

NŐVÉR



AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

Scientific and educational journal
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

2022. 35. ÉVFOLYAM 3. SZÁM

A TARTALOMBÓL

Honnan ered a védőnő elnevezés?

Egészségügyi szakdolgozók COVID-19 elleni védőoltással
kapcsolatos vélekedései



<http://www.meszk.hu/nover>



Az Év Elhivatott Fiatal
Szakdolgozója 2021:
TISÓCZKI EVELIN

MESZIK

2022

DÍJAK



**KERESSÜK A KIEMELKEDŐ
KOLLÉGÁKAT!**

HATÁRIDŐ: 2022.10.31.

Részletek és ajánlólap:
www.meszk.hu | www.hivatasunk.hu

Év Kiváló
Szakdolgozója

Év Kiváló
Szakdolgozói
Közössége

Év Elhivatott
Fiatal
Szakdolgozója

2022

LÉGY BÜSZKE TE IS A SZAKMÁNKRA
és tegyük láthatóvá a kiváló kollégák munkáját együtt!

Ha ismersz olyan szakdolgozó kollégát vagy szakdolgozói közösséget, akit munkája, elhivatottsága alapján kiemelkedőnek tartasz, jelöld őket kiemelt díjazásra!

Díjátadó a MESZIK-gálán.



NŐVÉR

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

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

Nővér, 2022;35(3):1–36.

TARTALOMJEGYZÉK

ÁPOLÁSTÖRTÉNET

Honnan ered a védőnő elnevezés? 3
Csordás Ágnes Katalin, Sövényi Ferencné, Dr. Fedineczné Vittay Katalin

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY, TOVÁBBKÉPZÉS

A szexuális és nemi kisebbséghez tartozó személyek orvosi ellátásának aktuális kérdései 8
Somorjai Noémi

EREDETI KÖZLEMÉNY

Egészségügyi szakdolgozók COVID-19 elleni védőoltással kapcsolatos vélekedései a koronavírus pandémia idején 17
Dr. Németh Anikó PhD, Dr. Irinyi Tamás PhD

ÁPOLÁS GYAKORLATA

A foglalkozás-egészségügyi ápoló szerepe az alkoholfogyasztással kapcsolatos problémák azonosításában és kezelésében 27
Dr. Hirdi Henriett Éva PhD

CONTENTS

HISTORY OF NURSING, CONTINUING EDUCATION

What is the origin of expression of „Védőnő” – Maternal Childhealth Nurse? 3
Ágnes Katalin Csordás, Ferencné Sövényi, Katalin Fedineczné Vittay

REVIEW ARTICLE, CONTINUING EDUCATION

Current issues in providing health care for sexual and gender minority individuals. 8
Noémi Somorjai

ORIGINAL CONTRIBUTION

Nurses' opinion about Covid-19 vaccines during the pandemic. 17
Aniko Nemeth PhD, Tamas Irinyi PhD

NURSING PRACTICE

The Occupational Health Nurse's Role in the identification and management of alcohol-related problems. 27
Henriett Éva Hirdi PhD

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja és a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskolája elismeri és beszámítja, az MTA-MTMT, a MTA-REAL-J, valamint az EBSCO Discovery Service nemzetközi adatbázis indexeli.

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

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

Kiadja: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara.
Felelős kiadó: Dr. Balogh Zoltán (PhD). **Terjeszti:** MESZK 1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 76. (1450 Budapest, Pf. 214.)
Telefon: 323-2070

A kiadvány megjelenését gondozza:

LITERATURA  MEDICA
ANNO 1990

LifeTime Media Kft. egészségügyi divíziója

Nyomdai munka: Vareg Hungary Kft. **Felelős vezető:** Egyed Márton ügyvezető igazgató. **ISSN szám:** 0864-7003
Előfizetésben kézbesíti a Magyar Posta Zrt. (1900 Budapest).
Kézbesítéssel kapcsolatos információk: 06-1-767-8262.
A folyóirat alapítója és 19 évig (2006. december 31.) kiadója az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, melynek jogelődje az Országos Egészségügyi (Orvostudományi) Információs Intézet és Könyvtár.

Főszerkesztő/editor-in-Chief

Dr. Hirdi Henriett Éva (PhD)

Szerkesztők/editors

Dr. Németh Anikó (PhD)

Dr. Papp Katalin (PhD)

Szerkesztőbizottság/editorial board

Arany Ida

Dr. Balogh Zoltán (PhD)

Prof. Dr. Betlehem József (PhD)

Dr. Fedineczné Vittay Katalin

Jakab Judit

Dr. habil. Oláh András (PhD)

Dr. Pápai Tibor (PhD)

Dr. Papp László (PhD)

Dr. Rajki Veronika (PhD)

Sövényi Ferencné

Szobota Lívía

Tóth Andrea

Dr. Tulkán Ibolya (PhD)

Nemzetközi szerkesztőbizottság/ international editorial board

Prof. Dr. OiSaeng Hong (PhD)

Prof. PhDr. Valérie Tóthova (PhD)

**Lapunkat rendszeresen
szemlézi a megújult****www.observer.hu****NŐVÉR****AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.

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

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Henriett Éva Hirdi PhD. Editors: Anikó Németh PhD, Katalin Papp PhD. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungarian with English summaries. The Journal also offers continuing education credits in every issue. Editorial office: PoB 214., H-1450 Budapest, Hungary. This Journal is peer-reviewed and indexed in EBSCO CINAHL. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Mátésné Horváth. Phone:/Fax (36-1) 323-2070

Honnan ered a védőnő elnevezés?*

CSORDÁS ÁGNES Katalin, SÖVÉNYI Ferencné, DR. FEDINECZNÉ VITTAY Katalin

ÖSSZEFOGLALÁS

A védőnői hivatás speciális magyar ellátási forma a magyar egészségügyi ellátórendszerben, napjainkban képzése és működése tekintetében önálló alapokon nyugszik. A szerzők a magyar etimológiai munkákra, korabeli írásokra támaszkodva áttekintik a szó eredetét, jelentésének módosulását. A védő szó legrégebbi jelentése 'lát, néz, vigyáz, őriz', majd a nyelvújítást követően több szavunkban is előfordul, pl. védelem, védelmez. Talán nem véletlen, hogy a védőnői hivatás elnevezése a véd szóból képződött, hisz a hivatás fő feladata a megfigyelés, tanácsadás, az egészségmegőrzésre irányuló tevékenység, a magzat, anya, gyermek védelme.

Kulcsszavak: védőnő, várandós- és gyermekgondozás, Magyarország, etimológia

What is the origin of expression of „Védőnő” – Maternal Childhealth Nurse?

Ágnes Katalin CSORDÁS, Ferencné SÖVÉNYI, Katalin FEDINECZNÉ VITTAY

SUMMARY

This article discusses the etymology of the Hungarian word 'védőnő' ('a woman who protects') designating a unique service in the Hungarian healthcare system. This service encompasses mother and child health nursing, health visiting and public health nursing. These healthcare professionals are responsible for the health and wellbeing of expectant mothers, the unborn child, newborn babies, infants, preschool children, schoolchildren and adolescents; they provide care for these groups within the family focusing on health protection and promotion and disease prevention. The Hungarian word derives from the notion of 'patron, patronage' meaning guardian, protector, supporter. The history of the service in Hungary is also outlined.

Keywords: public health nursing, Maternal and Child Health (MCH) nursing, Hungary, etymology

Levelező szerző

(corresponding author):

Csordás Ágnes Katalin

E-mail:

csordas.agnes.k@gmail.com

Beérkezett: 2022. június 1.

Elfogadva: 2022. június 10.

Bevezetés

Az egészségügy egyik legrégebbi hivatása, az esetetek megsegítését felvállaló ápolás történetének és az ápoló szó etimológiájának kutatása révén nyomon követhető a szakterület fejlődése, alakulása az évek, évszázadok során (Sövényiné, 2021). Ismereteink szerint azonban eddig még nem kutatták a hungarikumok közé tartozó védőnői szolgálat, mint speciális magyar ellátási forma és hivatás művelőit, a védőnőket jelölő szó eredetét, jelentésének módosulását. Írásunkban a fellelhető dokumentumok alapján áttekintjük azt a folyamatot, amelynek során a *védőnő* szó vált használatossá a családvédelemmel foglalkozó hivatás megjelölésére.

Kis szótörténet

A védőnő szó az etimológiai szótárban nem lelhető fel. Az etimológiai szótárt felütve az alábbiakat olvashatjuk:

„**véd** [1462 k.] Ősi, finnugor kori szó, vö. osztyák *wat-*, *want-* 'megnéz, lát', zürjén *vidlĭ-* 'lát, néz; megtapogat; megízlel'. A finnugor alapalak **ant-* 'lát, néz' lehetett. A finnugor **nt* magyar *d* fejleményére vö. *fed*, *köd*. A 'lát, néz' és a 'vigyáz, őriz' jelentések összefüggésére vö. *vigyáz*, votják *ut-* 'néz, szemlél; vigyáz, ügyel; véd'. A *véd* szó használata visszaszorult, majd a nyelvújítók élesztették fel, és több származékát is megalkották, vö. *védtelen* [1794], *védenec* [1815], *védnök* [1834], *védekezik* [1874]. Régebbi

*Jelen kézirat másodközlés, az eredeti a *Védőnő* 2022,32(2):46. helyen olvasható.

származékai a *védelem* [1513] és *védelmez* [1513].” (Zaicz, 2006).

A védőnő szócikk először 1962-ben jelenik meg a Magyar értelmező szótárban:

„**védőnő** főnév. A társadalmi egészségvédelem szolgálatában, kül. az anya- és csecsemővédelem és a tudósbeteg-gondozó intézetek munkájában tevékenykedő női egészségügyi dolgozó. Vezető védőnő. A községi védőnő ellenőrzi a napközi otthont. A védőnő végiglátogatta a gyermekes családokat.”

Érdekes, hogy a meghatározás kifejezetten női foglalkozásként utal a védőnőségre. A női hivatás tényét alátámasztja a tevékenység kialakulásának és fejlődésének története. A hivatás művelőitől azt várták, hogy a „*női szív melegével, de férfihöz méltó bátorsággal*” nyúljanak a problémákhoz, vigasztaljanak és simogassanak. A múlt század harmincas éveiben ugyan találkozhatunk a „*testvér*” elnevezéssel, a védőnőket képző iskolát is testvérképzőnek nevezték. Napjainkban azonban semmi sem akadályozza a férfiakat abban, hogy ezt a pályát válasszák és „*védőnők*” legyenek, amely esetben diplomájukban ez a megnevezés áll (1. ábra). A szintén nőre utaló ápolónő

írtakra: „[...] 1921-ben [...] Debrecenben a belklinikával kapcsolatban felállított az első állami ápolónő képző iskola, amely 1927-ben a Rockefeller-alapítvány anyagi segítségével »ápolónő- és védőnőképző iskolává« fejlesztetett ki. [...] Az iskola tanterve kétéves. Az első év tanterve közös az ápolónői és védőnői pályára készülő jelöltek számára. A második év első részében szintén közös a kiképzés, később azonban szétválnak és bizonyos fokig más kiképzést kapnak azok, akik az ápolónői, és mást azok, akik a védőnői pályára kívánnak lépni...” (Johan, 1929).

Miután az angolszász országokban egy szó, a „*nurse*” jelzi a betegápolónőt és a védőnőt, tekintettel arra, hogy ezekben az országokban elképzelhetetlen, hogy védőnőket betegápolónői kiképzés nélkül képezzenek ki, az Ápolók Nemzetközi Tanácsa (ICN) is ezt a kiképzést előfeltételezi, egy szóval jelöli és egyenlő elbírálásban részesíti a kórházi betegápolónőket és a közegészségügyi védőnőket.

A védőnő szó korabeli írásokban

Az 1900-as évek sajtótudósításai között tallózva többször is rábukkanhatunk a *védőnő* szóra. Néhányat idézünk az alábbiakban.

A *Katholikus Szemlében* 1901-ben megjelent „*Katholikus jótékonyosság a nagyvárosban*” című írás számol be arról, hogy: „*Franciaországban úgy a gyermekek, mint a fiatal munkások és munkásnők védelmére szolgálnak az ügynevezett védő-egyesületek (patronage), melyek a keresztény felebaráti szeretet legszebb gyöngyeit képezik. Párisban 1858-ban 24 védőegyesület volt, melyekben 3000 fiatal leányt gondozott 500 védőnő; 1878-ban már 107 védőegyesületben 12.000 fiatal leány állott 900 védőnő gondozása alatt; 1898-ban 160 egyesületben 1000 védőnő 20.000 leány között működött; 1900-ban 176 egyesület 26.000 leányt számlált és 1200 védőnőt. A 176 védő-egyesület közül 112-öt apácák, 64-et pedig teljesen világi hölgyek vezetnek. Ezek a társadalom legelőkelőbb rétegeiből valók, akik egy-egy meghatározott vasárnap délutánt védenczeik között töltenek el, őket tanítva, oktattva, szeretettel gondozva.*” (Mihályfi, 1901)

„*Budapesten a munkásnők védő-egyesületét özv. gróf Pálffy Pálné buzgósága létesítette. A két év óta fennálló egyesületnek már két fiókja van, melyek vasárnap délutánonként körülbelül 400 fiatal munkásleányt gyűjtnek össze; [...]*”(Mihályfi, 1901)

A 19. század végének Magyarországon az elhagyott gyerekek és árvaházak egyre gyarapodó száma szükségessé tette valamilyen országos szerv létrehozását, ez lett a Gyermekvédő Egyesület, amely 1889-ben alakult meg és kezdetben 105 szeretetházat és árvaházat működtetett. „*A védő-egyesület alapítónője épp a napokban adott ki egy kis füzetet, melyben az*

1. ábra: Férfi részére kiállított védőnői oklevél



esetében használható a nem semleges ápoló kifejezés, amely a hivatás hímnemű művelőit is lefedi, a védőnő esetében nem ismerünk ilyen fogalmat.

Zárójelben jegyezzük meg, hogy a magyar oklevéllel együtt kiadott hivatalos angol nyelvű dokumentum a védőnőt „*health visitor*”-ként tünteti fel. Ezzel viszont az a gond, hogy az angolszász nyelvterületen „*health visitor*” képzésben kizárólag ápolói vagy szülésznői végzettséggel lehet részt venni (URL1). Eredetileg hazánkban is ilyen volt a rendszer. Utalunk itt *dr. Johan Bélának* az ápolónő- és védőnőkérdésről 1929-ben készített tanulmányában

egyesület szellemét, működési körét ismerteti. Ezzel a vidék nagyvárosainak nemes szívű hölgyeit is szeretné megnyerni e nagyfontosságú tevékenységnek. Nemsokára Újpesten és Kassán is megnyílt egy-egy patronage.” (Mihályfi, 1901)

A gyermekvédelem fejlődésének fontos állomása az 1901-ben elfogadott gyermekvédelmi törvény. A gyermekmentés és -védelem ügyét felkaroló, 1885-ben alakult Fehérkereszt Egyesület közgyűléséről szóló hírlapi tudósításban olvasható: „[...] Gróf Teleki Géza elnök megnyitván a közgyűlést, meleg szavakkal emlékezik meg Stefánia főhercegnő, az egyesület volt védőnöje elvülhetetlen érdemeiről és lelkes beszédében indítványozza, hogy az egyesület Klotild főhercegnő ő császári és királyi fenségét kérje fel védőnőül, amit a közgyűlés elfogadott.” („A Fehérkereszt-Egyesület közgyűlése”, 1900)

A *Budapesti Hírlap* 1909. december 1-jei számában megjelent „Anyavédelem” című írásban számol be az Országos Anya- és Csecsemővédő Egyesület első otthonának megnyitásáról: „Az egyesület első otthonát december 4-én, szombaton délelőtt tizenegy órakor nyitja meg védőnöje, Lónyayné grófné, Stefánia hercegnő.” („Anyavédelem”, 1909a)

Ezek a „védőnők” azonban – mint a fentiekből egyértelműen kiderül – nem a ma ismert védőnői tevékenységet végezték.

Mit takart a „védőnő” elnevezés?

Francia nyelven a védő-egyesületek elnevezése „patronage” volt, és az ezeket az egyesületeket támogatók, az ügy mellé állók elnevezése „patrona”, női pártfogó. A magyar fordításban és a korabeli szóhasználatnál „védőnő”-nek tehát azokat a személyeket nevezték, akik valamilyen fontos társadalmi ügyet felkaroltak, az ügy megvalósítását célul kitűző és annak megvalósításán fáradozó szervezetek, egyesületek tevékenységét támogatták, sőt tevékenyen részt vettek azok munkájában. Ők voltak tehát mai szóhasználatnál élve a védőnői az ügynek. E pártfogók, „[...] védőnők tanítónők és előkelő állású uri nők, asszonyok, leányok (30–40-en), akik valóban nemes buzgósággal szentelik vasárnap délutánjaikat fiatal védenczeiknek, velők foglalkoznak, őket tanítják, szórakoztatják.” (Mihályfi, 1901)

Új hivatás alakul (1915), amely egy évszázad alatt hungarikummá válik (2015)

1914-ben „a korszak haladó gondolkodású orvosai, közméltóságot betöltő politikusai, nemes lelkű arisztokraták felismerték és támogatták Magyarországon az anya- és

csecsemővédelemre irányuló segítő munkát.” (Kahlichné, 2015) Megjelent „Az anya- és csecsemővédelem országos szervezése” című tanulmány (*Fővárosi Közlöny* 1915. február 5.), amely megalapozta a mai Védőnői Szolgálat elődjének, a Stefánia Szövetségnek a létrehozását.

