationwide survey. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 7(4), 161-165. doi:10.1016/j.ijpam.2020.04.002
- Sabo, B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), 1. doi:10.3912/OJIN.Vol16No01Man01
- Saliba, F. G., Adiwardana, N. S., Uehara, E. U., Silvestre, R. N., Leite, V. V., Faleiros, F. T., . . . De Gobbi, J. I. (2016). Salivary Cortisol Levels: The Importance of Clown Doctors to Reduce Stress. *Pediatric Reports*, 8(1), 6188. doi:10.4081/pr.2016.6188
- Salvioli, G. P. (2015). A „child-friendly” hospital: a difficult definiton. *Italian Journal of Pediatrics*, 41(1), A39. doi:10.1186/1824-7288-41-S1-A39
- Sampson, J., & Allbright, R. (2018). Distracting pediatric patients during painful procedures. *Nursing*, 48(7), 56-57. doi:10.1097/01.NURSE.0000534109.96519.25

- Schreier, H., Ladakakos, C., Morabito, D., Chapman, L., & Knudson, M. M. (2005). Posttraumatic stress symptoms in children after mild to moderate pediatric trauma: a longitudinal examination of symptom prevalence, correlates, and parent-child symptom reporting. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, 58(2), 353-363. doi:10.1097/01.ta.0000152537.15672.b7
- Scott, M. T., Todd, K. E., Oakley, H., Bradley, J. A., Rotondo, R. L., Morris, C. G., . . . Indelicato, D. J. (2016). Reducing Anesthesia and Health Care Cost Through Utilization of Child Life Specialists in Pediatric Radiation Oncology. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 96(2), 401-405. doi:10.1016/j.ijrobp.2016.06.001
- Silva, R. D., Austregésilo, S. C., Ithamar, L., & Lima, L. S. (2017). Therapeutic play to prepare children for invasive procedures: a systematic review. *Journal de Pediatria*, 93(1), 6-16. doi:10.1016/j.jpmed.2016.06.005
- Slifer Keith, J. (2014). *A clinician's guide to helping children cope and cooperate with medical care: an applied behavioral approach*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Smith, A. B., Hefley, G. C., & Anand, K. J. S. (2007). Parent bed spaces in the PICU: effect on parental stress. *Pediatric Nursing*, 33(3), 215-221. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106145661&site=ehost-live>
- Smith, J. G., Desai, P. P., Sira, N., & Engelke, S. C. (2014). Family-Centered Developmentally Supportive Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Exploring the Role and Training of Child Life Specialists. *Children's Health Care*, 43(4), 345-368. doi:10.1080/02739615.2014.880917
- Stauder, A. (2014). Stressz és stresszkezelés. In J. Kállai, J. Varga, & A. Oláh (Eds.), *Egészségpszichológia a gyakorlatban* (pp. 153-176). Budapest: Medicina.
- Stöckert, K. (2011). *Kis játékpszichológia*. Budapest: Eötvös József Könyvkiadó.
- Szluha, K., Lazányi, K., & Molnár, P. (2007). Az érzelmi munka szerepe az onkológiában. *Magyar Onkológia*, 51(1), 47-51.



- Tan, A. K., Metsälä, E., & Hannula, L. (2014). Benefits and barriers of clown care: A qualitative phenomenographical study of parents with children in clown care services. *European Journal of Psychology, 12*(3), 473–488.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. W. (2005). Poszttraumás növekedés: elméleti alapok és empirikus bizonyítékok. In Z. Kulcsár (Ed.), *Teher alatt ... pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés* (pp. 37-67). Budapest: Trefort Kiadó.
- Theorell, T. (2016). Growing evidence supports the positive impact of music on child health. *Acta Paediatrica, 105*(10), 1119-1120. doi:10.1111/apa.13518
- Thompson, R. H. (2018). *The handbook of child life: A guide for pediatric psychosocial care*. Charles: Thomas Publisher.
- Tielsch Goddard, A., & Gilmer, M. J. (2015). The Role and Impact of Animals with Pediatric Patients. *Pediatric Nursing, 41*(2), 65-71. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=102472676&site=ehost-live>
- Tinsley, C., Hill, J. B., Shah, J., Zimmerman, G., Wilson, M., Freier, K., & Abd-Allah, S. (2008). Experience of families during cardiopulmonary resuscitation in a pediatric intensive care unit. *Pediatrics, 122*(4), e799-804. doi:10.1542/peds.2007-3650
- Tringer, I., Varga, J., & Molnár, E. (2014). Krónikus betegek ellátásának egészségpszichológiája. In J. Kállai, J. Varga, & A. Oláh (Eds.), *Egészségpszichológia a gyakorlatban* (pp. 305-331). Budapest: Medicina.
- Tucker, J. A., & McCann, L. H. (2013). Collaborating for Family-Centered Care: Integrating Child Life Specialists in the Prenatal Setting. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 42*, S49-S49. doi:10.1111/1552-6909.12121
- Vagnoli, L., Caprilli, S., Robiglio, A., & Messeri, A. (2005). Clown doctors as a treatment for preoperative anxiety in children: a randomized, prospective study. *Pediatrics, 116*(4), e563-567. doi:10.1542/peds.2005-0466
- Varga, Z. E., & Kapitány, E. (2019). Clown Doctors as a Treatment for Preoperative Anxiety in Children: A Randomized, Prospective Study. In M. Kapitány-Fövény, Z. Koncz, & S. K. Varga (Eds.), *Klinikai szakpszichológia a gyakorlatban* (pp. 279-304). Budapest: Medicina.

- Vörös, V., Osváth, P., Ambrus, N., & Csürke, J. (2009). trauma és krízis. In J. Csürke, V. Vörös, P. Osváth, & A. Árkovits (Eds.), *Mindennapi kríziseink: a lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve* (pp. 2015-2238). Budapest: Oriold és Társai.
- White, H. L. (2017). The working life of a play specialist. *Paediatrics & Child Health*, 27(10), 476-480. doi:10.1016/j.paed.2017.07.002
- Wikman, A., Ljungman, L., Pingel, R., Hagedoorn, M., Sanderman, R., von Essen, L., & Cernvall, M. (2017). The interdependence of posttraumatic stress symptoms in parental dyads during and after their child's treatment for cancer. *Acta Oncologica*, 56(12), 1698-1704. doi:10.1080/0284186x.2017.1355562
- Yalug, I., Tufan, A. E., Doksat, K., & Yaluğ, K. (2011). Post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress symptoms in parents of children with cancer: A review. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 17(1), 27-31.
- Zhang, J., Zhu, S., Du, C., & Zhang, Y. (2015). Posttraumatic stress disorder and somatic symptoms among child and adolescent survivors following the Lushan earthquake in China: A six-month longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(2), 100-106. doi:10.1016/j.jpsychores.2015.06.001
- Zsigmond, O., & Rigó, A. (2019). Poszttraumás növekedés gyermekkorban daganatos betegségen átesett gyógyult fiatal felnőttek és daganatos betegségen átesett gyermekek szülei körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 20(4), 391-420.

## 11. SAJÁT PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK

### Értekezés témájához kapcsolódó közlemények

1.) **Páll, Nikoletta;** Gorove, Erzsébet; Baji, Ildikó. (2021). Psychological support of hospitalised children and their parents in Hungary. *Kontakt*, 2021, 23(2):62-68 doi: 10.32725/kont.2021.015

**Publikációs pont: 3**

2.) **Páll, Nikoletta;** Gorove, Erzsébet; Baji, Ildikó. (2021). A child life specialist szakemberek helye a magyarországi egészségügyi ellátás rendszerében. *Egészségfejlesztés*, 62(3), 3-14.

**Publikációs pont: 2**

3.) **Páll, Nikoletta;** Gorove, Erzsébet; Baji, Ildikó. (2021). The psychological burden experienced by paediatric nurses during children's hospital care. *Kontakt*, X:X doi: 10.32725/kont.2021.015

**Publikációs pont: 3**

4.) Fülöp, Emőke; **Páll, Nikoletta;** Csabai, Márta. (2016). Amikor elfogy az energia – kiégés és a hozzá kapcsolódó jelenségek a gyógyításban. *Gyermekgyógyászati továbbképző szemle*, 21(4), 169-173.

5.) **Páll, Nikoletta;** Fülöp, Emőke. (2013). Traumán átesett gyermekekkel való munka hatása gyermekápolókra. *Nővér*, 26(5), 3-11.

**Publikációs pont: 5**

### Értekezés témájától független közlemények

Csapody, Marcell; Szbellédi, Szilvia; Ott, Éva, Szilvia; Ujhelyi, Enikő; Kassai, Tamás; **Páll, Nikoletta**: Idegrendszeri sérülések. In: Ujhelyi, Enikő (szerk.) A korszerű gyermekellátás és -ápolás kézikönyve Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt. (2020) 1 434 p. pp. 761-778., 18 p.

**Publikációs pont: 1**

Csapody, Marcell; Szbellédi, Szilvia; Ott, Éva, Szilvia; Kassai, Tamás; **Páll, Nikoletta**: Gyermekkori trauma. In: Ujhelyi, Enikő (szerk.) A korszerű gyermekellátás és -ápolás kézikönyve, Medicina Könyvkiadó Zrt. (2020) 1 434 p. pp. 1227-1260., 34 p.

**Publikációs pont: 1**

Kassai, Tamás; **Páll, Nikoletta**; Ujhelyi, Enikő: Harapott gyermeksérültek ápolása. In: Ujhelyi, Enikő (szerk.) A korszerű gyermekellátás és -ápolás kézikönyve. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt. (2020) 1 434 p. pp. 1138-1140., 3 p.

**Publikációs pont: 1**

**Páll Nikoletta**: Immobilizált gyermek ápolása. In: Ujhelyi, Enikő (szerk.) A korszerű gyermekellátás és -ápolás kézikönyve. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt. (2020) 1 434 p. pp. 1099-1108.

**Publikációs pont: 2**

Nagy, Gábor; Géczyné, Guthy, Marianna; **Páll Nikoletta**.: Az intracraniális drén behelyezése és az intracraniális nyomásmérés ápolói feladatai. In: Ujhelyi, Enikő (szerk.) A gyermekápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt. (2019) 1 156 p. pp. 1058-1069., 12 p.

**Publikációs pont: 1**

## 12. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Mindenekelőtt szeretném kifejezni köszönetemet és hálámat témavezetőmnek **Dr. Baji Ildikónak**, szakmai támogatásáért, valamint, hogy segítségemre volt, elfogadta és hitt a már megkezdett kutatásomban.

Köszönöm **Dr. Mészáros Juditnak** †, aki sajnos már nincs közöttünk, hogy segített a kutatói pályán való elindulásban, és köszönöm a több éven át tartó közös munkát.

Hálával tartozom **Dr. Kassai Tamás** Főorvos Úrnak, aki elindította az oktatói és kutatói munkámat, sok évi segítségéért és biztatásáért, és azért, hogy mindvégig töretlenül hitt bennem.

Köszönettel és hálával tartozom **Dr. Balogh Zoltán Tanszékvezető Úrnak** és a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar **Ápolástan Tanszéken dolgozó minden Munkatársamnak**.

Köszönetemet fejezem ki a kutatómunkám során nyújtott támogatásáért a **Baleseti Intézet Gyermektraumatológiai osztályán dolgozó ápolóknak, orvosoknak és munkatársaimnak** és **Bakos András Ápolási Igazgató Úrnak** †, aki sajnos már nincs közöttünk.

Köszönettel tartozom a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar **Könyvtárának dolgozóinak, kímelve Áncsán Gizella könyvtárvezető Asszonyt**, akik rengeteget segítettek a publikációk során.

Köszöm **Gorove Erzsébetnek** a statisztikai számítások terén nyújtott segítségét.

Köszönöm **Páll Viktóriának** a nyelvi lektorálásban nyújtott segítségét.

Köszönöm **Csernus Mariannak** az értékes szakmai tanácsait.

Köszönöm **Czira Anitának** a kérdőívek szerkesztésében nyújtott segítségét.

Köszönöm minden **szülőnek és ápolónak**, aki kitöltötte a kérdőívet, ezzel hozzájárulva kutatásomhoz.

Nem utolsó sorban köszönettel tartozom **szüleimnek**, akik felneveltek, elindítottak az életben, köszönet illeti **nővéremet, férjemet és barátaimat** a rengeteg támogatásért szeretetért és türelméért.

## ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra: CLS központi értékei (Boles et al., 2020)
2. ábra: A krízis, a stressz és trauma idődimenziója (Csürke, 2009)
3. ábra: A CLS által nyújtott ellátás központi jellemzői (Boles et al., 2020)
4. ábra: Hogyan befolyásolja a gyermek lelki állapota a velük való ápolói munkát?  
N=361
5. ábra: A felkészítés gyakoriságának és a gyermekbarát ellátás megvalósulásának összefüggése N=361 (p=0,001)
6. ábra: A gyermek pszichés felkészítését leggyakrabban végző személy (többszörös választás) N=361
7. Átlagosan mennyi időt vesz igénybe a gyermek ápolási beavatkozás előtti felkészítése? N=361
8. ábra: Amennyiben nem történik meg a gyermek felkészítés, mi ennek az oka? N=361
9. ábra: Ön szerint hogyan valósul meg a gyermekek lelki ápolása? N=361
10. ábra: Milyen jellegű esetek jelentik a legnagyobb megterhelést a munkájában? N=361
11. ábra: A munkahelyi események kihatnak az otthoni hangulatára, családjával való magatartására N=361
12. ábra: Mennyire volt jellemző, hogy a gyermeknek elmagyarázták/játékkal bemutatták a beavatkozás menetét? N=566
13. ábra: Mennyire volt jellemző, hogy a gyermeknek elmagyarázták/játékkal bemutatták a beavatkozás menetét? N=566
14. ábra: Gyermekellátás helye (ápoló N=361, szülő N=566)
15. ábra: Szülői jelenlét gyakorisága (ápoló N=361, szülő N=566) p=0,000
16. ábra: A gyermek felkészítését végző személy (Páll et al., 2021a)
17. ábra: Eszközök használatának előfordulása a gyermekek felkészítése során
18. ábra: CLS-ek helye és hatása a gyermekek kórházi ellátása során

## TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat: Újraélés tünetei az egyes korcsoportokban (NANE- Egyesület, 2010)
2. táblázat: Az elkerülés tünetei az egyes korcsoportokban (NANE- Egyesület, 2010)
3. táblázat: Hyperarousal tünetek az egyes korcsoportokban (NANE- Egyesület, 2010)
4. táblázat: Az ápolói minta szociodemográfiai jellemzői n=361 fő (Páll et al., 2021c)
5. táblázat: Az ápolók oktatásukban kapott információi a gyermekek lelki felkészítésének módszereiről
6. táblázat: A gyermekellátási területeken adódó rossz szituációk (Páll et al., 2021c)
7. táblázat: STSS és IES-R alsókálák értékei (Páll et al., 2021c)
8. táblázat: STSS totál és IES-R alsókálák összevetése az ápolói munkavégzésre vonatkozó kérdésekkel
9. táblázat: STSS totál és IES-R alsókálák összevetése az ápolói lelki megterheléssel kapcsolatos kérdésekkel
10. táblázat: IES-R alsókálák, valamint a STSS teljes- és alsókáláinak összevetése Pearson féle korrelációval (Páll et al., 2021c)
11. táblázat: A szülőkre vonatkozó szociodemográfiai mutatók (n = 566 fő) (Páll et al., 2021b)
12. táblázat: IES-R alsókálák értékei (Páll et al., 2021b)
13. táblázat: A szülő IES-R alsókáláinak összefüggése a szülőkre és a gyermekekre vonatkozó kérdésekkel
14. táblázat: A szülő IES-R alsókálák összefüggése a szülői lelki megterheltségére vonatkozó kérdésekkel (Páll et al., 2021b)
15. táblázat: Mann- Whitney U teszt: Szülői jelenlét összehasonlítása
16. táblázat: Mann- Whitney U teszt: A gyermekbarát ellátás megítélése
17. táblázat: Mann- Whitney U teszt: A gyermek felkészítésére vonatkozó kérdések összehasonlítása
18. táblázat: Az ápolási beavatkozások és felkészítések gyakorisága (Páll et al., 2021a)
19. táblázat: Mann- Whitney U teszt: A felkészítés során eszköz használatának gyakorisága



20. táblázat: Mann-Whitney U teszt: A gyermek pszichés támogatására vonatkozó kérdések eredményeinek összehasonlítása

21. táblázat: IES-R alskála összehasonlítása a szülői és ápolói eredmények alapján (Páll et al., 2021a)

22. táblázat: IES-R alskála értékeinek összevetése (Páll et al., 2021a)

## **MELLÉKLETEK**

1. számú melléklet: ETT-TUKEB szakmai-etikai engedély
2. számú melléklet: Az ápolói vizsgálatához használt mérőeszköz (saját szerkesztésű kérdőív, IES-R kérdőív, STSS kérdőív)
3. számú melléklet: A szülői vizsgálatához használt mérőeszköz (saját szerkesztésű kérdőív, IES-R kérdőív)
4. számú melléklet: A kérdőívet kitöltők saját véleménye a kutatási témához kapcsolódóan

## 1. melléklet: ETT-TUKEB szakmai-etikai engedély

1

**Egészségügyi Tudományos Tanács  
Tudományos és Kutatásetikai Bizottság (ETT TUKEB)**  
*Levelezési cím: H-1051 Budapest, Széchenyi István tér 7-8.  
Székhely: Budapest 1054 Alkotmány u. 25.*

Ügyiratszám: 31352-<sup>1</sup>/2019/EKU  
Ügyintéző neve: **Dr. Kardon Tamás** titkár  
Elérhetősége: **tukeb@emmi.gov.hu**  
Telefon: **+(36) 1 795-1197**

**Tárgy:** Engedélyező határozat

*Kutatóhely neve: Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Alkalmazott Egészségtudományi Intézet, Ápolástan Tanszék*

*Kutatóhely címe:*

*Budapest  
Vas utca 17.  
1088*

*Kutatásvezető: Dr. Mészáros Judit és Páll Nikoletta részére*

### HATÁROZAT

A(z) Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Alkalmazott Egészségtudományi Intézet, Ápolástan Tanszék, mint megbízó (1088 Budapest Vas utca 17.) képviseletében Dr. Mészáros Judit és Páll Nikoletta (1088 Budapest Vas utca 17.) (továbbiakban: Kérelmezők) "A kórházi ellátás és ápolási beavatkozások pszichés hatásai a gyermekekre és a gyermekápolókra" című, beavatkozással nem járó vizsgálat engedélyezése iránt kérelmet nyújtottak be az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságához (az ETT TUKEB-hez).

Az ETT TUKEB, mint első fokú hatóság, a vizsgálat engedélyezése iránti kérelmet megvizsgálta és a következő, testületi véleményen alapuló döntést hozta:

Az ETT TUKEB a benyújtott kérelem szerinti, beavatkozással nem járó vizsgálatra

**a szakmai-etikai engedélyt megadja.**

Az eljárás során eljárási költség nem merült fel tekintettel arra, hogy a kérelmezett vizsgálat nem kereskedelmi vizsgálat.

A Bizottság döntése ellen a közlést követő 15 napon belül van helye fellebbezésnek az ETT Elnökségéhez. A fellebbezést az ETT TUKEB-hez kell benyújtani.

A fellebbezési eljárás illeték- és díjmentes.

### INDOKOLÁS

A Kérelmezők "A kórházi ellátás és ápolási beavatkozások pszichés hatásai a gyermekekre és a gyermekápolókra" című, beavatkozással nem járó vizsgálat engedélyezése iránt kérelmet nyújtottak be ETT TUKEB-hez, ami 2019. június 18-én érkezett meg a Bizottsághoz.

Ügyiratszám: 31352-<sup>1</sup>/2019/EKU

2

Az eljárás megindult, és a Bizottság az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény (továbbiakban: Ákr.) 43.§ (1) - (3) bekezdéseinek megfelelően függő hatályú végzést bocsátott ki.

A Bizottság megvizsgálta és megtárgyalta a kérelmet és a csatolt dokumentumokat.

A Bizottság az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény (továbbiakban: Ákr.) 44. § b) pontja alapján szükségesnek tartotta a hiánypótlást. A Bizottság 2019. július 13-i határidejű hiánypótlási felhívásában foglaltaknak a kérelmezők a megadott határidőn belül, 2019. július 3-án eleget tettek.

**A tervezett, beavatkozással nem járó vizsgálat azonosító adatai:**

**A vizsgálat címe:**

"A kórházi ellátás és ápolási beavatkozások pszichés hatásai a gyermekekre és a gyermekápolókra"

**Kutatásvezető, aki az egész vizsgálatot vezeti:** Dr. Mészáros Judit és Páll Nikoletta

**Megbízó neve és címe:**

Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Alkalmazott Egészségtudományi Intézet, Ápolástan Tanszék  
1088 Budapest, Vas utca 17.

**A vizsgálat tervezett időtartama:** 2019.07.01 - 2019.10.31

**A vizsgálatban résztvevő vizsgálóhelyek felsorolása, valamint az adott vizsgálóhelyen a vizsgálat vezetője: -**

Az ETT TUKEB a kutatási engedély iránti kérelemről - a beérkezett hiánypótlást is figyelembe véve - az emberen végzett orvostudományi kutatások, az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálata, valamint az emberen történő alkalmazásra szolgáló, klinikai vizsgálatra szánt orvostechnikai eszközök klinikai vizsgálata engedélyezési eljárásának szabályairól szóló 235/2009. (X. 20.) Korm. rendelet (a továbbiakban: 235/2009. Korm. rendelet) 18. § (2) bekezdése alapján a következőket állapította meg:

a) A beadott kérelem tárgyául szolgáló vizsgálat valóban beavatkozással nem járó vizsgálat-e?

Igen

b1) A tervezett vizsgálat érdemi, szakmai tudományos kérdésfelvetéseket tartalmaz-e?

Igen

b2) A tervezett vizsgálat módszerei alkalmasak-e az érdemi, szakmai tudományos kérdésfelvetések megválaszolására?

Igen

c1) A betegtájékoztató és a beleegyező nyilatkozat tervezett szövege megfelel-e az emberen végzett orvostudományi kutatásokról szóló miniszteri rendeletben foglaltaknak?

Igen

c2) A toborzás tervezett szövege megfelel-e az emberen végzett orvostudományi kutatásokról szóló miniszteri rendeletben foglaltaknak?

Igen

Ügyiratszám: 31352-<sup>^</sup>/2019/EKU

3

Mindezek alapján a Bizottság a rendelkező résznek megfelelően határozott, és engedélyezte a kutatási engedély iránti kérelemben megjelölt beavatkozással nem járó vizsgálatot.

Felhívjuk figyelmüket arra a jogszabályi kötelezettségére, mely szerint a beavatkozással nem járó vizsgálat befejezését követő kilencven napon belül értesíteniük kell az ETT TUKEB-et a vizsgálat befejezéséről, a bevont betegek számáról, illetve köréről, továbbá a vizsgálat befejezését követő száznyolcvan napon belül értesíteniük kell az ETT TUKEB-et a vizsgálat célkitűzésére adott válaszáról. (Ezt az előírást az *emberen végzett orvostudományi kutatásokról szóló 23/2002. (V. 9.) EüM rendelet* (továbbiakban: 23/2002. (V. 9.) EüM rendelet) 20/O. § tartalmazza.)

Kérjük, amennyiben a beavatkozással nem járó vizsgálat nem kezdődik el, vagy idő előtt lezárásra kerül, akkor erről - az indokok felsorolásával - e-mailen és levélben is tájékoztassák az ETT TUKEB-et. (Ezt a 23/2002. (V. 9.) EüM rendelet 21. § (3) bekezdése írja elő.)

Az ETT TUKEB eljárása és határozata elsősorban az *egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény* (továbbiakban: *Eütv.*) 164/A. § (1) és (2).bekezdésein, a 235/2009. (X. 20.) *Korm. rendelet* 17/A. § (1) - (4), a 18. § (1) és (2) bekezdésein, valamint az *általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény* (továbbiakban: *Ákr.*) 80. § (1) bekezdésén és az *Ákr.* 81. § (1) és (4) bekezdésein alapul.

A kutatás engedélyezési eljárásokban az *Eütv.* 164/B. § kimondja "Az orvostudományi kutatás, valamint a 164/A. § szerinti beavatkozással nem járó vizsgálat engedélyezési eljárásáért - az egészségügyért felelős miniszternek az adópolitikáért felelős miniszterrel egyetértésben kiadott rendeletében meghatározott - igazgatási szolgáltatási díjat kell fizetni."

A Kérelmezők által kért vizsgálat azonban nem kereskedelmi vizsgálat a 23/2002. *EüM. rend.* 20/B. § f) pontja alapján, ezért eljárási költség, és így igazgatási szolgáltatási díj fizetési kötelezettsége sem keletkezett a 23/2002. *EüM. rend.* 15. §-a és 20/R. § (1) bekezdése szerint.

A Bizottság hatásköre és illetékessége az *Eütv.* 164/A. § (2) bekezdésén, valamint 235/2009. *Korm. rend.* 16. § a) pontján, a 17. § (1) bek. a) pontja ab) alpontján alapul.

A fellebbezés lehetőségét az *Ákr.* 116. § (1) bekezdésének megfelelően az *Eütv.* 164/A. § (2) bekezdése mondja ki, mely szerint "A (3) és (5) bekezdésben nem említett beavatkozással nem járó vizsgálat esetében a szakmai-etikai engedélyről az emberen végzett orvostudományi kutatásokról szóló kormányrendelet szerinti kutatás-etikai bizottság a kérelem megérkezését követő naptól számított negyvenöt napon belül dönt. A döntés ellen fellebbezésnek van helye, a másodfokú eljárást az ETT elnöksége folytatja le."

A fellebbezési eljárás illetékmentességét az *illetékekről szóló 1990. évi XCIII. Törvény* 67. § (3)-(5) bekezdései alapján a 23/2002. *EüM. rend.* 15. §-a és 20/R. § (1) bekezdése mondja ki, tekintettel arra, hogy a kérelmezett vizsgálat nem kereskedelmi vizsgálat a 23/2002. *EüM. rend.* 20/B. § f) pontja alapján.

A fellebbezés előterjesztésére az *Ákr.* 118. § (3) bekezdése vonatkozik.

Budapest, 2019. július 9.

P.H.

Dr. Schaff Zsuzsa  
akadémikus, egyetemi tanár,  
az ETT TUKEB elnöke



Kapják:

- 1./ Kutatásvezetők
- 2./ Intézetvezető
- 3./ Intézményvezető
- 4./ Irattár

Ügyiratszám: 31352-3/2019/EKU

**2. számú melléklet: Az ápolói vizsgálatához használt mérőeszköz (saját szerkesztésű kérdőív, IES-R kérdőív, STSS kérdőív)**

**GYERMEKÁPOLÓI KÉRDŐÍV - A kórházi ellátás és az ápolási**

beavatkozások pszichés hatásai a gyermekekre és a gyermekápolókra

Tisztelt Gyermekápoló Kollégák!

A Semmelweis Egyetem Doktori Iskolájának PhD hallgatója vagyok, magam is 10 éve gyermekosztályon dolgozom. Kutatásomban a gyermekek kórházi kezelésének pszichés hatásait vizsgálom a gyermekeknél és a gyermekápolóknál. Minden gyermekápoló véleménye fontos, ezért kérem, hogy ossza meg tapasztalatait. A kérdőív kitöltése maximum 15 percet vesz igénybe.

A kutatás feldolgozott eredményeit, melyek anonim módon tartalmazzák az egyes kitöltők adatait, tudományos és ismeretterjesztő közlemények formájában publikálom. A személyes adatok felhasználása a vonatkozó adatvédelmi törvény szigorú betartásával történik.

Köszönöm, hogy részt vesz a kutatásban!

Ahhoz, hogy az Ön által kitöltött kérdőívet, a személyi adatok teljes titokban tartásával, tudományosan elemezhesük, a személyiségjogok értelmében az ön beleegyezése szükséges. Ezért kérjük, olvassa el és töltsse ki az alábbi nyilatkozatot.

\*Kötelező

Beleegyező nyilatkozat

1. A résztvevői tájékoztatót elolvastam, tisztában vagyok a kutatás céljaival és menetével. \*

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen
- Nem

2. A kérdőív kitöltésével hozzájárulok, hogy adataim anonim módon, egy adatbázis

részeként, a kutatás keretében felhasználásra kerüljenek. \*

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen
- Nem

3. Tisztában vagyok azzal, hogy bármikor megszakíthatom a kutatásban való részvételemet. \*

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen
- Nem

Ha bármilyen további kérdése vagy a kutatással kapcsolatos észrevétele van, kérem forduljon bizalommal hozzám:  
Páll Nikoletta

Köszönöm a  
beleegyezését! Lássuk a  
kérdőívet!