Az Országos Stefánia Szövetség megalakulását 1915. június 13-án az Újvárosháza közgyűlési termében jelentették be. „A Szövetség alakuló ülésén a hazai politikai élet, az arisztokrácia, a korszak neves orvosainak is képviseltették magukat, jelezvén ezzel elkötelezettségüket.” (Kahlichné, 2015) Gróf Apponyi Albert az előkészítő bizottság nevében felkérte gróf Lónyay Elemérné, Stefánia belga királyi hercegnőt, hogy az anya- és csecsemővédelmi országos akciónak a védőnőségét vállalja el. „A Szövetség keretében indult útjára egy új egészségügyi szakma, a védőnői foglalkozás, amely elindította hazánkban a prevenció hivatásos elkötelezettjeinek munkáját.” (Kahlichné, 2015) A Szövetség „egy egészséges társadalom fizikai és erkölcsi feltételeinek a megteremtésére, az ország közegészségügyének támogatására törekszik. Ekkor jött létre a védőnői szolgálat a prevenció középpontba állításával, tevékenységébe a különböző medicinális szakterületek ismeretanyaga integrálódik.” (Mohos, 1997)

A „védőnő” szónak az új egészségügyi szakmára, foglalkozásra való alkalmazása dr. Tauffer Vilmostól, a kor híres szülészprofesszorától származik. Ő a kezdetektől fogva támogatta és segítette a Stefánia Szövetség anya- és csecsemővédelmi munkáját, és felkarolta a védőnőség intézményét.

Az anya- és csecsemővédelmi munkában, az ijesztően magas csecsemőhalandóság csökkentésében fontos feladatokat bíztak a védőnőkre. Tauffer Vilmos (1851–1934) egyetemi tanár a Népegészségi Országos Nagygyűlésen 1917. október 26-án tartott előadásában a védőnőkről így szólt: „Ilyen munkára csak melegszívű és intelligens nő való, ki e veleszületett és belenevelt értékes lelki tulajdonságokhoz még hozzá tanulta mindazt, amit higiénés gyermekápolási és szociális szempontokból tudnia szükséges avégből, hogy az anyáknak és csecsemőknek támogatója lehessen a család és a nemzet érdekében. Társadalmunk hölgyközönsége előtt új, igazán nemes élethivatást tárunk fel, melyben sok százan életüknek nemes tartalmát, személyüknek társadalmi tisztességet és életfenntartásuknak lényeges anyagi támaszát fogják találni” (Tauffer, 1917). A védőnők helyét Tauffer Vilmos így határozta meg: „...nagyszabású közegészségügyi és humanitárius apparátus ez, a praenatalis és postnatalis védelmet nyújtja. E kettő közé kell beilleszkedjék a natalis, azaz a szülés alatti védelem, (ezeket) a feladatokat a Szülészeti Rendtartás hivatott teljesíteni.” (Tauffer, 1917).

Egy 1928-ban kelt írásban Johan Béla reagál egy szakmai felvetésre, amely azt javasolta, hogy „faluhegyen a védőnő és a bába egy személy legyen”. A javaslat

szerint egy egységes képzettségű közegészségügyi védőnőre lenne szükség, aki a bába feladatait is el látná. Johan Béla fontosnak tartja, hogy a védőnő „a betegápolásban [...] kiképeztesék”, határozottan azt az álláspontot képviseli, hogy „az általános egészségügyi védőnő nem lesz képes sok egyéb elfoglaltsága mellett a bábateendőket is elvégezni”, mivel a bába-védőnő munkája kapkodó és rendszertelen lenne, a bábamunkát nem tudná előre a heti rendszeres munkájába beosztani és az általános egészségügyi gondozási munkát végző védőnőnek bőven van elfoglaltsága (Johan, 1928).

A 20-21. század védőnői méltó utódai a 19-20. század pártfogóinak. Stefánia belga királyi hercegnő a Stefánia Szövetség díszgyűlésén mondott beszédében az alábbiak szerint foglalta össze tevékenységüket: „[...] Magasztos célú munkásságunk azonban tetteket kíván. Szép szavak, gyűlések ne merítsék ki föladatunkat, az emberbaráti szeretet szakadatlan cselekvésre kötelez. Célunk, hogy a női lélek nemes érzéséhez, az anya szívéhez szóljunk. Ezért könnyíteni akarunk a munkásszony sorsán, arra törekszünk, hogy fölszántuk a könnyeket, enyhítsünk fájdalmán, hogy szeretettel némileg kárpótoljuk a szegény nőket a hazának hozott áldozataikért. A mi körünkben megszokott kényelemmel, nyugalommal és szeretettel óhajtjuk környezni a munkásnőket, áldott állapotuk nehéz napjaiban és válságos óráiban. Elébe akarunk állani annak a járványszerű nyomornak, mely Magyarország népességét irtja. Azt akarjuk, hogy megkímélvén a nőket a kóros behatástól, szeretett hazánknak egészséges nemzedéket biztosítsunk. Bár fogadnák meg szavamat szeretett honfitársaim, s ne csak lobogjon a lelkesedés lángja, de széles e hazánkban céljainkat szolgáló intézetek alakuljanak s működjenek. Hallgassa meg esdeklő szavunkat az állam, nyíljon meg előttük az emberbarátok nemes szíve. Nem hangzatos, de forró hazafiság sugallja nekünk, hogy jóságos cselekedetükkel, egyesületünk támogatásával milliók szívébe visznek be nyugalmat s keltenek benne soha meg nem szűnő hálát. [...]” („Anyavédelem”, 1909b).

Mohos Márta tanulmányában a védőnők három csoportját különbözteti meg:

– Országos védőnők voltak a társadalom előkelő köreihez tartozó pártfogó hölgyek. A dilettáns munka elkerülése végett őket a Zita Királyné Intézet speciális kurzusokon képezte.

– A hivatásos védőnők három hónapos tanfolyam sikeres elvégzése után kaptak oklevelet.

– A mellékfoglalkozású védőnőket a 3000 lakosnál kisebb községekben foglalkoztatták, főleg a papné, a tanítónő, az orvos vagy jegyző neje, özvegye, vagy egy intelligens bába jöhetett szóba erre a munkára (Mohos, 1997).

A Johan Béla által létrehozott Zöldkeresztes

Egészségvédelmi Szolgálat a középpontba a falusi egészségügyi szolgálat kiépítését helyezte. Az itt dolgozó védőnők ápolónői és védőnői képesítéssel rendelkeztek. A Stefánia Szövetség és a Zöldkeresztes szolgálat 1927–1940 között párhuzamosan tevékenykedett.

Fentiekből látható, hogy kezdetben „önzetlen úriasszonyok” jótékonykodásának tartották azt a tevékenységet, amelyet a későbbiekben a védőnő szóval határoztak meg („Az önkéntes védőnők”, 1924). Úgy gondolták, hogy a társadalom „hölgyközönsége előtt új, igazán nemes élethivatás” tárul fel (Taufer, 1917). Közismert, hogy ebben az időben a nők munkaerőpiaci jelenléte igen korlátozott volt, a „jó házból való úrilányok” számára ez a védőnői tevékenység felcsillantotta a lehetőséget életük tartalmasabbá tételére, és emellett úgy érezhették, hogy honleányi, hazafias tettet is véghez visznek: hozzájárulnak az egészséges nemzet biztosításához a haza számára, amint azt Stefánia hercegnő fent idézett beszédében is olvashatjuk. A múlt század harmincas-negyvenes éveinek politikai történései a védőnőkkel kapcsolatosan is fellelhetők: a védőnő – „zöldkeresztes testvér” – ekkor nemzetmentő és nemzetvédő munkát végez, amint azt egy korabeli újságcikkben olvashatjuk: „A magyar egészségügy szolgálatának bátor katonája, a zöldkeresztes testvér, aki a legszebb nemzetvédelmi munkát végzi csöndben, szerényen.” („A zöldkeresztes védőnő egészségügyi és speciális összekötőtiszt a falu és az orvos között”, 1940.)

A védőnői hivatás mint hungarikum

„A védőnő tevékenysége középpontjában az általa gondozott családok egészségvédelme, a betegségek kialakulásának megelőzése, valamint az egészségfejlesztés áll. A magyar védőnők képzettsége kiemelkedően magas fokú és feladata széles körű.” (URL2)

A védőnői gondozás alapvető módszere a tanácsadás, amelynek célja, hogy az egészség érdekében az egyének, a családok, a közösségek aktuális élet helyzetüknek megfelelő, tájékozott döntést tudjanak hozni, képesek legyenek elkötelezetten cselekedni, változni/változtatni.

Megjelenését követően 100 évvel a védőnőiség a Hungarikumok Gyűjteménye – Magyar érték-tár része lett. „A védőnői hivatás gyakorlója olyan komplex, preventív, családvédelmi szolgáltatást biztosítanak hazánkban, amely egyedülálló Európában. [...] [A védőnő] Szakmai tevékenységét önállóan látja el, de rendszeresen kapcsolatot tart az egészségügyi, gyermekjóléti és szociális ellátórendszer szakembereivel. A védőnő szoros személyes kapcsolatot tart gondozottaival, melynek során az egyéni szükségleteknek megfelelően különböző problémáikban – egészségügyi,

szociális, mentálhigiénés – tanácsot nyújt. Ezenkívül szűrővizsgálatokat szervez, védőoltásokat készít elő, egészségnevelő és más egészségvédő közösségi programokat biztosít a gondozottak számára.” (URL3)

Napjainkban a védőnők az egészségügyi alapellátás keretében – a szakellátás egyes területén (kórházi védőnő) – a hétköznapi nyújtják szolgáltatásaikat.

Összefoglalás

Összefoglalva elmondhatjuk, hogy másfél évszázad alatt a korabeli sajtó által „úrilányok karitatív munkájának” titulált tevékenységből önálló, felelősségteljes, magas szakmai felkészülést kívánó és Európá-szerte pártját ritkító hivatás vált.

Irodalomjegyzék

- A Fehérkereszt-Egyesület közgyűlése (1900. november 27.). *Hazánk*, p. 8.
- Anyavédelem (1909a). (1909. december 1.). *Budapesti Hírlap*, p. 9.
- Anyavédelem (1909b). (1909. december 7.). *Budapesti Hírlap*, p. 5-6.
- Az önkéntes védőnők (1924. június 25). *Tolnai Világlapja*, 26(12):16.
- A zöldkeresztes védőnő egészségügyi és speciális összekötőtiszt a falu és az orvos között. (1940. augusztus 31.). *Délmagyarország*, p. 5. Hozzáférhető: http://dmarchiv.bibl.u-szeged.hu/9229/1/dm_1940_197.pdf
- Bárczi, G., Ország, L. (szerk.), (1962). *A magyar nyelv értelmező szótára*. Első kiadás: 1959–1962. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Johan, B. (1928). A bába mint védőnő. *Gyógyászat*, 68, 547-548.
- Johan, B. (1929). *Az ápolónő- és védőnőkérdésről*. Budapest: Magyar Királyi Országos Közegészségügyi Intézet.
- Kahlichné dr. Simon, M. (2015). *A védőnői hivatás története*. Budapest: Medicina.
- Mihályfi, Á. (1901). Katholikus jótékonyág a nagyvárosban. *Katolikus Szemle*, 15(6), 500-502.
- Mohos, M. (1997). Az Élet, a meg nem született Élet, s a leendő Élet oltalmazása. A szervezett anya- és csecsemővédelem kialakulása Magyarországon. In: *A természettudományok, a technika és az orvoslás a millenniumtól a milécentenáriumiig (az 1996. évi ankét anyaga). Tanulmányok a természettudományok, a technika és az orvoslás történetéből*. Budapest: Műszaki és Természettudományi Egyesületek Szövetsége Tudomány- és Technikatörténeti Bizottsága. pp. 99-104.
- Sövényi, Fné, Fedineczné Vittay, K. (2021). Az ápol szó etimológiája. *Nővér*, 34(6), 4-6.
- Tauffer, V. (1917). Az anya- és csecsemővédő intézkedések rendszere (előadás). Népegészségi Országos Nagygyűlés (1917. október 26.)
- Zaicz, G. (szerk.) (2006). *Etimológiai szótár. Magyar szavak és toldalékok eredete*. Budapest: Tinta Könyvkiadó.
- URL1: Health visitor. <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/public-health/roles-public-health/health-visitor/health-visitor>
- URL2: Védőnő. <https://hu.wikipedia.org/wiki/V%C3%A9d%C5%91n%C5%91n%C5%91>
- URL3: Magyar Védőnői Szolgálat, mint nemzetközileg is egyedülálló, tradicionális ellátási rendszer. Hungarikumok Gyűjteménye - Magyar Értéktár. <http://www.hungarikum.hu/hu/magyar-v%C3%A9d%C5%91n%C5%91i-szol%C3%A1lat-mint-nemzetk%C3%B6zileg-egyed%C3%BC1%C3%A11l%C3%B3-tradicion%C3%A1lis-ell%C3%A1t%C3%A1si-rendszer>

Helyreigazítás

A NŐVÉR 2021. évi (34. évfolyam) 6. számban megjelent „Táplálásterápia stroke-osztályon: akut stroke-betegek dysphagia ellátása” kézirata 37. oldalának utolsó és 38. oldalának első bekezdése helyreigazításra szorul.

„Az IDDSI célja, hogy a klinikai biztonság és a terápiás hatékonyság növelése érdekében, az étkeztetésben és a klinikumban használatos szakszavakat, konzisztencia szerinti kategóriákat (vagyis a terminológiát) nemzetközi szinten szinkronizálja. Ez megkönnyítené a kutatásoknál alkalmazott fogalmak pontos használatát, az étkeztetést szolgálókat és a kórházi személyzet közötti kommunikációt, valamint elkerülhetővé válnának az országok közötti, eltérő szóhasználatból eredő nehézségek és félreértések.” (MDOSZ, 2021).

A dysphagiás stroke beteg esetében „nagy jelentősége van a betegágy melletti aktív segítségnyújtásnak. Azoknál a nyelési zavaros betegeknél, akiket a kórházi ellátás alatt egy étkezésében segítő és tápszerrel kínáló személy támogatott, szignifikánsan magasabb energiabevitel volt megfigyelhető, ellentétben a kontrollcsoportnál (ahol ez a segítség nem volt ilyen célzottan elérhető). Az asszisztenciával körbevett betegek több ételt és több tápszerrel fogyasztottak, az energiaszükségletük 80,4%-át tudták fedezni, szemben az asszisztencia nélküliekkel, akiknél ez mérték csak 41,6% volt. Tekintettel arra, hogy az ápoló személyzet kapacitása az ilyen jellegű plusz feladatot már nem tudja magára vállalni, egyes szakemberek a betanított önkéntesekben látják ennek a kérdésnek a megoldását” (MDOSZ, 2021).

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY, TOVÁBBKÉPZÉS

A szexuális és nemi kisebbséghez tartozó személyek orvosi ellátásának aktuális kérdései*

SOMORJAI Noémi

ÖSSZEFOGLALÁS

Az elmúlt 40 évben a nemi kisebbségek speciális orvosi ellátásához szükséges kutatások elterjedése és a publikációk folyamatos növekedése figyelhető meg a külföldi orvosi adatbázisokban. A nemi vonzalom és identitás sajátosságai nagyban befolyásolják a helyes diagnózis felállítását, a szükséges kezelések és szűrések meghatározását, valamint a magas öngyilkossági veszélyeztetettség miatt a prevenció beavatkozási pontok körét is. Az orvosi adatbázisokon kívül orvosszakmai szervezetek és oktatási-kutatási háttérű klinikai intézmények is számos bevált gyakorlatról és irányelvről adnak tájékoztatást. A szükséges ismeretek bővítésén túl előremutató lehet a nem tudatos előítéletek csökkentése és az orvos-beteg kommunikáció elmélyítése is.

Kulcsszavak: szexuális és nemi kisebbségek, egészségügyi ellátás, ismeretek, egészségügyi személyzet attitűdje, orvos-beteg kapcsolat

Current issues in providing health care for sexual and gender minority individuals

Noémi SOMORJAI

SUMMARY

In the past 40 years research studies related to the special health care for sexual and gender minorities have become widely known and the number of publications has increased in international medical databases. The characteristics of gender attraction and identity have an impact on developing a successful diagnosis, on determining the necessary screenings and treatments, and on performing preventive intervention since the sexual and gender minorities are at elevated risk for suicide. Apart from medical databases, best practices and guidelines are also provided by healthcare professional organizations and clinics committed to education and research as well. In addition to broadening knowledge, reducing unconscious prejudices and improving the doctor-patient communication would lead to a veritable leap forward in meeting the healthcare needs of sexual and gender minorities.

Keywords: sexual and gender minorities, health care, knowledge, attitude of health personnel, physician-patient relations (MESH terms)

SOMORJAI Noémi
informatikus könyvtáros,
Simmelweis Egyetem
Magatartástudományi Intézet,
Könyvtár
ORCID-azonosító:
0000-0002-9379-2339

Levelező szerző
(Corresponding author):
Somorjai Noémi
E-mail: somnoemi@gmail.com

Beérkezett: 2022. január 6.
Elfogadva: 2022. június 21.

Fogalmak

Szexuális orientáció: A személy irányultsága, amely szerint döntően azonos, eltérő vagy mindkét nemmel képes érzelmi és szexuális kapcsolatot kialakítani (heteroszexuális, homoszexuális, biszexuális, aszexuális – szexuális kisebbség).