Elérhetőség:  
Semmelweis Egyetem  
Egészségtudományi Kar,  
Ápolástan Tanszék  
1088 Budapest, Vas utca 17. I/149.  
Levelezési cím: 1085. Budapest, Üllői  
út 26.  
E-mail: [pall.nikoletta@se-etk.hu](mailto:pall.nikoletta@se-etk.hu)  
Tel.:06-1-48-65937

## Demográfiai adatok

4. Neme? \*Sorunként csak egy oválist jelöljön be.

- Nő
- Férfi

5. Életkora? \* Kérem, csak az életévének számával válaszoljon! Pl. 18

6. Milyen munkakörben dolgozik? \*Sorunként csak egy oválist jelöljön be.

- Segédápoló
- Szakápoló (OKJ)
- Diplomás ápoló (BSc)
- Egyetemi okleveles ápoló (MSc)
- Egyéb:

7. Hány éve dolgozik gyermekellátásban? \* Kérem, csak a munkaévének számával válaszoljon! Pl. 5

8. Hol dolgozik? \*

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Vidék
- Megyeszékhely
- Főváros
- Egyéb:

9. Milyen osztályon dolgozik? \*Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Belgyógyászat
- Általános sebészet
- Sebészet és traumatológia
- Fül-orr-gégészet
- Onkológia
- Kardiológia
- Neurológia
- Pszichiátria
- Intenzív osztály
- Egyéb:

10. Jelenlegi családi állapota? \*Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Nőtlen/hajadon
- Élettársi viszonyban élő
- Házas
- Elvált
- Özvegy

11. Gyermekének száma? \*Kérem, csak egy számmal válaszoljon! Pl. 2

### **A gyermekek ellátására vonatkozó kérdések**

12. Átlagosan hány napot töltenek az osztályán a gyermekek? \*

Kérem, csak egy számmal válaszoljon! Pl. 3

13. Mennyire tartja lelkileg megterhelőnek munkáját? \*Soronként csak egy oválist jelöljön be.

1      2      3      4      5

egyáltalán nem

nagyon megterhelő számomra



14. Ön szerint befolyásolja a gyermek lelki állapota a velük való ápolói munkát? \*

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen
- Nem

15. Ön fontosnak tartja a gyermekek lelkigondozását? \* Soranként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen
- Nem

16. Mennyire valósul meg a gyermekbarát ellátás az osztályukon? \*

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

1      2      3      4      5

egyáltalán nem

teljes mértékben

17. Mennyire jellemző, hogy a szülők a gyermekük mellett vannak az ápolói beavatkozások során? \* Soranként csak egy oválist jelöljön be.

- Teljesen jellemző, minden beavatkozás alkalmával
- Részben jellemző, van olyan beavatkozás, amikor nem marad a szülő a gyermeke mellett
- Nem jellemző, sok esetben nincs jelen a szülő

18. Ön mennyire tartja fontosnak a gyermekek értelmi szintjének megfelelő pszichés felkészítést a beavatkozások előtt? \* Soranként csak egy oválist jelöljön be.

1      2      3      4      5

nem tartom fontosnak

nagyon fontosnak tartom

19. Mit gondol mennyire terheli meg lelkileg a gyermekeket a kórházi kezelés? \*

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

1      2      3      4      5

egyáltalán nem

nagyon

20. Milyen ápolási beavatkozások történnek a leggyakrabban az osztályán? \*

Több válasz is megjelölhető!

- Vérnyomásmérés
- Pulzoximetria
- Oxigén-terápia
- Inhalációs terápia
- Injekciózás
- Lázmérés
- Vérvétel
- Branül szűrés
- Infúzió adása
- Gyógyszerelés
- Ágyban mosdatás
- Ágyban ürítés (ágytál, kacska, bili)
- Beöntés
- Katéterezés
- Egyéb:

21. Mennyire jellemző, hogy elmagyarázzák a gyermekeknek a beavatkozás menetét? \*Soranként csak egy oválist jelöljön be.

1      2      3      4      5

nem történik ilyen

minden alkalommal  
megtörténik

22. Ha az előző kérdésben 3-5 értéket jelölt, milyen beavatkozások előtt?

Több válasz is megjelölhető!

- Vérnyomásmérés
- Pulzoximetria
- Oxigén-terápia
- Inhalációs terápia
- Injekciózás
- Lázmérés
- Vérvétel
- Branül szűrés
- Infúzió adása
- Gyógyszerelés
- Ágyban mosdatás
- Ágyban ürítés (ágytál, kacska, bili)
- Beöntés

- Katéterezés
- Nem történik ilyen
- Egyéb:

23. Ha a kérdésre 3-5 értéket jelölt, használnak hozzá valamilyen segédeszközt?

Pl. játékot, videót, könyvet Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Nem használunk semmit
- Csak egy-egy beavatkozás magyarázatánál
- Minden esetben használunk

24. Ha igen, milyen eszközt?

25. Ki végzi az osztályán az ápolási beavatkozások előtti pszichés felkészítést? \*

Több válasz is megjelölhető!

- Ápolók
- Pszichológus
- Lelkigondozó
- Szülő
- Nem történik pszichés felkészítés
  - Egyéb:

26. Ha történik ilyen pszichés felkészítés a beavatkozások előtt, az Ön tapasztalata szerint ez hogyan hat a gyermekekre? \* Több válasz is megjelölhető!

- Csökkenti a félelmét
- Nyugodtabb a beavatkozás közben
- Megérti miért szükséges a beavatkozás
- Engedi a beavatkozás elvégzését
- Együttműködik az ápolókkal
- Nem dühös a beavatkozás végén, nem éli meg büntetésként
- Nem segít, a gyermek ugyanúgy szorong, és fél
- Nem történik
- Egyéb:

27. Átlagosan mennyi időt vesz igénybe a gyermek ápolási beavatkozása előtti felkészítés? \*Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- 1 perc
- 2-5 perc
- 6-10 perc
- 11-15 perc
- 16-20 perc
- 21-25 perc
- 26-30 perc

- több, mint 30 perc

28. Amennyiben Ön végzi a felkészítést, milyen módszereket alkalmaz az ápolási beavatkozások előtt? \* Több válasz is megjelölhető!

- Vannak bevált meséim, játékaim
- A gyermek igényeinek és lelki állapotának megfelelően
- Ez attól függ, mennyi idő van rá
- Tanult módszerek alapján
- Nem tartom fontosnak a felkészítést
- Nincs idő a felkészítésre
- Egyéb:

29. A tanulmányai során kapott a gyermekek lelki felkészítésének módszereiről információt? \* Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen
- Nem

30. Amennyiben nem vagy ritkán történik meg az ápolói beavatkozások előtt a gyermekek pszichés felkészítése, Ön szerint mi ennek az oka?

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Nincs rá elegendő idő
- Nem igényli a gyermek
- A szülő megteszi helyettünk
- Nem tartom fontosnak
- Semmiben nem segít a gyermek ápolásában és ellátásában

31. Ön szerint mennyire lenne hasznos az osztályán, egy olyan személy, aki szakszerűen és játékosan (a gyermek értelmi szintjének megfelelően) felkészítené a gyermekeket és a szülőket az ápolói beavatkozásokra? \*

1      2      3      4      5

nem tartom hasznosnak

nagyon hasznos lenne

32. Ha hasznosnak vagy részben hasznosnak találná, mit gondol miben segítené ez az ápolói munkát? \* Több válasz is megjelölhető!

- A gyermek nyugodtabb lenne a beavatkozás közben, engedné a beavatkozás elvégzését, így gyorsabb lenne a beavatkozás
- Kevesebb lenne a rossz szituáció a gyermekek ellátása során, így kevésbé terhelnémeg lelkileg az ápolókat
- A gyermek és a szülő nagyobb biztonságban érezné magát, így kevesebb lenne a konfliktus a kórházi ellátás során
- Az ápolóknak több ideje lenne az ápolási beavatkozások elvégzésére
- Nem lenne előnye, ha egy ilyen személy dolgozna az osztályon
- Egyéb:

33. Úgy érzi az osztályán korának, értelmi szintjének megfelelő tájékoztatást kapnak a gyermekek a beavatkozások alkalmával? \* Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen
- Nem
- Részben

34. Értékelje az alábbi állítást: A gyermekek szorongását, tiltakozó reakcióját korának és értelmi szintjének megfelelően kezelik a beavatkozások alkalmával? \*

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

1      2      3      4      5

egyáltalán nem

teljes mértékben

35. A gyermekek ápolása során volt már olyan rossz élménye, amely lelkileg megviselte? \*Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen
- Nem

36. A gyermekek ápolása során került-e már olyan szituációba, amelyben nem tudott reagálni a gyermek lelki reakciójára? \*Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen
- Nem

37. Összességében, hogyan értékelné osztályán a gyermekek pszichés felkészítését a kórházi tartózkodás alatt? \*

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

1      2      3      4      5

nem tartom megfelelőnek  
tartom

teljes mértékben megfelelőnek

38. Kérem, idézze fel, az elmúlt időszakban a legnehezebb szituációt egy gyermek ápolása során! Kérem, minden állításnál jelölje meg milyen gyakran voltak Önre jellemzők az alábbi tételek az ellátás alatt és után! \*

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

0- egyáltalán nem

1- ritkán

2- néha

3- gyakran

4- mindig

1.	Bármilyen, ami rá emlékeztetett visszahozta az ezzel kapcsolatos érzéseimet.	0 1 2 3 4
2.	Nehézségeim voltak a koncentrációval.	0 1 2 3 4
3.	Más dolgok folyton eszembe juttatták.	0 1 2 3 4
4.	Ingerlékeny és dühös voltam.	0 1 2 3 4
5.	Nem hagytam, hogy felidegesítsen, amikor erre gondoltam, vagy emlékeztettek rá.	0 1 2 3 4
6.	Akkor is gondoltam rá amikor nem akartam.	0 1 2 3 4
7.	Úgy éreztem mintha meg sem történt volna, vagy nem a valóságban történt volna.	0 1 2 3 4

8.	Elkerültem az erre emlékeztető dolgokat.	0 1 2 3 4
9.	Képek jutottak eszembe róla.	0 1 2 3 4
10.	Izgatott voltam és mindentől könnyen megrémültem.	0 1 2 3 4
11.	Próbáltam nem gondolni rá.	0 1 2 3 4
12.	Tudatában voltam, hogy még mindig sok érzésem van ezzel kapcsolatban, de nem foglalkoztam velük.	0 1 2 3 4
13.	Egyfajta tompaságot éreztem ezzel kapcsolatban.	0 1 2 3 4
14.	Bármí, ami rá emlékeztetett, visszahozta az ezzel kapcsolatos érzéseket.	0 1 2 3 4
15.	Nehézségeim voltak az elalvással.	0 1 2 3 4
16.	Hullámokban az erős érzések törtek rám az eseménnyel kapcsolatban.	0 1 2 3 4
17.	Próbáltam kitörölni az emlékezetemből.	0 1 2 3 4
18.	Nehezen tudtam koncentrálni.	0 1 2 3 4
19.	Az eseményre emlékeztető dolgok heves testi reakció váltottak ki nálam (pl.:izzadás, nehézlégzés, émelygés, gyors szívverés).	0 1 2 3 4
20.	Álmodtam róla.	0 1 2 3 4





- Nem

47. Tanulta az alábbiak közül valamelyiket tanulmányai során? \*

Több válasz is megjelölhető!

- Pszichológia
- Lelki gondozás/Segítő kapcsolatok pszichológiája
- Ápoláslélektan
- Nem tanultam
- Egyéb:

48. Ha igen, tudja ezeket hasznosítani a munkája során? Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen
- Nem

49. Ismeri a PTSD (posttraumás stressz zavar) fogalmát? \* Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen
- Nem

50. Tudja, hogy egy traumán átesett gyermeknél milyen lelki reakciók lehetségesek?

- Igen
- Nem

51. Szükségesnek tartana ebben a témában továbbképzést? \* Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen
- Nem

52. Ha igen, Ön szerint milyen lenne a leghasznosabb?

53. Milyennek tartja az osztályán a szakmai segítségnyújtást (pszichológus, lelkigondozás)? Jelölje meg a megfelelő értéket! \*

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

1      2      3      4      5

egyáltalán nem tartom jónak

teljesen jónak tartom

54. Került olyan szituációba a gyermekek ápolása során, amikor nem tudta mit is kellene válaszolni a gyermek reakciójára? \*

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen
- Nem
- Egyéb:

55. Ha igen, melyik volt a legemlékezetesebb eset?

56. Milyen jellegű esetek jelentik a legnagyobb megterhelést a munkájában? \*

Több válasz is megjelölhető!

- Bántalmazott gyermek
- Súlyosan sérült gyermek
- Balesetben sérült gyermek, aki a balesetben családtagját is elveszítette
- Daganatos gyermek gondozása
- Haldokló gyermek ápolása
- Egyéb:

57. Hogyan próbálja meg ezeket az eseteket feldolgozni? \*

Több válasz is megjelölhető!

- Megbeszéli munkatársaival
- Megbeszéli családjával
- Szakember segítségét kéri
- Önsegítő módszereket alkalmaz
- Nem okoz gondot számomra ezek feldolgozása
- Egyéb:

58. Igényelne az osztályon segítséget ezek feldolgozására? \*

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen
- Nem
- Talán

59. Ha igen, milyen formában?

60. Szokott beszélni az otthonában a munkahelyi történésekről? \*

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Gyakran
- Ritkán
- Soha

61. Hogyan ítéli meg, a munkahelyi események kihatnak az otthoni hangulatára, családjával való magatartására? \*Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen
- Nem
- Részben

62. Ha igen, milyen formában?

63. A kérdőív a traumán (nem csak sérülés miatt jöhet létre) átesett páciensekkel való munka élményét vizsgálja. Mindegyik állításnál jelölje, hogy milyen mértékben volt Önre jellemző az adott kijelentés az elmúlt időszakban. \*

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- 1 – soha
- 2 – ritkán
- 3 – alkalmanként
- 4 – gyakran
- 5 – nagyon gyakran

1. Érzelmileg lefagytam.	1	2	3	4	5
2. Amikor a pácienseimmel való munkámra gondoltam, kalapálni kezdett a szívem.	1	2	3	4	5
3. Olyan volt, mintha a páciensem traumáját én is átéltem volna.	1	2	3	4	5
4. Alvásproblémáim voltak.	1	2	3	4	5

5. Elbizonytalanodtam a jövőt illetően.	1	2	3	4	5
6. Felzaklatott minden, ami a pácienseimmel való munkámra emlékeztetett.	1	2	3	4	5
7. Nem igazán volt kedvem másokkal lenni.	1	2	3	4	5
8. Idegesnek éreztem magam.	1	2	3	4	5
9. Nem voltam olyan aktív, mint általában.	1	2	3	4	5
10. Akkor is a páciensekkel való munkámra gondoltam, amikor nem akartam.	1	2	3	4	5
11. Nehezen tudtam koncentrálni.	1	2	3	4	5
12. Elkerültem azokat az embereket, helyeket, dolgokat, amik a páciensekkel való munkámra emlékeztettek.	1	2	3	4	5
13. Felzaklató álmaim voltak a páciensekkel való munkámról.	1	2	3	4	5
14. Volt néhány páciensem, akikkel el akartam kerülni a találkozást.	1	2	3	4	5
15. Ingerlékeny voltam.	1	2	3	4	5
16. Rossz előérzetem volt.	1	2	3	4	5
17. Észrevettem, hogy kiesett az emlékezetemből néhány dolog a klienssel való találkozásról.	1	2	3	4	5

**3. számú melléklet: A szülői vizsgálathoz használt mérőeszköz (saját szerkesztésű kérdőív, IES-R kérdőív)**

SZÜLŐI KÉRDŐÍV - A kórházi ellátás és az ápolási beavatkozások pszichés hatásai a gyermekekre és a gyermekápolókra

Tisztelt Szülők!

A Semmelweis Egyetem Doktori Iskolájának PhD hallgatója vagyok, kutatásomban a gyermekek kórházi kezelésének pszichés hatásait vizsgálom, mely során adatait anonim módon használom fel. A kutatás feldolgozott eredményeit, melyek anonim módon tartalmazzák az egyes kitöltők adatait, tudományos és ismeretterjesztő közlemények formájában publikálom. A személyes adatok felhasználása a vonatkozó adatvédelmi törvény szigorú betartásával történik.

Köszönöm, hogy részt vesz a kutatásban!

Ahhoz, hogy az Ön által kitöltött kérdőívet, a személyi adatok teljes titokban tartásával, tudományosan elemezhessek, a személyiségi jogok értelmében az ön beleegyezése szükséges.

Ezért kérjük, olvassa el és töltsse ki az alábbi nyilatkozatot.

**\*Kötelező**

Beleegyező nyilatkozat

1. A résztvevői tájékoztatót elolvastam, tisztában vagyok a kutatás céljaival és menetével. \*

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen
- Nem

2. A kérdőív kitöltésével hozzájárulok, hogy adataim anonim módon, egy adatbázis részeként, a kutatás keretében felhasználásra kerüljenek. \*

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen
- Nem

3. Tisztában vagyok azzal, hogy bármikor megszakíthatom a kutatásban való részvételemet. \*

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen
- Nem

Ha bármilyen további kérdése vagy a kutatással kapcsolatos észrevétele van, kérem forduljon bizalommal hozzám:  
Páll Nikoletta

Köszönöm a  
beleegyezését! Lássuk a  
kérdőívet!

Elérhetőség:  
Semmelweis Egyetem  
Egészségtudományi Kar,  
Ápolástan Tanszék  
1088 Budapest, Vas utca 17. I/149.  
Levelezési cím: 1085. Budapest, Üllői  
út 26.  
E-mail: [pall.nikoletta@se-etk.hu](mailto:pall.nikoletta@se-etk.hu)  
Tel.:06-1-48-65937

#### Demográfiai adatok

A kérdőívet egy gyermeke kórházi ápolására vonatkozóan töltse ki, amennyiben gyermeke többször járt már kórházban, kérem a legutóbbi ellátás szerinti véleményét jelölje. A kérdőívet kérem akkor töltse ki, amennyiben a gyermeke 0-14 éves korú volt az ellátás időszakában, és minimum 3 napos kórházi kezelésre szorult.

4. Neme? \*

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Nő
- Férfi

5. Életkora? \*

Kérem, csak az életévének számával válaszoljon! Pl. 18

6. Legmagasabb iskolai végzettsége? \*Soranként csak egy oválist jelöljön be.
- Általános iskola
  - Középiskola
  - Szakközépiskola
  - Gimnázium
  - OKJ
  - Főiskolai/BSc
  - Egyetemi/MSc
  - Egyéb:
7. Jelenlegi családi állapota? \*Soranként csak egy oválist jelöljön be.
- Nőtlen/hajadon
  - Élettársi viszonyban élő
  - Házas
  - Elvált
  - Özvegy
8. Gyermekének száma? \* Kérem, csak egy számmal válaszoljon!  
Pl. 2A gyermekre vonatkozó kérdések
9. A gyermek életkora (az ellátás idejében)? \* Kérem, csak egy számmal válaszoljon!
10. Gyermek neve? \*Soranként csak egy oválist jelöljön be.
- Fiú
  - Lány
11. Mikor kezelték a gyermekét kórházban? \*Soranként csak egy oválist jelöljön be.
- Néhány napja
  - Egy hete
  - Kevesebb, mint egy hónapja
  - Több, mint egy hónapja
  - Több, mint fél éve
  - Több, mint egy éve
12. Hány napot töltött kórházban a gyermeke? \*  
Kérem, csak egy számmal válaszoljon! Pl. 5
13. Ezt az alkalmat megelőzően hányszor részesült a gyermeke már kórházi ellátásban? \*  
Kérem, csak egy számmal válaszoljon! Pl. 5
14. Milyen betegséggel voltak kórházban ebben az esetben?

15. Van gyermekének tartós betegsége, amivel kórházi kezelésekre jár? \* Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen
- Nem

16. Ha igen, mi a tartós betegsége?

### Ellátásra vonatkozó kérdések

17. Hol részesültek kórházi ellátásban? \*Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Vidék
- Megyeszékhely
- Főváros
- Egyéb:

18. Mennyire érezte gyermekbarátnak az ellátást? \*

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

1      2      3      4      5

egyáltalán nem

teljes mértékben

19. Ön jelen volt gyermeke ellátása során? \*

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Minden beavatkozás alkalmával
- Volt olyan beavatkozás, amikor nem
- Nem tudtam ott lenni vele

20. Ön mennyire tartja fontosnak a gyermek értelmi szintjének megfelelő pszichés felkészítést a beavatkozások előtt? \*



Soranként csak egy oválist jelöljön be.

1 2 3 4 5

nem tartom fontosnak

nagyon fontosnak tartom

21. A kórházba kerüléskor Ön szerint mennyire félt a gyermeke az ellátástól? \*

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

1 2 3 4 5

egyáltalán nem

nagyon

22. Gyermeke kórházba kerülésekor Ön mennyire félt az ellátástól? \*

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

1 2 3 4 5

egyáltalán nem

nagyon

23. Mit gondol mennyire terhelte meg lelkileg a gyermekét a kórházi kezelés? \*

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

1 2 3 4 5

egyáltalán nem

nagyon

24. Önt mennyire terhelte meg lelkileg a gyermeke kórházi kezelése? \*

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

1 2 3 4 5

egyáltalán nem

nagyon

25. Ön kapott bármilyen lelki támogatást vagy segítséget gyermeke kórházi kezelése alatt? \*Soronként csak egy oválist jelöljön be.
- Igen
  - Nem
26. Ha igen, kitől?
- Ápoló
  - Pszichológus
  - Egyéb:
27. Ha nem, szükségesnek tartotta volna? Soronként csak egy oválist jelöljön be.
- Igen
  - Nem
28. Milyen ápolási beavatkozások történtek gyermekénél? \*  
Több válasz is megjelölhető!
- Vérnyomásmérés
  - Pulzoximetria
  - Oxigén-terápia
  - Inhalációs terápia
  - Injekciózás
  - Lázmérés
  - Vérvétel
  - Branül szűrés
  - Infúzió adása
  - Gyógyszerelés
  - Ágyban mosdatás
  - Ágyban ürítés (ágytál, kacska, bili)
  - Beöntés
  - Katéterezés
  - Egyéb:
29. Mennyire volt jellemző, hogy elmagyarázták/játékkal bemutatták gyermekének a beavatkozás menetét? \*

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

1 2 3 4 5

nem történt ilyen

minden alkalommal

30. Ha történt ilyen, milyen beavatkozások előtt? \*Több válasz is megjelölhető!

- Vérnyomásmérés
- Pulzoximetria
- Oxigén-terápia
- Inhalációs terápia
- Injekciózás
- Lázmérés
- Vérvétel
- Branül szúrás
- Infúzió adása
- Gyógyszerelés
- Ágyban mosdatás
- Ágyban ürítés (ágytál, kacska, bili)
- Beöntés
- Katéterezés
- Nem történt ilyen
- Egyéb:

31. Ha igen, vagy részben, használtak hozzá valamilyen segédeszközt?  
Pl. játékot, videót, könyvet Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Nem használtak semmit
- Csak egy-egy beavatkozás magyarázatánál
- Minden esetben használtak

32. Ha igen, mit?

33. Ha történt ilyen pszichés felkészítés a beavatkozások előtt, ez hogyan hatott a gyermekére? Több válasz is megjelölhető!
- Csökkentette a félelmét
  - Nyugodtabb volt a beavatkozás közben
  - Megértette miért szükséges a beavatkozás
  - Engedte a beavatkozás elvégzését
  - Együttműködött az ápolókkal
  - Nem volt dühös a beavatkozás végén, nem élte meg büntetésként
  - Nem segített, a gyermek ugyanúgy szorongott, és félt
  - Egyéb:
34. Ha történt ilyen pszichés felkészítés a beavatkozások előtt, azt ki végezte? \*  
Több válasz is megjelölhető!
- Ápoló
  - Pszichológus
  - Lelki gondozó
  - Szülő
  - Nem történik ilyen felkészítés
  - Egyéb:
35. Úgy érzi korának, értelmi szintjének megfelelő tájékoztatást kapott gyermeke a beavatkozások alkalmával? \*Soranként csak egy oválist jelöljön be.
- Igen
  - Nem
  - Részben
36. Mennyire érezte megfelelőnek a gyermeke felkészítését, tájékoztatását? \*  
Soranként csak egy oválist jelöljön be.
- |                         |   |   |   |   |   |                            |
|-------------------------|---|---|---|---|---|----------------------------|
|                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |                            |
| nem volt megfelelő volt |   |   |   |   |   | teljes mértékben megfelelő |
37. Gyermekének szorongását, tiltakozó reakcióját korának és értelmi szintjének megfelelően kezelték a beavatkozások alkalmával? \*
- Soranként csak egy oválist jelöljön be.

1 2 3 4 5

egyáltalán nem

teljes mértékben

38. Az osztályon dolgozók nagyon barátságosak, türelmesek voltak, megfelelő időt szántak Önre és gyermekére? \*

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

1 2 3 4 5

egyáltalán nem

teljes mértékben

39. Gyermeked aranyosnak, kedvesnek találta az ápolókat? \*

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

1 2 3 4 5

egyáltalán nem

teljes mértékben

40. Összességében hogyan értékelné a gyermeke pszichés felkészítését a kórházi tartózkodás alatt? \*

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

1 2 3 4 5

nem tartom megfelelőnek  
megfelelőnek tartom

teljes mértékben

41. Kérem, idézze fel, a kórházi tartózkodás alatt és a következő heti érzéseit. Kérem, minden állításnál jelölje meg milyen gyakran voltak Önre jellemzők az alábbi tételek. \* Soronként csak egy oválist jelöljön be.

0- egyáltalán nem

1- ritkán

2- néha

3- gyakran

4- mindig

1.	Bármilyen, ami rá emlékeztetett visszahozta az ezzel kapcsolatos érzéseimet.	0 1 2 3 4
2.	Nehézségeim voltak a koncentrációval.	0 1 2 3 4
3.	Más dolgok folyton eszembe juttatták.	0 1 2 3 4
4.	Ingerlékeny és dühös voltam.	0 1 2 3 4
5.	Nem hagytam, hogy felidegesítsen, amikor erre gondoltam, vagy emlékeztettek rá.	0 1 2 3 4
6.	Akkor is gondoltam rá amikor nem akartam.	0 1 2 3 4
7.	Úgy éreztem mintha meg sem történt volna, vagy nem a valóságban történt volna.	0 1 2 3 4
8.	Elkerültem az erre emlékeztető dolgokat.	0 1 2 3 4

9.	Képek jutottak eszembe róla.	0 1 2 3 4
10.	Izgatott voltam és mindentől könnyen megrémültem.	0 1 2 3 4
11.	Próbáltam nem gondolni rá.	0 1 2 3 4
12.	Tudatában voltam, hogy még mindig sok érzésem van ezzel kapcsolatban, de nem foglalkoztam velük.	0 1 2 3 4
13.	Egyfajta tompaságot éreztem ezzel kapcsolatban.	0 1 2 3 4
14.	Bármí, ami rá emlékeztetett, visszahozta az ezzel kapcsolatos érzéseket.	0 1 2 3 4
15.	Nehézségeim voltak az elalvással.	0 1 2 3 4
16.	Hullámokban az erős érzések törtek rám az eseménnyel kapcsolatban.	0 1 2 3 4
17.	Próbáltam kitörölni az emlékezetemből.	0 1 2 3 4
18.	Nehezen tudtam koncentrálni.	0 1 2 3 4
19.	Az eseményre emlékeztető dolgok heves testi reakció váltottak ki nálam (pl.:izzadás, nehézlégzés, émelygés, gyors szívverés).	0 1 2 3 4
20.	Álmodtam róla.	0 1 2 3 4
21.	Állandóan résen voltam és figyeltem.	0 1 2 3 4

22.	Megpróbáltam nem beszélni róla.	0 1 2 3 4
-----	---------------------------------	-----------



#### **4. számú melléklet: A kérdőívet kitöltők saját véleménye a kutatási témához kapcsolódóan**

##### ÁPOLÓI VÉLEMÉNYEK A TÉMÁBAN

„Sajnos az idő szűke, amivel küzdenünk kell. Kevés az ápoló, sok az ellátott. A szülők néha több problémát jelentenek, mint az ápolást igénylő gyermek. Személy szerint azt sérelmezem, hogy a gyermekek pszichés támogatására kialakított idő helyett, olyan feladatok végzése kerül előtérbe, ami segédápolói munka kellene, hogy legyen. Többet is tehetnénk, ha időnk engedné.”