Nemi identitás: Az a belső meggyőződés, amely a személy testi, lelki, érzelmi és szexuális tapasztalatai és érzetei alapján tudatában összerendeződik, amely

nyomán nemi életvitelét alakítja. Ez az énkép nem feltétlenül azonos a személy fizikai megjelenésével (transzneműség, transzszexualitás – nemi kisebbség).

Bevezetés

Az OECD 2019. évi jelentése szerint a leszbikus, meleg, biszexuális és transznemű személyek a diszkrimináció számos formájától szenvednek (OECD, 2019). Bár a népszámlálások nem térnek ki a szexuá-

*Jelen kézirat másodközlés, az eredeti kézirat Somorjai Noémi: A nemi kisebbséghez tartozó személyek orvosi ellátásának aktuális kérdései címmel az Orv Hetil 2021;162(32):1267–1274. helyen olvasható (DOI: <https://doi.org/10.1556/650.2021.32119>).

lis és nemi kisebbségek számbavételére, számuk azon OECD-országokban, ahol az adatok mégis rendelkezésre állnak, 17 millió főre tehető, nagyjából a népesség 2,7%-a. A magát LMBT-személyként azonosító egyének száma folyamatosan nő, különösen a fiatalok körében. Az Egyesült Államokban utóbbiak száma az 1945-ben mért 1,4%-ról az ezredfordulóra 8,2%-ra emelkedett a társadalmi elfogadás, a civil és polgárjogi mozgalmak erősödése, a betegségkategoriai változása és az Egyesült Államok több államában bevezetett törvényi változásoknak köszönhetően, amelyek az öngyilkossági mutatók határozott javulását is eredményezték egyúttal (Raifman et al., 2017).

A megkülönböztetett egyik formája az orvosi ellátáshoz való hozzáférés gátoltsága (Frimpong et al., 2020; Urwin & Whittaker, 2016). A leszbikus, meleg, biszexuális és transznemű (későbbiekben LMBT) személyek és fiatalok számos lelki problémával küzdenek, amely a szexuális orientáció és nemi identitás kapcsán őket érő stigmatizációval van összefüggésben (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016). A stigmatizáció egyéni szinten a rejtőzködésben és az internalizált (belsővé vált) homofóbiában jelentkezik, interperszonálisan az elszigetelődésben, a társas visszautasításban és a diszkriminációban, valamint társadalmi szinten a törvények és bevett gyakorlatok formájában nyilvánul meg. A stigmatizáció megzavarja a kognitív funkciókat, mert az érintettek állandóan a leselkedő veszélyre figyelnek, a folytonos rágódás az érzelmi és hangulati állapotot teszi tönkre, fiziológiai téren pedig a folyamatos stressz tartja készenlétben a szervezetet.

A rejtőzködésben élt évek elszigetelődéshez, a társas támogatás csökkenéséhez vezetnek, az előbújás és felvállalás dilemmája akár évekig tartó tépelődést okozhat. A mentális betegségek közül a stressz, depresszió, szorongás, öngyilkossági gondolatok és kísérletek, a drog-, alkohol- és szexuális abúzus, az evészavarok magasabb számban sújtják az LMBT-kisebbség tagjait, mint a heteroszexuális személyeket (Makadon et al., 2015; Frankowski et al., 2004). A stressz által kiváltott lelki nehézségek számos más betegség velejáráói, így olyan páciensek terhelik az egészségügyi ellátórendszert, akik csak a társadalmi kirekesztettség okozta társbetegségek miatt szorulnak ellátásra.

Az elmúlt évtizedekben egyre gyorsabban bővülő szakirodalom halmozódott fel a szexuális/nemi kisebbség egészségügyi ellátását célzó korszerű, speciális ismeretekről. A rejtőzködő páciensek megközelítéséhez nagyfokú empátia, diszkréció, elfogadás és mindkét részről nagyfokú bizalom szükséges, amellyel a diagnózis felállításához szükséges információkhoz juthatunk. Mindkét aspektus a sikeres gyógyítás előfeltétele, ezért az alábbiakban összegez-

ném az eddig felhalmozott fontosabb ismereteket és a közvetlen kommunikációt erősítő lehetőségeket. A PubMed adatbázis, kórházak és klinikák (Mount Sinai Hospital, Mayo Clinic, Fenway Institute) ajánlásai, szakmai és civil szervezetek, kutatóhelyek, betegképviselői csoportok közlései releváns információt nyújthatnak a háziorvosi és klinikai ellátásban dolgozó felnőtt- és gyermekorvosok számára egyaránt.

A 20 évre visszatekintő szakirodalmi összefoglalóban széleskörűen, de nem kimerítően áttekintem a jelentősebb orvosi adatbázisokat, kutatói portálokat és szakmai szervezetek ajánlásait. A pozitív pszichológia jegyében szűkítettem a feltárást az egészségmegőrzés, egészséges életvitel és énkép kialakítására, valamint az öngyilkosság-megelőzés lehetőségeire.

A szexuális és nemi kisebbségek egészségtudományi kutatása és az eredmények alkalmazása terén egyre több területen ismerik fel a csoport egészségügyi ellátásban elszenvedett hátrányait és sajátos ellátási igényeit. A felnőttek és serdülők korosztályát egyaránt érintő korlátozott ismeretek és kutatások a tévesen értelmezett kutatásetikai elvekre vezethetők vissza. A szülői beleegyezés követelménye éppen azokat a sérülékeny serdülőket sújtja hátrányosan, akiknek a legnagyobb szüksége lenne rá, hogy egészségfelmérések célcsoportjába tartozzanak. *Mustanski* megállapítja, a 18 év alatti fiatalok is képesek mérlegelni a rájuk háruló esetleges kockázatot (Mustanski, 2011). *Welch* és munkatársai szerint a sérülékeny csoportokhoz tartozó kutatási alanyok épp azért kerülnek egyre hátrányosabb helyzetbe, ha nem lehetnek résztvevői a teljes népességet vizsgáló klinikai kísérleteknek (Welch et al., 2015). Önmagában az az ok, hogy valaki szentitív csoport tagja, nem lehet kizáró oka, hogy ok-okozati összefüggéseket vizsgáló egészségügyi felmérésekből kizáródjon.

Egy 2016. évi WHO-tanulmány alapján a szexuális és nemi kisebbségek tagjai az átlagnépességhez képest jelentős egészségügyi többletkockázattal élnek (Blondeel et al., 2016). A kisebbség tagjai nagyobb betegségterhet viselnek a HIV, a szexuális úton terjedő betegségek, az azokból eredő daganatok, valamint a mentális betegségek terén, és fokozottan ki vannak téve erőszakos bántalmazásnak is. Mostanában kezdték vizsgálni, mely akadályokba ütköznek a páciensek az orvosi ellátás során, ideértve az egészségügyi személyzet attitűdjét is. Egy 190 fő bevonásával végzett felmérésben a leggyakrabban előforduló krónikus betegség az ízületi gyulladás (20%), magas vérnyomás (20%), diabétesz (15%), asztma (14%), mentális betegség (10%), krónikus fáradtság (8%), sclerosis multiplex (7%), daganatos betegség (6%), HIV/AIDS (6%) és a csontritkulás (5%) volt (Jowett, 2011).

Az Amerikai Orvosi Kollégium LMBT-egészség-hátrányokról készült 2015. évi helyzetjelentése megállapítja, a szexuális és nemi kisebbség tagjainak kihívást jelent az egészségügyi ellátáshoz hozzáférni, és számukra kompetens orvost találni, mivel a bevett eljárásrend erősíti a stigmatizációt és a diszkriminációt (Daniel et al., 2015). Az LMBT-személyek gyakrabban érzik magukat gyengébb egészségi állapotban, mint a heteroszexuális lakosság. A meleg és biszexuális férfiak kitettebbek a szexuális úton terjedő fertőzéseknek, magasabb arányban fertőződnek HIV-vírussal vagy AIDS-szel az összes esetszámból. A leszbikus és biszexuális nők nagyobb arányban túlsúlyosak, valamint a leszbikus, meleg és biszexuális emberek fiatalabb korban válnak rokkanttá, mint kortársaik. Az Amerikai Orvosi Kollégium elkötelezett amellett, hogy megszüntesse az orvosi ellátási különbségeket az LMBT-emberek irányában. Fontos tudni, hogy a szexuális és nemi kisebbség életében további kisebbségi státusz is előfordulhat, úgymint faj, etnikum, nem, kapcsolati forma, szexuális szokások, életkor, rokkantság, fogyatékoság, vallás, iskolai végzettség és lakóhely.

A Mayo Klinika honlapján az alábbi egészségügyi tudnivalókat fogalmazzák meg és ajánlják meleg és leszbikus pácienseik figyelmébe, amelyek megértése alapvető fontosságú az egészséges életvitel kialakításában: a páciens legyen tisztában a speciális egészségügyi kockázatokkal, mint a HIV-fertőzés, AIDS, hepatitis, HPV és a szexuális úton terjedő betegségek; nők esetében a bakteriális hüvelyfertőzés, trichomonas és HIV-fertőzés stb. (Mayo Clinic, 2015). Az orális, anális, digitális (ujj) kontaktus és a szexjátékok mind terjeszthetnek fertőzést. Ezért minden alkalommal használjon új gumi óvszert és vízbázisú síkosítót, gumi- vagy műanyag kendőt a kontaktus során. Legyen csak egy partnere, éljen hosszú távú, kölcsönösen monogám kapcsolatban nem fertőzött partnerrel. Korlátozza az elfogyasztott alkohol mennyiségét, ne használjon kábítószert! Ha intravénás droghasználó, ne ossza meg mással a tűt! Legyen tisztában a helyszín veszélyeivel, mint fürdők, szexpartik, internet. Oltassa be magát hepatitis A és B ellen. A HPV-oltással megelőzhető a végbélrák. Mivel számos szexuális fertőző betegségnek nincs gyógymódja, az egészség megőrzésének útja a kockázatok kerülése. Teszteltesse magát és partnerét rendszeresen, mindig használjanak óvszert, ha nem lehetnek biztosak partnerük fertőzöttségében – akár nővel, akár férfival vannak kapcsolatban. Sokan nem tudnak fertőzöttségükről, vagy nem vallják azt be. A meleg férfiak gyakrabban szenvednek szorongástól és depressziótól. Nők esetében is elsőrendű, hogy lelki egészségüket megőrizték, mentális betegségüket kezeltesék. Az LMBT-fiatalok gyakrabban szen-

vednek depressziótól, magasabb az öngyilkossági kísérletek száma is. Mind nők, mind férfiak esetében a depresszió az öngyilkossági gondolatok előzménye, velejárója az elidegenedés a barátoktól, elutasítás a szeretettekől, az abúzus vagy az erőszakos bántalmazás. Nehezebb helyzetben vannak azon meleg és leszbikusok, akik elrejtik érzéseiket és nincs társas támogatásuk sem. A kezeletlen depresszió szexuális rizikómagatartáshoz vezet, majd az érzelmi, magatartási, egészségi és más problémák felmerüléséhez! Ha vonakodik kezelteni magát, ossza meg érzéseit barátjával. A meleg férfiak szintén gyakrabban szenvednek testkép- és evészavaroktól. Ha dohányzási, alkohol- vagy drogproblémája van, elérhető a segítség. A meleg és biszexuális férfiak nagyobb veszélynek vannak kitéve drog- és alkoholabúzus szempontból, ugyanakkor nagyobb stressz nehezedik rájuk, hogy heteroszexuálként tüntessék fel magukat. Az előbújás miatt sokan elveszítik barátaik, családjuk támogatását, szintén a zaklatás, bántalmazás és a diszkrimináció megtapasztalása miatt. Nők esetében első helyen az előbújás okozta stressz, a zaklatás okozta traumák, valamint a diszkrimináció negatív hatásaira érdemes figyelni. Ismerjük fel a családon belüli erőszak jeleit intim kapcsolatban! Figyelmeztető jel lehet, ha a partnere azzal fenyegeti, hogy beszámol szexuális orientációjáról környezetének; vagy ha megszakítja a kapcsolatot, azzal erősíti azt a nézetet, hogy a melegkapcsolat deviáns. Bántalmazó kapcsolatban maradv depresszió, szorongás és reménytelenség léphet fel. Ha az áldozat szexuális orientációját valamilyen okból titkolja, kevésbé fog segítséget kérni bántalmazás esetén. Mégis az egyetlen út, hogy szabaduljon a helyzetből, ha lépéseket tesz a kapcsolatból való kilépést illetően – minél előbb, annál jobb. (Ha már célponttá vált, hívja a NANE telefonszolgálatot: 06-80-505-101, tájékozódjon a nane.hu honlapon, és készítsen menekülési tervet!) Végül ne hagyja, hogy a homofóbia meggátolja, hogy rendszeres orvosi segítséget kérjen. Keressen megfelelő háziorvost, és avassa be őt szexuális orientációjába, illetve nemi identitásába. Mind férfiak, mind nők kérjék a korcsoportnak megfelelő rutinszűréseket, vérnyomás-, koleszterin-, prosztata-, here- és végbélvizsgálatot, illetve nőknél emlő- és méhnyakszűrést. Minden aggályról számoljon be kezelőorvosának. (További fontosabb hazai források: Háttér Társaság HIV-AIDS Program, <https://hatter.hu/hiv/>; Háttér Társaság Információs és Lelkiségegy Szolgálat, <https://hatter.hu/tevekenysegunk/informacios-es-lelkisegegy-szolgalat/>; Háttér Társaság Személyes Segítő Szolgálat, <https://hatter.hu/tevekenysegunk/szemelyes-segito-szolgalat/>; LMBT-barát egészségügyi szolgáltatók: <https://prizma.lgbt/lmbt-barat-szolgáltatok/>).

A legjelentősebb LMBT-egészségcentrum a philadelphiai székhelyű Fenway Institute, amely a gyógyítás mellett kutató- és oktatócentrumként is működik. A betegfelvételi kérdőív 16 oldalon részletesen kitér az általános adatok közt az alábbiakra: szex/nem, faj, etnikum, végzettségi szint, foglalkozás, home-office, heti munkaórák, vallás/hit, családi állapot, partner neve, együtt él-e bárkivel, gyermekek száma, otthon biztonságban érzi-e magát, megfenyegette, irányítja-e partnere, családtagja, gondviselője (Makadon, 2007). Az anamnézisben kérdezik az alábbi betegségek előfordulását: tüdőtágulat, TBC, tüdőgyulladás, hörghurut, asztma, allergia, szívbetegség, agyvérzés, magas vérnyomás, magas koleszterinszint, diabétesz, vénás trombózis, hepatitis A, B, C, májcirrózis, vérszegénység, pajzsmirigyproblémák, epehólyag-problémák, fekély, gyakori húgyúti fertőzés, szexuális úton terjedő fertőzés, prosztataproblémák, daganat, izületi gyulladás, csontritkulás, törés, migrén, depresszió, szorongás, pánikzavar, PTSD, alkohol- és drogproblémák. A szisztematikus kikérdezésben három oldalon a testi tünetekről és aggodalomra okot adó jelekről kérdeznak általánosságban, majd konkrétan bőr, fej, szem, orr, fül, száj és torok, nyak, mell, légzőszervi, szív, emésztőszervi, húgyúti, izom, csont, perifériás érrendszeri, neurológiai, pszichiátriai (bántalmazás), hematológiai és endokrinológiai területen. Kérdezik a fájdalomérzést, műtéteket, kórházi tartózkodást és a jelenlegi gyógykezeléseket. Kitérnek a családi anamnézisre, oltásokra és szűrésekre, a biztonsági öv használatára, döntéshozatali megbízottra, újraélesztésre. A nemi identitás és szexuális orientáció kérdéskör után a szexuális szokások, betegségek szerepelnek, elsődleges és alkalmi partner, esetleges fertőzések, informálta-e róla partnerét és van-e szüksége segítségre az információ átadásához. Van-e sejtése róla, hogy partnere fertőzött, elégedett-e saját szexuális életével. A nőgyógyászati kérdéscsoportban az alapbetegségeken kívül menzesz alatti fejfájás, súlygyarapodás, duzzadás, görcs, szorongás, depresszió; menopauza után lévőknél a hormonpótlás (progeszteron/ösztrogén) szerepel többek között. A szülészeti kérdéscsoportban az általános kérdések szerepelnek. Nemi átalakító hormonkezelés kérdéscsoport: jelenleg szed-e hormont, mióta, mit, korábban szedett-e, voltak-e komplikációk, milyen nemi átalakító műtétje volt, milyen egyéb nőiesítő vagy férfiasító kezelést kapott, milyen komplikációk adódtak. Kitérnek az életstílus és egészségi szokások kikérdezésére is, a kábítószer- és alkoholfogyasztásra, rizikó-magatartásra, leszokásra. A Meleg és Lesbikus Orvosi Társaság (Gay and Lesbian Medical Association) ajánlása szerint a tíz legfontosabb kérdés, amiről a kezelőorvossal beszélni kell – fontossági sorrendben – lesbikusok

számára: emlőrák, depresszió és szorongás, szívbetegség, nőgyógyászati daganat, étrend és testedzés, dohányzás, alkohol- és droghasználat, párkapcsolati erőszak és szexuális egészség. Meleg férfiak számára: HIV-AIDS és biztonságos szex, hepatitisoltás és -szűrés, étrend és testedzés, alkohol- és droghasználat, depresszió és szorongás, szexuális fertőző betegségek, prosztata-, here- és végbélrák, dohányzás és HPV. Biszexuálisok számára: HIV-AIDS és biztonságos szex, hepatitisoltás és -szűrés, étrend és testedzés, alkohol és drog, depresszió és szorongás, szexuális fertőző betegségek, prosztata-, here-, illetve emlő-, méhnyak- és végbélrák, dohányzás és HPV. Transzneműek számára: hozzáférés az egészségügyi ellátáshoz, egészségtörténet, hormonkezelés, szív- és érrendszeri betegség, daganat, szexuális fertőző betegségek és biztonságos szex, alkohol és dohányzás, depresszió, beültethető szilikon, étrend és testedzés (Lim et al., 2014).