„Ez egy nagyon érdekes téma, de nem szabad elfelejteni, hogy a szülőkre is kölcsönösen hatással vannak a gyereket ért pszichés hatások, a stresszt sokszor az ápolókon vezetik le. Emiatt lehetnek az ápolók inkább frusztráltak, illetve a megnövekedett adminisztráció és orvosi követelmények miatt nincs elég idő foglalkozni a gyerekekkel. A legritkábban okozzák maguk a gyerekek a pszichés terheléseket nekünk.”

„Fontos témát feszeget. A mai ápolási menetben rendkívül meghatározó az időfaktor. A téma, amivel foglalkozik, rendkívül időigényes, sok türelmet igényel, de nagyon fontos. Az ápolónőnek segítségre van szüksége ebben a munkában. Pedagógus, pszichológus, szülő. orvos személyében. Bár a tapasztalat az, hogy aki a beavatkozást végzi, attól fogadják szívesebben a felkészítő mondatokat. Az előzetes beszélgetések is sokat segítenek.”

„A világon a legszebb dolog gyermekápolónak lenni!”

„Fontosnak tartom a gyermekek pszichés felkészítését mindennemű beavatkozás, osztályos felvétel előtt.”

„Köszönöm, hogy ezt a témát választottad, nagyon mostoha terület ez, és nagyon sok lenne a tennivaló is. (egyre kevesebben vagyunk).”

„Jó, hogy végre valaki erről a témáról ír, a mai EÜ helyzetben nagyon fontos kérdés. Az ápolókra is nagyon ráfér a pszichés támogatás.”

„Osztályunknak lenne a legnagyobb szüksége pszichológusra, mind a gyermekeknek, mind a szülőknek, és nekünk nővéreknek is, hiszen hónapokig vannak kórházban, és a kezelések alatt rosszul érzik magukat, fájdalmas beavatkozásokon esnek át, a szülő kiesik a munkából, jobb esetben a gyerek mellett van, tele kételyekkel, aggodással, bizonytalansággal, kérdésekkel, és mi leterhelt nővérek próbálunk meg válaszokat, megnyugtatót adni, kompetenciánkon belül, közben a mi érzéseink, élményeink sem kerülnek feldolgozás alá.”

„Kívánom, hogy sikerüljön bebizonyítani mekkora szükség van képzett lelkiigondozókra beteg- és eü dolgozói "orvos is!" szinten egyaránt”

„Úgy gondolom, hogy nagyon fontos lenne a pszichés felkészítés a gyermekek körében, de ezt nem egy külön személy kellene végezze, hanem az ott dolgozó, minden nap a betegekkel foglalkozó ápoló feladata kell hogy legyen. Mivel csak így tud igazán kialakulni egy bizalmi kapcsolat, és úgy gondolom, hogy csak így tud igazán megvalósulni az a sok előny, amit eredményez a pszichés felkészítés. Hiszen nem egy plusz anyukára van szüksége a gyermeknek, hanem hogy megbízzon az ápolóban, aki a beavatkozást végzi. Így fő feladatnak vagy célnak inkább azt látom, hogy olyan munkakörülményeket tudjunk kialakítani, illetve eszközöket nyújtani az ápolóknak, amik segítségével belefér idejükbe ez a tevékenység is. Illetve felhívni az ápolók figyelmét a felkészítés fontosságára.”

## SZÜLŐI VÉLEMÉNYEK A TÉMÁBAN

„A gyermekem nem kapott megfelelő tájékoztatást a műtéti beavatkozás előtt, ugyanakkor, elmondtam az osztályon dolgozóknak, hogy én hogy mondtam el, hogy mi történik majd, ezt figyelembe vették, ha szóba került, akkor így említették előtte a dolgot. Ezzel kapcsolatban nincsenek rossz érzéseim, hiszen borzasztóan leterheltek a kórházi dolgozók, nem is volt elvárásom, hogy felkészítsék őt, az az én feladatom. Infúzió, vagy vénás gyógyszerelés előtt gyorsan elmondták mi fog történni, mit csinálnak majd vele. A kislányomnak ez a második agy műtétje volt, sajnos rutinból ismerte már a folyamatokat. Szerették őt nagyon, mert együttműködő gyermek, mindig kedvesek voltak vele.”

„Nagyon fontosnak tartanám a szülők lelki támogatását. A mi esetünkben az egyik lányom születési rendellenessége miatt több operáción esett át, másik lányom pedig varicella encephalitis miatt volt kórházban. Mind a két esetben fantasztikus segítőkészséget tapasztaltam az ápolók és az orvosok részéről, ami az ellátást vagy a tájékoztatást illeti. De nagyon jó lett volna, ha valaki segít feldolgozni a történeteket, ha egy szakember csak velem foglalkozott volna, segített volna az érzéseimet feldolgozni. Nagy teher ez a szülőknek. tartaniuk kell magukat, minden fronton, nem gyengülhetnek el.”

„A gyermek még mindig emlékszik rá, mikor a kórház mellett járunk emlegeti. Rossz emlék maradt számára, annak ellenére, hogy én igyekeztem felkészíteni a vizsgálatokra, beavatkozásokra, bár engem is csak korlátozottan, tőmondatokban tájékoztattak, leginkább csak a kérdéseimre válaszoltak. A gyermek felkészítésére kevés időt adtak, néha sürgettek. Hozzáteszem tényleg sokan, hosszasan vártak a vizsgálatokra, kezelésekre. A személyzet munkával súlyosan túlterhelt volt. Ha több ápoló, gyógyító dolgozna az osztályon minden bizonyos jobb lett volna a helyzet.”

„A mi esetünkben pszichésen nagyon megterhelő volt, az az indokolatlan (!) elválasztás, hogy 3 napig teljesen külön kórteremben, sőt külön épületben voltunk, szeparáltan a kislányomtól. Rengeteget sírt. Én is.”

„3 különböző kórházban voltunk összesen a két gyerekkel 6 alkalommal, az orvosok minden esetben rendkívüli felkészültségről tettek tanúbizonyságot, illetve kifejezetten odafigyeltek a gyerekek és a szülők érzéseire.”

„Az ápolók, orvosok túlterheltek nagyon kevés figyelem jut a munkájuk mellett a kis betegek és a szülők lelki támogatására.”

„Első gyerekkel 3 éve voltam először kórházban, majd utána többször is, most a második gyerekkel is megtapasztaltam és semmit nem változtak. Ugyanúgy kizavartak, úgy kellett erőltetnem, hogy a jelenlétemben tegyék be a branült, holott törvény adta jog. Képesek arra hivatkozni, hogy kicsi a gyerek, úgy se érti.”

„A gyermekem másfél évesen került kórházba. Annyira megviselte az a pár nap, hogy pszichológus segítségét kellett kérnünk. Most 3 éves, de még mindig viseljük a következményét sajnos.”

„10 hónaposan pici volt ugyan még, de szomorú, hogy csak 1 alkalommal próbáltak meg elterelni kis plüss játékkal a figyelmét és sima vizsgálat közben. Felháborítónak tartom, hogy a viziteknél valamit vérvételnél nem lehettem bent.”

„A válaszokhoz szükséges tudni, hogy kislányunk születésétől kezdve 8 hónapos koráig volt kórházban, kb 10 műtete volt. A nővérek és orvosok mindig beszéltek hozzá, kedvesek voltak vele, így nem érintette annyira rosszul az esetleges vérvétel vagy vizsgálat. Mindenkit mosolyogva fogadott, szeretettel vették körül, életkorának megfelelően bántak vele. Sokszor a mi (szülők) támaszai is voltak, mindig átsegítettek a nehéz helyzeteken és meglátták azokat a pillanatokat, amikor lelki segítségre, simogatásra van szükségünk. A mai napig mosolyogva megyünk kontrollra, nem maradt negatív az élmény.”

„A szülők elhelyezéséről gondoskodhatnának, fontosnak tartom a gyermek mellett a helyünk mindig és minden körülmények között.”

## A child life specialist szakemberek helye a magyarországi egészségügyi ellátás rendszerében

The position of child life specialists in the Hungarian health care system

**Szerzők:** Páll Nikoletta, Gorove Erzsébet, Baji Ildikó  
**Kulcsszavak:** gyermekápolás; pszichés támogatás; gyermek; szülő; child life specialist  
**Keywords:** paediatrics; psychological support; child; parent; child life specialist

Beküldve: 2021. 02. 20., doi: [10.24365/ef.v62i3.6143](https://doi.org/10.24365/ef.v62i3.6143)

### Összefoglaló

**Bevezetés:** A gyermekek kórházi kezelése során nyújtott pszichés támogatás és gyermekbarát ellátás mind a hazai, mind a nemzetközi kutatásokban kiemelt jelentőséggel bír. Külföldi kórházak gyermekgyógyászati osztályán és ambulanciáján child life specialist szakember segít a gyermekeknek és családoknak megbirkózni a kórházi ellátás, a betegség és a fogyatékosság kihívásaival.

**Célkitűzés:** A vizsgálat során a magyarországi gyermekellátás során nyújtott pszichés felkészítést és támogatást vizsgáltuk szülői vélemények alapján. Célunk volt továbbá, hogy megismerjük a gyermekápolók véleményét és tevékenységeit a gyermekek pszichés felkészítésével és támogatásával kapcsolatban. További célunk volt a kutatás eredményeinek tükrében, hogy bizonyítsuk a már nemzetközileg elterjedt és bizonyítottan pozitív hatású ellátási rendszer magyarországi adaptációjának szükségességét.

**Módszer:** A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara gyermekápolási tagozatának tagjai, és kórházban kezelt gyermekek szüleinek körében végzett online, kvantitatív, kérdőíves felmérés eredményeinek deskriptív és többváltozós elemzése.

**Eredmények:** A kérdőíveket 566 szülő és 361 gyermekápoló töltötte ki. Az ápolói és szülői vélemények a gyermekek pszichés felkészítéséről és támogatásáról eltérőek, az ápolók sokkal jobbra értékelték ezen tevékenységek megvalósulását. A szülői vélemények szerint a gyermekek felkészítése kevés esetben történik meg, a gyermekbarát ellátásra vonatkozó értékelésüket nagyban befolyásolta a felkészítés gyakorisága.

**Következtetés:** A child life specialist szakemberek munkájára a magyarországi gyermekellátási rendszerben is szükség van, ezért fontos lenne ezen szakma magyarországi adaptációjának kidolgozása, mely magában foglalja az ellátási struktúrába való elhelyezést, illetve a kapcsolódó kompetenciák megszerzésének oktatási szintjeit.

### Summary

**Introduction:** Psychological support and child-friendly health care provided during children's hospitalisation are particularly emphasised in both national and international research. As regards paediatrics in foreign hospitals, a child life specialist supports children and their families to cope with difficulties occurred during hospital care and with challenges caused by illnesses and handicaps.

**Aims:** Within the frame of this research, psychological preparation and support provided in Hungarian paediatrics were investigated on the basis of parents' responses. Our further aim was to get acquainted with the opinions and work of paediatric nurses in relation to children's psychological preparation and support. Our following goal was to demonstrate the necessity of developing a Hungarian version of such health care provision that has already been internationally widespread and that has definitely proved to have positive effects.

**Methods:** A descriptive and multivariate analysis was carried out relying on the results of online quantitative questionnaires filled in by members of the Chamber of Hungarian Health Care Professionals (Paediatric Department) and by parents of hospitalised children.

**Results:** Our questionnaires were filled in by 566 parents and 361 paediatric nurses. Nurses' and parents' views about children's psychological preparation and support differed. According to parents' responses, children's preparation was carried out in few cases, whereas nurses assessed the performance of this task to be much better. As a result, the frequency of preparation obviously influenced parents' evaluation of child-friendly care.

**Conclusion:** In Hungary the work of child life specialists is considered to be needed in the field of paediatrics. Thus, it would be essential to specify the employment of these specialists drawing special attention to their position in the system of health care provision or to their educational requirements regarding competences.

## BEVEZETÉS

A gyermekek kórházi kezelése során fontos a pszichés támogatás, mely magában foglalja a gyermekbarát környezet és ellátás biztosítását, az életkornak megfelelő kommunikációt és tájékoztatást, a gyermek korának és mentális szintjének megfelelően alkalmazott stresszcsökkentő módszereket és a szülői jelenlét biztosítását.<sup>1</sup> Mivel a család fontos szerepet játszik a gyermek egészségének helyreállításában, és a gyermeknek joga van a kapcsolattartáshoz, ezért a beteg- és család-központú gondozás (*patient-centered and family-centered care, PFCC*) napjainkban már minden gyermekosztályon természetes jelenség. Ezért a kórházi kezelés során nem csak a gyermek, de a család pszichés támogatása is alapvető fontosságú.<sup>2,3,4</sup> Számos vizsgálat foglalkozik a gyermekek kórházi kezelésének, mint stresszteli életeseménynek a szülőkre gyakorolt hatásaival. A gyermekek kórházi kezelése során Olsson és mtsai Svédországban 48 szülővel végeztek felmérést, melyben az Események Hatása Kérdőívet (*Impact of Event Scale-Revised, IES-R*) használták. Vizsgálatukban legmagasabb értéket, azaz közepesen magas szorongást mutatott ki szülőknél a stresszes helyzetek és negatív események újraélését mérő IES-R emléketörés alskálája.<sup>5</sup> A kórházi kezelését követő 3. hónapban Franck és mtsai Angliában 108 szülővel végzett vizsgálatban közel azonos eredményekről számoltak be.<sup>6</sup>

A gyermekek ellátása során elengedhetetlen az érzelmi munka, az érzelmi odafordulás, az empátikus törődés a gyermekkel és családjával.<sup>7</sup> Az ápolók lelki megterhelését befolyásolja a gyermekek érzelmi állapota, mivel a gyermekeket érintő helyzetek gyakran nagyobb pszichológiai hatással bírnak, ezért körükben nagyobb a másodlagos traumatizáció (*secondary traumatization stress, STS*) kockázata is. Az STS olyan érzelmi és viselkedési zavart jelent, amit mások

által megtapasztalt traumatikus élmény megismerése okoz.<sup>8</sup> Így a gyermekek orvosi ellátásra történő pszichés felkészítése és lelki támogatása hatással van az ápolók érzelmi kimerülésének szintjére is.<sup>9</sup>

## HÁTTÉR

Külföldön a *child life specialist (CLS*, amit a gyermek pszichés jóllétét támogató szakemberként fordíthatnánk) alap- (BSc) vagy mesterképzés (MSc) végzettségű, a gyermek-gyógyászat területén dolgozó egészségügyi szakember, aki a kórházi és ambuláns ellátásban dolgozó csapat tagja. Ezen szakemberek lelki támogatást nyújtanak a gyermekek és családjuk számára a kórházi kezelés előtt, alatt és szükség esetén a gyászban is. A gyermekeket koruknak megfelelően készítik fel a beavatkozásokra, melyhez játékokat, meséket, nagyobb gyermekeknél táblagépes és telefonos alkalmazásokat használnak. A CLS-ek beavatkozások közben figyelemelterelést alkalmaznak, melyet játékkal, buborékfújóval, mesével, csecsemőknél simogatással és ringatással végeznek. Felmérik a gyermek érzelmi állapotát, szükség esetén további szakemberek (például pszichológus) bevonását kérhetik. Gyermekbarát légkört teremtenek a kórházi osztályokon (például játszósobák kialakításával), és gyermekbarát vagy szabadidős programokat szerveznek, melyek segítenek a stresszmentes környezet létrehozásában és részt vesznek a gyermekek és szülők edukációjában. Ezen szakemberek tevékenységének fontosságát és hatékonyságát számtalan gyermekgyógyászati területen kutatásokkal is bizonyították.<sup>10,11,12,13,14,15</sup>

A kórházi tartózkodás alatt átélt gyermeki szorongás fokozza a fájdalomérzetet, így ennek nem megfelelő enyhítése hatással lehet a jövőbeli fájdalomtoleranciára és fájdalomreakcióra.<sup>16</sup> A CLS-ek munkájának egyik alkotóeleme a

fájdalomkezelés, melynek leghatásosabb módszerei a megnyugtatás, felkészítés, játékterápia, és figyelemelterelés.<sup>17</sup> A játék-terápia kiemelt jelentőségű, Mohan és mtsai egy 123 fő részvételével zajlott indiai kutatásban 4–15 éves gyermekek körében bizonyították, hogy fájdalmas beavatkozások után a játékterápia ugyanolyan hatásos volt, mint az Entonox<sup>1</sup> terápia.<sup>18</sup> A CLS-ek a gyermekeket játék és könyvek segítségével készítik fel a műtetre, utána pedig figyelemelterelést alkalmaznak. Meletti és mtsai 118 2–8 év közötti gyermeket és szüleit vizsgálta: a minta fele részesült műtét előtti felkészítésben, másik fele pedig kontrollcsoportként nem. A felkészítésben részesült gyermekek és szülők szorongásának mértéke szignifikánsan alacsonyabb volt a kontrollcsoportéhoz képest.<sup>19</sup> A CLS-ek gyermekellátásba történő bevonásával az altatások szükségessége is csökkenthető az egyes beavatkozásoknál és vizsgálatoknál. A mágneses rezonancia vizsgálatokra való felkészítés során hang- és képfelvételeket mutatnak a gyermeknek, hogy ne szorongjanak a vizsgálat során.<sup>20,21</sup> Egy 425 fővel zajló, sugárterápiával kezelt 3–12 éves gyermekek körében zajló felmérés során megállapították, hogy a CLS-ek munkája segít közel felére csökkenteni a napi altatások szükségességét, különösen a 3–8 éves gyermekek esetében.<sup>22,23</sup> Nem csak a vizsgálatoknál, de az ápolási beavatkozásoknál is nagy szerepe van a felkészítésnek. Murag és mtsai 240 gyermek körében (átlag életkor: 7 év) mérték fel a CLS-ek munkájának hatását intravénás kanulálás során, melyben bizonyították, hogy a beavatkozás során szignifikánsan nyugodtabbak és együttműködőbbek voltak a gyerekek.<sup>24</sup> Egy másik vizsgálatban a szülők is pozitívan értékelték a CLS-ek munkáját, véleményük szerint az általuk nyújtott lelki támogatás sokat segített a kórházi kezelés ideje alatt.<sup>25</sup> A CLS-ek munkájának pozitív hatása van az ápolók munkájára is, ez utóbbiak véleménye szerint a felkészített gyermek nyugodtabb, esetükben a beavatkozások könnyebben és gyorsabban kivitelezhetőek. A gyermekek kevésbé szoronganak, ezért kevesebb negatív szituációt tapasztalnak az ellátásukban részt vevők is. Az ápolók a beavatkozásokra való felkészítést és a figyelemelterelő technikákat tartják a leghasznosabbnak, így jobban összpontosíthatnak ők is a beavatkozásokra, mindezt a

CLS-ek nélkül nem minden esetben tudnák biztosítani a gyermekeknek időhiány miatt.<sup>9</sup>

## CÉLKITŰZÉSEK

Általános célul egy gyermekápolók és kórházban kezelt gyermekek szülei körében végzett felmérés lefolytatását tűztük ki, mely a gyermekek és szülők pszichés felkészítését és támogatását vizsgálta. Ennek eredményeit felhasználva javaslatokat tehetünk a bizonyítottan pozitív hatású CLS ellátási rendszer magyarországi adaptációjának kidolgozására, mely magában foglalja az ellátási struktúrába való elhelyezést, illetve a kapcsolódó kompetenciák megszerzésének oktatási szintjeit, területeit.

## MÓDSZERTAN

### Mintavételi eljárás

Kérelemben benyújtott kutatási tervünket az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatás-ethikai bizottsága megvizsgálta, és a szakmai etikai engedélyt az ETT TUKEB 31352-3/2019/EKU számon megadta.

A vizsgálatot megalapozó elektronikus kérdőívet a Google kifejezetten online kérdőívek programozására szolgáló alkalmazásában fejlesztettük. Gyermekeápolók részére kérdőívünket a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara segítségével juttattuk el úgy, hogy a Kamara azt honlapján megjelentette, illetve hírlevelében elküldte a feliratkozottak személyes e-mail-címére. Az ápolói kérdőív a Facebook „Tankórterem” nevű oldalán szintén megosztásra került.

A szülői kérdőívet minimum 3 napig kórházban kezelt 0–14 éves gyermekek szüleinek körében töltöttük ki. A szülők részére készült kérdőívünket egyéni megkeresés nyomán egy hazai pedagógus-továbbképző cég regisztrált oktatóknak küldte el, valamint iskolák és a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet „Gyógy-hírek” Facebook-oldalán is megjelentették. Az adatfelvétel 2019. július 1. és 2020. január 31. között zajlott, s ebben az időszakban 566 szülői és 361 gyermekápolói kitöltés érkezett az online felületre. A felmérés ideje alatt beérkező valamennyi kérdőív értékelhető volt.

<sup>1</sup> Fájdalomcsillapító gáz, ami az oxigén és dinitrigén-oxid kombinációja, nevetőgázként is ismert.

## Mérőeszközök

### Gyermekápolói kérdőív

A kérdőív 62 kérdésből állt: I. kutatásba való beleegyezés (3 item), II. szociodemográfiai kérdések (8 item), III. gyermekek átlagos ápolási napjainak száma, szülői jelenlét gyakorisága, gyermekek kórházi ellátásában történő pszichés felkészítésének jellemzői (26 item), IV. a gyermekápolók érzelmi megterhelésének feldolgozására vonatkozó kérdések (24 item). A kérdőív 42 zárt és 11 nyitott kérdést, valamint 9 item esetében 5 fokozatú Likert-skálát tartalmazott.

### Szülői kérdőív

A kérdőív 40 kérdésből állt: I. kutatásba való beleegyezés (3 item), II. szociodemográfiai kérdések szülőre (5 item) és gyermekre (8 item) vonatkozóan, mint a gyermek neve, kora, a kezelés ideje és időtartama, előző betegségei, előző kórházi megjelenéseinek száma és oka, III. a gyermek kórházi ellátására, a gyermek és a szülő pszichés megterhelésére vonatkozó kérdések (24 item), melyekben vizsgáltuk a szülő és a gyermek félelmét, pszichés megterhelését a kórházi ellátás alatt, illetve a felkészítéssel való elégedettséget, és a kórház gyermekbarát megítélését. A kérdőív 21 zárt, 6 nyitott kérdést és 12 item esetében 5 fokozatú Likert-skálát tartalmazott.

### Események Hatása Kérdőív

Kérdőívünkben az IES-R továbbfejlesztett, magyar változatát használtuk, amely a traumatikus esemény hatására megélt szubjektív stresszt leíró jelenségek gyakoriságát méri 5 fokozatú Likert-skálán.<sup>26</sup> A skála pontozása 0–4 között történik, a 0, egyáltalán nem voltak jellemzők és a 4, mindig jellemzők voltak végpontok között. Az IES-R kérdőív alszkálái az emléketörés (a történetek újraélése), elkerülés (traumára emlékeztető ingerek aktív elkerülése) és a hiperarousal (a külvilág ingereivel szembeni fokozott érzékenység) voltak. A szülőknél gyermekük betegségének idejére vonatkozóan kellett meghatározniuk, hogy az egyes állítások mennyire voltak rájuk jellemzők, míg az ápolóknak a legutóbbi munkájuk során tapasztalt negatív esemény hatásait kellett felidézniük. A magasabb

pontszám magasabb szubjektív distressz-szintet jelentett a kórházi ellátás kapcsán.

### Adatfeldolgozás és -elemzés

Az adatok feldolgozását és elemzését az SPSS 25.0 statisztikai programcsomag (IBM Corporation, Armonk, NY, Amerikai Egyesült Államok) segítségével végeztük. Az elemzés során az egyes kérdésekre adott válaszok relatív gyakorisági eloszlását, a képzett indexek esetében emellett azok leíró statisztikáit vizsgáltuk. Elemzést megelőzően az IES-R alszkála értékek alszkálánként  $\log(x+1)$  transzformálva lettek eloszlásuk normalizálása érdekében. Annak összehasonlítása, hogy átlagosan mekkora IES-R alszkála értékek jellemezték a szülőket és ápolókat, mindhárom alszkála esetén Welch-féle t-teszt került alkalmazásra. Az ordinális pontszám változókat ordinális regresszió alkalmazásával elemeztük. Azokat a kérdéseket, melynél több válasz is megjelölhető volt, kontingencia táblák elemzésével, chí-négyzet-próbával teszteltük. További kérdések elemzése chí-négyzet-próbával történt és Mann–Whitney U-tesztekkel lettek összehasonlítva.

## EREDMÉNYEK

Az ápolókra és a szülőkre vonatkozó demográfiai mutatók alakulását az 1. táblázatban mutatjuk be. A gyermekek átlagéletkora az ellátás idejében 4,40 év (SD = 3,846, Min. = 0, Max. = 14) volt. Átlagosan 7,28 napot (SD = 10,763, Min. = 3, Max. = 100) töltöttek kórházban, mely közel megegyezik az ápolói mintán vizsgált adatokkal. Az ápolói válaszok alapján a gyermekek átlagosan 6,45 napot töltöttek el a vizsgálatban részt vett egészségügyi intézményekben (SD = 8,652, Min. = 0, Max. = 70). A kórházi kezelés 38,1% esetében egy éven belül, 61,8% esetében több, mint egy éve történt. A vizsgálatban részt vett gyermekek ezt az alkalmat megelőzően átlagosan: 1,70 alkalommal (SD = 3,268, Min. = 0, Max. = 35) részesültek már kórházi kezelésben. A szülőik válasza alapján 57,2%-uk a kórházi kezelés során minden beavatkozás alkalmával gyermeke mellett volt, 40,8%-uk csak részben, 1,9%-uk pedig nem tudott a gyermeke mellett maradni. Az ápolók becslése szerint a szülők 29,6%-a folyamatosan gyermeke mellett volt a



kórházi kezelés során, 62,3%-uk csak részben és 8%-uk nem volt jelen. A szülői válaszok alapján a jelenlétet befolyásolta a gyermek betegsége ( $p = 0,014$ ), a kezelés időtartama: hosszabb kezelési idő alatt kevesebbszer volt gyermeke

mellett a szülő), valamint az ellátási osztály: a szülői jelenlét ideje az intenzív és koraszülött osztályokon kezelt gyermekek esetében volt a legalacsonyabb.