Bisexualitás

A biszexualitásról több tanulmány is megállapítja, hogy tudományosan nem elismert kategória (Paul, 1984). A biszexuálisok kifejezett egészséghátrányban élnek mind a heteroszexuális, mind a homoszexuális lakossághoz képest, mindamelllett a biszexualitásból adódó speciális ellátási szükségletek kutatásában is nagy hiányok mutatkoznak. Érdemes lenne a jelenségnek nagyobb figyelmet szentelni, mivel egyes felmérések szerint a magukat biszexuálisnak vallók a legnagyobb és leggyorsabban növekvő csoport az LMBT-közösségen belül az Egyesült Államokban 2011-2013-ban végzett Nemzeti családnövekedési vizsgálat alapján (Copen et al., 2016).

Az Egyesült Királyságban 2012-ben publikált jelentésben a biszexuális egyének tapasztalatai lényegesen különböznek a heteroszexuális, lesbikus és meleg emberektől. A biszexuálisokkal szembeni bifóbia eltér a homofóbiától, mivel nemcsak a heteroszexuálisok, hanem a meleg férfiak és nők is előítéletekkel vannak a biszexuálisok irányában (Barker, 2012). LMBT-kutatásokban általában összemosás a biszexuális csoport adatait a többi kisebbség kutatási eredményeivel.

A biszexualitás mint ernyőfogalom magába foglalhatja azokat a személyeket, akik mind férfiakhoz, mind nőkhöz vonzódnak; akik általában egyik nemhez vonzódnak, de nem kizárólagosan; akik úgy érzik, szexuális identitásuk időben változik; akik vonzalma nem a másik fél 'neme', hanem egyéb jellemzői alapján alakul ki. Sokan nem ismerik el a biszexuálisok létezését, és csak az aktuális partnerük neme alapján ítélik meg őket, vagy azt gondolják, képtelenek monogám kapcsolatra és ezzel betegsége-

geket terjesztenek. A biszexuálisok sokszor láthatatlanok mások számára. Az LMBT-személyek között a legrosszabb mentális egészségi mutatói a biszexuálisoknak vannak depresszió, szorongás, önsértés és öngyilkosság területén. Testi betegségeikről keveset tudunk, de mentális egészségi mutatóik miatt a testi betegségek előfordulására is fokozottan figyelni kell.

Az öngyilkossági adatokat vizsgálva a biszexuális nők közel hatszor, a férfiak több mint hatszor gyakrabban követtek el öngyilkossági kísérletet, mint heteroszexuális társaik, és gyakrabban, mint a leszbikusok és a melegek (San Francisco Human Rights Commission, 2010). Egy szisztematikus áttekintő tanulmány leírja, rizikófaktorok a viktimizáció, a kortársak megítélése és a családi visszautasítás (Pompili et al., 2014). Egy angol-walesi kutatás alapján kevésbé vannak kibékülve szexualitásukkal, kevésbé mernek beszélni róla a családnak, barátoknak, kollégáknak, háziorvosnak, mentális szakembereknek, mint meleg társaik (King & McKeown). Egy Egyesült Királyságban rendezett biszexuális konferencián készült minifelmérésben a résztvevők 36%-a egy, 24%-a több mentális és testi problémától szenvedett, amely mindennapi életét is befolyásolta (Barker et al., 2008). A mentális betegségeikből 16% depresszió, 8% szorongás, 8% pedig önsértés volt. Ezek következtében gyakrabban szenvedtek hajléktalanságtól, erőszaktól, és gyakrabban voltak negatív tapasztalataik egészségügyben dolgozók körében. A terapeuták is kényelmetlenül érezték magukat biszexuális betegekkel. Kutatások szerint a biszexuálisok több egészségügyi problémától szenvednek, mint az átlaglakosság, mivel a bifóbia és a biszexuális láthatatlanság miatt nem kerülnek az orvosok látóterébe, még a leszbikus és meleg személyek felé pozitívan viszonyuló ellátók esetében sem (Miller et al., 2007). Ez visszahat az egészségügyi szolgálatok alacsonyabb igénybevételére. Leszbikusok és biszexuális nők kevesebbszer vesznek részt méhnyakvizsgálaton, viszont gyakrabban diagnosztizálják őket emlőrákkal. A kutatásban résztvevők fele számolt be negatív tapasztalatokról az egészségügyi ellátókkal kapcsolatban. Legtöbbször a szexualitásukra vonatkozó elítélő megjegyzést emelték ki.

A biszexuálisokat gyakran hibáztatják a HIV és SzTB terjesztése miatt a heteroszexuálisok és leszbikusok felé, noha a Sigma Kutatás ezt nem egyértelműen támasztja alá. A viselkedésükben biszexuális férfiak HIV-fertőzöttsége következetesen alacsonyabb volt, mint akik csak férfiakkal folytattak kapcsolatot (4,3% vs. 14,3%) (Hickson, 2010). HIV-tesztelésen kevesebben vettek részt a biszexuálisok közül: 45,3% soha, melegek körében 24,8%. Kevesebben használtak óvszert a biszexuálisok: 20,3% soha,

míg 12,3% a melegek esetében. Nagyobb kockázatot vállaltak a biszexek a férfakkal folytatott anális közösüléskor is az óvszer mellőzésével. Egy nemzetközi felmérésben a fiatal biszexuális férfiak kiugróan magas HIV-kockázati magatartásról számoltak be (Goodenow et al., 2002). Egy ausztrál felmérésben a leszbikusok körében történetesen magasabb volt a bakteriális fertőzés és a hepatitis B, mint biszexuális nők esetében, viszont mindkét csoportban alacsony volt a HIV-fertőzés a nagyszámú partnerek ellenére (Fethers et al., 2000). Egy San Franciscóban végzett kutatás alapján a biszexuális férfiak kis számban fertőzték meg HIV-vel partnerüket, vélhetően a rendkívül alacsony rizikó-magatartás és a fizikai védelem miatt (Ekstrand et al., 1994). Az Egyesült Államokban végzett kiterjedt tanulmány szerint az új HIV-fertőzések mindössze 1%-ában fordult elő, hogy nők biszexuális partnerüktől kapták volna el a fertőzést (Kahn et al., 1997). Az a vélekedés, hogy a biszexuálisok nem élnek monogám kapcsolatban, szintén nem állja meg a helyét. Statisztikai adatok szerint 50%-ban monogám kapcsolatban élnek.

Transzszexualitás

A transzszexuálisok gyűjtőfogalomba tartozó transzszexuálisok, gyermekek és felnőttek a születéskor kijelölt nemtől eltérő, legtöbbször ellentétes nemi közérzettel élnek, és úgy érzik, testük valamilyen tévedés folytán belső nemi identitásukkal ellentétes megjelenésben öltött alakot. Legtöbbször a testi megjelenésükkel ellentétes nem társadalmi elvárásait érzik magukra vonatkozóknak, ezért néhányan szeretnék kérni a nemi helyreállító műtétet és hormonkezelést, hogy önmagukkal összhangba kerüljenek. Ennek alapján megkülönböztetünk Female to Male, rövidítve FtM, és Male to Female, MtF transzszexuális személyeket. A transzszexuális nem független a szexuális orientációtól. A transzszexuálisok is lehetnek heteroszexuális, homoszexuális, biszexuális vagy aszexuális orientációjúak. Szintén különbséget kell tenni az intersexuális állapotól, amikor is az egyén genetikai jellemzői alapján nem sorolható egyértelműen férfi vagy női kategóriába. A transzszexuális kialakulásának okait tekintve nincs egyöntetűen elfogadott teória. A legelfogadottabb magyarázat az, miszerint a nemi szervek differenciálódása a terhesség első két hónapjában, míg az agy nemi differenciálódása a terhesség második felében zajlik. E két folyamat nincs feltétlenül összhangban, így az esetleges neuroendokrin szabályozási eltérések okozhatják a transzszexuális egyedek intrauterin genézisét. A transzszexuálisok lélekszámáról nagyon kevés megbízható adat van. Az Amerikai Gyermekgyógyászati

Társaság cikkében hivatkoznak egy 2014-es magatartási rizikócsoportokat vizsgáló felmérésre (Rafferty et al., 2018). A 19 tagállam adatai alapján extrapolálva az adatokat, azon felnőttek száma az Egyesült Államokban, akik transzneműként vagy nonkomformként identifikálják magukat, a teljes népesség 0,6%-a. Mivel itt az identitásukban biztosak és felnőttek voltak a kérdezettek, a bizonytalanok és a 18 év alatti személyek további előfordulása, valamint a transzneműséghez tapadó stigma miatt a valóságban még magasabb arányra lehet következtetni. Becslések szerint a 13 és 17 évesek között az arány 0,7%. Hazánk lakosságára átszámítva az adatokat, 50 ezer fő fölött számolhatunk a felvállalt és rejtőzködésben élő transzszexuálisok számát tekintve.

A transzneműség mint diagnózis már 2013-ban a DSM-V. megjelenésével *nemi diszfóriára* módosult (Nussbaum, 2013). A BNO 11. kiadása szintén törölte a transzneműség és transzszexualitás diagnózist, helyette a *HA60 Nemi inkongruencia serdülő- vagy felnőttkorban szerepel* (URL1).

A Szakmai Világszervezet a Transznemű Egészségért (World Professional Association for Transgender Health) 2012. évi ellátási protokollja (Standards of Care) 7. verzió kimondja, a transzszexualitás, transzneműség, a nemi nonkonformitás nem betegség, és ösztönzi ezen állapotok pszichopatologizációjának beszüntetését (WPATH, 2012). Elismerik, hogy azon nemi sajátosságok kifejeződése, ami nem illik a születéskor kijelölt nem sztereotíp megnyilvánulásaihoz, a kulturális sokféleség emberi megnyilvánulásának tekintendő, és a viselkedést nem lehet eleve negatívan vagy patológiásan minősíteni. Sok társadalomban stigmatizálják a nemi nonkonformitást, ami előítéletekhez és diszkriminációhoz vezet, későbbiekben pedig az úgynevezett kisebbségi stresszhez (Meyer, 2003). A kisebbségi stressz egyedi abban az értelemben, hogy hozzáadódik a mindenki által tapasztalt hétköznapi stresszhez, ugyanakkor társadalmilag előidézett, krónikus állapot. A kisebbségi stressz a transzszexuális és nonkomform embereket (és minden más kisebbségi személyt is) fokozottabban sérülékennyé teszi szorongás, depresszió és mentális betegségek szempontjából (Institute of Medicine, 2011). A stigmatizáció tovább rontja a családhoz és kortársakhoz fűződő viszonyt, az elhanyagolás és a többféle abúzus pedig pszichológiai zavarokhoz vezethet. Tudni kell, hogy ezt a létállapotot a társadalmi környezet okozza, és nem önmagában a transzneműség velejárója. A transz emberek egyre nagyobb láthatósága még több esélyt nyújt számukra, hogy megtalálják azt a nemi szerepet, amiben önazonosan érezhetik magukat. Az egészségügyi személyzet segítségükre lehet, hogy

felfedezzék nemi identitásukat, feltárják az identitás kifejezésére módot adó különböző lehetőségeket, és döntést hozzanak a nemi diszfóriát csökkentő orvosi beavatkozásokról.

Az LMBT-kisebbségen belül a transzszexuális páciensek a legveszélyeztetettebbek öngyilkossági kísérletek szempontjából, ezért fontos, hogy az orvos ismerje és ismertesse betegével a szuicidprevenció Európában kifejlesztett és hazai környezetre adaptált honlapjának elérhetőségét: <https://ifightdepression.com/hu/start>

Orvos-beteg kapcsolat és kommunikáció

A fentebb felvázolt általános ellátási ismeretek birtokában elsődleges, hogy az egészségügyi személyzet hagyja nyitva annak lehetőségét, hogy az ellátott adatokat szolgáltatson szokásairól és vonzalmairól. Amíg nem állnak rendelkezésre a kellő információk, az anamnézis és a diagnózis vegye figyelembe az összes potenciális lehetőséget. Mivel az LMBT-személyek és serdülők többszörösen hátrányos helyzetben vannak mind társadalmi szinten, mind az egészségügyi szolgálatokhoz való hozzáférés területén, elsődleges szempont, hogy az orvos csökkentse a bizonytalanságérzést és a szorongást, teremtsen befogadó és bizalomteremtő kapcsolatot a használt nyelvezettel. Az orvosasszisztensek szintén vegyenek részt a pozitív légkör kialakításában. Kutatások szerint nyílt elutasítás híján is az LMBT-személyek szorongva, szégyenkezve, nemkívánatos személyként és bizalmatlanul tekintenek az orvos-beteg találkozásra (Dean et al., 2016). Ezt az érzést az orvosi rendelők és várók alig észrevehető, létezésüket kizáró mikroklimája és a személyzet heteronormatív megnyilvánulásai váltják ki, amely személyüket, élettapasztalataikat és kapcsolatukat abnormális, nemkívánatos színben tünteti fel. Kiemelten fontos, hogy az orvos a megfelelő szakmai ismeretek birtokában meg tudja erősíteni a személyt érzéseinek, személyének elfogadásában, és képes legyen a bizonytalanságokat eloszlatni.

Ruben és munkatársai egy metaanalízisben felmérték, milyen segítő és hátráltató tényezők játszanak szerepet abban, vajon a páciensek tudják-e közölni kezelőorvosukkal a nemi identitásukat és szexuális orientációjukat érintő információt (Ruben & Fullerton, 2018). Az információ feltárása a leggyakoribb a felnőtt, férfi, kaukázusi, magasan képzett és partnerrel élők között volt, akik vélhetőleg megértették az információ átadásának fontosságát. A coming out valószínűségét csökkentette, ha a kérdezett serdülőkorú vagy nő, kisebbségi (faji/etni-

kai), kevésbé iskolázott, egyedülálló, illetve partner nélküli volt. Egy másik tanulmány szerint a sürgősségi ellátásban kezelt szexuális és nemi kisebbségi személyek kényelmesebben érezték magukat és javította a kommunikációt, ha a kérdést nonverbálisan és önkéntes kérdőívben közölhették (Haider et al., 2018). LMBT-fiatalok körében a közlés akadályos volt a bizalmaskodás és a nem odaillő megjegyzések, ugyanakkor nem érezték, hogy ellátási igényeiknek megfelelő kezelést kaptak volna. A többség gyenge orvos-beteg kommunikációról számolt be, viszont olyan fontos kérdések, mint a szexuális egészség és az érzelmi élet egyáltalán nem kerültek szóba. Igényelték volna, hogy az orvos legyen tisztában szükségleteikkel és feszélyezettségüket oldja (Snyder et al., 2017).

Egy további felmérésben szintén fiatal felnőtteket kérdeztek meg. Az előbújás hiányának okaként említették az internalizált stigmatizációt, esetleg az orvos nem kérdezett rá, vagy nem voltak tudatában, hogy az LMBT-identitás és az egészségi állapot összefüggnek. Amikor mégis felvállalták nemi identitásukat, a reakció a diszkriminációtól és hitetlenkedéstől az elismerésig és figyelmes meghallgatásig változott (Rossman et al., 2017).

A legújabb hazai orvosi kommunikáció tankönyv már részletesen tárgyalja a szexuális kisebbségekhez tartozókkal folytatott kommunikáció kérdéseit. Pilling János az összefoglalóban kiemeli: „... a páciensek ugyanis általában szégyellik szóba hozni a szexualitást, az orvosok pedig legtöbbször nem tesznek fel erre vonatkozó kérdéseket.” Az orvosnak minden más, egészséget befolyásoló tényezőhöz hasonlóan szükséges lehet a vizsgált személy szexuális orientációját és nemi identitását is ismerni. További nehézség, hogy az orvosok általában jóval alábecsülik azon páciensek számát, akik nem heteroszexuálisak, és kevés ismerettel rendelkeznek arról, hogy a szexuális és nemi kisebbségbe tartozóknak milyen speciális ellátási szükségleteik vannak. Fontos, hogy a beteg anamnézisében szerepeljenek a szexuális szokásokat illető kérdések, a felvétel pedig történhet szóbeli vagy írásbeli formában. Mindenképpen érdemes hangsúlyozni, hogy az adatot bizalmasan kezelik, viszont ismerete elősegíti a pontosabb diagnózist és az egyénre szabott hatékony egészségügyi ellátást (Pilling, 2018). Az eddig kialakult gyakorlat hiányát tekintve, valamint az LMBT-közösség tagjaitól kapott visszajelzések alapján célszerűbb a páciensek számára egy önállóan kitölthető adatlapon szerepeltetni a kérdést, ami alapján elgondolkodhatnak, közlik-e vagy visszatartják az információt.

A négy hazai orvosegyetemen felvett kutatás azt is felmérte, hogy első-, harmad- és negyedéves orvostanhallgatók milyen attitűddel és ismeretekkel

rendelkeznek homoszexuálisok, biszexuálisok és transzszexuálisok irányában. Az eredmények szerint minél kiterjedtebb ismeretekkel rendelkeznek a homoszexualitást illetően a hallgatók, annál alacsonyabb pontszámot értek el a homonegativitás skálán, annál magasabb évfolyamot végeztek el az orvosi egyetemen, valószínűbben nem voltak vallásosak, és voltak közelebbi LMBT-ismerőseik (Szel et al., 2020).