1. táblázat: A válaszadó ápolók és szülők szociodemográfiai mutatói

	Ápoló (n = 361 fő)	Szülő (n = 566 fő)																		
<b>Nem</b>	Nő: 98,3%, férfi: 1,7%	Nő: 96,6%, férfi: 3,4%																		
<b>Életkor</b>	Átlag: 40,37, SD: 11,222, Min.: 18, Max.: 66	Átlag: 38,23, SD: 6,827, Min.: 21, Max.: 82																		
<b>Legmagasabb iskolai végzettség</b>	<table border="1"> <tr> <td>Segédápoló</td> <td>1,38%</td> </tr> <tr> <td>Szakápoló (OKJ)</td> <td>75,62%</td> </tr> <tr> <td>Diplomás ápoló (BSc)</td> <td>19,11%</td> </tr> <tr> <td>Egyetemi okleveles ápoló (MSc)</td> <td>3,88%</td> </tr> </table>	Segédápoló	1,38%	Szakápoló (OKJ)	75,62%	Diplomás ápoló (BSc)	19,11%	Egyetemi okleveles ápoló (MSc)	3,88%	<table border="1"> <tr> <td>Szakközépiskola</td> <td>24,7%</td> </tr> <tr> <td>OKJ</td> <td>17,1%</td> </tr> <tr> <td>Főiskola/BSc/BA</td> <td>32,3%</td> </tr> <tr> <td>Egyetem/MSc/MA</td> <td>25,0%</td> </tr> <tr> <td>Egyéb</td> <td>0,8%</td> </tr> </table>	Szakközépiskola	24,7%	OKJ	17,1%	Főiskola/BSc/BA	32,3%	Egyetem/MSc/MA	25,0%	Egyéb	0,8%
Segédápoló	1,38%																			
Szakápoló (OKJ)	75,62%																			
Diplomás ápoló (BSc)	19,11%																			
Egyetemi okleveles ápoló (MSc)	3,88%																			
Szakközépiskola	24,7%																			
OKJ	17,1%																			
Főiskola/BSc/BA	32,3%																			
Egyetem/MSc/MA	25,0%																			
Egyéb	0,8%																			
<b>Hány éve dolgozik gyermekápolóként?</b>	Átlag: 17,94, SD: 12,839, Min.: 1, Max.: 45																			
<b>Családi állapot</b>	<table border="1"> <tr> <td>Egyedülálló</td> <td>31,58%</td> </tr> <tr> <td>Párkapcsolatban él</td> <td>68,42%</td> </tr> </table>	Egyedülálló	31,58%	Párkapcsolatban él	68,42%	<table border="1"> <tr> <td>Egyedülálló</td> <td>10,07%</td> </tr> <tr> <td>Párkapcsolatban él</td> <td>89,93%</td> </tr> </table>	Egyedülálló	10,07%	Párkapcsolatban él	89,93%										
Egyedülálló	31,58%																			
Párkapcsolatban él	68,42%																			
Egyedülálló	10,07%																			
Párkapcsolatban él	89,93%																			
<b>Saját gyermekek száma</b>	Átlag: 1,23, SD: 1,222, Min.: 0, Max.: 12	Átlag: 1,98, SD: 0,897, Min.:1, Max.: 7																		
	<b>Ápoló (n = 361 fő)</b>	<b>Szülő (n = 566 fő)</b>																		
<b>Nem</b>	Nő: 98,3%, férfi: 1,7%	Nő: 96,6%, férfi: 3,4%																		
<b>Életkor</b>	Átlag: 40,37, SD: 11,222, Min.: 18, Max.: 66	Átlag: 38,23, SD: 6,827, Min.: 21, Max.: 82																		
<b>Legmagasabb iskolai végzettség</b>	<table border="1"> <tr> <td>Segédápoló</td> <td>1,38%</td> </tr> <tr> <td>Szakápoló (OKJ)</td> <td>75,62%</td> </tr> <tr> <td>Diplomás ápoló (BSc)</td> <td>19,11%</td> </tr> <tr> <td>Egyetemi okleveles ápoló (MSc)</td> <td>3,88%</td> </tr> </table>	Segédápoló	1,38%	Szakápoló (OKJ)	75,62%	Diplomás ápoló (BSc)	19,11%	Egyetemi okleveles ápoló (MSc)	3,88%	<table border="1"> <tr> <td>Szakközépiskola</td> <td>24,7%</td> </tr> <tr> <td>OKJ</td> <td>17,1%</td> </tr> <tr> <td>Főiskola/BSc/MA</td> <td>32,3%</td> </tr> <tr> <td>Egyetem/MSc/MA</td> <td>25,0%</td> </tr> <tr> <td>egyéb</td> <td>0,8%</td> </tr> </table>	Szakközépiskola	24,7%	OKJ	17,1%	Főiskola/BSc/MA	32,3%	Egyetem/MSc/MA	25,0%	egyéb	0,8%
Segédápoló	1,38%																			
Szakápoló (OKJ)	75,62%																			
Diplomás ápoló (BSc)	19,11%																			
Egyetemi okleveles ápoló (MSc)	3,88%																			
Szakközépiskola	24,7%																			
OKJ	17,1%																			
Főiskola/BSc/MA	32,3%																			
Egyetem/MSc/MA	25,0%																			
egyéb	0,8%																			
<b>Hány éve dolgozik gyermekápolóként?</b>	Átlag: 17,94, SD: 12,839, Min.: 1, Max.: 45																			
<b>Családi állapot</b>	<table border="1"> <tr> <td>Egyedülálló</td> <td>31,58%</td> </tr> <tr> <td>Párkapcsolatban él</td> <td>68,42%</td> </tr> </table>	Egyedülálló	31,58%	Párkapcsolatban él	68,42%	<table border="1"> <tr> <td>Egyedülálló</td> <td>10,07%</td> </tr> <tr> <td>Párkapcsolatban él</td> <td>89,93%</td> </tr> </table>	Egyedülálló	10,07%	Párkapcsolatban él	89,93%										
Egyedülálló	31,58%																			
Párkapcsolatban él	68,42%																			
Egyedülálló	10,07%																			
Párkapcsolatban él	89,93%																			
<b>Saját gyermekek száma</b>	Átlag: 1,23, SD: 1,222, Min.: 0, Max.: 12	Átlag: 1,98, SD: 0,897, Min.:1, Max.: 7																		

Forrás: saját szerkesztés

### Az ápolói beavatkozások pszichés felkészítésre vonatkozó adatok

A kórházi gyermekbarát ellátás megítélésében szignifikáns eltérést találtunk ( $p < 0,001$ , Mann–Whitney U-próba = 56 742) a szülői és az ápolói megítélés között: 5 fokozatú skálán az ápolók magasabbra értékelték ennek megvalósulását. A gyermekbarát ellátás megítélését vizsgáltuk a gyermekek betegségével és a kórházi osztály profiljával kapcsolatosan: a kórházi osztály profilja a gyermekbarát ellátás megítélésével összefüggést mutatott ( $p = 0,001$ ,  $df = 11$ ), melynek értékelése az intenzív osztályon és a sürgősségi osztályokon volt a legalacsonyabb.

Abban a kérdésben, hogy mennyire tartják fontosnak a gyermek életkorának és mentális állapotának megfelelő pszichés felkészítést az ápolói beavatkozások előtt, szignifikáns különbséget találtunk a két csoport között ( $p = 0,004$ , Mann–Whitney U-próba = 78 322), ennek fontosságát egy 1–5-ig terjedő skálán szülők magasabbra értékelték.

Ugyanezen skála segítségével azt is felmértük, mennyire volt jellemző a gyermekek kórházi kezelése során, hogy elmagyarázták, illetve játékkal bemutatták a beavatkozás menetét. A szülői tapasztalatok alapján ennek átlaga 2,03

volt ( $SD = 1,362$ ), amely inkább a „nem történt ilyen” válaszhoz közelített. Ezzel ellentétben az ápolók ezt a kérdést átlagosan 4,38-ra, „legtöbb esetben megtörténtként” ( $SD = 0,896$ ) értékelték, amely szignifikáns különbséget mutatott ( $p < 0,001$ , Mann–Whitney U-próba = 19 299) a két csoport között. Az ápolási beavatkozások és a felkészítés gyakoriságát a szülői és ápolói vélemények alapján a 2. táblázatban mutatjuk be.

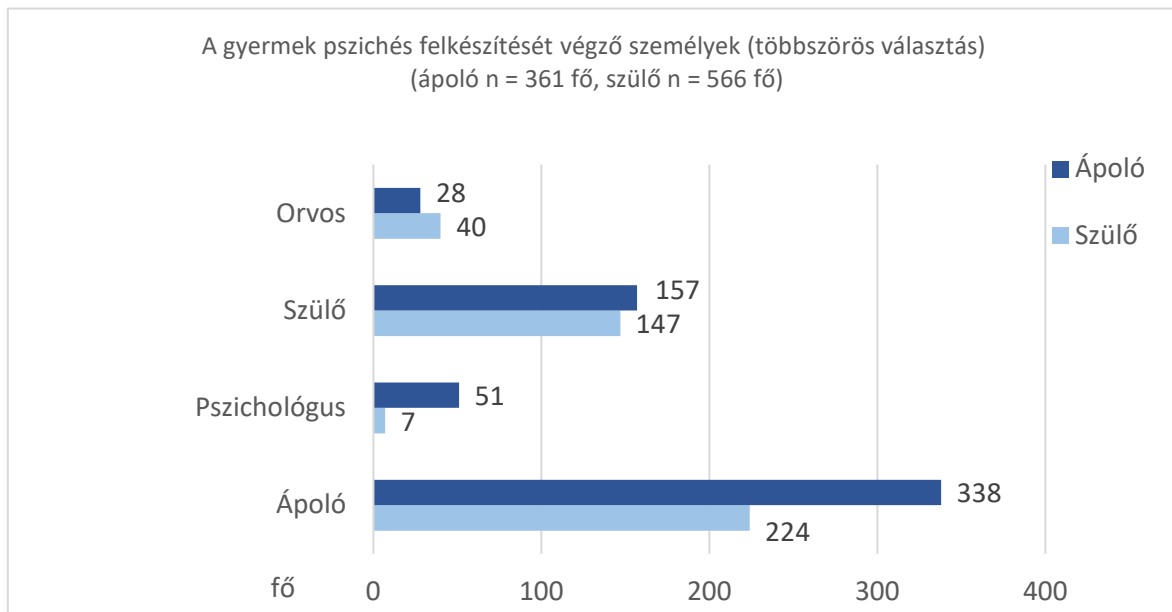
Szintén 1–5-ig terjedő skálán a szülők átlagosan 2,69-re ( $SD = 1,494$ ) „esetek felében megtörténtre” értékelték a gyermek felkészítését és tájékoztatását a kórházi kezelés során. A felkészítés gyakorisága összefüggést mutatott a gyermek betegségével ( $p = 0,015$ ,  $df = 36$ ) és a kórházi osztály profiljával ( $p < 0,001$ ,  $df = 11$ ). Mindkét csoport eredményei alapján az onkológiai, traumatológiai és belgyógyászati betegségeknél az átlaghoz képest gyakrabban történt meg a gyermek pszichés felkészítése és támogatása, míg műtétek előtt, illetve a koraszülöttek és csecsemők ellátása során ez nem volt jellemző. A kórházi osztályok profiljával kapcsolatban a sebészeti és belgyógyászati osztályon magasabb arányban, míg a csecsemő- és intenzív osztályon nem volt jellemző a gyermek pszichés felkészítése és támogatása. A felkészítést leggyakrabban az ápolók és a szülők végezték. [1. ábra]

2. táblázat: Az ápolási beavatkozások és felkészítések gyakorisága

Ápolási beavatkozás	Szülő		Ápoló	
	Beavatkozás gyakorisága (eset)	Felkészítés gyakorisága (eset)	Beavatkozás végzése (eset)	Felkészítés gyakorisága (eset)
Vérnyomásmérés	368	86	305	256
Pulzoximetria	187	35	292	231
Oxigénterápia	83	11	197	187
Inhalációs terápia	146	31	188	193
Injekciózás	275	59	240	250
Lázmérés	480	58	324	213
Vérvétel	496	133	319	311
Perifériás kanül bevezetése	465	153	305	305
Infúzió adása	402	75	310	271
Gyógyszerelés	369	39	311	251
Ágyban mosdatás	59	6	130	120
Ágyban ürítés (ágytál, kacsza, bili)	74	9	134	122
Sebktözés	10	2	12	3
Orrváladék eltávolítás	4	0	8	1

Forrás: saját szerkesztés

1. ábra: A gyermek felkészítését végző személyek megoszlása

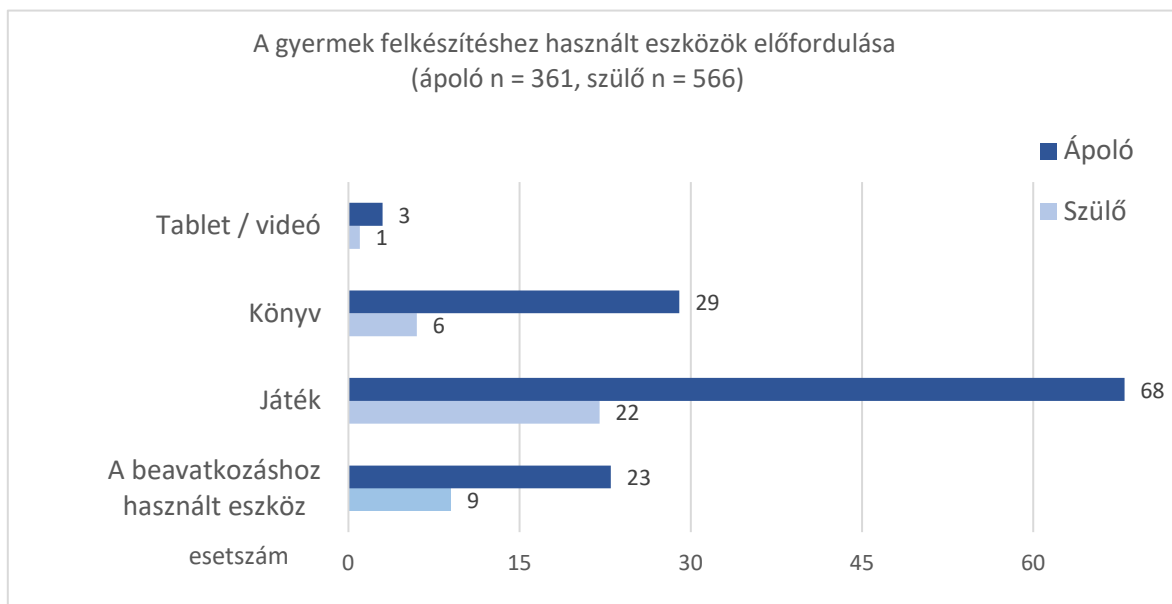


Forrás: saját szerkesztés

Az ápolók a felkészítést legtöbb esetben (304 fő) a gyermek igényeinek és lelkiállapotának megfelelően végzik, míg 128-an ezt az idejüktől teszik függővé. A gyermekápolók 67%-a szerint a felkészítések azért nem rendszeresek, mert nincs rá elegendő idejük, vagy a szülő megteszi

ezt helyettük. Az ápolók véleményük szerint gyakrabban használtak eszközt a felkészítéshez ( $p < 0,001$ , Mann-Whitney U-próba = 48 625), mint a szülők, mely legtöbbször játék vagy könyv volt. [2. ábra]

2. ábra: A gyermek felkészítéséhez használt eszközök

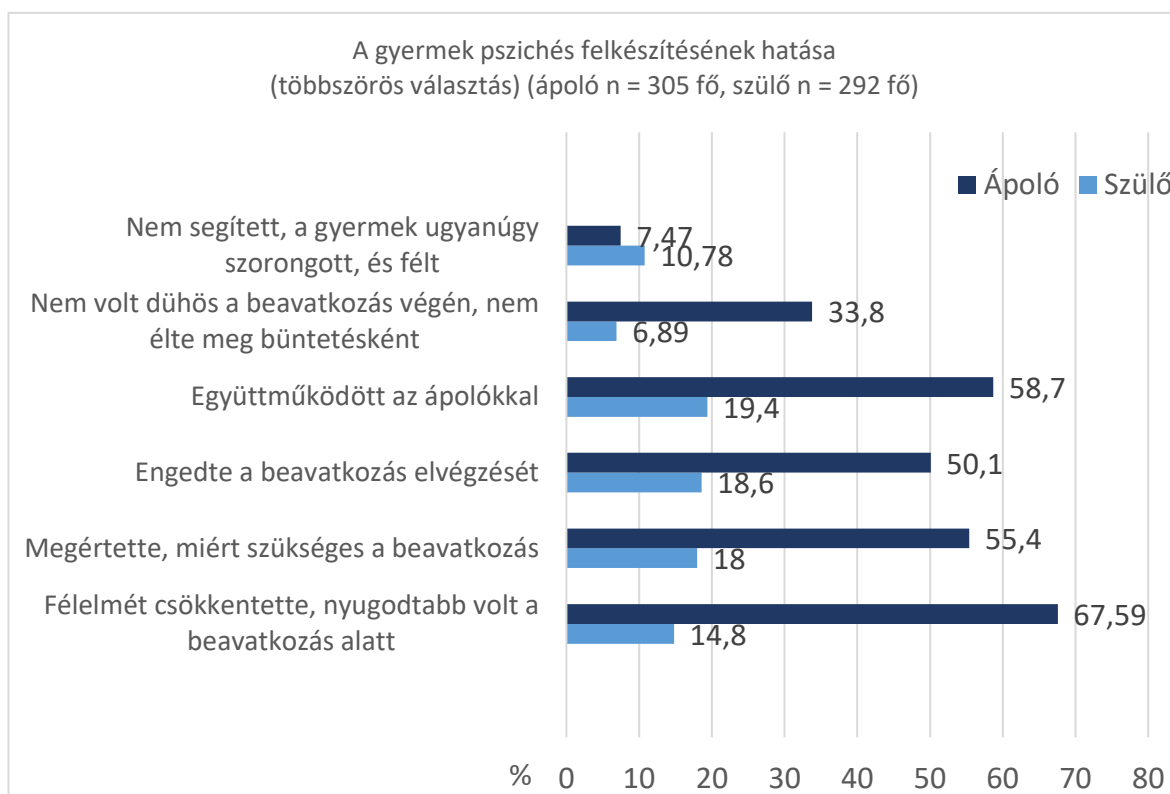


Forrás: saját szerkesztés

Amennyiben történt pszichés felkészítés, az az ápolói és szülői vélemények szerint is a legtöbbször pozitívan hatott a gyermekre. [3. ábra] Az

ápolók szerint ez szignifikánsan többször ( $p < 0,001$ ,  $df = 9$ ) volt tapasztalható.

3. ábra: A gyermek pszichés felkészítésének hatása



Forrás: saját szerkesztés

### A pszichés támogatásra vonatkozó eredmények

A kórházi kezelés során egy 5 fokozatú skálán a gyermekek lelki megterheltségét az ápolók szignifikánsan magasabbnak ítélték ( $p = 0,004$ ,  $df = 4$ ), mint a szülők. A szülői vélemények szerint a kórházi kezelés az onkológiai, kora-született és fül-orr-gégészeti osztályon terhelték meg legjobban a gyermeket ( $p < 0,001$ ,  $df = 11$ ), míg az ápolók a sebészeti, intenzív és onkológiai osztályokon értékelték ezt magasabbnak ( $p < 0,001$ ,  $df = 11$ ).

A szülők szignifikánsan magasabbnak osztályozták kórházi ellátástól való félelmüket és a lelki megterheltségüket a kezelés alatt, mint gyermekükét ( $p < 0,001$ ,  $df = 1$ ). A szülői lelki megterheltségének értéke szignifikáns összefüggést mutatott a gyermek életkorával: minél fiatalabb volt a gyermek, annál magasabb volt a szülői szorongás mértéke ( $p < 0,001$ ,  $df = 17$ ), mindemellett azok a szülők, akiknek több gyermekük is volt, szignifikánsan magasabbnak értékelték ( $p = 0,040$ ,  $df = 7$ ) szorongásukat. A szülői pszichés megterheltsége a gyermek betegségével is

összefüggött, szignifikánsan magasabb értékek ( $p = 0,007$ ,  $df = 36$ ) voltak kimutathatók azoknál a szülőknél, akinek gyermekét daganatos, kardiológiai, újszülöttkori megbetegedés vagy kora-születtség miatt kezelték. A szülők közel 70%-a nem kapott lelki támogatást a kórházi kezelés során, pedig nagy részük igényelte volna. Azokban az esetekben, ahol a gyermek lelki támogatását a szülők pozitívan értékelték, alacsonyabb ítélték saját szorongásuk mértékét ( $p = 0,000$ ,  $df = 1$ ).

Egy 1–5-ig terjedő skálán az ápolók szignifikánsan jobbnak, a gyermek életkorának és értelmi szintjének megfelelőnek ítélték a gyermekek szorongásának, tiltakozó reakciójának beavatkozások alatti kezelését, mint a szülők ( $p < 0,001$ , Mann-Whitney U-próba = 48 586). Azon esetekben, amikor a gyermeket felkészítették, a szülők szignifikánsan magasabbnak értékelték a gyermek pszichés támogatását ( $p < 0,001$ ,  $df = 1$ ). Összességében a gyermekek pszichés támogatását a kórházi ellátás során az ápolók szignifikánsan jobbnak ítélték meg, mint a szülők ( $p < 0,001$ , Mann-Whitney U-próba = 42 156).

### Ápolói pszichés terhelésre vonatkozó eredmények

Az ápolók egy 1–5-ig terjedő skálán közel 4-re, vagyis lelkileg megterhelőnek értékelték munkájukat, mely a gyermekek átlagos ápolási napjainak számával és a gyermek pszichés megterheltségének megítélésével összefüggést mutatott. Az ápolók szignifikánsan megterhelőbbnek érzik munkájukat rövidebb ápolási idő esetében ( $p < 0,001$ ,  $F = 12,930$ ,  $df = 22$ ). Azokban az esetekben, ahol az ápolók szerint a kórházi ellátás jobban megterhelő volt a gyermek számára, munkájukat is lelkileg megterhelőbbnek értékelték ( $p < 0,001$ ,  $df = 4$ ,  $khí-négyzet = 60,807$ ). Az ápolók 5 fokozatú skálán közepesre

(Átlag = 3,20 SD = 1,158) értékelték az osztályon folyó lelki segítségnyújtást, és 62%-uk szükséges tartaná egy segítő szakember jelenlétét az osztályon.

### Az Események Hatása Kérdőív eredményei

Az IES-R kérdőívvel a traumatikus esemény hatására megélt szubjektív stresszt leíró jelenségek gyakoriságát vizsgáltuk szülőknél és ápolóknál. Az emléketörés, elkerülés és hiperarousal alskálák értékei összehasonlításra kerültek a két csoport között: a szülők esetében magasabb átlagpontoszámokat láthatunk mindhárom alskála esetében. [3. táblázat]

3. táblázat: IES-R alskálák értékei

IES-R alskálák	Csoport	Átlag	Szórás
Emléketörés	Ápoló	1,115	0,838
	Szülő	1,604	1,101
Elkerülés	Ápoló	1,111	0,780
	Szülő	1,181	0,807
Hiperarousal	Ápoló	0,705	0,690
	Szülő	1,267	1,021

Forrás: saját szerkesztés

A szülőknél szignifikánsan magasabb eredményeket mutatott az emléketörés ( $p < 0,001$ ,  $F = 4,8560$ ,  $df = 744$ ) és a hiperarousal alskála ( $p < 0,001$ ,  $F = 8,2700$ ,  $df = 774$ ). [4. táblázat] Azon szülők esetében, akiknek gyermekét a beavatkozásokra pszichésen felkészítették, az

elkerülés ( $p = 0,03$ ,  $F = 4,362$ ) és az emléketörés alskálák ( $p = 0,046$ ,  $F = 3,996$ ) szignifikánsan alacsonyabb értékeket mutattak, mint azon szülőknél, akiknek gyermeke nem részesült felkészítésben.

4. táblázat: Az IES-R alskálák összehasonlítása szülői és ápolói eredmények alapján

IES-R alskálák	F-érték	P-érték	Szabadságfok
Emléketörés	48,56	0,000	774
Elkerülés	2,516	0,113	774
Hiperarousal	82,7	0,000	774

Forrás: saját szerkesztés

## MEGBESZÉLÉS

Vizsgálatunk során a magyarországi gyermek-ellátásban dolgozó ápolók (n = 361 fő) és kórházban kezelt gyermekek szüleinek (n = 566 fő) tapasztalatait vizsgáltuk a gyermekek kórházi kezelés alatti pszichés felkészítésével kapcsolatban. Az elektronikus, önkitöltős kérdőív módszerét választottuk, melynek előnye, hogy az ország több pontjára eljutva széles körben kaphatunk adatokat.

Kutatásunk során fontosnak tartottuk, hogy mind a szülői, mind az ápolói véleményeket és tapasztalatokat megismerjük. Az eredmények alapján elmondható, hogy a kórházi ellátás során a gyermekek vizsgálatokra és beavatkozásokra való pszichés felkészítése és támogatása tekintetében a két csoport véleménye különböző, az ápolók sokkal jobbra értékelték ezen tevékenységek megvalósulását. A gyermek kórházi kezelése és a kérdőív kitöltése között eltelt idő nem volt hatással az eredményekre. A szülői jelenlét gyakoriságának kérdésében a válaszok eltérőek voltak a csoportok tekintetében: az ápolók ritkábban tapasztalták a folyamatos szülői ott-tartózkodást, a szülők pedig az intenzív és koraszülött osztályokon töltötték gyermekük mellett a legkevesebb időt. Az Amerikai Gyermekorvosok Akadémiája (*American Academy of Pediatrics, AAP*) már 2001-ben az intenzív osztályokon is napi 24 órában engedélyezte a szülői jelenlétet és javasolta, hogy a család többi tagjának és a testvéreknek is lehetővé kell tenni a látogatást, melynek hatására világszerte elindultak az erre való törekvések.<sup>27</sup> Ezzel ellentétben Magyarországon az intenzív és koraszülött osztályok nagy részében csak napi pár óra látogatást engedélyeznek a szülőknek, melyet kutatási adataink is alátámasztanak.

A gyermekbarát ellátás megítélésében összefüggést találtunk a kórházi osztály profiljával: kutatási eredményeink szerint az intenzív és sürgősségi osztályokon kevésbé biztosítják a gyermekbarát ellátást.

Az ápolók jobbnak ítélik meg a gyermekek pszichés felkészítését és támogatását, míg a szülők tapasztalatai szerint a legtöbb esetben sem ők, sem a gyermekük nem kapott megfelelő érzelmi felkészítést és támogatást a kórházi kezelés során. A koraszülött- és csecsemőellátás során a szülők válaszaik alapján nem tartották fontosnak és nem értékelték milyen felkészítést, pszichés

támogatást nyújthatna a kórházi személyzet gyermeküknek. Ezzel megegyezően az ápolói válaszok, miszerint a csecsemő- és koraszülöttosztályokon nem valósul meg a gyermekek pszichés támogatása. A CLS-ek beavatkozások közben figyelemelterelést alkalmaznak csecsemőknél is (például ringa-tással, simogatással), azonban eredményeink azt mutatják, hogy ezek a módszerek jelenleg sem az ápolók sem a szülők számára nem ismertek.<sup>11</sup> Az ápolók legtöbbször a sebészeti és a belgyógyászati osztályon, a szülők pedig az onkológiai és traumatológiai ellátásban tapasztalták legtöbbször a gyermekek pszichés felkészítését. A Meletti és mtsai kutatásában bemutatott bizonyítottan pozitív hatással ellentétben kutatási eredményeinkben látható, hogy a legtöbb esetben műtétek előtt sem történik meg a gyermekek pszichés felkészítése.<sup>19</sup> Mindkét csoport véleménye szerint legtöbbször játékot és a beavatkozáshoz tartozó eszközt használnak a felkészítéshez, a mindezek mellett ajánlott videók és tablet alkalmazása csak az ápolók szerint 3, a szülők szerint 1 esetben került említésre.<sup>12,13</sup>

A gyermekek érzelmi megterhelését az ápolók magasabbra értékelték a kórházi ellátás során, mint a szülők. Ennek oka az lehet, hogy a szülők jobban koncentráltak saját pszichés megterhelésükre és ez elterelte figyelmüket gyermekük szorongásáról. A kisebb gyermekek onkológiai, kardiológiai és újszülött-ellátása esetén a szülői pszichés megterheltség mértéke magasabbnak bizonyult, mindemellett a szülő szorongását emelte amennyiben több gyermeke volt. A szülői szorongás alacsonyabb volt azokban az esetekben, ahol a gyermeknél történt pszichés felkészítés.

Az ápolók magasra értékelték saját pszichés megterheltségüket, melyet a gyermekek rövidebb ápolási napjainak száma is negatívan befolyásolt. Az ápolók közepesre értékelték az osztályon folyó lelki segítségnyújtást, és szükségesnek tartanák segítő szakember jelenlétét az osztályon.

Az IES-R eredményeinek tekintetében a két csoport összehasonlításában magasabb értékek voltak megfigyelhetőek a szülők esetén, mely összefüggésben áll a saját érzelmi megterheltségük megítélésével. Azon esetekben, amikor a gyermeknél történt pszichés felkészítés, szignifikánsan alacsonyabb volt az emlékbetörés és elkerülés alskála.

## KÖVETKEZTETÉSEK

A kutatási eredményekből levonható, hogy a magyarországi kórházakban a gyermekellátás során jelenleg nem valósul meg teljesen a gyermekek és családjaik pszichés támogatása. A munkaerőhiány miatt az ápolóknak nincs elegendő idejük a gyermekek pszichés felkészítésére, és a családok érzelmi igényeinek kielégítésére. Ezért szükséges a gyermekellátási rendszerbe egy olyan szakember bevonása, aki segítséget nyújt a gyermeknek, családjuknak, és akinek jelenléte pozitív hatással lehet az ápolói munkára is.

Kutatási eredményeinkre alapozva szeretnénk javaslatot tenni a bizonyítottan pozitív hatású CLS ellátási rendszer magyarországi adaptációjának kidolgozására, mely magában foglalja az ellátási struktúrába való elhelyezést, illetve a kapcsolódó kompetenciák megszerzésének oktatási szintjeit, területeit. A magyarországi felsőoktatásban a CLS képzés megvalósítható lenne, hiszen az alapképzésben részt vevő védőnők oktatási programjának több mint fele megegyezik a külföldi szakemberekével.

Köszönetnyilvánítás: Köszönettel tartozunk minden gyermekápolónak és szülőnek, aki önként részt vett a kutatásban.