Kommunikációs szempontból a transzszexuális páciensekre is kiterjed az Amerikai Pszichiátriai Társaság honlapja. Tőlük minden esetben javasolt megkérdezni, hogyan szólíthatók, akár normalizáló műtét/hormonkezelés előtt vagy alatt állnak, illetve ha nem kívánják operáltatni magukat. LMBT-páciensekkel találkozáskor érdemes felmérni a szexualitás felvállalásával kapcsolatos nyitottság és önellfogadás mértékét két párhuzamos skálán.

Napjainkban élénk vita kíséri a konverziós terápia létjogosultságát, főként az Egyesült Államokban (Kórársz, 2013). Az Amerikai Pszichiátriai Társaság számos más szakmai szervezettel (American Academy of Pediatrics, American Counseling Association, American Association of School Administrators, American Federation of Teachers, American School Health Association, Interfaith Alliance Foundation, National Association of School Psychologists, National Association of Social Workers, National Education Association, American Nurses Association, American Psychiatric Nurses Association és a Royal College of Nurses) együtt egyértelműen tudományos alapot nélkülöző beavatkozásnak tekinti a konverziós/reparatív terápiát, ami iatrogén hatásként fokozza a szégyenérzetet, növeli a szorongást és a depressziót, valamint az öngyilkossági kockázatot. Ha segítünk elfogadni a szülőknél meleg, lesbikus, biszexuális és transzszexuális gyermeküket, csökkenthetjük az öngyilkossági kísérlet esélyét. Érdemes rákérdezni a kockázatra és a kockázatot csökkentő körülményekre (Cabaj, 2020).

Összegzés

Az Egészségügyi Világszervezet és az ENSZ további szervezetei már 2015-ben közös nyilatkozatot adtak ki Ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people címmel (WHO, 2015). A jelentés szerint az egészségügyben elszenvedett hátrányok az élet számos más területén is megnyilvánulnak, mint oktatás, munkavállalás, lakhatás, szociális-jóléti szolgáltatások stb. A web 2.0, a digitális egészségügy eszközeinek segítségével a páciensek egészségtudatosabbak, és joggal várhatják el az egészségügyi személyzet naprakész ismereteit az LMBT-személyek speciális

orvosi ellátása területén is. Tájékozottságuk révén a betegek nagyobb biztonsággal jelezhetik a kezelőorvosnak a szokásostól eltérő orientációt és identitást, ami jobb általános egészségi állapotot eredményezhet, és feltételezi az egészségügyi ellátók jártasságát és informáltságát az elérhető orvostudományi ismeretekről.

Irodalomjegyzék

- Barker, M., Bowes-Catton, H., Iantaffi, A., Cassidy, A., & Brewer, L. (2008). British Bisexuality: A Snapshot of Bisexual Representations and Identities in the United Kingdom. *Journal of Bisexuality*, 8(1–2), 141–162. <https://doi.org/10.1080/15299710802143026>
- Barker, M., Richards, C., Jones, R., Bowes-Catton, H., Plowman, T., Yockney, J., et al. (2012). *The bisexuality report: Bisexual inclusion in LGBT equality and diversity*. Milton Keynes, England: The Open University Centre for Citizenship, Identities and Governance.
- Blondeel, K., Say, L., Chou, D., Toskin, I., Khosla, R., Scolaro, E., & Temmerman, M. (2016). Evidence and knowledge gaps on the disease burden in sexual and gender minorities: a review of systematic reviews. *International Journal for Equity in Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0304-1>
- Cabaj, R. P. (n.d.). Psychiatry.org - Working with LGBTQ Patients. www.Psychiatry.Org. Retrieved September 6, 2020, from <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/cultural-competency/education/best-practice-highlights/working-with-lgbtq-patients>
- Copen, C. E., Chandra, A., & Febo-Vazquez, I. (2016). Sexual Behavior, Sexual Attraction, and Sexual Orientation Among Adults Aged 18–44 in the United States: Data From the 2011–2013 National Survey of Family Growth. *National health statistics reports*, (88), 1–14.
- Daniel, H., & Butkus, R. (2015). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Disparities: Executive Summary of a Policy Position Paper From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 163(2), 135–137. <https://doi.org/10.7326/m14-2482>
- Dean, M. A., Victor, E., & Guidry-Grimes, L. (2016). Inhospitable Healthcare Spaces: Why Diversity Training on LGBTQIA Issues Is Not Enough. *Journal of Bioethical Inquiry*, 13(4), 557–570. <https://doi.org/10.1007/s11673-016-9738-9>
- Ekstrand, M. L., Coates, T. J., Guydish, J. R., Hauck, W. W., Collette, L., & Hulley, S. B. (1994). Are bisexually identified men in San Francisco a common vector for spreading HIV infection to women? *American Journal of Public Health*, 84(6), 915–919. <https://doi.org/10.2105/ajph.84.6.915>
- Fethers, K. (2000). Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sexually Transmitted Infections*, 76(5), 345–349. <https://doi.org/10.1136/sti.76.5.345>
- Frankowski, B. L. (2004). Sexual Orientation and Adolescents. *Pediatrics*, 113(6), 1827–1832. <https://doi.org/10.1542/peds.113.6.1827>
- Frimpong, E. Y., Rowan, G. A., Williams, D., Li, M., Solano, L., Chaudhry, S., & Radigan, M. (2020). Health Disparities, Inpatient Stays, and Emergency Room Visits Among Lesbian, Gay, and Bisexual People: Evidence From a Mental Health System. *Psychiatric Services*, 71(2), 128–135. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900188>
- Goodenow, C., Netherland, J., & Szalacha, L. (2002). AIDS-Related Risk Among Adolescent Males Who Have Sex With Males, Females, or Both: Evidence From a Statewide Survey. *American Journal of Public Health*, 92(2), 203–210. <https://doi.org/10.2105/ajph.92.2.203>
- Haider, A., Adler, R. R., Schneider, E., Uribe Leitz, T., Ranjit, A., Ta, C., Levine, A., Harfouch, O., Pelaez, D., Kodadek, L., Vail, L., Snyder, C., German, D., Peterson, S., Schuur, J. D., & Lau, B. D. (2018). Assessment of Patient-Centered Approaches to Collect Sexual Orientation and Gender Identity Information in the Emergency Department. *JAMA Network Open*, 1(8), e186506. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.6506>
- Hatzenbuehler, M. L., & Pachankis, J. E. (2016). Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *Pediatric Clinics of North America*, 63(6), 985–997. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.003>
- Hickson, F., Bourne, A., Weatherburn, P., et al. (2010). Tactical dangers: findings from the United Kingdom Gay Men's Sex Survey 2008. London: Sigma Research.
- Institute of Medicine (US) Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities. *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64806/> DOI: 10.17226/13128
- Jowett, A. (2011). *Chronic illness in non-heterosexual contexts: towards a critical LGBTQ health psychology*. [DPhil.] Aston University. pp. 69–70. Available from: https://publications.aston.ac.uk/id/eprint/15807/1/Jowett%2C_Adam_J_2011.pdf
- Kahn, J. G., Gurvey, J., Pollack, L. M., Binson, D., & Catania, J. A. (1997). How many HIV infections cross the bisexual bridge? *AIDS*, 11(8), 1031–1037. <https://doi.org/10.1097/00002030-199708000-00012>
- King, M., McKeown, E., Warner, J., Ramsay, A., Johnson, K., Cort, C., Wright, L., Blizzard, R., & Davidson, O. (2003). Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 183(06), 552–558. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.6.552>
- Kórász, K. (2013). A reorientációs terápia története. *Orvosi Hetilap*, 154(24), 931–939. <https://doi.org/10.1556/oh.2013.29566>
- Lim, F. A., Brown, D. V., Jr, & Justin Kim, S. M. (2014). Addressing health care disparities in the lesbian, gay, bisexual, and transgender population: a review of best practices. *The American Journal of Nursing*, 114(6), 24–45. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000450423.89759.36>
- Makadon, H. J. (2007). Sample New Patient Intake Form. Appendix B. In: Makadon, H. J., et al. (ed.) *The Fenway guide to lesbian, gay, bisexual, and transgender health*. American College of Physicians, Philadelphia, pp. 487–502. Available from: <http://www.eastbaypride.com/sample-new-patient-intake-form.pdf>, [accessed: August 16, 2020]
- Makadon, H. J., Mayer, K. H., Potter, J., et al. (2015). *The Fenway guide to lesbian, gay, bisexual, and transgender health*. 2nd ed. Philadelphia: American College of Physicians.
- Mayo Clinic (2015). Health issues for gay men and men who have

- sex with men. Health issues for lesbians and women who have sex with women, Rochester. Available from: <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/health-issues-for-gay-men/art-20047107>, <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/health-issues-for-lesbians/art-20047202> [assessed: May 29, 2015], [assessed: August 15, 2020]
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Miller, M., André, A., Ebin, J., and Bessonova, L. (2007). *Bisexual health: An introduction and model practices for HIV/STI prevention programming*. New York: National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute, the Fenway Institute at Fenway Community Health, and BiNet USA.
- Mustanski, B. (2011). Ethical and Regulatory Issues with Conducting Sexuality Research with LGBT Adolescents: A Call to Action for a Scientifically Informed Approach. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 673–686. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9745-1>
- Nussbaum, A. D. (2013). *A DSM-5 diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve*. Budapest: Oriold és Társai.
- OECD (2019). *Society at a Glance 2019: OECD Social Indicators*. Paris: OECD Publishing; pp. 9–10.
- Paul, J. P. (1984). The Bisexual Identity: an idea without social recognition. *Journal of Homosexuality*, 9(2–3), 45–63. https://doi.org/10.1300/j082v09n02_03
- Pilling, J. (2018). *Orvosi kommunikáció a gyakorlatban*. Budapest: Medicina.
- Pompili, M., Lester, D., Forte, A., Seretti, M. E., Erbuto, D., Lamis, D. A., Amore, M., & Girardi, P. (2014). Bisexuality and Suicide: A Systematic Review of the Current Literature. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(8), 1903–1913. <https://doi.org/10.1111/jsm.12581>
- Rafferty, J., Yogman, M., Baum, R., Gambon, T. B., Lavin, A., Mattson, G., Wissow, L. S., Breuner, C., Alderman, E. M., Grubb, L. K., Powers, M. E., Upadhy, K., Wallace, S. B., Hunt, L., Gearhart, A. T., Harris, C., Lowe, K. M., Rodgers, C. T., & Sherer, I. M. (2018). Ensuring Comprehensive Care and Support for Transgender and Gender-Diverse Children and Adolescents. *Pediatrics*, 142(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162>
- Raifman, J., Moscoe, E., Austin, S. B., & McConnell, M. (2017). Difference-in-Differences Analysis of the Association Between State Same-Sex Marriage Policies and Adolescent Suicide Attempts. *JAMA Pediatrics*, 171(4), 350. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.4529>
- Rosman, K., Salamanca, P., & Macapagal, K. (2017). A Qualitative Study Examining Young Adults' Experiences of Disclosure and Nondisclosure of LGBTQ Identity to Health Care Providers. *Journal of Homosexuality*, 64(10), 1390–1410. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1321379>
- Ruben, M. A., & Fullerton, M. (2018). Proportion of patients who disclose their sexual orientation to healthcare providers and its relationship to patient outcomes: A meta-analysis and review. *Patient Education and Counseling*, 101(9), 1549–1560. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.05.001>
- San Francisco Human Rights Commission (2010). *Bisexual invisibility. Impacts and recommendations*. San Francisco: San Francisco Human Rights Commission LGBT Advisory Committee. Available from: https://sf-hrc.org/sites/default/files/Documents/HRC_Publications/Articles/Bisexual_Invisibility_Impacts_and_Recommendations_March_2011.pdf
- Snyder, B. K., Burack, G. D., & Petrova, A. (2016). LGBTQ Youth's Perceptions of Primary Care. *Clinical Pediatrics*, 56(5), 443–450. <https://doi.org/10.1177/0009922816673306>
- Szél, Z., Kiss, D., Török, Z., & Gyarmathy, V. A. (2019). Hungarian Medical Students' Knowledge About and Attitude Toward Homosexual, Bisexual, and Transsexual Individuals. *Journal of Homosexuality*, 67(10), 1429–1446. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1600898>
- Urwin, S., & Whittaker, W. (2016). Inequalities in family practitioner use by sexual orientation: evidence from the English General Practice Patient Survey. *BMJ Open*, 6(5), e011633. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011633>
- Welch, M. J., Lally, R., Miller, J. E., Pittman, S., Brodsky, L., Caplan, A. L., Uhlenbrauck, G., Louzao, D. M., Fischer, J. H., & Wilfond, B. (2015). The ethics and regulatory landscape of including vulnerable populations in pragmatic clinical trials. *Clinical Trials*, 12(5), 503–510. <https://doi.org/10.1177/1740774515597701>
- World Health Organization. (2015). *Ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people*. Available from: <https://www.who.int/gender-equity-rights/news/un-statement-on-lgbti/en/> [accessed: Sept 1, 2020]
- World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (2012). *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people*. 7th Version WPATH. Available from: <https://www.wpath.org/publications/soc>, [accessed: August 23, 2020]
- URL1: ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, Version: 04/2019, Available from: <https://www.wpath.org/publications/soc>, [accessed: August 23, 2020]

SZABADON VÁLASZTHATÓ ELMÉLETI TOVÁBBKÉPZÉSI PONT SZERZÉSI LEHETŐSÉG

A magyar és angol nyelvű tanulmányok, kutatási beszámoló publikációk mellett a *NŐVÉR szakfolyóirat 2022. évi lapszámaiban is megtalálhatóak a továbbképző cikkek*. Előfizetőink számára e friss kéziratokhoz tartozó tesztkérdések kitöltésére – a folyóirat 35. évfolyama mind a hat lapszámának megjelenését követően – 2022. decemberében a MESZK honlapján keresztül online módon nyílik lehetőség. A kéziratot őrizze meg, mert a teszt kitöltéséhez a későbbiekben még szüksége lesz rá!

EREDETI KÖZLEMÉNY

Egészségügyi szakdolgozók COVID-19 elleni védőoltással kapcsolatos vélekedései a koronavírus pandémia idején

DR. NÉMETH Anikó PhD, DR. IRINYI Tamás PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

Célkitűzés: A vizsgálat célja volt felmérni, hogy az egészségügyi szakdolgozók miként reagáltak a Covid-19-vakcinákra, mennyire voltak elfogadók vele. Az elfogadás mértékét összevetettük különböző szociodemográfiai és munkahelyi tényezőkkel, valamint a kiégéssel és a depresszióval.

Vizsgálat módszere: A keresztmetszeti vizsgálat egy saját szerkesztésű online kérdőívvel történt 2022.01.27.–2022.02.14. között. Az adatokat leíró statisztikával, valamint χ^2 - és Kruskal–Wallis-próbákkal elemeztük ($p < 0,05$).

Eredmények: A 10 285 válaszadó 57,8%-a biztonságosnak tartja a Covid-19 elleni védőoltásokat. Az idősebb életkor, a férfi nem, házasság és özvegyesség, a magasabb iskolai végzettség, a Covid-ellátásban végzett munka, az egészségügyben eltöltött évek száma, az alapellátásban végzett munka növeli a védőoltás elfogadását. A rossz lelkiállapot együtt jár a védőoltáshoz való negatív hozzáállással.

Következtetések: Megállapíthatjuk, hogy az egészségügyi szakdolgozók körében inkább a Covid-19-fertőzés elleni védőoltás elfogadása jellemző, azonban a depresszió és a kiégés magas szintje együtt jár a védőoltásról alkotott negatív véleménnyel, az oltás elutasításával.

Kulcsszavak: egészségügyi szakdolgozó, Covid-19, védőoltás, kiégés, depresszió

Nurses' opinion about Covid-19 vaccines during the pandemic

Aniko NEMETH PhD, Tamas IRINYI PhD

SUMMARY

Aim: The aim of the present study was to assess how nurses react to and assess the level of acceptance of Covid-19 vaccines. We compared the level of acceptance with sociodemographic and work-related variables, symptoms of burn-out and depression.

Methods: The present cross-sectional study was operationalized by a self-edited online questionnaire between 27/01/2022 and 12/02/2022. Data was analysed by descriptive statistics, Chi-square tests and Kruskal–Wallis tests ($p < 0.05$).

Results: 57.8% of the 10,285 responders found the Covid-19 vaccines safe to use. Older age, male gender, marriage and being a widower, higher level of education, participation in Covid treatment, years spent in the healthcare system and work in primary care elevated the level of acceptance of vaccines. Worse mental status was connected to negative attitude towards vaccines.

Conclusions: It can be stated that the acceptance of the Covid-19 vaccines is more typical among nurses; however, higher levels of depression and burn-out are connected to a more negative attitude towards, and to the rejection of vaccines.

Keywords: nurses, Covid-19, vaccine, burn-out, depression

DR. NÉMETH Anikó PhD egyetemi okleveles ápoló, főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar; TOB-elnök, MESZK Csongrád-Csanád Megyei Területi Szervezet
ORCID-azonosító: 0000-0002-9329-1809

DR. IRINYI Tamás PhD egyetemi okleveles ápoló, Szegedi Tudományegyetem Pszichiátriai Klinika; elnök, MESZK Csongrád-Csanád Megyei Területi Szervezet
ORCID-azonosító: 0000-0001-6309-2414

Levelező szerző


(Corresponding author):

Dr. Németh Anikó

E-mail: nemeth.aniko.02@szte.hu

Beérkezett: 2022. június 27.

Elfogadva: 2022. július 2.

 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.35.0010> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

A Covid-19-járvány kitörése után nem sokkal már a védőoltás kifejlesztéséről lehetett hallani. Ez egy igen megosztó téma a mai napig a laikusok körében, de az egészségügyben dolgozók között is számtalanszor képezte megbeszélés tárgyát ennek szükségessége. Az egészségügyben dolgozók sokszor példaként szerepelnek a páciensek számára, így van ez a védőoltáshoz való hozzáállással kapcsolatban is. Számos külföldi kutatás kezdődött a témában már a járvány kitörésekor, amely azt firtatta, hogy az egészségügyi dolgozók mennyire elkötelezettek a védőoltás iránt. Az itt felsorakoztatott kutatások többnyire a védőoltás bevezetése előtt közvetlenül vagy annak első hónapjaiban készültek.

daként szerepelnek a páciensek számára, így van ez a védőoltáshoz való hozzáállással kapcsolatban is. Számos külföldi kutatás kezdődött a témában már a járvány kitörésekor, amely azt firtatta, hogy az egészségügyi dolgozók mennyire elkötelezettek a védőoltás iránt. Az itt felsorakoztatott kutatások többnyire a védőoltás bevezetése előtt közvetlenül vagy annak első hónapjaiban készültek.

Külföldi kitekintés

Egy francia felmérés szerint a megkérdezett egészségügyi dolgozók 76,9%-a elfogadná az oltást. Az idősebb életkor, férfi nem és a Covid-19-fertőzéstől való félelem, orvosi végzettség magasabb feltételezett oltáselfogadással járt. A közleményben kiemelték, hogy a magas oltáselfogadási ráta valószínűleg annak volt betudható, hogy a mintában nagy számban voltak orvosok és gyógyszerészek (Ganeux-Brunon et al., 2020).

Németországban igen magas, 91,7% volt az oltás elfogadottságának aránya az egészségügyi dolgozók körében. A 20 évesnél fiatalabb korosztályban volt a legalacsonyabb az oltás elfogadottsága. Azt is megfigyelték, hogy ha az ismeretségi körben van olyan egyén, aki tétovázik az oltással kapcsolatban, az hatást gyakorol az egészségügyi dolgozó véleményére is (Holzmann-Litting et al., 2021). Német sürgősségi ellátásban dolgozó szakemberek körében is készült felmérés, amely szerint a megkérdezettek 57%-a köteleződtött el az oltás mellett, 27,6%-a pedig bizonytalan volt. Az oltási hajlandóság magasabb a férfiak, az orvosok, a magasabb életkorúak körében (Nohl et al., 2021).

Olaszországban a megkérdezett egészségügyi dolgozók 75%-a mutatott hajlandóságot a védőoltás beadatására. A 30 évesnél fiatalabbak és az 50 évnél idősebbek, valamint a férfiak mutattak nagyobb oltakozási hajlandóságot (Ledda et al., 2021).

Szlovákiában az egészségügyi szakdolgozók 76,9%-a elkötelezett a védőoltás iránt, és megfigyelhető volt, hogy az orvosok nagyobb oltakozási hajlandóságot mutattak (Ulbrichtova et al., 2021).

Egy kínai tanulmány is igen magas – 76,4% – oltáselfogadási hajlandóságot jelzett (Fu et al., 2022).

A Palesztin Egészségügyi Minisztérium felmérése alapján, a megkérdezett egészségügyi dolgozók oltási szándéka 37,8% volt, 31,5% volt bizonytalan és 30,7% tervezte az oltás megtagadását. Magasabb oltási hajlandóságról a férfiak, fiatalabb életkorúak és az orvosok számoltak be (Maraqua et al., 2021).

Nigériában a megkérdezett egészségügyi szakdolgozóknak csupán 53,5%-a nyilatkozott arról, hogy hajlandó lenne beoltatni magát, nagyon sokan (69,4%) félnek az oltás esetleges mellékhatásaitól, ami fokozza az oltásellenességet (Ekwebene et al., 2021).

Egy kuvaiti felmérésben, ahol a válaszadók többségét orvosok, gyógyszerészek és fogorvosok tették ki (ápolók csak 12,5%-át képezték a mintának) azt találták, hogy a kitöltők 83,3%-a támogatja a védőoltást, 9% nem támogatja és 7,7% bizonytalan. Leginkább az orvosok és fogorvosok vannak pozitív véleménnyel az oltásról, legkevésbé az ápolók. Kevésbé

elfogadók a nők, az alacsonyabb iskolai végzettségűek és a privát szektorban dolgozók (Al-Sanafi & Sallam, 2021).

Görögországban is magas (78,5%) a védőoltás elfogadottsága. Növeli az elfogadás mértékét a 45 év feletti életkor, ha biztonságosnak tartja valaki a vakcinát, illetve ha kellő információval rendelkezik róla (Papagiannis et al., 2021). Egy másik görög felmérés alapján, amely a védőoltás országos bevezetése előtt két héttel készült, elmondható, hogy az egészségügyi dolgozók 71,1%-a elfogadta az oltást, 5,9%-a nem fogadta el, 23%-a volt bizonytalan. A védőoltást leginkább a férfiak, az idősebbek, az orvosok, házások és a covidos betegeket ápolók/kezelők fogadták el (Pataka et al., 2021).

Arora és munkatársai szerint az indiai ápolók jobban támogatják a védőoltást, mint más egészségügyi dolgozók. A válaszadók 60,4%-a volt kész felvenni az oltást, amint az elérhető, 17% volt semleges véleményen, a többiek pedig valamennyire vagy teljesen elutasították. 44% volt azoknak az aránya, akik aggodalmukat fejezték ki a védőoltás gyors kifejlesztése miatt (Arora et al., 2022).

Pakisztánban a megkérdezett egészségügyi dolgozók 70,2%-a fogadta el az oltást, 24,5%-a halogatta addig, amíg biztos adatok nem állnak rendelkezésre az oltásról, 5,2%-a pedig teljesen elutasító volt. Nagyobb arányban fogadták el az oltást a nők, a fiatalabb életkorúak, a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők és azok, akik közvetlenül a betegellátásban dolgoztak, covidos betegeket elláttak (Malik et al., 2021).

Szaúd-Arábiában a megkérdezett egészségügyi dolgozók 50,52%-a hajlandó beadatni a védőoltást, de közülük fele-fele arányban vannak azok, akik rögtön beadatják, amint elérhetővé válik, a másik fele pedig vár addig a beadatással, amíg kiderül, hogy a vakcina biztonságos-e. Az oltakozási hajlandóságot növelte a férfi nem és a fertőzés kockázatának magas megítélése (Quattan et al., 2021).

Verger és munkatársai francia anyanyelvű egészségügyi dolgozókat vizsgáltak 2020 végén Franciaországban, Belgiumban és Kanadában. Azt találták, hogy a kérdőívet kitöltők 72,4%-a elkötelezett a védőoltás iránt, hajlandó lenne azt beadatni (Verger et al., 2021).

Biswas és munkatársai metaanalízisükben 35 tanulmány adatait elemezték, amely szerint világszerte az egészségügyi dolgozók körében 4,3–72% között mozog a Covid-19 elleni oltással kapcsolatos tétovázás (átlag=22,51%). Ebben az oltás biztonságosságával, hatékonyságával és lehetséges mellékhatásaival kapcsolatos aggályokat találták fő oki tényezőknek. Az idősebb korosztály, a férfiak és az orvosok nagyobb valószínűséggel fogadták el a

Covid-19 elleni védőoltásokat, valamint a Covid-19-fertőzés észlelt kockázata, a covidos betegek közvetlen ellátása is növeli az oltás elfogadását (Biswas et al, 2021). Szintén több tanulmány áttekintéséből jutott Sallam arra a következtetésre, hogy a Covid-19-vakcina elfogadási rátája 27,7–78,1% között mozog az egészségügyi szakdolgozók körében (Sallam, 2021).

A fentiekből is látszik, hogy külföldön leginkább a Covid-19 elleni vakcinákkal kapcsolatos elfogadást vizsgálták idáig, és nem találtunk olyan közleményeket, ahol ezt összevetették volna a kiegészéssel és a depresszióval. 2021 januárjában már végeztünk egy felmérést, amelyben vizsgáltuk a koronavírus elleni védőoltás és a kiegészés kapcsolatát, és azt találtuk, hogy minél kiégettebb az egészségügyi szakdolgozó, annál inkább fél a védőoltástól. Akkor a kitöltők 26,5%-a jelezte, hogy egyáltalán nem fél, 23,2%-a kissé, 19,5%-a valamennyire, 18,4%-a eléggé, 12,4%-a pedig rendkívül/nagyon fél a Covid-19 elleni vakcina beadatásától (Németh & Irinyi, 2021).

A vizsgálat célja

Jelen vizsgálatunk célja volt felmérni, hogy az egészségügyi szakdolgozók miként reagáltak a Covid-19-vakcinákra, mennyire voltak elfogadók vele. Az elfogadás mértékét összevetettük különböző szociodemográfiai, munkahelyi tényezőkkel, valamint a kiegészéssel és a depresszióval.

Anyag és módszer

A kvantitatív keresztmetszeti vizsgálatunkat 2022.01.27.–2022.02.14. között végeztük egy saját szerkesztésű önkítöltős kérdőívvel, amelyet a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara tagjai számára

online felületeken tettünk elérhetővé. A kérdőív tartalmazta a Beck-depresszióskálát (Beck et al., 1961; Füredi & Németh, 2015), a kiegész-önértékelő skálát (Pines & Aronson, 1981), a védőoltás elfogadására való hajlandóság stációit (WHO, 2021), illetve több, saját készítésű kérdést.

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara összes területi szervezete és az országos szervezet hatékony közreműködésével 10 329 válasz érkezett be az alig több mint kéthetes vizsgálati periódus alatt. 44 fő válaszádot zártunk ki külföldi munkavégzés és dupla válaszáadás miatt, 10 285 fő egészségügyi szakdolgozó válaszait elemeztünk SPSS 26.0 statisztikai szoftver segítségével. Az adatok jellegéből adódóan χ^2 - és Kruskal-Wallis-próbákat végeztünk, és 5%-os szignifikanciaszinttel dolgoztunk. A folytonos változók (életkor, egészségügyben eltöltött évek száma, Covid-ellátásban eltöltött munkahónapok száma, kiegész-átlagpontoszám) normalitásvizsgálatát Kolmogorov-Smirnov-tesztel végeztük, és minden esetben $p < 0,000$ értéket kaptunk, így ezeket a változókat a továbbiakban nemparaméteres próbával (Kruskal-Wallis) elemeztük.

Eredmények

A kérdőívet kitöltők átlagéletkora 45,1 év (SD=11,028; minimum=18; maximum=77), 10,1%-uk férfi, 89,9% nő. Átlag 22,39 éve dolgoznak az egészségügyben (SD=12,76; minimum=0,1; maximum=61), a többségük (76,9%) állami szektorban. A legnagyobb arányban Pest megyéből (budapesti adatok is ide kerültek beszámításra) regisztráltuk a válaszadókat (32%), ezután következett Csongrád-Csanád megye 8,2%-kal.

A válaszadók 3,3%-a nem rendelkezik érettségivel, 64,5%-nak középfokú végzettsége, 32,2%-nak

I. táblázat: Covid-19 elleni védőoltással kapcsolatos vélekedések (N=10 285)

	Válaszlehetőségek				
	1) egyáltalán nem értek egyet	2) inkább nem értek egyet	3) semleges véleményen vagyok	4) inkább egyetértek	5) teljes mértékben egyetértek
Szerintem a Covid-19 elleni védőoltás egyáltalán nem biztonságos.	39,6%	18,2%	22,9%	10,7%	8,5%
Fiataloknak, egészséges embereknek nem szükséges az oltás.	47,6%	18,4%	16,5%	9%	8,6%
Aki túlélt a Covid-fertőzésen, annak nem kell az oltás.	41,3%	19,1%	17%	11,4%	11,2%
Az oltás mellékhatásai súlyosabbak lehetnek, mint maga a Covid-fertőzés.	44,7%	18,8%	19,3%	9%	8,2%
Korábban rossz tapasztalatom volt, ezért nem veszem fel az oltást.	62,7%	11,3%	17,5%	3,9%	4,7%
Összeesküvés ez az egész oltás.	61,8%	10%	19,4%	4%	4,8%

II. táblázat: A védőoltás elfogadására való hajlandóság stációi (N=10 285)

Az oltóanyag felajánlására adott lehetséges reakció a különböző stációknál	Válaszok megoszlása (N=10 285)	Védőoltás elfogadására való hajlandóság stációi (WHO, 2021)	Szakirodalmi adatok (Hirdi & Balogh, 2021)
„Készen állok.”	28,4%	elfogadja mindet	30-40%
„Rendben, azt hiszem, beadatom az oltást, de...”	22,8%	elfogad, de bizonytalan	25-35%
„Nem is tudom... Megvárom, hogy előbb mások oltassák be magukat.”	23,2%	elfogad egyeseket, halogat és elutasít másokat	20-30%
„Nem, nem vagyok meggyőződve róla, hogy ez jó lesz nekem.”	23,8%	elutasítja, de bizonytalan	2-27%
„Az oltások veszélyesek, kizárt, hogy beoltassam magam.”	1,8%	elutasítja mindet	<2%

felsőfokú végzettsége van. 25,4% dolgozik alapellátásban, 26,6% járóbeteg-ellátásban, 48% fekvőbeteg-ellátásban.

Vélekedések a Covid-19 elleni vakcinákkal kapcsolatban

A Covid-19 elleni védőoltással kapcsolatos vélekedést először hat darab saját készítésű kérdéssel mértük fel (*Jelölje be, hogy mennyire ért egyet a következő állításokkal, amelyek a Covid-19 elleni védőoltásra vonatkoznak!*). Mindegyik kérdést ötfokozatú Likert-skálán lehetett értékelni (1=egyáltalán nem értek egyet; 2=inkább nem értek egyet; 3=semleges véleményen vagyok; 4=inkább egyetértek; 5=teljes mértékben egyetértek). A válaszokat az **I. táblázat** szemlélteti.

Mind a hat kérdésnél látható, hogy a válaszadók jelentős többsége az 1 és 2 válaszlehetőséget jelölte be, tehát elfogadják és egyetértenek többségében a Covid-19 elleni védőoltással.

A védőoltás elfogadására való hajlandóság stációit (WHO, 2021) vizsgáló kérdésnél a következő kérdést tettük fel: *„Amikor megtudta, hogy a Covid-19-fertőzés ellen védőoltás fog készülni, mi volt az első gondolata?”*, vagyis itt kifejezetten a Covid-19-fertőzés elleni védőoltásra adott reakciót vizsgáltuk (az öt válaszlehetőség közül kellett egyet bejelölni) (**II. táblázat**).

Látható, hogy az elfogadó attitűd 28,4%-kal kicsit alatta marad a szakirodalmakban fellelt adatoknak, és az „elfogadó, de bizonytalan” sem éri el a korábban megállapított arányokat.

A továbbiakban ennek a két kérdésnek az összefüggéseit tárjuk fel különböző szociodemográfiai és munkahelyi tényezőkkel, valamint a kiegészítő és a depresszióval kapcsolatban, előtérbe helyezve a WHO védőoltás elfogadására való hajlandóság stációit.

Védőoltás elfogadásának kapcsolata különböző szociodemográfiai tényezőkkel

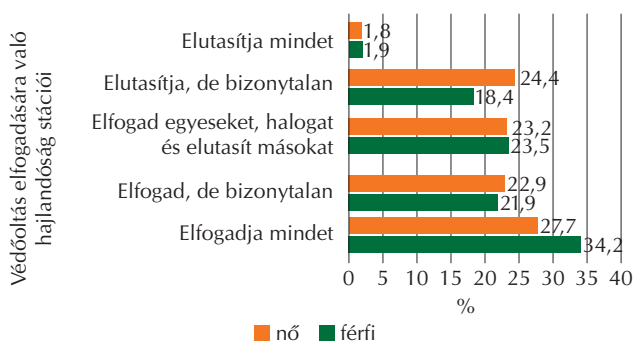
Fontosnak tartottuk azt is megnézni, hogy az egyes szociodemográfiai tényezők esetleg mennyire játszanak szerepet abban, hogy valaki elfogadja-e a Covid-19 elleni vakcinát, vagy esetleg ellenségesen viszonyul hozzájuk.

A védőoltás elfogadására való hajlandóság stációit (WHO, 2021) vetettük össze az életkorral, nemmel, családi állapottal és az iskolai végzettséggel. Az életkor esetében azt tapasztaltuk, hogy a védőoltást teljes mértékben elfogadók („Készen állok.”) szignifikánsan ($p < 0,001$) magasabb átlagéletkorúak (49,01 év), mint a többi stációba tartozó válaszadók. A hezitálók („Nem is tudom... Megvárom, hogy előbb mások oltassák be magukat.”) csoportjába tartozó válaszadók pedig a legalacsonyabb átlagéletkorral rendelkeznek (41,99 év).