### Információk a szerzőkről:

Páll Nikoletta, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék, Budapest, Semmelweis Egyetem Patológiai tudományok Doktori Iskola, Budapest, Péterfy Kórház-Rendelőintézet és Manninger Jenő Országos Traumatológiai Intézet, Budapest, [pall.nikoletta@se-etk.hu](mailto:pall.nikoletta@se-etk.hu)  
 Gorove Erzsébet, Péterfy Kórház-Rendelőintézet és Manninger Jenő Országos Traumatológiai Intézet, Budapest  
 Baji Ildikó, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Alkalmazott Pszichológia Tanszék, Budapest

## HIVATKOZÁSOK

<sup>1</sup> Council of Europe: Guidelines on child-friendly health care.

[https://search.coe.int/cm/Pages/result\\_details.aspx?ObjectID=09000016805c1527](https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805c1527) Elérve: 2020. 02. 01.

<sup>2</sup> Mendes MG. The inpatient children: Partnership care and family-centered care. *J Women's Health Care*. 2016; 5:3. doi: [10.4172/2167-0420.1000e123](https://doi.org/10.4172/2167-0420.1000e123)

<sup>3</sup> Brown RC, Nugent NR, Hawn SE, et al. Predicting the transition from acute stress disorder to posttraumatic stress disorder in children with severe injuries. *J Pediatr Health Care*. 2016; 30(6): 558–568. doi: [10.1016/j.pedhc.2015.11.015](https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.11.015)

<sup>4</sup> Alzawad Z, Lewis FM, Kantrowitz-Gordon I, et al. A qualitative study of parents' experiences in the pediatric intensive care unit: Riding a roller coaster. *J of Pediatr Nurs*. 2020; 51: 8–14. doi: [10.1016/j.pedn.2019.11.015](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.11.015)

<sup>5</sup> Olsson C, Björk M, és Ringnér A. The Pediatric Inventory for Parents – Swedish translation and psychometric testing. *J Pediatr Nurs*. 2018; 42: e97–e102. doi: [10.1016/j.pedn.2018.02.013](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.02.013)

<sup>6</sup> Franck LS, Wray J, Gay C, et al. Predictors of parent post-traumatic stress symptoms after child hospitalization on general pediatric wards: A prospective cohort study. *Int J Nurs Stud*. 2015; 52(1): 10–21. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2014.06.011](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.06.011)

<sup>7</sup> Fülöp E. Másodlagos traumatizáció és kiegészítő összefüggései az érzelemszabályozási folyamatokkal. In: Csabai M, Pintér J. *Pszichológia a gyógyításban*. Oriold és társai, Budapest, 2013. pp. 167–190.

<sup>8</sup> Czaja AS, Moss M, Mealer M. Symptoms of posttraumatic stress disorder among pediatric acute care nurses. *J Pediatr Nurs*. 2012; 27(4): 357–365. doi: [10.1016/j.pedn.2011.04.024](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.04.024)

<sup>9</sup> Drayton NA, Waddups S, Walker T. Exploring distraction and the impact of a child life specialist: Perceptions from nurses in a pediatric setting. *J Spec Pediatr Nurs*. 2019;e12242. doi: [10.1111/jspn.12242](https://doi.org/10.1111/jspn.12242)

<sup>10</sup> History of the ACLP. Association of Child Life Professionals. 2020. <http://www.childlife.org/about-aclp/history-of-aclp> Elérve: 2020. 03. 01.



- <sup>11</sup> Boles J, Fraser C, Bennett K. The value of certified child life specialists: Direct and downstream optimization of pediatric patient and family outcomes. 2020. <https://www.childlife.org/docs/default-source/the-child-life-profession/value-of-cclss-full-report.pdf> Elérve: 2020. 06. 10.
- <sup>12</sup> Medeiros da Silva RD, Austregésilo SC, Ithamar L, et al. Therapeutic play to prepare children for invasive procedures: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2017; 93 (1): 6–16. doi: [10.1016/j.jpmed.2016.06.005](https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.06.005)
- <sup>13</sup> Zhang J, Zhu S, Du C, et al. Posttraumatic stress disorder and somatic symptoms among child and adolescent survivors following the Lushan earthquake in China: A six-month longitudinal study. *J Psychosom Res*, 2015; 79(2): 100–106. doi: [10.1016/j.jpsychores.2015.06.001](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.06.001)
- <sup>14</sup> Smith JG, Desai P, Sira N, et al. Family-centered developmentally supportive care in the neonatal intensive care unit: Exploring the role and training of child life specialists. *Child Health Care*. 2014; 43(4): 345–368. doi: [10.1080/02739615.2014.880917](https://doi.org/10.1080/02739615.2014.880917)
- <sup>15</sup> Basak RB, Momaya, Guo J, et al. Role of child life specialists in pediatric palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2019; 58(4): 735–737. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2019.05.022](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.05.022)
- <sup>16</sup> He HG, Zhu L, Chan SWC, et al. The effectiveness of therapeutic play intervention in reducing perioperative anxiety, negative behaviors, and postoperative pain in children undergoing elective surgery: A systematic review. *Pain Manag Nurs*. 2015; 16(3): 425–439. doi: [10.1016/j.pmn.2014.08.011](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.08.011)
- <sup>17</sup> Bandstr NF, Skinner L, LeBlanc C., et al. The role of child life in pediatric pain management: A survey of child life specialists. *J Pain*. 2008; 9(4): 320–329. doi: [10.1016/j.jpain.2007.11.004](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.11.004)
- <sup>18</sup> Mohan S, Nayak R, Thomas RJ, et al. The effect of Entonox, play therapy and a combination on pain relief in children: A randomized controlled trial. *Pain Manag Nurs*. 2015;16(6): 938–943. doi: [10.1016/j.pmn.2015.08.004](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.08.004)
- <sup>19</sup> Meletti DP, Meletti JFA, Camargo RPS, et al. Psychological preparation reduces preoperative anxiety in children. Randomized and double-blind trial. *J Pediatr (Rio J)*. 2018; 95 (5): 545–551. doi: [10.1016/j.jpmed.2018.05.009](https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2018.05.009)
- <sup>20</sup> Durand DJ, Young M, Nagy P, et al. Mandatory child life consultation and its impact on pediatric MRI workflow in an academic medical center. *J Am Coll Radiol*. 2015; 12(6): 594–598. doi: [10.1016/j.jacr.2014.12.015](https://doi.org/10.1016/j.jacr.2014.12.015)
- <sup>21</sup> White HL. The working life of a play specialist. *Paediatr and Child Health*. 2017; 27(10): 476–480. doi: <https://doi.org/10.1016/j.paed.2017.07.002>
- <sup>22</sup> Grissom S, Boles J, Bailey K. Play-based procedural preparation and support intervention for cranial radiation. *Support Care Cancer*. 2015; 24(6): 2421–2427. doi: [10.1007/s00520-015-3040-y](https://doi.org/10.1007/s00520-015-3040-y)
- <sup>23</sup> Scott MT, Todd KE, Oakley H B, et al. Reducing anesthesia and health care cost through utilization of child life specialists in pediatric radiation oncology. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2016; 96(2): 401–405. doi: [10.1016/j.ijrobp.2016.06.001](https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2016.06.001)
- <sup>24</sup> Murag S, Suzukaw C, Chang TP. The effects of child life specialists on success rates of intravenous cannulation. *J Pediatr Nurs*. 2017; 36, 236–240. doi: [10.1016/j.pedn.2017.03.013](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.03.013)
- <sup>25</sup> LeBlanc CK, Naugler K, Morrison K, et al. Parent perceptions and satisfaction with inpatient child life specialist interventions and the role of child temperament. *Child Health Care*. 2014; 43(3), 253–272. doi: [10.1080/02739615.2013.845732](https://doi.org/10.1080/02739615.2013.845732)
- <sup>26</sup> Perczel FD (ed.), Kiss Zs, Ajtay Gy. Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2018.
- <sup>27</sup> Giannini A, Miccinesi G. Parental presence and visiting policies in Italian pediatric intensive care units: A national survey. *Pediatr Crit Care Med*. 2011; 12(2):e46–50. doi: [10.1097/PCC.0b013e3181d8e9c2](https://doi.org/10.1097/PCC.0b013e3181d8e9c2)





Original research article

# Psychological support of hospitalised children and their parents in Hungary

Nikoletta Páll<sup>1,2,3\*</sup>, Erzsébet Gorove<sup>3</sup>, Ildikó Baji<sup>4</sup><sup>1</sup> Semmelweis University, Faculty of Health Science, Department of Nursing, Budapest, Hungary<sup>2</sup> Semmelweis University School of Ph.D. Studies, Budapest, Hungary<sup>3</sup> Péterfy Hospital-Polyclinic and Manninger Jenő National Institute of Traumatology, Budapest, Hungary<sup>4</sup> Semmelweis University, Faculty of Health Science, Department of Applied Psychology, Budapest, Hungary

## Abstract

**Introduction:** When children are undergoing hospital care, psychological support is important. This includes providing a child-friendly environment and care, information and preparation for the examinations appropriate to the child's age, stress reducing methods applied according to the child's intellectual level, and the presence of parents.

**Objectives:** In the course of the study, we examined the psychological preparation and support provided during hospital care in Hungary on the basis of parental opinions. Our goal was to get to know the activities of children's nurses in connection with the psychological preparation and support of children. In light of the results, another goal of the research was to prove the need to adapt a support system, already widespread internationally and with proven positive effects, in Hungary.

**Methods:** A descriptive and multivariate analysis of the results of the online, quantitative questionnaires filled in by the parents of children between the ages of 0 to 14 who spent at least three days in hospital.

**Results:** Based on the opinions of the 566 parents who filled in the questionnaires, the psychological preparation of children was carried out in a minimal number of cases in Hungarian hospital care. During the hospital treatment, parents evaluated their own anxiety level as higher than that of their children and stated that they would have liked psychological support themselves.

**Conclusions:** In Hungarian paediatric care, psychological support given to children and parents is inadequate. The work of Child Life Specialists is essential within the childcare system, and it is essential to work out how to introduce and involve such specialists in caring for children

**Keywords:** Child; Child life specialist; Childcare; Parents; Psychological support

## Abbreviations:

ACLP – Association of child life professionals; ANOVA – analysis of variance; BSc – Bachelor of Science; CLS – child life specialist; IES-R – Impact of Event Scale-Revised; KEB – Committee of Research Ethics; MSc – Master of Science; *p* – probability; PFCC – Patient-centered and family-centered care; SD – Standard deviation; PTSD – Posttraumatic stress disorder; SPSS – Statistical Package for the Social Sciences; Ss – Subjects; STS – Secondary traumatic stress; STSS – Secondary Traumatic Stress Scale; TUKEB – Council of Sanitary Science, Committee of Science and Research Ethics

## Introduction

Hospital care can evoke negative feelings for children since they generally see the doctor if they are ill, have pain or when getting compulsory vaccinations; therefore these events may have negative impacts on them. A sick child is more susceptible to harmful impacts since the physical and psychological strain makes the child more sensitive than his or her healthy companions (Slifer, 2014). A change in the environment that they are used to can, in itself, be a source of stress for children – and in particular for babies. This is compounded by the fact that infants possess a lower coping strategy level (Hárdi, 1995; Ler-

wick, 2013). During children's hospital treatment psychological support is essential. This includes providing a child-friendly environment and treatment, information and communication appropriate to the child's age, stress relief methods applied according to the child's intellectual level, and ensuring parental presence, all of which are ever more prevalent worldwide in paediatric care (Brown et al., 2016). Nowadays, patient-centered and family-centered care (PFCC) is already a natural phenomenon in every paediatric department – as the family plays a prominent role in the process of restoring children's health. Children's nurses accept this family-centered care as an ideal philosophy within the care of children and their families (Boztepe and Kerimoğlu Yıldız, 2017; Mendess, 2016). An advan-

\* **Corresponding author:** Nikoletta Páll, Semmelweis University, Faculty of Health Science, Department of Nursing, Üllői út 26, 1085 Budapest, Hungary; e-mail: [pall.nikoletta@se-etk.hu](mailto:pall.nikoletta@se-etk.hu)  
<http://doi.org/10.32725/kont.2021.015>

Submitted: 2021-01-27 • Accepted: 2021-04-07 • Prepublished online: 2021-04-12

KONTAKT 23/x: xxx-xxx • EISSN 1804-7122 • ISSN 1212-4117

© 2021 The Authors. Published by University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Sciences.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license.

tage is that it supports the retention of parental roles; parents may take part in therapeutic decisions which in turn increases parental trust in healthcare workers (Bairda and Kracen, 2006; Eichner and Johnson, 2012). The relationship between a mother and her child is reciprocal and dynamic, so they are able to influence each other's behaviour (Mérei and Binét, 2016; Novick and Novick, 2014). Thus, parents' anxiety may affect their children's emotions during hospital treatment, so it is also essential to deal with a child's family members (Pannella, 2016).

Olsson et al. (2018) investigated parental anxiety with the help of Impact of Event Scale-Revised (IES-R) questionnaires in 48 parents whose children were treated in hospital. Moderately high levels of anxiety were observed in parents, with the memory intrusion scale showing the highest values.

Franck et al. (2015) carried out a survey of 108 parents with the help of the same questionnaire in the third month after the hospital care of children and found nearly the same values.

### **Possibilities for providing support to children and parents**

Abroad, child life specialists (CLS) are highly qualified healthcare professionals working in the field of paediatrics (e.g. at in-patient wards, intensive care units, departments of oncology or primary care). The CLS form an integral part of the healthcare team and provide assistance to children and their parents during the hospital treatment process as well as spiritual support, including bereavement support, if needed. They prepare children for interventions as appropriate to their age, for which they use toys or stories, or mobile apps and anatomy books for adolescents. During interventions, they apply distractions, such as blowing bubbles, telling stories, performing puppetry or rocking and caressing babies. They also get involved with the family, siblings and classmates of the sick child. The child's emotional state is assessed and they may request the involvement of additional specialists (e.g. a psychologist), where necessary. They create a child-friendly atmosphere (e.g. by developing a playroom) and organise paediatric voluntary programmes as well (Boles et al., 2020; da Silva et al., 2017; Zhang et al., 2015). The importance and efficiency of their work have been proved in numerous fields with the help of studies.

The CLS are present even before the child's birth. At the Le Bonheur Fetal Center in Memphis they support families where prenatal congenital disorders have been diagnosed (Tucker and McCann, 2013). Then, at the NICU the main tasks of the CLS include bereavement support, training of families, and emotional support (Smith et al., 2014). In cases of chronic and tumorous diseases their aim is to provide emotional support for the child and the family during long hospital stays or palliative therapies, as well as providing bereavement support (Basak et al., 2019).

The CLS also plays an important role in the peri- and post-operative support of children and their families. They prepare children for surgery with the help of toys and books and apply play therapy after the intervention. Meletti et al. (2018) conducted a study involving 118 children between the ages of 2 and 8 and their parents, half of whom took part in preoperative preparation, while the other half did not. It was demonstrated that the anxiety of both the children and parents who had taken part in preparation was reduced in comparison to the control group.

By applying different methods, the CLS can reduce the necessity of anaesthesia during some interventions (Grissom et

al., 2015). Scott et al. (2016) found that in children between the ages of 3 and 12 treated with radiotherapy (425 subjects), the work of the CLS could reduce the need for daily anaesthesia. For instance, during the preparation for MRI examinations they show audio and video recordings so that these do not cause anxiety for them during the examination (Durand et al., 2015; White, 2017).

## **Materials and methods**

### **Objectives**

Our overall goal was to conduct a survey of parents of children aged 0–14 who were hospitalised for at least 3 days in order to examine the psychological preparation of and support provided to children and parents. Using the results, we can make recommendations on how to develop and adapt the CLS care system in Hungary with its proven positive effects, including its placement in the care structure and the levels and fields of education to obtain the related competences.

### **Sampling procedure**

The TUKEB examined the research plan that we submitted and granted the professional ethical licence under number ETT TUKEB 31352-3/2019/EKU.

The electronic questionnaire used in our survey was created with the help of the Google application specifically designed for the programming of online questionnaires. We had the parents of children aged 0 to 14 who were hospitalised for a minimum of 3 days fill in the parental questionnaire. This questionnaire was sent to parents on the basis of individual contacts by the registered instructors of a Hungarian teacher training company. It was also published at schools and on the Facebook page called "Gyógyhír" ("Medical News") of a Budapest children's hospital. Data collection started on 1st July 2019 and ended on 31st January 2020 – during which time 566 parents filled in the online version. All questionnaires received during the survey period were assessable.

### **Research instruments**

The instruments consist of two parts. The first part is made up of our own questions and the second part consists of the instrument: Impact of Events Scale.

### **Parental questionnaire**

The questionnaire consisted of 40 questions: I. agreement to participate in the study (3 questions), II. sociodemographic questions regarding the parents (5 questions) and the children (8 questions), III. questions related to the psychological strain related to hospital care for both children and parents (24 questions). The questionnaire contained 21 closed-ended questions, 6 open-ended questions, and a five-point Likert scale for 12 of the questions. Besides the sociodemographic questions, the children's gender, age, the time and length of the treatment, previous diseases, the number and reasons of previous hospital stays were assessed. In the following questions the fear and psychological strain of the parent and the child, satisfaction with the hospital stay and with the preparation during this period, as well as the evaluation of the child-friendly atmosphere of the hospital were assessed with the help of a 5-point Likert scale.

### **Impact of Events Scale (IES-R)**

In our study, we used the improved Hungarian version (Perczel-Forintos et al., 2018) of the Impact of Events Scale deve-

loped by Horowitz et al. (1979). This measures the frequency of phenomena describing subjective stress caused by a traumatic event on a 5-point Likert scale rated between 0–4 endpoints (where 0 means not typical at all and 4 means typical each time). Its sub-scales included memory intrusion (re-living of events), avoidance (active avoidance of stimuli reminding them of the trauma) and hyperarousal (sensitivity to the stimuli of the outside world). Parents had to define – in relation to the period that their children were sick – to what extent each statement was characteristic of them. A higher score signified a higher level of subjective distress in connection with a negative life event.

### The processing and analysis of data

The processing and analysis of data was carried out with the help of the SPSS 25.0 statistic software package (IBM Corporation, Armonk, NY, the United States of America). During the analysis of data we examined the relative frequency distribution of responses to each question and, in case of derived indexes, also their descriptive statistics.

Before the analysis, each sub-scale of the IES-R had been transformed per sub-scale log ( $x + 1$ ) in order to normalise their distribution. Analysis of variance (ANOVA) was applied in order to be able to examine how the sub-scales of the IES-R affected the given values of some questions. The variables of the ordinal scale were analysed with the application of ordinal regression. Questions for which more than one answer could be marked were tested by analysing contingency tables using the  $\chi^2$  (Chi-squared) test. The significance level was set at  $p < 0.05$  in every case.

## Results

### Sociodemographic results

The demographic indicators related to parents is shown in Table 1.

46.1% (261 subjects) of the children treated at the hospital were girls and 53.9% (305 subjects) were boys; their average age is 4.40 years (Std: 3.846, Min.: 0, Max.: 14). The hospital treatment happened within one year in the case of 216 subjects, and more than a year ago in the case of 350 subjects. On average, the children spent 7.28 (SD: 10.763, Min.: 3, Max.: 100) days in hospital for the treatment of respiratory, kidney- and urinary tract diseases – as well as due to accidents and congenital disorders. Before this occasion, the observed children

had been treated in hospital 1.70 times (SD: 3.268, Min.: 0, Max.: 35) on average. In the case of 111 subjects, the children had a permanent disease for which they receive treatment regularly; this is usually a congenital developmental and genetic disorder, prematurity or diabetes type 1.

### Data regarding children's care

57.2% of the parents (324 subjects) were next to their children each time an intervention took place, 40.8% (231 subjects) could be there only partially, and 1.9% (11 subjects) could not stay with their children. On a 5-point scale the parents evaluated with an average of 4.93 (SD: 0.34) how important they considered having pre-intervention psychological preparation appropriate to the children's level of intellect. The child-friendly care experienced during hospitalisation was assessed with an average of 3.41 (SD: 1.354). In those cases when the psychological preparation of children was carried out, the parents gave a higher score to child-friendly care ( $p = 0.000$ ). We used the same scale to assess how characteristic it was to explain or present the intervention process to the children playfully. Based on the parents' judgement, the most appropriate answer here is "no such thing happened" (Mean: 2.03, SD: 1.362). According to parents' opinions, the preparation of the children before the operation did not occur.

If the children were prepared psychologically, this was carried out mainly by a nurse or parent, mostly before algesic interventions (e.g. blood sampling, peripheral venous cannula insertion, injections). According to 9 parents, tools were used for each intervention. 47 parents considered that the children received an explanation of only some interventions, mostly with the help of toys (22 cases), books (6 cases) or presenting the equipment related to the intervention (9 cases). The child's age affected the frequency of preparation: the older the child, the more often they were given preparation ( $p = 0.000$ ). According to parents' views, the preparation had a positive effect on the child; it helped reduce the children's fear so that they allowed the intervention to be completed, they understood why it was necessary and thus did not consider it as a punishment.

192 parents (33.9%) felt that their children were provided with the proper information about the interventions appropriate to their age and level of intellect. In those cases when the children's preparation was carried out, parents rated the child's psychological support higher ( $p = 0.000$ ). A 5-point scale was applied in order to evaluate the parental experience of the preparation and care, the results of which are included in Table 2.

**Table 1. Sociodemographic indicators regarding parents (n = 566 subjects)**

Gender: female: 547 subjects (96.6%), male: 19 subjects (3.4%)		
Age: Mean: 38.23, SD: 6,827, Min.: 21, Max.: 82		
<i>Highest educational qualification</i>		
Primary school	2 Ss	0.4%
Vocational high school	140 Ss	24.7%
Nursing training	97 Ss	17.1%
College/BSc	183 Ss	32.3%
University/MSc	142 Ss	25.0%
Other: (PhD., Doctorate)	2 Ss	0.4%
<i>Marital status</i>		
Married	509 Ss	89.93%
Single	57 Ss	10.07%
Number of children: Mean: 1.98, SD: 0.897, Min.: 1, Max.: 7		

**Table 2. Further questions of the parental experience related to preparation and care**

	Mean	SD
How adequate did you consider your child's preparation and orientation to be?	2.69	1.494
Were your child's anxiety and fear handled in a way appropriate to his/her age during interventions?	3.00	1.504
Were all the staff on the ward very friendly and patient and did they spend adequate time with you and your child?	3.19	1.397
Did your child find the nurses kind?	3.21	1.368
All in all, how would you assess your child's psychological preparation during the hospital stay?	2.58	1.419



### Data related to psychological support for the child and parent

A 5-point scale was used to assess how scared the parent and, in the parent's view, the child was of hospitalisation when entering the hospital. On this scale, the higher the value the higher the level of anxiety. Parents evaluated their own fear on average at 3.85 (SD: 1.288) and their children's fear at 3.48 (SD: 1.419). On the same scale, parents replied to the question of how psychologically demanding the hospital stay was for them with an average of 4.15 (SD: 1.124) and for their children with an average of 3.33 (SD: 1.318), which showed a significant correlation ( $p = 0.000$ ). Parents' own anxiety showed correlation with the number of children, meaning parents with more children assessed their own psychological strain to be of higher value ( $p = 0.040$ ).

When children received psychological preparation, parents estimated their own and their child's psychological strain to be lower ( $p = 0.000$ ). In cases where parents evaluated the children's psychological support positively, their own anxiety seemed to be at a lower level too ( $p = 0.000$ ).

Parental anxiety showed strong correlation with the child's age: the younger the child during the hospital care, the higher the values of the parents' psychological strain ( $p = 0.000$ ). In addition, the more time parents spent at the hospital with their children, the higher they estimated their psychological strain ( $p = 0.015$ ). 68.9% of the parents did not receive any psychological support during the hospital treatment, even though a large section of them required it. Parents who did not receive any psychological support rated their own anxiety higher during the hospital treatment ( $p = 0.001$ ).

### Results of the IES-R questionnaires

The sub-scales of the questionnaires of the Impact of Events Scale were examined on the basis of parents' assessment, the results of which are shown in Table 3. Within our study it was also observed that the length of time between the hospital stay and the completion of the questionnaire did not have any effect on the results.

**Table 3. IES-R sub-scale values**

	Mean	SD
Memory intrusion	1.604	1.101
Avoidance	1.181	0.808
Hyperarousal	1.268	1.021

Analysis of variance (ANOVA) was applied in order to analyse how much the IES-R sub-scales influenced the values given to each question of the independently created questionnaire. (Table 4.)

The memory intrusion sub-scale showed correlation with the educational qualification ( $p = 0.01$ ): parents with university qualification had higher values. The avoidance sub-scale seemed to have significantly higher rates in the case of parents who were at their children's side continuously ( $p = 0.03$ ). Correlation was also found, in cases of those parents whose children had already received in-patient hospital treatment: the rate of the sub-scale of arousal was lower ( $p = 0.36$ ). The value of the previous sub-scale also showed correlation with the extent of the psychological support of parents ( $p = 0.003$ ): parents who received emotional support had a reduced arousal level.

In relation to the length of the hospital treatment, it was observed that a lengthier treatment period increased the val-

ues of the sub-scales of memory intrusions ( $p = 0.012$ ) and arousal ( $p = 0.01$ ). In the cases when children received preparation, the values of the sub-scales of memory intrusions ( $p = 0.046$ ) and of avoidance ( $p = 0.03$ ) were lower. For all three sub-scales a correlation was found: parents who evaluated their fear of the hospital treatment and their psychological strain during the hospital care to be higher, showed higher values of the IES-R sub-scales.

## Discussion

In our study, we examined the experience and opinions of the parents of children treated in Hungarian hospitals in connection with psychological preparation and support. We chose the method of an electronic, self-administered questionnaire. The advantage of this is that we obtained data on a widespread scale from different parts of the country.

The average age of the hospital-treated children who took part in this study was 4.4 years and, on average, they had previously received in-patient care 1.70 times. In contrast to international studies, previous hospital experience did not have any effect on the results of our survey.

Following our basic hypothesis, it is also clear from parents' opinions that children rarely receive psychological preparation before examinations and interventions during hospital care, and tools appropriate to the child's age, such as toys or tablets are only used in low numbers.

In Hungary, parents were of the opinion that the preoperative preparation of children did not occur. For their part, Melletti et al. (2018) stated that the anxiety of those children and parents who had taken part in preparation was also reduced in comparison.

According to the answers from the open questions, parents whose infants required hospital care did not consider it important and did not understand what kind of preparation and psychological support their children could be provided with by the hospital staff. The CLS apply distraction during interventions for infants, including rocking and stroking (Boles et al., 2020), which is unknown to parents at present. Our study showed that the younger a child was, the higher the values of parents' anxiety seemed to be. However, bigger children are given preparation and distraction more often during interventions, which in turn reduces parental anxiety. Therefore the younger a child is, the higher the danger of parental anxiety.

If the child was provided preparation, this was carried out by nurses or parents in most of the cases. In Hungary, due to the large shortage of professionals and the resulting number of patients per nurse, nurses are often unable to carry out the psychological preparation of and give support to children.

In other countries CLS experiments showed great support, not only for parents but also for the healthcare team, since a prepared child is calmer and interventions can be carried out much more easily and quickly. As children are less scared, the nursing staff also experienced fewer negative situations. In a study, Drayton et al. (2019) investigated the opinions of children's nurses on the work of the CLS at an Australian hospital. The results showed that the work of the CLS had a positive effect on the nurses' work as well. Nurses found the preparation for the interventions and the distracting techniques to be the most useful – and they might not be able to provide them to children in every case without the presence of the CLS due to lack of time. Besides, children's nurses felt that they were able to focus on the interventions much better.

**Table 4. Comparison of the IES-R sub-scales with the questions of the questionnaire**

	IES-R sub-scales	Mean square	F	Sig.	Partial eta squared
Educational qualification	Intrusion	0.429	3.022	0.011*	0.029
	Avoidance	0.063	0.577	0.718	0.006
	Arousal	0.069	0.453	0.811	0.004
The time of the child's treatment	Intrusion	0.224	1.579	0.164	0.015
	Avoidance	0.184	1.675	0.139	0.016
	Arousal	0.232	1.517	0.183	0.015
Parental presence during child's hospitalisation	Intrusion	0.427	3.002	0.084	0.006
	Avoidance	0.471	4.283	0.039*	0.008
	Arousal	0.083	0.542	0.462	0.001
Frequency of parents' psychological support during children's hospital stay	Intrusion	0.251	1.768	0.184	0.003
	Avoidance	0.001	0.010	0.919	0.000
	Arousal	0.679	4.434	0.036*	0.009
Length of hospital care	Intrusion	0.905	6.366	0.012*	0.012
	Avoidance	0.003	0.024	0.877	0.000
	Arousal	1.591	10.394	0.001*	0.020
Number of previous hospital treatments before this one	Intrusion	0.067	0.469	0.494	0.001
	Avoidance	0.155	1.412	0.235	0.003
	Arousal	0.675	4.409	0.036*	0.009
The level of parental fear at the time of entering the hospital	Intrusion	2.966	20.871	0.000*	0.039
	Avoidance	0.745	6.776	0.010*	0.013
	Arousal	2.242	14.651	0.000*	0.028
The level of parents' psychological strain during hospital attendance	Intrusion	11.326	79.705	0.000*	0.134
	Avoidance	6.702	60.987	0.000*	0.106
	Arousal	12.002	78.434	0.000*	0.132
Frequency of children's preparation for the examinations	Intrusion	0.568	3.996	0.046*	0.008
	Avoidance	0.479	4.362	0.037*	0.008
	Arousal	0.367	2.397	0.122	0.005

\*  $p < 0.05$ .

Due to the shortage of time for nurses, which is also clearly shown in our study, preparation is often carried out by parents, which has the disadvantage that the rate of parental anxiety is mostly the same as that of the child's, and the parents are not familiar with the process of the intervention in detail.

The emotional state of the parent and the child affect each other, so psychological support should be provided to the parent as well as the child. Parents estimated their own anxiety to be higher than that of their children, the reason for which might be that they could see the possible outcome more realistically or they were worried about complications. Besides, a significant correlation was found showing that parents with multiple children assessed their own psychological strain to be higher.

The work of the CLS is also helpful for parents. On the basis of a study completed by LeBlanc et al. (2014) using questionnaires filled in by 49 parents of children between the ages of 1 to 7, it was found that parents evaluated the work of the CLS positively. In their opinion, the CLS helped them a great deal during the hospital stay.

On the other hand, in our research, more than half of the parents did not receive any emotional support during the hospital stay – even though they believed it to be essential. The results of the Impact of Events Scale also show that parental anxiety was greatly influenced by the rate of children's preparation and of parents' psychological support. The parents who had received emotional support represented a level of reduced arousal, and in those cases when children received preparation, the values of the subscales of memory intrusions and of avoidance were decreased. The data of our research corresponded to the results of the survey by Olsson et al. (2018): the value of the IES-R sub-scale was highest for memory intrusion.

## Conclusions

We can deduce from the research results that the preparation of and psychological support given to children and parents reduce the stress related to hospital treatment. At present, due to the shortage of specialised staff, the Hungarian hospital care system is not able to provide psychological preparation

and support appropriate to the child's age for each intervention.

The results of our study show that it is essential to develop the Hungarian adaptation of the CLS care system with its proven positive effects. This includes CLS training and involvement in the care structure. The Hungarian training of district nurses would make CLS training possible in Hungary, as nearly half of their training programmes are identical.

### Financial support

EFOP-3.6.3-VEKOP-16-2017-00009, the development of scientific workshops of the Medical, Healthcare and Pharmaceutical Studies.

### Division of labour among authors

*NP:* Planning of the study, creation of the measuring instrument, obtaining permissions, research of literature, database management, statistical analysis, wording of the manuscript. *EG:* The management of the database and statistical analyses. *IB:* The professional appraisal of the manuscript. The final version of the article was read and approved by all the authors.

### Conflict of interests

The authors have no conflict of interests to declare.

### Acknowledgements

We would like to express our gratitude to all parents who voluntarily took part in our research.

## Psychologická podpora hospitalizovaných dětí a jejich rodičů v Maďarsku

### Souhrn

*Úvod:* Během pobytu dětí v nemocniční péči je důležitá psychologická podpora. Ta zahrnuje poskytování prostředí a péče vhodné pro děti, informace a přípravu na vyšetření přiměřené věku dítěte, metody pro snížení stresu odpovídající intelektuální úrovni dítěte a přítomnost rodičů.

*Cíle výzkumu:* V průběhu studie jsme zkoumali prostřednictvím názorů rodičů psychologickou přípravu a podporu poskytovanou dětem během nemocniční péče v Maďarsku. Naším cílem bylo poznat aktivity dětských sester v souvislosti s psychologickou přípravou a podporou dětí. Na základě výsledků bylo dalším cílem výzkumu ukázat na potřebu vytvořit v Maďarsku systém psychologické podpory dětí, který je již v zahraničí rozšířený a má prokazatelně pozitivní účinky.

*Metodika:* Deskriptivní a multivarietní analýza výstupů získaných z kvantitativních online dotazníků vyplněných rodiči dětí ve věku od 0 do 14 let, které strávily alespoň tři dny v nemocnici.

*Výsledky:* Dle názoru 566 rodičů, kteří vyplnili dotazníky, byla v maďarské nemocniční péči psychologická příprava dětí poskytována v minimálním počtu případů. Během léčby v nemocnici rodiče hodnotili svou vlastní úroveň úzkosti jako vyšší než u svých dětí a uvedli, že by si sami přáli psychologickou podporu.

*Závěr:* V maďarské pediatričské péči je psychologická podpora poskytovaná dětem a rodičům nedostatečná. Práce odborníků na dětský život (Child life specialists) je v systému péče o děti zásadní a je nezbytné najít cestu, jak tuto profesi zavést a zapojit do péče o děti v Maďarsku.

**Klíčová slova:** dítě; péče o děti; psychologická podpora; rodiče; specialisté na dětský život

## References

- Bairda K, Kracen AC (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counsell Psychol Quart* 19(2): 181–188. DOI: 10.1080/09515070600811899.
- Basak RB, Momaya R, Guo J, Rathi P (2019). Role of Child Life Specialists in Pediatric Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 58(4): 735–737. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2019.05.022.
- Boles J, Fraser C, Bennett K, Jones M, Dunbar J, Woodburn A, et al. (2020). The Value of Certified Child Life Specialists: Direct and Downstream Optimization of Pediatric Patient and Family Outcomes. [online] [cit. 2020-10-06]. Available from: [https://www.childlife.org/docs/default-source/the-child-life-profession/value-of-ccls-full-report.pdf?sfvrsn=5e238d4d\\_2](https://www.childlife.org/docs/default-source/the-child-life-profession/value-of-ccls-full-report.pdf?sfvrsn=5e238d4d_2)
- Boztepe H, Kerimoğlu Yıldız G (2017). Nurses perceptions of barriers to implementing family-centered care in a pediatric setting: A qualitative study. *J Spec Pediatr Nurs* 22(2): e12175. DOI: 10.1111/jspn.12175.
- Brown RC, Nugent NR, Hawn SE, Koenen KC, Miller A, Amstadter AB, Saxe G (2016). Predicting the Transition from Acute Stress Disorder to Posttraumatic Stress Disorder in Children With Severe Injuries. *J Pediatr Health Care* 30(6): 558–568. DOI: 10.1016/j.pedhc.2015.11.015.
- da Silva RDM, Austregésilo SC, Ithamar L, de Lima LS (2017). Therapeutic play to prepare children for invasive procedures: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)* 93(1): 6–16. DOI: 10.1016/j.jped.2016.06.005.
- Drayton NA, Waddups S, Walker T (2019). Exploring distraction and the impact of a child life specialist: Perceptions from nurses in a pediatric setting. *J Spec Pediatr Nurs* 24(3). DOI: 10.1111/jspn.12242.
- Durand DJ, Young M, Nagy P, Tekes A, Huisman TAGM (2015). Mandatory Child Life Consultation and Its Impact on Pediatric MRI Workflow in an Academic Medical Center. *J Am Coll Radiol* 12(6): 594–598. DOI: 10.1016/j.jacr.2014.12.015.
- Eichner JM, Johnson BH (2012). Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics* 129(2): 394–404. DOI: 10.1542/peds.2011-3084.
- Franck LS, Wray J, Gay C, Dearmun AK, Lee K, Cooper BA (2015). Predictors of parent post-traumatic stress symptoms after child hospitalization on general pediatric wards: A prospective cohort study. *Int J Nurs Stud* 52(1): 10–21. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.06.011.
- Grisson S, Boles J, Bailey K, Cantrell K, Kennedy A, Sykes A, Mandrell BN (2015). Play-based procedural preparation and support intervention for cranial radiation. *Support Care Cancer* 24(6): 2421–2427. DOI: 10.1007/s00520-015-3040-y.
- Hárdi I (1995). A gyermek, a betegség és a kórház. In: *Pszichológia a betegágyánál: orvos, nővér és a beteg* (6. átd., bőv. kiad.) (pp. 247–259). Budapest: Medicina.
- Horowitz M, Wilner N, Alvarez W (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med* 41(3): 209–218. DOI: 10.1097/00006842-197905000-00004.
- LeBlanc CK, Naugler K, Morrison K, Parker JA, Chambers CT (2014). Parent Perceptions and Satisfaction with Inpatient Child Life Specialist Interventions and the Role of Child

- Temperament. *Children's Health Care* 43(3): 253–272. DOI: 10.1080/02739615.2013.845732.
15. Lerwick JL (2013). Psychosocial implications of pediatric surgical hospitalization. *Semin Pediatr Surg* 22(3): 129–133. DOI: 10.1053/j.sempedsurg.2013.04.003.
  16. Meletti DP, Meletti JFA, Camargo RPS, Silva LM, Módolo NSP (2018). Psychological preparation reduces preoperative anxiety in children. Randomized and double-blind trial. *J Pediatr (Rio J)* 95(5): 545–551. DOI: 10.1016/j.jpmed.2018.05.009.
  17. Mendess MG (2016). The Inpatient Children: Partnership Care and Family-centered Care. *J Womens Health Care* 5: 3. DOI: 10.4172/2167-0420.1000e123.
  18. Mérei F, Binét VÁ (2016). *Gyermeklélektan* (16th improved edition). Budapest: Libri.
  19. Novick KK, Novick J (2014). *Munka szülőkkel gyermekterápiában* (pp. 28–29). Budapest: Animula.
  20. Olsson C, Björk M, Ringnér A (2018). The Pediatric Inventory for Parents – Swedish Translation and Psychometric Testing. *J Pediatr Nurs* 42: e97–e102. DOI: 10.1016/j.pedn.2018.02.013.
  21. Panella JJ (2016). Preoperative Care of Children: Strategies From a Child Life Perspective. *AORN J* 104(1): 11–22. DOI: 10.1016/j.aorn.2016.05.004.
  22. Perczel-Forintos D, Ajtay G, Barna C, Kiss Z, Komlósi Z (2018). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
  23. Scott MT, Todd KE, Oakley H, Bradley JA, Rotondo RL, Morris CG, Klein S, et al. (2016). Reducing Anesthesia and Health Care Cost Through Utilization of Child Life Specialists in Pediatric Radiation Oncology. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 96(2): 401–405. DOI: 10.1016/j.ijrobp.2016.06.001.
  24. Slifer KJ (2014). *A clinician's guide to helping children cope and cooperate with medical care: an applied behavioral approach*. Baltimore: The John Hopkins University.
  25. Smith JG, Desai PP, Sira N, Engelke SC (2014). Family-Centered Developmentally Supportive Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Exploring the Role and Training of Child Life Specialists. *Children's Health Care* 43(4): 345–368. DOI: 10.1080/02739615.2014.880917.
  26. Tucker JA, McCann LH (2013). Collaborating for Family-Centered Care: Integrating Child Life Specialists in the Prenatal Setting. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 42(Suppl. 1): S49. DOI: 10.1111/1552-6909.12121.
  27. White HL (2017). The working life of a play specialist. *Paediatr Child Health* 27(10): 476–480. DOI: 10.1016/j.paed.2017.07.002.
  28. Zhang J, Zhu S, Du C, Zhang Y (2015). Posttraumatic stress disorder and somatic symptoms among child and adolescent survivors following the Lushan earthquake in China: A six-month longitudinal study. *J Psychosom Res* 79(2): 100–106. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2015.06.001.





Original research article

# The psychological burden experienced by paediatric nurses during children's hospital care

Nikoletta Páll<sup>1,2,3\*</sup>, Erzsébet Gorove<sup>3</sup>, Ildikó Baji<sup>4</sup><sup>1</sup> Semmelweis University, Faculty of Health Science, Department of Nursing, Budapest, Hungary<sup>2</sup> Semmelweis University, School of Ph.D. Studies, Budapest, Hungary<sup>3</sup> Péterfy Hospital-Polyclinic and Jenő Manning National Traumatology Institution, Budapest, Hungary<sup>4</sup> Semmelweis University, Faculty of Health Science, Department of Applied Psychology, Budapest, Hungary

## Abstract

Working with children requires a great deal of attention and patience from a nurse, and it is also vital to emphasise the enormous amount of responsibility that accompanies this profession. Events related to children involve more stress, possibly causing an increased level of psychological burden for nurses, which, if unprocessed, may lead to symptoms of secondary traumatisation that may result in burnout.

Within the framework of this research, we investigated the psychological demands on nurses working in paediatrics. Our goal was to learn the opinions and activities of paediatric nurses in connection with the psychological preparation and support of children and their parents, a subject previously not analysed in Hungary. In the light of the results of the research, our further goal is to prove the need to adapt the system of care that has become internationally pervasive with proven positive effects (Child life specialist).

A descriptive and multivariate analysis was carried out relying on the results of online quantitative questionnaires filled in by members of the Chamber of Hungarian Healthcare Professionals (Paediatric Department).

The responses of the 361 paediatric nurses who filled in our questionnaire show that children's psychological preparation was mainly carried out by nurses. However, the increased workload prohibited them from meeting children's and parents' emotional needs. When caring for patients, nurses often found themselves in situations where they were not able to react to a child's psychological needs. They find their work so mentally demanding that it has an influence on their private life as well.

Children's emotional state greatly influences nurses, which is why the presence of a specialist who is able to prepare children for interventions and provide emotional support to them and their families is needed in hospital care. Besides all these factors, providing psychological support is also necessary when carrying out nursing roles.

**Keywords:** Child; Child care; Emotional work; Nurse; Secondary traumatisation

## Abbreviations:

ANOVA – analysis of variance; BSc – Bachelor of Science; CLS – Child life specialist; ICU – Intensive care unit; IES-R – Impact of Event Scale-Revised; MESZK – Chamber of Hungarian Healthcare Professionals; MSc – Master of Science; *p* – probability; PFCC – Patient- and family-centered care; PTSD – Posttraumatic stress disorder; REC – Research Ethics Committee; SPSS – Statistical Package for the Social Sciences; Std – Standard deviation; STS – Secondary traumatic stress; STSS – Secondary Traumatic Stress Scale; TUKEB – Medical Research Council, National Scientific and Research Ethics Committee

## Introduction

In the course of treating children, the consideration of psychological aspects is of paramount importance. A sick child is more susceptible to the effects of stress since the physical and mental strain make him or her more sensitive compared to his or her healthy counterparts (Slifer, 2014). A change in the usual environment may be a source of stress for children, which is reinforced by the fact that infants have a lower level of coping strategy (Hárdi, 1995; Lerwick, 2013). Pain and anxiety are interrelated: in other words, a child's feeling of anxiety aggravates his feeling of pain and pain increases anxiety (He

et al., 2015). Children requiring in-hospital acute treatment often cry not only because of pain, but also because they are scared. The nature of nurses' work inevitably elicits an emotional reaction in nurses, making the nursing staff more tense and distracting them during an intervention (Martin, 2017). Some of the most important conditions of nursing are the emotional work, the emotional attention, the empathic care given to a child and his or her family. Working with children in a critical state is a particularly demanding situation in terms of emotions; therefore, nurses working in this field require a larger degree of emotional support (Fülöp et al., 2016). If they are not provided this support, it can lead to emotional exhaustion which may be a significant factor in the subsequent de-

\* **Corresponding author:** Nikoletta Páll, Semmelweis University, Faculty of Health Science, Department of Nursing, Üllői út 26, 1085 Budapest, Hungary; e-mail: [pall.nikoletta@se-etk.hu](mailto:pall.nikoletta@se-etk.hu)  
<http://doi.org/10.32725/kont.2021.025>

Submitted: 2021-01-27 • Accepted: 2021-05-24 • Prepublished online: 2021-05-28

KONTAKT 23/x: xxx-xxx • EISSN 1804-7122 • ISSN 1212-4117

© 2021 The Authors. Published by University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Sciences.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license.



velopment of burnout (Fülöp et al., 2011; Lombardo and Eyre, 2011; Sabo, 2011).

Healthcare professionals themselves can be traumatised during patient care, that is to say, secondary traumatic stress can develop, which is an emotional and behavioural disorder. This is caused by learning of a traumatic event experienced by another person that can be explained by transmission processes, empathy and emotional contagion (Beck, 2011; Elwood, et al., 2011). Events related to children entail a higher stress level; therefore, secondary traumatisation is greater in paediatric nurses (also the risk of Secondary Traumatic Stress (STS): their STS level is higher compared to the population and to other nurses caring for adults) (Czaja et al., 2012).

Our research, carried out in 2013, examined the impact on paediatric nurses of working with traumatised children. The study consisted of questionnaires given to nurses working at five different paediatric surgery and trauma departments (90 respondents), and as the control group to nurses working in general wards (at departments that do not involve increased mental strain, e.g. no critically ill children or no child deaths). We investigated professional assistance, emotional work and processing thereof, as well as secondary traumatisation. Significant differences were found, whereby nurses working in paediatric surgery and trauma wards felt their work to be more mentally demanding, compared to the control group. According to 82.2% of nurses, children's mental state influenced their work, and nearly the whole sample claimed that children's mental support would be essential and that they consider the permanent presence of a psychologist or a supporting specialist to be necessary on these wards. Nurses working in paediatric surgery and trauma departments encounter cases when they are unable to respond properly to a child's mental reactions, which they said is also stressful for them. In their view, the events at the hospital affect their family life and their behaviour at home. We also examined the extent of secondary traumatisation. As regards to the total scale and sub-scales (emotional intrusion, avoidance, hyperarousal) of the STSS (Secondary Traumatic Stress Scale – STSS), higher values were shown at paediatric surgery wards (Bride et al., 2004; Páll and Fülöp, 2013).

In a US study, Berger et al. (2015) examined 239 paediatric nurses working for emergency care units and surgical departments. Compassion fatigue was high, at 71.5% of participants, 29% reported burnout and 27% of respondents also showed high STSS values. The responses revealed that nurses also apply several coping techniques, for instance prayer, and some nurses found it important to take part in their patients' funerals.

The extent of post-traumatic stress disorder (PTSD) was analysed by Czaja et al. (2012) with the help of questionnaires for paediatric nurses working in acute wards (173 respondents). 21% of nurses showed high PTSD values, and nurses with significant PTSD symptoms also showed the symptoms of anxiety and depression.

According to a questionnaire survey among nurses (115 persons) working in pediatric intensive care units, Bursch et al. (2018) found that 24% of nurses showed PTSD, 20% anxiety, and 30% depression symptoms; younger and less experienced nurses scored higher on anxiety.

With the help of interviews, Hilliard and O'Neill (2010) assessed the emotional work of paediatric nurses who worked with children suffering from burns at an Irish hospital. Participants recognised the need for treating children's and parents' emotional reactions, where nurses also find it difficult to react appropriately. In this study, what caused serious anxiety for

nurses was that the heavy workload limited them from meeting the emotional needs of children and parents.

Nurses' psychological preparation and support in relation to interventions have positive effects on child patients and result in fewer negative situations for nurses who are responsible for the care. Abroad, child life specialists (CLSs – highly qualified medical specialists in the field of paediatrics) provide support to children and their families in the hospital stay process, in various psychological support situations and in bereavement, if need be. They prepare children for interventions according to their age with the help of different games and stories, and apply various distraction techniques (e.g. blowing bubbles, storytelling or rocking of infants) during interventions (Boles et al., 2020, da Silva et al., 2017; Zhang et al., 2015). They also provide a great deal of help for the healthcare team as a prepared child is much calmer and interventions are easier and faster to perform. The work of the CLS has been proven to have a beneficial effect on the nurses' work as well. Nurses consider the preparation for interventions and distracting techniques to be most useful, which they are unable to provide to all children without the presence of a CLS for lack of knowledge and time. Besides, paediatric nurses feel that they are able to concentrate on the given intervention much better with the help of a CLS (Drayton et al., 2019). The presence of the family and involvement of parents in nursing duties are a natural phenomenon at most paediatric wards these days. An increasing number of studies deal with the concept, implementation and effects of PFCC (Patient- and Family-Centered Care) at an international level (Mendess, 2016). Thus, the emotional state of both the child and the family can affect the work of paediatric nurses. The work of a CLS is also helpful for parents. Research has shown that parents assess the work of the CLS positively: in their opinion, it was extremely helpful for them during hospital stays (LeBlanc et al., 2014).

In Hungary, child life specialists are not available, so nurses are also tasked with children's psychological preparation and providing support to their family members, which is often emotionally straining for them.

Our general aim was to carry out a survey among paediatric nurses that investigates nurses' psychological burden in connection with the psychological preparation and emotional support of children and their parents. Using the results thereof we can make recommendations for the development of the Hungarian adaptation of the CLS care system with its proven positive effects, which includes its placement in the care structure and the levels and fields of education to obtain the related competences.

---

## Materials and methods

### Sampling procedure

The TUKEB examined the research plan that we submitted and granted the professional ethical licence under number ETT TUKEB 31352-3/2019/EKU.

The electronic questionnaire applied for our survey was created with the help of the Google application specifically designed for the programming of online questionnaires. The questionnaire was sent to paediatric nurses with the help of the Chamber of Hungarian Healthcare Professionals (MESZK), sent to the personal e-mail addresses of subscribers to the newsletter, and the Chamber also published it on its website. Within the system of online questionnaires, the exact email addresses are not visible, so we were able to ensure anonymity. Our questionnaire was also published on the Facebook site

called “Tankórterem”. Data collection started on 1st July 2019 and ended on 31st January 2020, during which 361 nurses filled in the online version. All questionnaires received during the survey period were assessable.

### Measuring instrument

#### Paediatric nurses questionnaire

The independently created questionnaire consisted of 62 questions: I. Consent to the research (3 questions), II. Socio-demographic questions (8 questions), III. Questions related to the emotional work and professional support in the hospital (26 questions), IV. Questions in connection with the processing of emotional burden by paediatric nurses (24 questions). The questionnaire contained 42 closed-ended and 11 open-ended questions and 9 questions with a five-point Likert scale. The assessment of socio-demographic data entailed participants' gender, age, marital status, highest professional qualification, place of work, profile of the field of paediatric care and the number of years spent there. With the help of questions connected to the emotional work and professional support at the hospital, we surveyed the average number of days that children spent in hospital and the frequency of parents' presence, as well as how children's mental state influenced nurses' work. Further questions looked at what kind of preparation children received before interventions during their hospital stay, how nurses evaluated the importance of this, who carried out the preparation and using what tools, and if preparation is absent, what the possible causes thereof could be. Questions on the processing of the emotional burdens of paediatric nurses examined cases that caused difficulties for nurses and the ways in which they were processed.

### Impact of Events Scale (IES-R)

We used the Hungarian version (Perczel-Forintos et al., 2018) of the Impact of Events Scale, which measures the frequency of phenomena describing subjective stress caused by a traumatic event on a 5-point Likert scale rated between 0–4 end-points (where 0 means not typical at all and 4 means characteristic all the time). A higher value signified a higher level of subjective distress in connection with a negative event. Its subscales included emotional intrusion, avoidance and arousal. Nurses had to recall the effects of a recent negative event that occurred during their work with child patients.

### Secondary Traumatic Stress Scale (STSS)

The Secondary Traumatic Stress Scale (STSS) developed by Bride et al. (2004.) was applied in our research, the Hungarian version of which was first used in research in Hungary by Fülöp et al. (2011). The questionnaire investigates the work experience in relation to patients who suffered from severe trauma. The questionnaire contains 17 statements, and respondents must decide on a (5-point) Likert scale how characteristic the given sentence was recently in their own cases. A total score can be obtained from the points marked by the respondent that shows the severity of symptoms of secondary traumatization (<28: none, 28–37: slight, 38–43: medium, 44–48: high, > 49: very high) (Elwood et al., 2011). On the other hand, we can examine each scale, such as the frequency of thought and emotional intrusion, avoidance and signs of arousal (Fülöp et al., 2011).

### Data processing and data analysis

The processing and analysis of data was carried out with the help of the SPSS 25.0 statistic software package (IBM Corporation, Armonk, NY, the United States of America). During the

analysis, we examined the relative frequency distribution of the answers to each question, and in the case of the formed indices, their descriptive statistics.

Before the analysis, the STSS complete scale and sub-scales and the sub-scales of the IES-R had been transformed per sub-scale  $\log(x+1)$  in order to normalise their distribution. A comparison of the IES-R sub-scales and that of the STSS total scales and sub-scales was carried out with the help of a correlation matrix in which the Pearson correlation coefficient was calculated to compare the variables of each scale and every sub-scale in pairs ( $r = +0,5-1$  : strong positive correlation,  $r = +0,0-0,5$ : moderately strong positive correlation).

The effect of certain factors considered relevant on the values of the full scale of the STSS and the IES-R sub-scales was examined using ANOVA.

The analysis of the additional questions was tested by ordinal regression. For those questions where more than one answer could be marked, we used a  $\chi^2$  (Chi-square) test by analyzing contingency tables. The significance level was set to  $p < 0.05$  in every case.

## Results

### Socio-demographic results

The demographic indicators related to nurses is shown in Table 1.

**Table 1. The distribution of socio-demographic parameters regarding nurses (n = 361 nurses)**

<b>Gender:</b> female: 355 (98.3%), male: 6 (1.7%)		
<b>Age:</b> mean: 40.37, SD: 11.222 Min.:18, Max.: 66		
<b>Highest educational qualification</b>		
Advanced practice registered nurse (MSc)	14 nurses	3.88%
Registered nurse (BSc)	69 nurses	19.11%
Licensed nurse	273 nurses	75.62%
Auxiliary nurse	5 nurses	1.38%
<b>How long have you worked as a paediatric nurse?</b> Mean: 17.94, SD: 12.839, Min.: 1, Max.: 45		
<b>Marital status</b>		
Single	114 nurses	31.6%
Partnership	247 nurses	68.4%
<b>Number of children:</b> Mean: 1.23, SD: 1.222, Min.: 0, Max.: 12		
<b>What area do you work in?</b>		
	Participants	Percentage
General surgery	12	3.3
Internal medicine	162	44.9
Infant care ward	20	5.5
Intensive care unit	60	16.6
Oncology	30	8.3
Psychiatry	7	1.9
Surgery and Trauma	49	13.6
Emergency ward	19	5.3
Other	2	0.6

### Data related to children's care

On the basis of nurses' responses, children spent (on average) 6.45 days as in-patients in their institutions (SD: 8.652, Min.: 0, Max.: 70). Their experience was that 29.6% of parents (107) were at their children's side during every intervention, while 62.3% of them (225 parents) were there only partially and 8% (29 parents) were unable to stay with their children. On a 5-point scale, nurses evaluated with an average of 4.13 (SD: 4.13) how much mental strain the hospital stay placed on the children, according to nurses. We found a significant correlation in this issue, with nurses saying shorter care times put more psychological strain on children ( $p = 0.033$ ). 96.4% of nurses thought that children's mental state affects their work with them. 95 respondents held that when a child is scared and cries, their work is much harder, so nearly all respondents found children's psychological preparation and support to be of great importance.

On a scale of 1 to 5, the implementation of child-friendly care in the nurses' department averaged 4.15 (SD: 0.871), which showed a correlation with the frequency of preparation of children ( $p = 0.001$ ). Nurses assessed the importance of psychological preparation before interventions appropriate to the child's level of intellect on the same scale, which they assessed with a nearly maximum score (Mean: 4.86 SD: 0.448), and they estimated the frequency of children's preparation at their department to be an average of 4.38 (SD: 0.896). Their experience shows that after preparation fear is reduced, children are more cooperative and behave calmer during interventions. The preparation that, on average, lasted between 1 and 10 minutes, was mostly performed by nurses (according to 222 respondents). More than half of the participants used no tools for the preparation, or maybe just one piece for explaining a specific intervention (e.g. toys, books or a piece of equipment applied in the course of the intervention). According to 241 paediatric nurses, preparation is not performed regularly due to a lack of time – or the parent does it instead of them. Parental presence had a positive effect on the frequency of preparation ( $p = 0.000$ ).

In nurses' view (measured on a 5-point scale), it was evaluated with an average of 4.03 (SD: 1.155) how useful the presence of a specialist would be who would prepare children and their parents for interventions professionally and playfully (appropriate to the child's level of intellect). Nurses working in

the surgical and trauma, oncology, intensive care and internal medicine departments found the presence of such a specialist significantly more useful ( $p = 0.001$ ) than in other departments. In their opinion, the occurrence of negative situations could be decreased during children's hospital stays, thereby placing less of a mental strain on nurses.