A Covid-19 elleni védőoltásra vonatkozó mind a hat kérdésünknel azt találtuk, hogy az egyes megállapításokkal kapcsolatos egyet nem értés inkább az idősebb korosztályra jellemző ($p < 0,001$ mind a hat állításnál), vagyis a fiatalabb válaszadók mondják inkább azt, hogy a Covid-19 elleni védőoltás egyáltalán nem biztonságos; a fiataloknak, egészséges embereknek nem szükséges az oltás; akik túlestek a Covid-fertőzésen, azoknak nem kell az oltás; az oltás mellékhatásai súlyosabbak lehetnek, mint maga a Covid-fertőzés; korábbi rossz tapasztalat miatt nem veszi fel az oltást; összeesküvés-elméletnek vallja az oltást.

A nemek tekintetében is szignifikáns különbséget fedeztünk fel ($p < 0,001$). A férfiakra jellemző inkább a védőoltás feltétel nélküli elfogadása (34,2%-uk fogadja el mindet, míg a nőknél csupán 27,7%), a nők hajlamosabbak hezitálni (**1. ábra**).

Azzal, hogy „A Covid elleni védőoltás egyáltalán nem biztonságos.”, a férfiak 46,4%-a egyáltalán nem ért egyet, a nők 38,9%-a ($p < 0,001$). Azzal, hogy „A



1. ábra: Védőoltás elfogadásának megoszlása a nemek között (N=10285)

fiataloknak, egészséges embereknek nem szükséges az oltás.”, a férfiak 51,2%-a, a nők 47,1%-a egyáltalán nem ért egyet ($p < 0,001$). „Aki túlelt a Covid-fertőzésen, annak nem kell az oltás.” állítással a férfiak 43,4%-a, a nők 41%-a egyáltalán nem ért egyet ($p = 0,008$). „Az oltás mellékhatásai súlyosabbak lehetnek, mint maga a Covid-fertőzés.” állításunkkal a férfiak 48,7%-a egyáltalán nem ért egyet, a nők 44,2%-a ($p = 0,001$). A korábbi rossz tapasztalat miatti védőoltás-elutasítással a férfiak 67%-a egyáltalán nem ért egyet és a nők 62,2%-a ($p = 0,019$). Az összeesküvés-elmélettel a férfiak 66,5%-a, a nők 61,3%-a egyáltalán nem ért egyet ($p < 0,001$) (III. táblázat).

A családi állapot, feltételezésünk szerint, nagyban befolyásolhatja a védőoltás elfogadását, hiszen a társas támogatás szerepe már többször is beigazolódott nagyon sok területen. A IV. táblázatban látható, hogy az özvegyek kimagasló 38,2%-a elfogadja teljes mértékben a védőoltásokat, őket követik a házasságban élők 31,7%-kal. A teljes mértékben elutasítás leginkább az elváltakra jellemző (2,9%). A χ^2 -próba eredménye szignifikáns ($p < 0,001$) összefüggést mutat a védőoltás elfogadására való hajlandóság stációi és a családi állapot között.

III. táblázat: Covid elleni védőoltással kapcsolatos kérdéseink összefüggése a nemmel (N=10 285)

	Egyáltalán nem értek egyet		Inkább nem értek egyet		Semleges véleményen vagyok		Inkább egyet-értek		Teljes mértékben egyetértek	
	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő
Szerintem a Covid-19 elleni védőoltás egyáltalán nem biztonságos.	46,4%	38,9%	16,3%	18,4%	18,6%	23,4%	10,5%	10,7%	8,2%	8,6%
Fiataloknak, egészséges embereknek nem szükséges az oltás.	51,2%	47,1%	17,9%	18,4%	12,7%	16,9%	7,6%	9,1%	10,5%	8,4%
Aki túlelt a Covid-fertőzésen, annak nem kell az oltás.	43,4%	41%	20,8%	19%	14,7%	17,3%	9%	11,7%	12,2%	11%
Az oltás mellékhatásai súlyosabbak lehetnek, mint maga a Covid-fertőzés.	48,7%	44,2%	17,9%	18,9%	15,1%	19,8%	8,4%	9,1%	9,8%	8%
Korábban rossz tapasztalatom volt, ezért nem veszem fel az oltást.	67%	62,2%	10,1%	11,4%	14,5%	17,8%	3,4%	4%	5%	4,7%
Összeesküvés ez az egész oltás.	66,5%	61,3%	9,5%	10,1%	14%	20%	4,2%	3,9%	5,8%	4,6%

A Covid-19 elleni védőoltásra vonatkozó hat saját kérdésünknel mindegyik esetben szignifikáns összefüggést találtunk az állítással való egyetértés és a családi állapot között ($p < 0,001$ mind a hat állításnál). A házások után az özvegyek azok, akik a leggyakrabban nem értettek egyet az állításainkkal, vagyis azzal, hogy a Covid-19 elleni védőoltás egyáltalán nem biztonságos; a fiataloknak, egészséges embereknek nem szükséges az oltás; akik túlelték a Covid-fertőzésen, azoknak nem kell az oltás; az oltás mellékhatásai súlyosabbak lehetnek, mint maga a Covid-fertőzés; korábbi rossz

tapasztalat miatt nem veszi fel az oltást; összeesküvés-elméletnek vallja az oltást.

Az iskolai végzettség szintje is szignifikáns összefüggést mutat a védőoltás elfogadásának stációival ($p < 0,001$). A felsőfokú végzettségűek 32,6%-a elfogadja mindet, az érettségivel nem rendelkezők 26,7%-a, a középfokú végzettségűek 26,3%-a teszi ugyanezt. A teljes mértékű elutasítás a felsőfokú végzettségűek 1,4%-ára jellemző, míg ez az arány az érettségivel nem rendelkezőknél 2,6%, a középfokú végzettségűeknél 1,9%.

A Covid-19 elleni védőoltásra vonatkozó kérdésünknel egyértelműen szignifikáns különbség ($p < 0,001$) volt kimutatható mind a hat állítás esetében az iskolai végzettségek szintje között. Mindegyik esetben a diplomával rendelkezők voltak azok, akik legkevésbé értettek egyet az állításainkkal.

Védőoltás elfogadásának kapcsolata különböző munkahelyi tényezőkkel

A munkahelyi tényezők között vizsgáltuk az egészségügyben eltöltött éveket, az egészségügyi ellátás szintjét, a szektor típusát, a Covid-ellátásban eltöl-

IV. táblázat: Védőoltás elfogadásának összefüggése a családi állapottal (N=10 285)

Védőoltás elfogadására való hajlandóság stációi	Családi állapot					
	Egyedülálló	Kapcsolatban	Házás	Élettársi kapcsolatban	Elvált	Özvegy
Elfogadja mindet	25,6%	21,6%	31,7%	23%	28,6%	38,2%
Elfogad, de bizonytalan	21,9%	19,8%	24%	21,3%	24,4%	22,9%
Elfogad egyeseket, halogat és elutasít másokat	23,5%	29%	22,3%	23,8%	19,1%	16,4%
Elutasítja, de bizonytalan	26,8%	27,8%	20,5%	30%	25%	21,5%
Elutasítja mindet	2,1%	1,8%	1,5%	1,9%	2,9%	1,1%

tött munkaidő tényét és hosszát. Véleményünk szerint ezek mind olyan paraméterek, amelyek jelentősen befolyásolhatják azt, hogy hogyan viszonyul egy egészségügyi szakdolgozó a védőoltáshoz.

Az egészségügyben eltöltött évek száma szignifikáns összefüggést mutat ($p < 0,001$) a védőoltás elfogadásával. A régebb óta egészségügyben dolgozó kollégák sokkal inkább elfogadják a védőoltást, mint a kevesebb ideje dolgozók. Ugyanez figyelhető meg a Covid-19 elleni védőoltásra vonatkozó hat állításunk esetében is. Minél régebb óta dolgozik valaki az egészségügyben, annál kevésbé ért egyet az állításainkkal (mind a hat esetben $p < 0,001$), vagyis kevésbé gondolja azt, hogy a Covid-19 elleni védőoltás egyáltalán nem biztonságos; hogy fiataloknak, egészségeseknek nem szükséges az oltás; hogy aki túlelt a Covid-fertőzésen, annak nem kell az oltás; az oltás mellékhatásai súlyosabbak lehetnek, mint a Covid-fertőzés; kevésbé vélekedik úgy, hogy korábbi rossz tapasztalat miatt nem veszi fel az oltást; és kevésbé gondolja összeesküvés-elméletnek az oltást.

Az egészségügyi ellátás szintjeiben jelentős véleménykülönbség figyelhető meg a védőoltás elfogadásával kapcsolatban ($p < 0,001$). Leginkább elfogadó attitűddel az alapellátásban dolgozók rendelkeznek (31,3%), legkevésbé a fekvőbeteg-ellátásban dolgozók (26,9%). Érdekes megállapítás, hogy a magán-szektorban dolgozók között magasabb azoknak az aránya (3,1%), akik a védőoltással szemben elutasító

attitűdöt vallanak. Leginkább elfogadók azok a válszadók, akik állami és magánszektorban is dolgoznak egyszerre ($p < 0,001$) (**V. táblázat**).

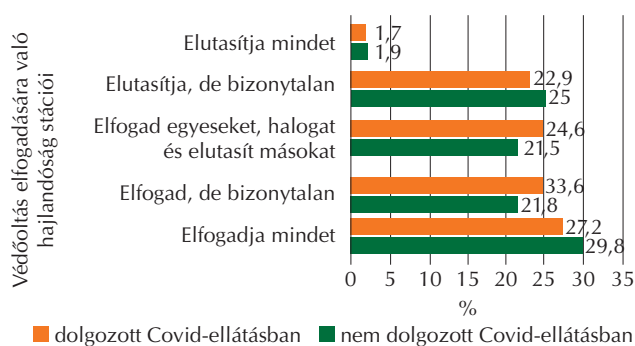
Az alapellátásban dolgozók értenek legkevésbé egyet azzal, hogy a Covid-19 elleni védőoltás nem biztonságos ($p < 0,001$), a fekvőbeteg-ellátásban dolgozók értenek legkevésbé egyet azzal, hogy a fiataloknak, egészséges embereknek nem szükséges az oltás ($p = 0,019$) és azzal, hogy aki túlelt a Covid-fertőzésen, annak nem kell az oltás ($p = 0,024$). Az alapellátásban dolgozók értenek legkevésbé egyet azzal az állításunkkal, hogy az oltás mellékhatásai súlyosabbak lehetnek, mint maga a Covid-fertőzés ($p = 0,002$), és azzal, hogy korábbi rossz tapasztalat miatt nem veszik fel az oltást ($p = 0,016$). Az összeesküvés-elméletet firtató állításunk esetében nem találtunk szignifikáns véleménykülönbséget az egészségügyi ellátási szintek között ($p = 0,196$).

Ugyanígy elemeztük az egészségügyi szektorok típusának megfelelően a véleményeket. Azt találtuk, hogy az állami szektorban dolgozók értenek legkevésbé egyet a hat állításunkkal ($p < 0,001$ mind a hat esetben).

A Covid-ellátásban végzett munka időtartamát, mint befolyásoló tényezőt, több szempontból is fontosnak találtuk vizsgálni. Előző kutatásunkból származó adataink szerint a covidos betegekkel való munka nagy félelmet kelt a dolgozóknak, ezért feltételeztük azt, hogy azok, akik fertőzött betegekkel

V. táblázat: Védőoltás elfogadásának összefüggése az egészségügyi ellátás szintjével és az egészségügyi szektor típusával (N=10 285)

	Védőoltás elfogadásának stációi				
	Elfogadja mindet	Elfogad, de bizonytalan	Elfogad egyeseket, halogat és elutasít másokat	Elutasítja, de bizonytalan	Elutasítja mindet
Alapellátás	31,3%	24,1%	21,7%	21,3%	1,6%
Járóbeteg-ellátás	28,2%	22,9%	22,4%	24,4%	2,1%
Fekvőbeteg-ellátás	26,9%	22%	24,5%	24,9%	1,7%
Állami szektor	28%	22,9%	24%	23,6%	1,5%
Magánszektor	29,3%	22,3%	20%	25,5%	3,1%
Mindkettő	30,2%	22,9%	21,6%	23,4%	2%



2. ábra: Védőoltás elfogadásának megoszlása a COVID ellátásban végzett munka alapján (N=10285)

dolgoznak/dolgoztak, sokkal inkább elfogadóak a védőoltással kapcsolatban. A válaszadók 44,8%-a (4609 fő) egyetlen napot sem dolgozott a Covid-ellátásban, a többiek egy naptól terjedően két évig. Szignifikáns különbséget ($p < 0,001$) találtunk a két csoport között a védőoltás elfogadásának stációiban. A **2. ábrán** látható, hogy akik egyáltalán nem dolgoztak Covid-ellátásban, azok közül 29,8% elfogadja az összes védőoltást, de közöttük vannak nagyobb arányban azok is, akik elutasítják mindet (1,9%).

Ezek az eredmények várakozásunkkal ellentétesek, így részletesebben megvizsgáltuk a Covid-ellátásban töltött idő hossza alapján a válaszokat. Akik nem adták meg, hogy mennyi időt töltöttek a Covid-ellátásban, azokat kizártuk ebből az elemzési fázisból. Az egyes csoportok között itt is szignifikáns különbséget találtunk ($p < 0,001$). Egyértelműen kirajzolódott, hogy azok a válaszadók, akik több mint 12 hónapot töltöttek el Covid-ellátásban, sokkal inkább elfogadóak a védőoltással kapcsolatban, mint azok, akik nem vagy 12 hónapnál kevesebbet dolgoztak a Covid-ellátásban (**VI. táblázat**).

A Covid-19 elleni védőoltásra vonatkozó hat állításunk elemzésekor azt találtuk, hogy azok a válaszadók, akik dolgoztak bármennyi időt Covid-ellátásban, szignifikánsan kevésbé értenek egyet az állításainkkal, mint azok, akik egyáltalán nem dolgoztak a Covid-ellátásban ($p < 0,001$ mind a hat állítás eseté-

ben). Egyértelműen kirajzolódott az is, hogy azok a válaszadók, akik 12 hónapnál többet töltöttek el a Covid-ellátásban, kevésbé értenek egyet az állításainkkal (mind a hat állítás esetében $p < 0,001$), vagyis kevésbé gondolják úgy, hogy a Covid elleni védőoltás egyáltalán nem biztonságos; fiataloknak, egészséges embereknek nem szükséges az oltás; aki túlesett a Covid-fertőzésen, annak nem kell az oltás; az oltás mellékhatásai súlyosabbak lehetnek, mint maga a Covid-fertőzés. Kevésbé értenek egyet azzal, hogy korábbi rossz tapasztalat miatt nem veszik fel az oltást és azzal, hogy összeesküvés-elmélet az oltás.

Védőoltás elfogadásának kapcsolata a kiégéssel és a depresszióval

A kiégést vizsgálva megállapíthatjuk, hogy a kitöltők 35,6%-ánál még nem jelentkeznek a kiégés tünetei (örökös eufória és a jól csinálja csoport), 22,4%-a már érintett, és 42%-a szenved súlyos kiégettségben, nekik már kezelésre van szükségük. A válaszadók átlag 3,66 pontot értek el a kiégést mérő skálán. A védőoltás elfogadásának stációi és a kiégés között szintén szignifikáns összefüggést találtunk ($p < 0,001$). Minél kiégettebb a válaszadó, annál kevésbé jellemző a védőoltás elfogadása (egyre alacsonyabb az „elfogadja mindet” kategóriába tartozók aránya). A kiégés átlagpontjait vizsgálva szintén az látható, hogy az „elfogadja mindet” kategóriába tartozók átlagpontjai alacsonyabbak, mint a többi kategóriába tartozóké (**VII. táblázat**).

A depressziót vizsgáló Beck-depresszió-kérdőívén átlag 13,08 pontot értek el a kitöltők. 13 pont alatt beszélhetünk normálállapotról, ide a válaszadók 57,8%-a sorolható. A depresszió három súlyossági foka különíthető el az elért pontok alapján: enyhe depresszió (14–19 pont, a kitöltők 19,9%-a), mérsékelt/közép súlyos depresszió 15,6% (20–28 pont), súlyos depresszió 6,8% (29–63 pont). Ezekből az eredményekből megállapíthatjuk, hogy a kitöltők 42,3%-a szenved valamilyen fokú depresszióban. Az elvégzett

VI. táblázat: Védőoltás elfogadásának összefüggése a Covid-ellátásban végzett munka időtartamával (N=10 162)

Covid-ellátásban végzett munka időtartama	Védőoltás elfogadásának stációi				
	Elfogadja mindet	Elfogad, de bizonytalan	Elfogad egyeseket, halogat és elutasít másokat	Elutasítja, de bizonytalan	Elutasítja mindet
Nem dolgozott Covid-ellátásban	29,8%	21,8%	21,5%	25%	1,9%
1 nap–5 hónap	24,7%	24,6%	26%	23,1%	1,6%
6–12 hónap	26,1%	21,9%	26,3%	24%	1,7%
12 hónapnál több	32,1%	24,4%	20,4%	21,3%	1,8%

VII. táblázat: Védőoltás elfogadásának összefüggése a kiégéssel és a depresszióval (N=10 285)

		Védőoltás elfogadásának stációi					
		Elfogadja mindet	Elfogad, de bizonytalan	Elfogad egye- seket, halogat és elutasít másokat	Elutasítja, de bizonytalan	Elutasítja mindet	
Kiegés	Kiegés- kategóriák	Örökös eufória	39,4%	22,1%	19%	17,3%	2,1%
		Jól csinálja	31,5%	22,6%	23,3%	21%	1,6%
		Változtatás szükséges	27,8%	25,1%	22,7%	23%	1,4%
		Kezelés szükséges	23,9%	21,9%	24,6%	27,7%	1,9%
	Kiegés átlagpont	3,43	3,61	3,73	3,89	3,77	
Depresszió	Depresszió- kategóriák	Normálállapot	32%	23,4%	22,6%	20,5%	1,5%
		Enyhe	24,4%	23,2%	24,1%	26,8%	1,5%
		Mérsékelt	21,5%	21,5%	25,2%	29,6%	2,1%
		Súlyos	24,7%	19,3%	21,7%	30,6%	3,7%
	Depresszió átlagpont	11,44	12,72	13,56	14,74	14,98	

statisztikai próba szintén szignifikáns összefüggést mutatott ($p < 0,001$), vagyis a védőoltás elfogadásának stációi és a depresszió súlyossága között összefüggés van. A „normálállapot”, vagyis a depresszió tüneteit nem mutató válaszadók fogadják el leginkább a védőoltást teljes mértékben, és a súlyos depressziósok 3,7%-a elutasítja mindet (VII. táblázat).