214 respondents felt that children and their parents were provided with information appropriate to their age and level of intellect, and that children's anxiety and objecting reactions were handled appropriate to their age and level of intellect (evaluated on a 5-point scale, Mean: 4.09, SD: 0.789).

To sum up, on average, nurses assessed children's psychological preparation at 3.78 on a 5-point scale (SD: 0.745), which showed significant correlation with the assessment of information provided to child patients appropriate to their level of intellect ( $p = 0.000$ ).

### Data related to nurses' emotional strain

On a 5-point scale, paediatric nurses evaluated with an average of 3.52 (SD: 1.060) how demanding their work was emotionally. Significantly higher values could be seen ( $p = 0.000$ ) at oncology wards, surgery and trauma departments, as well as intensive care units. The average number of days that children had to spend in hospital significantly influenced nurses' assessment of their own psychological burden, a shorter period of hospital care showed a higher value ( $p = 0.000$ ). Nurses who held that children were more stressed by the hospital care, also assessed their own work as being more mentally strenuous ( $p = 0.000$ ).

334 participants (92.5%) experienced negative events while caring for children that taxed them mentally, and 186 persons (51.5%) got into situations during their work when they were unable to respond to children's mental reactions. Regarding these events, different fields were examined separately in order to observe how emotionally demanding the work was on the given ward (Table 2).

Most of these cases stemmed from questions by children with cancer who asked about their own death, but nurses also mentioned situations involving children who were aggressive, abused, and who had lost a parent in an accident. A significant correlation could be observed; nurses who had a negative experience during patient care considered their work to be more mentally taxing ( $p = 0.001$ ). 85% of nurses would like to take

**Table 2. Negative situations in regard to paediatric fields**

Department	Number of respondents in total (persons)	Have you ever had any psychologically straining experiences? (persons)		Have you ever experienced any situations when you were unable to respond to a child's mental reactions? (persons)	
		Yes	No	Yes	No
General surgery	12	12	0	8	4
Internal medicine	162	150	12	90	72
Infant care ward	20	17	3	5	15
Intensive care unit	60	58	2	38	22
Oncology	30	29	1	22	8
Psychiatry	7	7	0	6	1
Surgery and trauma	49	42	7	31	18
Emergency ward	19	17	2	8	11
Other	2	2	0	2	0

part in further training on this subject matter; they consider case discussions, practice-oriented, and situational trainings most helpful.

On a 5-point scale, nurses rated the psychological support in their department as moderate (Mean: 3.20 SD: 1.158), and 61.5% of them consider a permanent psychologist in the ward necessary.

301 nurses (84.48%) discuss severe cases with family members and 149 with colleagues. 142 nurses would require and 122 nurses would partially like help to process difficult cases in the form of case discussions or one-on-one consultations.

151 paediatric nurses (41.8%) talk about what happened at their workplace at home often and 192 (53.2%) rarely. According to 264 nurses (73.1%), events at their workplace affect the atmosphere of their homes and their behaviour towards their family members; they are more anxious, irritated, exhausted and impatient after these frustrating happenings.

### **Results of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R) and the Secondary Traumatic Stress Scale (STSS)**

With regards to the Impact of Event Scale-Revised (IES-R), nurses had to recall the effects of a recent negative event that occurred during their work with child patients. The Secondary Traumatic Stress Scale (STSS) investigates the work experience in relation to patients who suffered from severe trauma.

Before the analysis, the STSS complete scale and sub-scales and the sub-scales of the IES-R had been transformed per sub-scale  $\log(x+1)$  in order to normalise their distribution. The results of their scores are shown in Table 3. The average, minimum and maximum values of the sub-scales of the STSS showed higher scores than those of the IES-R. With regards to the average values of the sub-scales of the STSS, memory intrusion showed the highest number.

**Table 3. The values of the subscales of the STSS and IES-R**

	STSS total	STSS intrusion	STSS avoidance	STSS arousal	IES-R intrusion	IES-R avoidance	IES-R arousal
Mean	3.41	2.28	2.55	2.25	0.66	0.67	0.46
SD Deviation	0.328	0.324	0.332	0.342	0.387	0.386	0.361
Minimum	3	2	2	2	0	0	0
Maximum	4	3	4	3	2	2	2

Significant correlation was found between the values of the total scale and sub-scales of the STSS and those of the sub-scales of the IES-R as well as some questions of the questionnaires. These results can be seen in Table 4.

Higher values could be seen for nurses who had less work experience. Correlation could be seen whereby higher values

were observed in all scales for those nurses who felt their work to be more stressful, they encountered upsetting cases and experienced situations where they were unable to respond properly to a child's mental reactions in their care duties and workplace events affect their family relationships.

**Table 4. Comparison of the total STSS scale and of IES-R subscales with the questionnaire questions**

Questionnaire questions	STSS total	IES-R intrusion	IES-R avoidance	IES-R arousal
	<i>p</i>			
How long have you been working as a paediatric nurse?	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
How stressful do you consider your work to be?	0.000*	0.000*	0.012*	0.000*
How do you see the professional support provided at your ward?	0.395	0.076	0.015*	0.010*
What department do you work at?	0.001* (for Oncology, ICU, Surgery and Trauma)	0.131	0.352	0.072
Have you ever experienced any negative events in paediatric care that caused psychological distress?	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
Have you ever got into situations when you were unable to respond to a child's mental reaction?	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
What kind of cases do you consider to be the most demanding?	0.004* (a severely injured child), 0.018* (a child with a tumour)	0.044* (a dying child)	0.200	0.006* (a severely injured child)
Do events at the workplace influence your behaviour with your family members?	0.000*	0.000*	0.001*	0.000*

\*  $p < 0.05$ .



A comparison of the IES-R sub-scales and that of the STSS total scales and subscales was carried out with the help of a correlation matrix in which the Pearson correlation coefficient was calculated to compare the variables of each scale and every subscale in pairs (Table 5).

**Table 5. Comparison of the IES-R sub-scales and that of the STSS total scale and sub-scales with the Pearson correlation coefficient**

	STSS total	STSS intrusion	STSS avoidance	STSS arousal
IES- R intrusion	0.611*	0.591*	0.553*	0.553*
IES-R avoidance	0.476**	0.438**	0.440**	0.442**
IES-R arousal	0.649*	0.593*	0.592*	0.626*

\* strong positive correlation ( $r = + 0.5-1$ ); \*\* moderately strong positive correlation ( $r = + 0.0-0.5$ ).

## Discussion

In our study, we examined the psychological burden of nurses working in Hungarian paediatrics ( $n = 361$ ) in connection with children's psychological preparation. We chose the method of an electronic, self-administered questionnaire, which had the advantage of allowing us to obtain data on a widespread scale from different parts of the country.

Nurses' psychological strain depends on the children's and their parents' emotional state as well, so patients' psychological preparation and mental support also have a significant effect on the amount of emotional exhaustion affecting nurses. Following this base hypothesis, our research also examined the psychological preparation and support provided to children in Hungarian hospitals.

According to data regarding paediatric care, on average, children spent 6.45 days in hospital, and in most cases, parents were only able to stay with their children occasionally.

According to nurses, most of the time, hospital care places psychological strain on children, especially in cases when the period of hospital treatment is shorter. Nurses found children's mental support and their psychological preparation for interventions essential, since all these factors also affect their nursing duties. In Hungary, preparation for interventions is mainly carried out by nurses and it takes 10 minutes at the most. In the nurses' view, the reason for this is lack of time. Our figures correspond to the data collected by Hiliard and O'Neill (2010), where nurses stated that the intense workload limited them from meeting the emotional needs of children and parents. According to nurses, the presence of a person in their department would be useful for preparing children for interventions (both professionally and playfully) and also for providing support to parents as well. Nurses working in surgical and trauma departments, oncology, intensive care and internal medicine found the presence of such a specialist significantly more useful. In the nurses' opinion, the presence of a CLS could have a positive effect on their work, since children would be calmer during their hospital stay and fewer negative situations would also occur.

The figures in connection with nurses' emotional work show that nurses working in the above-mentioned departments found their work to be more demanding; they more often encounter cases that they find emotionally taxing and are unable to respond properly to children's psychological reac-

tions. All these factors showed a tight correlation with the total scale of the STSS and with all three groups of symptoms of the IES-R (including thought intrusion, avoidance and arousal symptoms). Nurses assessed the psychological support provided at departments to be moderate and they consider the permanent presence of a psychologist to be essential. In addition, they would like further training in which they can acquire skills that will help them and their patients in these situations.

In those cases where nurses considered the hospital care to be more taxing on the child, they felt nurses' work also to be more emotionally demanding, which shows the empathy of the nurses. Relying on the findings of this study, a large section of nurses would like help to process difficult cases in the form of case discussions or one-on-one consultations. Most nurses talk about workplace events at home and try to process more difficult cases that way, which in turn leads to workplace events affecting the atmosphere of their homes and their behaviour towards their family members.

The mean of the STSS values was higher than that of the IES-R. We found a strong and moderately strong positive relationship between the STSS and IES-R sub-scales, suggesting that anxiety in negative situations may be the basis for subsequent secondary traumatisation.

On average, the highest among the STSS sub-scales was avoidance, which may indicate avoidance of thoughts and feelings related to the event. The second highest sub-scale was thought and emotional intrusion, which could mean that nurses often think of their patients – which might have an effect on other nurses as well.

Corresponding to the results of the survey carried out by Bursch et al. (2018), the STSS and IES-R values were higher in participants who had less work experience. Secondary traumatisation or IES-R values were higher in nurses who rated their workplace emotional strain higher and felt that workplace events had an impact on their behavior with their families.

## Conclusions

During hospital treatments, the psychological support of children, parents and nurses is essential, although it is currently not implemented in the Hungarian healthcare system. We hypothesize that labour shortages and the growing number of patients per nurse do not allow for the psychological support of patients and their families, and additionally enhance nurses' emotional exhaustion. The work of a CLS could reduce nurses' psychological burden and would provide support for children and parents as well. In addition, all nurses should be provided with assistance to help process workplace events so that they do not affect family relationships.

### Financial support

EFOP-3.6.3-VEKOP-16-2017-00009, the development of scientific workshops of the Medical, Healthcare and Pharmaceutical Studies.

### Division of labour among authors

**NP:** Planning of the study, creation of the measuring instrument, obtaining permissions, research of literature, database management, statistical analysis, wording of the manuscript. **EG:** Management of the database and statistical analyses. **IB:** The professional appraisal of the manuscript. The final version of the article was read through and approved by all the authors.

**Conflict of interests**

The authors have no conflict of interests to disclose.

**Acknowledgements**

We would like to express our gratitude to all parents who voluntarily took part in our research.

**Psychická zátěž dětských zdravotních sester při péči o děti v nemocnici****Souhrn**

Práce s dětmi vyžaduje od zdravotní sestry velkou dávku pozornosti a trpělivosti a je také nezbytné zdůraznit obrovskou míru odpovědnosti, která tuto profesi provází. Zdravotní události spojené s dětmi s sebou nesou větší míru stresu, což může způsobovat zvýšenou míru psychické zátěže sester, která – pokud s ní není dále pracováno – může vést k příznakům sekundární traumatizace, jež může vyústit ve vyhoření.

V rámci tohoto výzkumu jsme zkoumali psychologické nároky kladené na zdravotní sestry pracující v pediatrickém oboru. Naším cílem bylo poznat názory a aktivity dětských sester v souvislosti s psychologickou přípravou a podporou dětí a jejich rodičů, což je téma, které dosud nebylo v Maďarsku analyzováno. Ve světle výsledků výzkumu je naším dalším cílem prokázat potřebu zavést systém péče, který se stal mezinárodně rozšířeným, s prokázanými pozitivními účinky (role Child life specialist).

Byla provedena deskriptivní a multivariační analýza opírající se o výsledky z kvantitativních online dotazníků vyplněných členy Komory maďarských zdravotníků (pediatrická sekce).

Z odpovědí 361 dětských zdravotních sester, které vyplnily náš dotazník, vyplývá, že psychologickou přípravu dětí prováděly především sestry. Vysoká pracovní zátěž jim však bránila v uspokojení emocionálních potřeb dětí a rodičů. Při péči o pacienty se sestry často dostávaly do situací, kdy nebyly schopny adekvátně reagovat na psychické potřeby dítěte. Jejich práce je pro ně natolik psychicky náročná, že má vliv i na jejich soukromý život.

Emoční stav dětí sestry velmi ovlivňuje, a proto je v nemocniční péči nutná přítomnost odborníka, který je schopen děti na zdravotní zákroky připravit a poskytnout jim i jejich rodinám emoční podporu. Kromě všech těchto faktorů je nezbytné také poskytovat psychologickou podporu samotným zdravotním sestřám.

**Klíčová slova:** dítě; emoční práce; péče o dítě; sekundární traumatizace; zdravotní sestra

**References**

- Beck CT (2011). Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review. *Arch Psychiatr Nurs* 25(1): 1–10. DOI: 10.1016/j.apnu.2010.05.005.
- Berger J, Polivka B, Smoot EA, Owens H (2015). Compassion Fatigue in Pediatric Nurses. *J Pediatr Nurs* 30(6): e11–e17. DOI: 10.1016/j.pedn.2015.02.005.
- Boles J, Fraser C, Bennett K, Jones M, Dunbar J, Woodburn A, et al. (2020). The Value of Certified Child Life Specialists: Direct and Downstream Optimization of Pediatric Patient and Family Outcomes. [online] [cit. 2021-01-03]. Available from: <https://www.childlife.org/docs/default-source/the-child-life-profession/value-of-cclss-full-report.pdf>
- Bride BE, Robinson MM, Yegidis B, Figley CR (2004). Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Res Soc Work Pract* 14(1): 27–35. DOI: 10.1177/1049731503254106.
- Bursch B, Emerson ND, Arevian AC, Aralis H, Galuska L, Bushman J, Bulut Y (2018). Feasibility of Online Mental Wellness Self-assessment and Feedback for Pediatric and Neonatal Critical Care Nurses. *J Pediatr Nurs* 43: 62–68. DOI: 10.1016/j.pedn.2018.09.001.
- Czaja AS, Moss M, Mealer M (2012). Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Among Pediatric Acute Care Nurses. *J Pediatr Nurs* 27(4): 357–365. DOI: 10.1016/j.pedn.2011.04.024.
- da Silva RDM, Austregésilo SC, Ithamar L, de Lima LS (2017). Therapeutic play to prepare children for invasive procedures: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)* 93(1): 6–16. DOI: 10.1016/j.ped.2016.06.005.
- Drayton NA, Waddups S, Walker T (2019). Exploring distraction and the impact of a child life specialist: Perceptions from nurses in a pediatric setting. *J Spec Pediatr Nurs* 2019: e12242. DOI: 10.1111/jspn.12242.
- Elwood LS, Mott J, Lohr JM, Galovski TE (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clin Psychol Rev* 31(1): 25–36. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.09.004.
- Fülöp E, Devecsery Á, Hausz K, Kovács Z, Csabai M (2011). Relationship between empathy and burnout among psychiatric residents. *New Medicine* 4: 98–102.
- Fülöp E, Páll N, Csabai M (2016). Amikor elfogy az energia. Kiegészítés és hozzákapcsolódó jelenségek a gyógyításban. *Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle* 21(4).
- Hárdi I (1995). A gyermek, a betegség és a kórház In: *Pszichológia a betegágyánál: orvos, nővér és a beteg* (6th ed.) (pp. 247–259). Budapest: Medicina.
- He H-G, Zhu L, Chan SWC, Klainin-Yobas P, Wang W (2015). The Effectiveness of Therapeutic Play Intervention in Reducing Perioperative Anxiety, Negative Behaviors, and Postoperative Pain in Children Undergoing Elective Surgery: A Systematic Review. *Pain Manag Nurs* 16(3): 425–439. DOI: 10.1016/j.pmn.2014.08.011.
- Hilliard C, O'Neill M (2010). Nurses' emotional experience of caring for children with burns. *J Clin Nurs* 19(19–20): 2907–2915. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.03177.x.
- LeBlanc CK, Naugler K, Morrison K, Parker JA, Chambers CT (2014). Parent Perceptions and Satisfaction with Inpatient Child Life Specialist Interventions and the Role of Child Temperament. *Child Health Care* 43(3): 253–272. DOI: 10.1080/02739615.2013.845732.
- Lerwick JL (2013). Psychosocial implications of pediatric surgical hospitalization. *Semin Pediatr Surg* 22(3): 129–133. DOI: 10.1053/j.sempedsurg.2013.04.003.
- Lombardo B, Eyre C (2011). Compassion Fatigue: A Nurse's Primer. *Online J Issues Nurs* 16(1): 3. DOI: 10.3912/OJIN.Vol16No01Man03.
- Martin HA (2017). The Power of Lidocaine, Epinephrine, and Tetracaine (LET) and a Child Life Specialist When Suturing Lacerations in Children. *J Emerg Nurs* 43(2): 169–170. DOI: 10.1016/j.jen.2016.12.019.
- Mendess MG (2016). The Inpatient Children: Partnership Care and Family-centered Care. *J Women's Health Care* 5: 3. DOI: 10.4172/2167-0420.1000e123.

- 
20. Páll N, Fülöp E (2013). Traumán átesett gyermekekkel való munka hatása a gyermekápolókra. *Nővér* 26(5): 3–11.
  21. Perczel-Forintos D (szerk.) (2018). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
  22. Sabo B (2011). Reflecting on the Concept of Compassion Fatigue. *Online J Issues Nurs* 16(1): 1. DOI: 10.3912/OJIN.Vol16No01Man01.
  23. Slifer KJ (2014). *A clinician's guide to helping children cope and cooperate with medical care: an applied behavioral approach*. Baltimore: The John Hopkins University.
  24. Zhang J, Zhu S, Du C, Zhang Y (2015). Posttraumatic stress disorder and somatic symptoms among child and adolescent survivors following the Lushan earthquake in China: A six-month longitudinal study. *J Psychosom Res* 79(2): 100–106. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2015.06.001.

# Traumán átesett gyermekekkel való munka hatása a gyermekápolókra

PÁLL Nikoletta, FÜLÖP Emőke

## Összefoglalás

**A vizsgálat célja:** A traumán átesett gyermekeknél a pszichológiai szempontok figyelembe vétele az ápolás során alapvető fontosságú. Az ilyen esetekkel való találkozás az ápolóknál fokozott lelki megterhelést okozhat, aminek a feldolgozására gyakran nem kapnak szakmai segítséget, így jelentkezhetnek a másodlagos traumatizáció tünetei, amely egy idő után kiégéshez vezethet.

**A vizsgálat módszere:** A szerzők öt kórház gyermeksebészeti (N=90) és kontrollcsoportként belgyógyászati osztályán (N=90) végeztek kérdőíves felmérést, gyermekápolók körében.

**Eredmények:** Szignifikáns különbségeket találtak a két csoport között, miszerint a gyermektraumatológián dolgozó ápolók lelkileg megterhelőbbnek érzik munkájukat, fontosnak tartják a gyermekek lelkigondozását, és szeretnék egy állandó pszichológust az osztályra. Emellett magasabb számban találtak olyan esettel, amikor nem tudtak reagálni a gyermek lelki reakciójára, amely kihat a családi kapcsolataikra, emellett igényelnének továbbképzéseket és segítséget az esetek feldolgozásában. A másodlagos traumatizációt mérő skála értékeinél is szignifikáns eltérés volt kimutatható.

**Következtetések:** A gyermektraumatológiai osztályokon érdemes nagyobb hangsúlyt fektetni az ápolók érzelmi feldolgozására, a másodlagos traumatizáció tüneteinek felismerésére, és a megfelelő oktatásra.

**Kulcsszavak:** empátia, másodlagos traumatizáció, pszichológiai szempontú ápolás, érzelmi munka

**The effects of caring for children who have suffered trauma on pediatric nurses.**

Nikoletta PÁLL, Emőke FÜLÖP

### Summary

**Aim of the study:** In case of children suffering trauma immediate care taking psychological aspects into consideration is very important. However, for the caregivers going through these cases cause secondary traumatization and increased mental burden, and they are not provided with professional help to process these, which ultimately may lead to burn-out.

**Sample and method:** The authors have carried out a questionnaire survey among pediatric nurses at Pediatric Surgery Departments (N=90) and as a control group at Internal Medicine Departments (N=90) of five hospitals.

**Results:** Significant differences were found between the two groups, as the nurses working at pediatric trauma departments consider their work as mentally more burdensome, they think the children's mental care is important and would like to have a full-time psychologist at the ward. Besides they have encountered significantly higher number of cases in which they were unable to respond properly to the children's psychological reactions. This have ultimately affected their family relations, and they also need trainings and help to mentally process these cases. Significant difference was found in the Secondary Traumatic Stress Scale scores too.

**Conclusions:** In pediatric traumatology departments it would worth greater emphasis on helping nurses with their emotional processing of traumas, on recognizing symptoms of secondary traumatization and on adequate training.

**Key words:** empathy, secondary traumatization, psychological aspects of care, emotion work

Érkezett: 2013. április 4. Elfogadva: 2013. május 6.

## Bevezetés

Rengeteg gyermek szenved balesetet évente, beleértve a halálos és a halált nem okozókat is. Ezekben az esetekben a pszichés terhelés is nagy problémát jelent, ezért a sé-

rülések ellátása mellett nagyon fontos a lelki támogatás már a kórházba kerülés első pillanatától. A pszichológusok és a lelkigondozók nem állnak rendelkezésre a nap 24 órájában, ezért egy-egy szituációban az ápolóknak kell segíteniük, hiszen ők töltik a legtöbb időt a betegekkel, és élik át velük

PÁLL Nikoletta Ápolás MSc hallgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Budapest  
diplomás ápoló, Péterfy Sándor utcai Kórház rendelőintézet és Baleseti Központ Gyermektraumatológia, Budapest  
FÜLÖP Emőke Adjunktus, Semmelweis Egyetem, Alkalmazott Pszichológia Tanszék, Budapest  
Levelező szerző (correspondent): PÁLL Nikoletta, elérhetőség: 1113. Budapest, Bartók Béla út 72.,  
Tel.: +36/30-3800-188, e-mail: nikol.p@freemail.hu



mindazt, amit a gyógyító team többi tagja nem is tapasztal.

Ezekben az esetekben a pszichológiai szempontok figyelembe vétele az ápolás során nagyon fontos lenne, hiszen a gyermekek testi egészségének helyreállítását elősegítené. Továbbá sok esetben a testi sérülésnél maradandóbb nyomokat hagyhat 1-1 trauma lelki hatása. A lelki utóhatások hegeit nagyban befolyásolhatja, hogy a traumát követően jelentkező pszichés tüneteket hogyan fogadja, kezeli a környezet.

Az ápolók azonban sok esetben nincsenek erre szakmailag felkészítve, másrészt ezeknek az eseteknek az átélése nekik is lelki megterhelést okozhat, aminek a feldolgozására nem kapnak szakmai segítséget, ez azonban kiégéshez is vezethet.

## Elméleti háttér

Magyarországon, a gyermektraumatológián dolgozó ápolók érzelmi munkája és másodlagos traumatizáció tüneteinek gyakorisága kevésbé vizsgált terület. Pedig a traumán dolgozó ápolók más, fokozott mértékű érzelmi munkát végeznek, hiszen olyan komoly traumát átélt gyermekekkel kell dolgozniuk, mint a bántalmazott, tragikus balesetben súlyosan sérült gyermek, itt kiemelve az amputációt. Minden átélt trauma egyik súlyos következménye lehet a poszttraumás stressz zavar (PTSD), amely a gyermekeknél is megfigyelhető. Schreier és munkatársai 2000-ben történt kutatásukban traumán átesett gyermekeknél vizsgálták a poszttraumás stressz zavar tüneteit. 69%-ánál találtak legalább enyhe PTSD tüneteket a kezdetekkor. (Schreier, Ladakakos, Morabito, Chapman, & Knudson, 2005)

A segítő foglalkozásoknál, így az ápolók esetében is, a munkájuk során elengedhetetlen az érzelmi munka. Egyesek jobban viselik az érzelmi munkából fakadó terheket, míg másoknál később ez érzelmi kimerülést okozhat. Leginkább azokra a munkakörökre jellemző ez, ahol traumán átesett emberekkel foglalkoznak, vagy olyan osztályokon, ahol hosszas munkájuk után sem látják a betegek javulását. Az érzelmi kimerülést befolyásolhatja az ápoló munkával való elégedettségét,

érzelmi és fizikai egészségét, és munkájának minőségét is. Az érzelmszabályozás zavara pedig kiemelt tényező lehet a kiégés későbbi kialakulásában. (Fülöp, Devecsery, & Csabai, 2012; Lombardo & Eyre, 2011; Sabo, 2011; Szluha, Lazányi, & Molnár, 2007)

Az empátiának nagy szerepe van az érzelmi munkában. Az empátia sokak által kutatott fogalom, melynek lényege Buda Béla szerint, hogy az ember sajátos képességével bele tudja élni magát a vele közvetlen kapcsolatban levő másik ember lelkiállapotába, amely sajátos pszichés folyamatokat indít meg, amelyek révén fel tudja idézni magában az ember a másikban zajló indulatok, érzelmek és gondolatok tartalmát és azok összefüggéseit, és e felidőzés révén jutunk el a másik ember megértésére. Rogers (1957) szerint az empátia a másik fél által megélt jelentéstartalmakra való folyamatos érzékenység. Davis (1996) a felszíni és mély érzelmi munkával állította párhuzamba az empatikus folyamatokat, amelyek kognitív és pszichés elemekből épülnek fel. (Lazányi et al., 2009; Holecz, 2012)

A legújabb kutatásokban vizsgálják a jelenség neurobiológiai hátterét. Az agy azon területeit tanulmányozzák, melyekben megtalálhatóak az ún. tükroneuronok, amelyek aktivitást mutatnak egy adott cselekvés megfigyelésénél vagy végrehajtásánál. Vagyis amikor valakire figyelünk, a másik arckifejezésének a látványa összekapcsolódik saját hasonló motoros élményeinkkel, kiváltva ugyanazokat az érzelmi és vegetatív állapotokat. (Fülöp et al., 2012) Az empátiát azonban nem lehet egységes fogalomként tekinteni, meg kell különböztetnünk ún. párhuzamos empátiát és reaktív empátiás folyamatokat. A párhuzamos empátia esetében átvesszük a másik érzelmi állapotát, és olyan mértékű distresszt élhetünk át, ami akadályozhatja az empátiás törődés alapját képező kognitív folyamatnak, nézőpontváltásnak. A reaktív empátia esetén kis távolságot tudunk tartani a másik érzelmi állapotától, ami segíti az empátiás törődés megjelenését (Fülöp et al 2012).

Az empátia mellett azt a tényt is alapul kell venni, hogy az ápolók nagy része nőnemű, akikben könnyebben támadnak anyai érzések, jobban beleélik magukat, rávetít-

hetik saját gyermekükre, egy traumatológiai ápoló esetében ez túlféltéshez vezethet. Kutatások szerint (James 1989, 1992) a nők nagyobb érzelmi munkára való hajlama a családban betöltött gondoskodó szerepükkel és gyerekkori szocializációjukkal állítható párhuzamba. A családi kapcsolatokra is kihathat, ha az ápoló hazaviszi problémáit, feszült, vagy otthon is a betege miatt aggódik. (Lazányi et al., 2009)

Kovács és munkatársai (2012) kutatásukban az egészségügyi ellátásban dolgozó hazai szakemberek kiegészét, az általuk végzett érzelmi munkát, a megküzdést és a társas támogatást vizsgálták, amelyben lényeges különbségeket találtak az érzelmi munka, a megküzdés és a társas támogatás tekintetében. Az érzelmi disszonancia jelentős stressz tényező, amely az onkológiai területen dolgozóknál gyakrabban fordult elő: úgy érezték, hogy munkájuk során ritkábban szükséges, sőt nem szabad a negatív érzéseiket kifejezni, ugyanakkor gyakrabban kell együttérzést kifejezniük. (Kovács, Kovács, & Hegedűs, 2012)

Szluha és Lazányi által a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum 50 onkológiai szakdolgozójával végzett vizsgálatában is láthatjuk, hogy az ápolók több mint 90%-a energiát fektet abba, hogy aktuális lelki állapotát eltitkolja, kitéve magát a lehetséges negatív következményeknek. (Szluha, Lazányi, & Molnár, 2007)

A gyermekhalállal a traumatológián is találkozunk egy-egy akut esetnél, csak itt nem nézik végig a haldoklás hosszú folyamatát, hanem gyorsabb ütemben élik át a gyermekhalált a szakdolgozók.

2000-ben elvégzett felmérés (Hegedűs, 2002) szerint az orvosképzés curriculumában és az ápolóképzésben kevés a halállal, haldoklással, gyással kapcsolatos képzés, vagyis a szakemberek nem kapnak megfelelő ismereteket. (Hegedűs et al., 2012)

A traumás betegekkel való munka során előfordulhat, hogy az ápoló maga is traumatizálódhat, vagyis másodlagos traumatizációs stressz (STS) alakulhat ki, amely érzelmi és viselkedéses zavart jelent, amit egy szignifikáns másik által megtapasztalt traumatikus élmény megismerése okoz. Ennek elméleti magyarázata az áttételi

folyamatok, az empátia, érzelmi áttérjedés. Ezek az ápolók a vikariáló trauma tüneteit mutatják. Chrestman (1999) rámutatott az elsődleges és másodlagos traumatizáció tünetei közötti hasonlóságokra: emlékép betörések, fiziológiai arousal, elkerülés. Emellett igazolható, az is hogy egy tragikus eseményről hallott verbális beszámoló vizuális emlékbetöréseket okozhat. (Bairda & Kracemb, 2006; Bride, Robinson, Yegidis, & Figley, 2004; Beck, 2011) Amerikai kutatásban (Maytum et al., 2004), 20 gyermekgyógyászati ápolóval végzett felmérésében gyakran tapasztalták az ápolóknál a lelki kimerülés tüneteit. 67 sürgősségi ápoló közül 33%-ban teljesült minden STS tünet (Dominquez-Gomez Rutledge, 2009). 110 főből 25% tapasztalt traumás tüneteket. (Beck et al., 2011)

Az elmúlt időben rendkívül sok tanulmány foglalkozik az egészségügyi dolgozók lelki egészségvédelmével, és nagyon sok kutatásban láthatjuk az érzelmi munka és a kiegészés közötti kapcsolat vizsgálatát is. (Kovács & Hegedűs, 2009; Lazányi, 2009) Zaph szerint a kiegészés arra utal, hogy a dolgozó nem képes többé menedzselni az érzelmeit annak érdekében, hogy betartsa az érzelemkifejezéssel kapcsolatos munkahelyi előírásokat, követelményeket. (Kovács et al., 2009)

A folyamatos vész helyzetben dolgozó szakemberek egyre kevesebb empátiával rendelkeznek, amellyel tudat alatt önmagukat védik, viszont ez lassan kiegészéshez vezethet. A burn-out szindróma a fizikai és érzelmi kimerülés állapotát írja le. A szakmai kiegészés jelei közé tartoznak az érzelmi távolságtartás, közöny a munkával és a betegekkel szemben; alkalmatlanság-érzet, szomatikus tünetek pedig a krónikus fáradtságérzés, fejfájás, alvászavar. (Herman, Kuszling & Kulcsár, 2011; Sáfár & Hornyacsek, 2011)

Pikó Bettina nővérek körében folytatott kutatásából kiderült, hogy a magas stresszhatású osztályokon dolgozó ápolók gyakrabban számoltak be fejfájásról, alvászavarról, gyomor-fájásról, szapora szívdobogásérzésről. (Pikó, 2002)

Hegedűs és munkatársai a magyar lakosság egészségi állapotát országos, reprezentatív mintán vizsgáló Hungaro-study 2002-es

és 2006-os adatait elemezték, mely szerint az egészségügyi dolgozók a nem egészségügyi dolgozókhoz viszonyítva bizonyos mutatókban rosszabb testi és lelki állapotot jeleznek. (Kovács & Dr. Hegedűs, 2009)

## A vizsgálat célja

- A vizsgálat célkitűzései a következők:
- ⇒ Bizonyítani a traumán átesett gyermekkel foglalkozó ápolók lelki megterhelését és rávilágítani ennek fontosságára.
  - ⇒ Bizonyítani a gyermektraumatológiai osztályokon előforduló esetek súlyosságát, és a pszichológiai szempontok fokozott figyelembe vételét ezekben az esetekben.
  - ⇒ Felhívni a figyelmet a továbbképzések szerepére ebben a témában, és az ápolók számára nyújtott segítségnyújtásra, ezzel megelőzve a kiégést.

## Vizsgálati módszer és minta

Kutatásunkban az adatfelvétel módszerének a kérdőíves felmérést használtunk. A kérdőív két részből áll. Az első rész egy önállóan összeállított kérdéssor, amely az érzelmi munkára, a szakmai segítségnyújtásra, és az érzelmi megterhelések feldolgozására kérdeznek rá.

A kérdőív második részében a Bride és munkatársai (2004) által kifejlesztett másodlagos traumatizációt mérő kérdőívet használtuk (Secondary Traumatic Stress Scale- STSS), amelynek magyar változatát Fülöp Emőke és munkatársai használták először magyarországi kutatásokban. (Fülöp, Devecsery, Hausz, Kovács, & Csabai, 2011). A kérdőív a súlyos traumán átesett páciensekkel való munka élményét vizsgálja. A kérdőív 17 állítást tartalmaz, és a válaszadónak el kell döntenie egy Likert skálán (5 fokú), hogy milyen mértékben volt jellemző rá az elmúlt időszakban az adott kijelentés. A válaszadó alapján megjelölt pontszámokból totál pontszámot lehet számolni, amely mutatja a másodlagos traumatizáció tüneteinek súlyosságát az (<28: nincs, 28–37: enyhe, 38–43: közepes szintű, 44–48: magas, >49: nagyon magas). (Elwood, Mott, Lohr,

Galovski, & Bakacsi, 2011) Mivel a teszt magyar mintán történő reliabilitásának és validitásának vizsgálata még nem történt meg, ezért ez a besorolás csak irányadó lehet, a vizsgálatunkban kapott STSS értékek a vizsgálati csoportok összehasonlításában nyer értelmezést. Másrészt vizsgálhatjuk az egyes skálákat, mint a gondolat és érzelem betörés, az elkerülés és az arousal tüneteknek gyakoriságát. (Fülöp, Devecsery, Hausz, Kovács, & Csabai, 2011)

Az adatfelvétel 2012-ben történt. Öt kórház gyermeksebészeti (N=90) és kontrollcsoportként általános osztályokon (belgyógyászat, ápolási osztály) (N=90) kérdőíves felmérést végeztünk, traumán átesett gyermekekkel foglalkozó ápolók körében.

Mintánk nagy része 31-40 év közötti nő, akik párkapcsolatban vagy családban élnek. Nagyon részben 1-10 éve az adott osztályon dolgozó szakápoló végzettségűek. A két csoport szociodemográfiai adatait az **I. táblázat** mutatja.

Az adatok feldolgozásához és elemzéséhez az SPSS 20.0 programcsomagot használtuk. Az egyes változók jellemzésére leíró statisztikát alkalmaztunk átlag, gyakoriság meghatározásával. Az adatok statisztikai értékelését Chi<sup>2</sup>-próbaival, one-way ANOVA és Kruskal-Wallis próbaival végeztük. A szignifikanciaszintet minden esetben p=0,05-nél állapítottuk meg. A változók normál eloszlását Levene-tesztel (L), homogenitását pedig F-próbaival (F) vizsgáltuk.

## Eredmények

### Az osztályon folyó érzelmi munka és a szakmai segítségnyújtásra vonatkozó eredmények bemutatása

Kutatásunk demográfiai adatait tekintve, a kevés számú férfi (3,3%) miatt nem tudunk nemek közötti összehasonlításokat végezni, pedig kutatások szerint (James 1989, 1992) a nők nagyobb érzelmi munkára való hajlama miatt jobban beleélik magukat egyes esetekbe, amelyek a családi kapcsolataikra is hatással lehetnek. A kutatásunkban a saját mintánkon ezt nem tudtuk vizsgálni.

Megvizsgáltuk, hogy az ápolók meny-

I. táblázat: Szociodemográfiai adatok

		Traumatológia		Általános gyermekosztály	
		N	(%)	N	(%)
Nem	férfi	3	3,3	3	3,3
	nő	87	96,7	87	96,7
Életkor	18-30 év	25	27,8	23	25,6
	31-40 év	31	34,4	41	45,6
	41-50 év	25	27,8	21	23,3
	50 év felett	9	10,0	4	4,4
Családi állapot	egyedül	21	23,3	23	25,6
	párkapcsolat/házasság	37	41,1	32	35,6
	család (gyermek)	31	34,4	35	38,9
Végzettség	segédápoló	5	5,6	11	12,2
	szakápoló	71	78,9	67	74,4
	diplomás ápoló	12	13,3	12	13,3
Osztályon töltött idő	1-5 éve	27	30,0	25	27,8
	6-10 éve	21	23,3	24	26,7
	11-15 éve	16	17,8	16	17,8
	16-20 éve	10	11,1	9	10,0
	>20 éve	16	17,8	14	15,6

nyire érzik megterhelőnek munkájukat. Szignifikáns eltérést találtunk ( $L=0,108$ ,  $F=7,796$ ,  $p=0,006$ ) a két vizsgált osztály között, vagyis a gyermektraumatológián dolgozó ápolók lelkileg megterhelőbbnek érzik a munkájukat, mint más osztályokon dolgozó nővérek. Lazányi (2009) munkájából tudjuk, hogy egyesek jobban viselik az érzelmi munkából fakadó terheket, míg ez másoknál érzelmi kimerülést okozhat. Leginkább ez azokra a munkakörökre jellemző, akik traumán átesett emberekkel foglalkoznak. A szignifikáns különbség kutatásunkban ezt alátámasztja.

Összefüggést találtunk ( $p<0,05$ ) abban, hogy mennyire érzik megterhelőnek a munkájukat, és tudják-e, hogy milyen lelki reakciók fordulhatnak elő a gyermekeknél. Mindkét csoport esetében nagyobb számot jelöltek, akik tudják milyen lelki reakciók várhatók a gyermekeknél. Vagyis mindkét csoport esetében láthatjuk, hogy a gyerme-

kek lelki reakciói okozhatnak az ápolóknál érzelmi megterhelést.

A traumatológiai osztályon dolgozó ápolók 82,2%-a, míg az általános gyermekosztályon dolgozó ápolók 75,6%-a szerint befolyásolja a gyermekek lelki állapota a velük való ápolói munkát. Itt a traumán dolgozó ápolók nagyobb számban említettek olyan okokat, mint például: megnehezíti az ápolói munkát, hogy a gyermekek félnek, lelkileg sérülékenyek, nehéz velük együttműködni, bizalmatlanok, nehéz a kommunikáció és több odafigyelést igényelnek.

A gyermektraumatológián dolgozó ápolók 95,6%-a, míg az általános osztályon dolgozók közül 86,7% tartja fontosnak a gyermekek lelkigondozását, amely szerintük szakemberek segítségével (pszichológus, lelkigondozó), megfelelő ápolói munkával és empátiával, kommunikációval és a figyelem elterelésével valósul meg az osztályukon.

Abban, hogy befolyásolja-e a gyermekek lelkiállapota a velük való munkát és fontosnak tartják-e az ápolók a gyermekek lelkigondozását találtunk összefüggést a traumatológia osztály esetében ( $p=0,017$ ), vagyis a gyermektraumatológián dolgozó ápolók nagy része fontosnak tartaná a traumán átesett gyermekek lelki gondozását, mert a gyermek lelki állapota nagyban befolyásolja a velük való munkát.

A traumatológiai osztályon az ápolók 60,0%-a, míg az általános osztályon dolgozó ápolók 42,2%-a jelölte meg, hogy van az osztályukon pszichológus. Ez azért volt érdekes, mert minden osztályon van pszichológus, de csak szükség esetén. A nemleges válaszok esetében kérdeztünk rá, hogy szeretnének-e az osztályra pszichológust, erre a kérdésre azoktól is kaptunk választ, akik igennel válaszoltak (véleményünk szerint az előzőleg megmagyarázott ok miatt), itt szignifikáns különbséget tudtunk kimutatni ( $p=0,020$ ), vagyis a gyermektraumatológián dolgozó ápolók nagyobb része fontosnak tartana egy állandó pszichológust az osztályra, mint az általános osztályokon.

Szignifikáns különbséget lehetett kimutatni ( $L=0,146$ ,  $p=0,011$ ) a traumán dolgozó ápolók (56,7%), és az általános osztály között (37,8%) abban a kérdésben, hogy találtak-e olyan esettel, amikor nem tudtak



reagálni a gyermek lelki reakciójára. Vagyis a gyermektraumatológián dolgozó ápolók esetében nagyobb számban fordul elő olyan eset, amelyben nem tudott mit reagálni a gyermek lelki reakciójára, mint az általános osztályokon.

Lényeges különbségeket találunk, a legemlékezetesebb eset leírásakor, amelyet a válaszadók csak kevés százaléka töltött ki, és itt a traumatológia esetében láthatunk kiugróbb eredményeket. A legtöbben tragikus balesetben sérült gyermek esetében nem tudtak reagálni, aki kereste a meghalt szülőt.

### Az ápolók pszichológiai ismereteire vonatkozó eredmények bemutatása

Szignifikáns különbséget lehetett kimutatni ( $p=0,01$ ), miszerint szeretnék-e továbbképzéseket, a gyermektraumatológián dolgozó ápolók (88,9%-a) nagyobb része szeretne továbbképzéseket, a pszichológiai szempontokat figyelembe vevő ápolással kapcsolatban, mint az általános osztályokon dolgozó ápolók (64,4%). Az ápolók a leghasznosabbnak az előadást, kommunikációs tréninget és a szituációs gyakorlatokat tartották.

### Az ápolók érzelmi megterheléseinek feldolgozására vonatkozó eredmények bemutatása

A két osztály között szignifikáns eltérést láthatunk ( $p=0,018$ ), abban a kérdésben, hogy igényelnék-e segítséget az esetek feldolgozására, mégis fontos kitérni arra, hogy a traumán dolgozó ápolók csupán 48,9%-a kérne segítséget az esetek feldolgozására. Az elméleti részben bemutatott Szluha és Lazányi által a végzett vizsgálatában is láthatjuk, hogy az ápolók energiát fektetnek abba, hogy aktuális lelkiállapotukat eltitkolják. Kutatásunkban is lehet ez az oka, annak, hogy az ápolók nagy része nem akar segítséget kérni, hiszen a nyitott kérdésekben is néhányan pontosan leírták, hogy nem szeretnének az osztályon belül segítséget pl.: szupervízió, és ezt azzal indokolták, hogy nehéz egymás előtt megnyílniuk érzéseikről.

Csak a traumatológia osztály esetében összefüggés látható ( $p=0,26$ ), hogy azok az

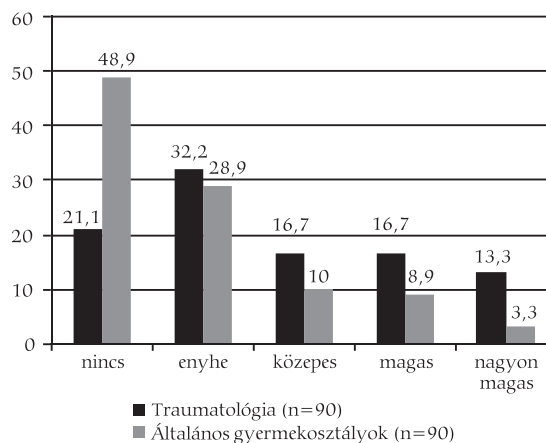
ápolók, akik találkoztak már olyan esettel, amikor nem tudtak reagálni a gyermek lelki reakciójára, azok nagyobb számban igényelnének segítséget az esetek feldolgozására.

Összefüggést találtunk, mindkét csoportban ( $p<0,05$ ), miszerint azok az ápolók, akik találkoztak már ilyen esettel, amikor nem tudtak reagálni a gyermek lelki reakciójára, azoknál hatással van a munkahelyi történések a családi kapcsolataikra. Mindemellett szignifikáns különbség volt kimutatható ( $L=0,141$ ,  $p=0,004$ ), hogy a traumatológián dolgozó ápolók munkahelyi eseményei jobban kihatnak a családi kapcsolataikra, mint az általános osztályon dolgozóké. Az ápolók véleménye szerint ingerlékenység, feszültség, fáradtság, figyelmetlenség, türelmetlenség, zaklatottság, és családi túlfeltés formájában hatnak a munkahelyi történések a családi kapcsolataikra.

### STSS kérdőív eredménye

Az STSS totál értékeiket vizsgáltuk, ahol a traumatológián dolgozó ápolóknál ( $L=0,711$ ,  $p=0,00$ ) szignifikánsabban magasabb eredmények voltak kimutathatók. (1. ábra)

1. ábra: Másodlagos traumatizációs tünetek előfordulása, (%)



Az STSS skáláinak: elkerülés ( $L=0,835$ ,  $p=0,00$ ), arousal ( $L=0,541$ ,  $p=0,02$ ), gondolat és érzélem betörés (Chi-Sq.: 36,677,  $p=0,000$ ) vizsgálatában is szintén, szignifikánsabban nagyobb értékeket kaptunk. (II. táblázat) Vagyis a gyermektraumatológián dolgozó ápolóknál nagyobb számban for-

**II. táblázat: STSS skáláinak értékei**

	Gondolat és érzelmek betörés		Elkerülés		Arousal	
	átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás
Traumatólógia	12,02	3,61	14,74	4,49	11,06	3,57
Általános gyermekosztály	8,68	2,91	11,85	4,36	9,34	3,88

dulnak elő másodlagos traumatizációs tünetek, mint az általános osztályokon dolgozó ápolóknál.

Dominquez- Gomez kutatásában 67 sürgősségi ápoló közül 33%-ban teljesült minden STSS tünet. Kutatásunkban a traumán dolgozó ápolók között vizsgáltuk ugyanezt, amelyben 16,66%-nál teljesült minden tünet (érték: min.:2, max.:5).

Pikó ápolók körében folytatott kutatásból kiderült, hogy a magas stressz hatású osztályokon dolgozó ápolók gyakrabban számoltak be fejfájásról, alvászavarról, szapora szívdobogásérzésről, kutatásunkban is láthatjuk, hogy a traumán dolgozó ápolóknál szignifikánsabban magasabb arousal skála jellemző (átlag=11,06; 9,34).

Mindkét osztály esetében összefüggés volt kimutatható ( $p < 0,05$ ) a STS tüneteinek megoszlása és a között, hogy az ápolók tudják-e milyen lelki reakciói lehetnek, vagyis beigazolódott, akik nincsenek tisztában a trauma lehetséges pszichológiai következményeivel veszélyeztetettebbek a STS-re.

**Következtetések, javaslatok**

A teljes kérdőív eredményeinek összegzéséből levonható, hogy a gyermektraumatológiai osztályokon az érzelmi munka hangsúlyosabb, mint az általános gyermekosztályokon, hiszen hirtelen bekövetkező nem várt esemény áldozataival kell foglalkoznia az ápolónak.

A megterhelő munka alapját képezheti, hogy az ápolók tudják, milyen lelki reakciók lehetnek a gyermekeknél, vagyis nehezen élik meg ezeket a helyzeteket, és tudják, hogy egy-egy helyzet számukra is nehéz lehet.

Ezek az esetek az ápolók családi kapcsolataira is hatással vannak, ezért nagyon fontos lenne, hogy segítő szakember foglalkozzon az ápolókkal, hogy egy-egy nehéz nap vagy eset után hátra tudják hagyni a munkát, és a családjaikra tudjanak koncentrálni, amely akár önsegítő módszerekkel, megfelelő stresszkezelési technikákkal is elérhető lenne.

Az ápolók nagy része munkatársaikkal beszél meg a munkahelyi történéseit, mégis kevesebb, mint 50%-a kérne segítséget, mert nem szeretnék egymás előtt kifejezni érzésüket. Amely azt jelenti, hogy egymás között eszmegbeszélést tartanak, de nem tárják fel érzéseiket egymás előtt, illetve előnyben részesítik az esetleges négy szemközti, informális ventillációra módot adó helyzeteket, mint formális lehetőségeket. Vagyis az egyéni támogatások, terápiák, az önsegítő módszerek lehetnek megfelelőek, valamint az intézményen kívüli heterogén (más-más kórházakból jött tagokból álló) csoportok.

Azokon a helyeken, ahol csak szükség esetén van pszichológus, ott az oktatásokra kellene nagy hangsúlyt fektetni, hiszen így az ápolók egy-egy esetre tudnák a megfelelő reakciókat, kompetenciájukon belül, amely mind az ápolók, mind a betegek számára segítség lehetne. Itt megoldás lehetne, még ha osztályonként egy felelős ápoló lenne, aki figyelemmel kísérené a kollégái lelki állapotát, és nehezebb esetek után, vagy amikor megfelelő tüneteket észlel, szakember segítségét hívná, hogy elkerüljük a magas szintű másodlagos traumatizációt vagy a kiégést.

Az oktatások esetében az ápolók nagy százaléka szeretne továbbképzéseket leginkább előadások formájában, a traumán dolgozó ápolók a szituációs tréningeket is jelölték, amely azt mutatja, hogy találkoznak nehéz szituációkkal, amelyben tudni szeretnék a megoldási lehetőségeket, másrészt ezek megismerése magabiztosságot ad, ami szintén segít egy-egy eseten átlendülni. Nyilván az esetek mások lehetnek, amelyeket nem lehet begyakorolni, de így is meg lehet ismerni a különböző szituációkra való reagálást. Kutatásunk eredményeiben láthatjuk, hogy aki ismeri a PTSD-t, az tudja, milyen lelki reakciói lehetnek a gyermeknek, vagyis már akár az elméleti oktatásoknak is nagy szerepe lehetne. A továbbképzéseket megfelelő

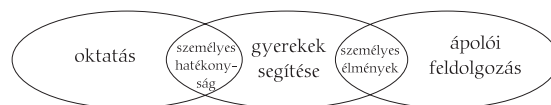
időn belül ismételni kellene, vagy az iskolai oktatásban kellene beépíteni olyan órákat, amely hasznos lehet ezekben az esetekben.

A STS kérdőív segítségével felmérhettük az ápolók között a másodlagos trauma mértékét. A bemutatott eredmények alapján láthatjuk, hogy az általános osztályon, valamint a traumatológiai dolgozó ápolók között igen nagy eltérések vannak. Bár az általános osztályon is láthattunk nagyon magas pontszámokat, ami azt jelenti, hogy ott is előfordul olyan eset, amely megterhelő az ápolók számára.

A pszichológiai szempontokat figyelembe vevő ápolás (2. számú ábra) nagyon fontos lenne a gyermektraumatológiai osztályokon folyó munkában, amelynek három fontos összetevője van: az ápolók oktatása, ebből adódóan a gyermekek megfelelő segítése, és az esetek megfelelő feldolgozása az ápolók körében. (2. ábra)

A kutatásunk eredményei alátámasztják, hogy az általunk felállított folyamat megfelelő, hiszen láthattuk, hogy az oktatásnak nagyon nagy helye lenne, amely növelné az

## 2. ábra: A pszichológiai szempontokat figyelembe vevő ápolás



ápolók személyes hatékonyságát, amely a gyermekek megfelelőbb ellátásához is vezethet. Mindemellett a gyermekkel való megfelelő segítő munka személyes pozitív élményekhez vezetne, amely segítené az ápolói feldolgozást. Emellett nagyon fontos persze a lelki szaksegítség, amely elengedhetetlen része ennek a folyamatnak.

Kutatásunkban nem vizsgáltuk, hogy ez a folyamat hogyan hat a gyermekekre, hogy tényleg segítheti a lelki folyamataikat, gyógyulásukat, ezt egy következő kutatásban szeretnénk vizsgálni.

Mindemellett egy későbbi kutatásban véleményünk szerint értékes adatokat láthatnánk, ha a traumatológiai osztályokon dolgozó ápolók eredményeit, gyermek onkológiai osztályon dolgozó ápolók adataival vetnénk össze.

## Irodalomjegyzék

- Bairda, K., & Kracemb, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19.(2.), 181-188. doi: 10.1080/09515070600811899
- Bakó, T. (2004). *Verem mélyén: könyv a krízisről* (3. kiad. ed.). Psycho Art, Budapest.
- Beck, C. T. (2011). Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25.(1.), 1-10.
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B. & Figley, C. R. (2004). Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14.(1), 27-35. doi: 10.1177/1049731503254106
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2009). Helping Traumatized Children to Recover. *Death Studies*, 33.(5.), 487-493. doi: 10.1080/07481180902805764.
- Collins S., & A., L. (2003). Too tired to care? The psychological effects of working with trauma. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10.(1.), 17-27.
- Csürke, J. (2009). *Mindennapi kríziseink: a lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*, Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M., E.Galovski, T. & Bakacsi, G. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*, 31., 25-36. doi:10.1016/j.cpr.2010.09.004
- Fülöp, E., Devecsery, Á., Hausz, K., Kovács, Z. & Csabai, M. (2011). Relationship between empathy and burnout among psychiatric residents. *New Medicine*, 4., 98-102.
- Hegedűs, K. (2012). A legsúlyosabb betegeket ellátó egészségügyi dolgozók egészségvédelme.

- Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 13.(2.), 220-243. doi: 10.1556/Mental.13.2012.2.00
11. Herman, J. L., Kuszting, G., Kulcsár, Z. & Nők a Nőkért Együtt az Erőszak, E. (2011). Trauma és gyógyulás: az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig (2. kiad. ed.). Budapest: Háttér : NANE Egyes.
  12. Kim, H., Carol, S., Sally, P. & Sue, G. (2008). Adults traumatized by child abuse: What survivors need from community-based mental health professionals. *Journal of Mental Health*, 17.(4.), 361-374.
  13. Kovács, M., & Hegedűs, K. (2009). Érzelmi munka, érzelmi disszonancia és a kiégés összefüggései az egészségügyi dolgozók körében. *Nóvér*, 5. (23), 3-12.
  14. Kovács, M., Kovács, E. & Hegedűs, K. (2012). Az érzelmi munka és a kiégés összefüggései egészségügyi dolgozók különböző csoportjaiban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13.(2.), 202-219. doi: 10.1556/Mental.13.2012.2.00
  15. Lazányi, K. R. (2009). Az érzelmi munkát befolyásoló tényezők. *Érzelmi munka az onkológiában*. Doktori (Ph.D.) értekezés. Budapesti Corvinus Egyetem Gazdálkodástani Doktori Iskola.
  16. Lombardo, B., & Eyre, C. (2011). Compassion Fatigue: A Nurse's Primer. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16., doi:10.3912/OJIN. Vol16No01Man03
  17. Ranschburg, J. (2006). *Pszichológiai rendellenességek gyermekkorban* (4. kiad. ed.). Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest
  18. Sabo, B. (2011). Reflecting on the Concept of Compassion Fatigue. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16. doi:10.3912/OJIN.Vol16No01Man01
  19. Sáfár, B., & Hornyacsek, J. (2011.). A pszichoszociális segítségnyújtás gyakorlati szerepe – az EURESTE program. *Műszaki Katonai Közlöny* 21. (Különszám).
  20. Schreier H., Ladakakos C., Morabito D., Chapman L., & Knudson. (2005). Posttraumatic Stress Symptoms in Children after Mild to Moderate Pediatric Trauma: A Longitudinal Examination of Symptom Prevalence, Correlates, and Parent-Child Symptom Reporting. *The Journal of Trauma*, 58.(2.), 353-363.
  21. Szluha, K., Lazányi, K., & Molnár, P. (2007). Az érzelmi munka szerepe az onkológiában. *Magyar Onkológia*, 51. évfolyam (1. szám ), 47-51.
  22. Tandari-Kovács, M. (2011). *Érzelmi megterhelődés, lelki kiégés az egészségügyi dolgozók körében*. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest
  23. Terr, L. (1996). Help for the traumatized child-expert speaks from firsthand experience. *Health Facts*, 21.(206.), 2.



## Mi Gondolunk Önre az élet legszebb és legfájdalmasabb pillanatában is!

Tudta Ön, hogy minden tagtársunkra baleset- és életbiztosítási szerződést kötöttünk?



Tudta hogy minden Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara tagnak, akinek gyermeke születik, az MKB Életbiztosító Zrt. csoportos baleset- és életbiztosítást nyújt, és ezáltal Gyermekszületés esetén 20.000 Ft-ot fizet a Biztosító?!

Információ, formanyomtatványok letöltése: [www.meszk.hu](http://www.meszk.hu) oldalon (Szolgáltatások/Biztosítás menüpontban) vagy a Biztosítónál!

**MKB Életbiztosító Zrt.**

e-mail: [csoportoselet@mkbb.hu](mailto:csoportoselet@mkbb.hu)

Telefon: 06-1-886-69-00

**Fontos! Kérjük, hogy mind az e-mailen, mind a telefonban jelezzék, hogy a MESZK által kötött csoportos szerződéssel kapcsolatos a kérdésük.**

**Figyelem! 15 napon belül jelezni kell az eseményt a biztosítónak!**