A Covid-19 elleni védőoltásra vonatkozó hat állításunk esetében azt találtuk, hogy minél kiégettebb egy válaszadó, illetve minél súlyosabb fokú depresszióban szenved, annál inkább egyetért az állításainkkal (a kiégés és a depresszió esetében is mind a hat állításnál $p < 0,001$), vagyis a kiégettek úgy gondolják, hogy a Covid-19 elleni védőoltás egyáltalán nem biztonságos; fiataloknak, egészséges embereknek nem szükséges az oltás; aki túlelt a Covid-fertőzésen, annak nem kell az oltás; az oltás mellékhatásai súlyosabbak lehetnek, mint maga a fertőzés; korábbi rossz tapasztalat miatt nem veszik fel az oltást; valamint az oltás összeesküvés-elmélet.

Megbeszélés

2022 januárjában megismételtük az egészségügyi szakdolgozók körében végzett felmérésünket, amelynek célja volt a Covid-19 elleni védőoltásokkal kapcsolatos elfogadás, vélekedések, valamint a kiégés és a depresszió szintjének felmérése. Jelen tanulmányban a védőoltás elfogadásának stációit vetettük össze különböző szociodemográfiai és munkahelyi tényezőkkel, valamint a kiégéssel és a depresszióval. 10 285 egészségügyi szakdolgozó válaszait elemeztük a következő eredmények születtek.

A válaszadók 57,8%-a biztonságosnak találja a Covid-19 elleni védőoltásokat, a mellékhatásoktól és az összeesküvés-elmélettel való befolyásoltság nem

jellemző a szakdolgozókra. A védőoltás elfogadására való hajlandóság stációinak vizsgálatakor látható, hogy elfogadó attitűd 28,4%-kal kicsit alatta marad a szakirodalomban fellelt 30-40%-nak, és az „elfogadó, de bizonytalan” (22,8%) úgyszintén nem éri el a korábban megállapított 25-35%-ot (Hirdi & Balogh, 2021).

Eredményeinkből megállapítható, hogy a védőoltást teljes mértékben elfogadják az idősebb korosztályból kerülnek ki, a fiatalabbakra jellemző inkább a hezitálás és a védőoltás elutasítása.

A férfiakra jellemző inkább a védőoltás feltétel nélküli elfogadása, annak biztonságosnak való megítélése. Az idősebb korosztály és a férfiak pozitív hozzáállását a Covid-19 elleni vakcinához több külföldi tanulmány is megerősítette (Biswas et al., 2021; Ganeux-Brunon et al., 2020; Ledda et al., 2021; Maraqua et al., 2021; Nohl et al., 2021; Pataka et al., 2021). A férfiak kevésbé értenek egyet a védőoltás mellékhatásának súlyosságával és az összeesküvés-elmélettel, mint a nők.

A társas támogatás szerepét is feltételeztük a védőoltások elfogadásában, azonban azt tapasztaltunk, hogy a házasságban élőket megelőzik az özvegyek ebben a kérdésben. Mind a két csoportra jellemző, hogy a Covid-19 elleni védőoltásokat biztonságosabbnak gondolják, kevésbé tartanak az összeesküvés-elmélettől és a védőoltás mellékhatásától, mint az egyedülálló, elváltak, párkapcsolatban élők. A házasságban élők Covid elleni védőoltáshoz való pozitív hozzáállását megerősítették Pataka és munkatársai (Pataka et al., 2021), azonban az özvegyekkel kapcsolatban ilyen irodalmi adatot nem találtunk.

Megállapítható az is, hogy a magasabb iskolai végzettséggel (diplomával) rendelkezők a védőoltás elfogadásának stációinak vizsgálata során szignifikánsan

elfogadóbbak voltak, mint az alacsonyabb iskolai végzettségűek, és ők azok, akik biztonságosabbnak ítélik meg a védőoltásokat, nem gondolják azt összeesküvés-elméletnek és nem tartanak a mellékhatásoktól sem. Valószínű, hogy ennek oka lehet a szélesebb körű tájékozottság, amit a tanulmányaik során szereztek a védőoltásokkal kapcsolatban, illetve a pandémia alatt is jobban tájékozódtak azokról. A magasabb iskolai végzettség szerepét erősíti meg a védőoltások elfogadásában Al-Sanafi & Sallam (2021), illetve Malik és munkatársai (2021) kutatásai is.

A munkahelyi tényezőket vizsgálva megállapítottuk, hogy akik régebb óta dolgoznak az egészségügyben, azok sokkal inkább elfogadják a védőoltást, mint a kevesebb ideje dolgozók, valamint kevésbé gondolják azt, hogy a Covid-19 elleni védőoltás egyáltalán nem biztonságos; hogy fiataloknak, egészségeseknek nem szükséges az oltás; hogy aki túlesett a Covid-fertőzésen, annak nem kell az oltás; az oltás mellékhatásai súlyosabbak lehetnek, mint a Covid-fertőzés; kevésbé vélekednek úgy, hogy korábbi rossz tapasztalat miatt nem veszik fel az oltást; és kevésbé gondolják összeesküvés-elméletnek az oltást.

A leginkább elfogadó attitűddel az alapellátásban dolgozók rendelkeznek, illetve azok, akik egyszerre magán- és állami szektorban dolgoznak.

Az alapellátásban dolgozók értenek legkevésbé egyet azzal, hogy a Covid-19 elleni védőoltás nem biztonságos; hogy az oltás mellékhatásai súlyosabbak lehetnek, mint maga a Covid-fertőzés; és azzal, hogy korábbi rossz tapasztalat miatt nem veszik fel az oltást. Valószínű, ennek az lehet az oka, hogy ők azok, akik a betegekkel legelőször találkoznak, így számtalanszor szóba kerülhetett a védőoltás a velük való találkozás során, és nagy szerepük volt abban, hogy a lakosság minél nagyobb arányban oltassa be magát. Az ilyen jellegű beteg tájékoztatást csak elfogadó attitűddel lehet megtenni hitelt érdemlően.

A fekvőbeteg-ellátásban dolgozók értenek legkevésbé egyet azzal, hogy a fiataloknak, egészséges embereknek nem szükséges az oltás; és azzal, hogy aki túlesett a Covid-fertőzésen, annak nem kell az oltás. Feltételezhetően ennek az lehet az oka, hogy a fekvőbeteg-ellátásban dolgozók sokszor találkoztak súlyos állapotban lévő Covid-19-fertőzött fiatalokkal, illetve olyanokkal, akik többször megfertőződtek. Az összeesküvés-elméletet firtató állításunk esetében nem találtunk szignifikáns véleménykülönbséget az egészségügyi ellátási szintek között.

A Covid-ellátásban való munka ténye egyértelműen pozitívan befolyásolja a védőoltások megítélését, elfogadását. Akik egyáltalán nem dolgoztak Covid-ellátásban, azok közül 29,8% elfogadja az összes védőoltást, de közöttük vannak nagyobb arányban azok is, akik elutasítják mindet. Azok a

válaszadók, akik több mint 12 hónapot töltöttek el Covid-ellátásban, sokkal inkább elfogadók a védőoltással kapcsolatban, mint azok, akik nem vagy 12 hónapnál kevesebbet dolgoztak a Covid-ellátásban. Ugyancsak ők azok, akik biztonságosabbnak ítélik meg a védőoltásokat, kevésbé tartanak a mellékhatásoktól és az összeesküvés-elmélettől. Valószínű ez is annak tudható be, hogy sok, gyakran nagyon súlyos állapotú beteggel találkoztak a Covid-ellátásban végzett munka során, így felértékelődött bennük a védőoltás fontossága, hiszen a beoltott betegek körében kevesebb volt a teljes ellátásra szoruló. Negatív emóciókat indukált az ellátókban az, amikor oltás-elutasítókat, betegségtagadókat kellett ellátni, vagy akár az életük megmentéséért küzdeni.

Külföldi kutatások is kiemelték a Covid-fertőzésben szenvedő betegeket ellátó egészségügyi szakdolgozók védőoltásokhoz való kedvező hozzáállását (Biswas et al, 2021; Malik et al., 2021; Pataka et al., 2021).

Végül megállapíthatjuk azt is, hogy a lelkiállapot szoros összefüggést mutat a védőoltás elfogadásával. Mind a depresszió, mind a kiégés esetében azt találtuk, hogy a rosszabb állapotban lévő válaszadók elutasítók a védőoltásokkal szemben, gyakran tartanak a mellékhatásoktól és az összeesküvés-elmélettől, kevésbé ítélik biztonságosnak az oltásokat, mint a jobb lelkiállapotban lévő válaszadók.

Mindezekből az eredményekből látható, hogy számos tényező összefüggésben van a Covid elleni vakcináról alkotott vélekedésben, azonban nem szabad elfelejteni, hogy a negatív hozzáállás oka gyakran az információhiányból adódó tudatlanság is lehet. Ezt ugyan nem vizsgáltuk, azonban egy nemrég végzett kutatás bebizonyította ennek fontos szerepét, vagyis, ha kellő információval rendelkezik az egészségügyi dolgozó a Covid elleni vakcináról, akkor sokkal inkább elfogadja azokat, és pozitívan áll az oltakozáshoz (Papagiannis et al., 2021). Az egészségügyben dolgozók informáltsága kiemelkedően fontos a lakosság informálásában is, mivel egy hazai felmérés eredményei azt mutatták, hogy a laikusok sokkal inkább támaszkodnak az orvosoktól és egészségügyi dolgozóktól származó információkra, mint a médiából származókra (Mészáros et al., 2021). Ez az informáló szerep különösen az alapellátásban dolgozók munkájában kiemelkedő, mivel az egészségügyi ellátás rendszerében többnyire velük találkoznak először a betegek (Hirdi & Balogh, 2021).

Ezen tanulmány rámutat, ha az egészségügyi szakdolgozók a járvány kezdetekor, illetve alatt jobb lelki állapotban lettek volna (kevésbé kiégettek, illetve depressziósok), akkor ez pozitívan hozzájárulhatott volna a lakosság oltással kapcsolatos megfelelő attitűdjének a kialakításához.

Szerzői munkamegosztás: N. A.: kutatás kivitelezése, közlemény megírása, adatfeldolgozás és statisztikai próbák elvégzése; I. T.: kutatás kivitelezése, ábrászerkesztés, kézirat korrekciója, szakmai lektorálás.

A cikk végleges változatát mindkét szerző elolvasta és jóváhagyta.

A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton köszönjük a kérdőívet kitöltő egészségügyi szakdolgozóknak a fáradozásukat, továbbá köszönjük minden kollégának a kérdőív megosztását, ezzel elősegítve azt, hogy minél több dolgozóhoz eljussunk!

Irodalomjegyzék

- Al-Sanafi, M., Sallam, M. (2021). Psychological Determinants of Covid-19 Vaccine Acceptance among Healthcare Workers in Kuwait: A Cross-Sectional Study Using the 5C and Vaccine Conspiracy Beliefs Scales. *Vaccines*, 9, 701. <https://doi.org/10.3390/vaccines9070701>
- Arora, M., Khurana, C., Saluja, P., Dave, A. (2022). Acceptability of coronavirus disease 2019 vaccination among Indian health-care professionals: A cross-sectional survey. *Tzu-Chi Medical Journal*, 34(2), 245-50. https://doi.org/10.4103/tcmj.tcmj_45_21
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Biswas, N., Mustapha, T., Khubchandani, J., Price, J.H. (2021). The Nature and Extent of Covid-19 Vaccination Hesitancy in Healthcare Workers. *Journal of Community Health*, 46, 1244-1251. <https://doi.org/10.1007/s10900-021-00984-3>
- Ekwebene1, O.C., Obidile, V.C., Azubuike, P.C., Nnamani, C.P., Dankano, N.E., Egbuniwe, M.C. (2021). Covid-19 Vaccine Knowledge and Acceptability among Healthcare Providers in Nigeria. *International Journal of Tropical Disease & Health*, 42(5), 51-60. <https://doi.org/10.9734/IJTDH/2021/v42i530458>
- Fu, C., Wei, Z., Zhu, F., Pei, S., Li, S., Zhang, L., Sun, X., Wu, Y., Liu, P., Jit, M. (2022). Acceptance of and preference for Covid-19 vaccination in healthcare workers: a comparative analysis and discrete choice experiment. *medRxiv*: 2020-04 <https://doi.org/10.1101/2020.04.09.20060103>
- Füredi, J., Németh A. (szerk.) (2015). *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó Zrt. 162. old.
- Gagneux-Brunon, A., Detoc, M., Bruel, S., Tardy, B., Rozaire, O., Frappe, P., Botelho-Nevers, E. (2020). Intention to get vaccinations against Covid-19 in French healthcare workers during the first pandemic wave: a cross-sectional survey. *Journal of Hospital Infection*, 108, 168-173. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.11.020>
- Hirdi, H., Balogh, Z. (2021). Beszélgetés a páciensekkel a védőoltásokról a közösségi ellátásban: útmutató ápolóknak. *Nővér*, 34(5), 30-38.
- Holzmann-Littig, C., Braunisch, M.C., Kranke, P., Popp, M., Seiber, C., Fichtner, F., Littig, B., Carbajo-Lozoya, J., Allwang, C., Frank, T. (2021). Covid-19 Vaccination Acceptance and Hesitancy among Healthcare Workers in Germany. *Vaccines*, 9, 777. <https://doi.org/10.3390/vaccines9070777>
- Ledda, C., Costantino, C., Cuccia, M., Maltezos, H.C., Rapisarda, V. (2021). Attitudes of Healthcare Personnel towards Vaccinations before and during the Covid-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 2703. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052703>
- Malik, A., Malik, J., Ishaq, U. (2021). Acceptance of Covid-19 vaccine in Pakistan among health care workers. *PLoS ONE*, 16(9), e0257237 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257237>
- Maraqa, B., Nazzal, Z., Rabi, R., Sarhan, N., Al-Shakhra, K., Al-Kaïla, M. (2021). Covid-19 vaccine hesitancy among health care workers in Palestine: A call for action. *Preventive Medicine*, 149. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106618>
- Mészáros, V., Mirnics, Zs., Kövi, Zs., Arató, J., Vass, Z., Kiss, P., Rózsa, S. (2021). A koronavírus elleni védőoltással kapcsolatos vélekedések – az egészségügyi dolgozók szerepe az ismeretek átadásában 2020 decemberében. *Orvosi Hetilap*, 162(24), 931-937. <https://doi.org/10.1556/650.2021.32273>
- Németh, A., Irinyi, T. (2021). Egészségügyi dolgozók kiégettségének összefüggése a Covid-19 pandémia alatt észlelt stresszfaktorokkal. *Nővér*, 34(2), 3-9.
- Nohl, A., Afflerbach, C., Lurz, C., Brune, B., Ohmann, T., Weichert, V., Zeiger, S., Dudda, M. (2021). Acceptance of Covid-19 Vaccination among Front-Line Health Care Workers: A Nationwide Survey of Emergency Medical Services Personnel from Germany. *Vaccines*, 9, 424. <https://doi.org/10.3390/vaccines9050424>
- Papagiannis, D., Rachiotis, G., Malli, F., Papathanasiou, I.V., Kotsiou, O., Fradelos, E.C., Giannakopoulos, K., Gourgoulis, K.I. (2021). Acceptability of Covid-19 Vaccination among Greek Health Professionals. *Vaccines*, 9, 200. <https://doi.org/10.3390/vaccines9030200>
- Pataka, A., Kotoulas, S., Stefanidou, E., Grigoriou, I., Tzinas, A., Tsiouprou, I., Zarogoulidis, P., Courcousakis, N., Argyropoulou, P. (2021). Acceptability of Healthcare Professionals to Get Vaccinated against Covid-19 Two Weeks before Initiation of National Vaccination. *Medicina*, 57, 611. <https://doi.org/10.3390/medicina57060611>
- Pines, A.M., Aronson, E. (1981). *Burnout: from Tedium to personal growth*. New York City, The Free Press, 17-20. Book
- Qattan, A.M.N., Alshareef, N., Alsharqi, O., Al Rahahleh, N., Chirwa, G.C., Al-Hanawi, M.K. (2021). Acceptability of a Covid-19 Vaccine Among Healthcare Workers in the Kingdom of Saudi Arabia. *Frontiers in Medicine*, 8, 644300. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.644300>
- Sallam, M. (2021). Covid-19 Vaccine Hesitancy Worldwide: A Concise Systematic Review of Vaccine Acceptance Rates. *Vaccines*, 9, 160. <https://doi.org/10.3390/vaccines9020160>
- Ulbrichtova, R., Svihrova, V., Tatarkova, M., Hudeckova, H., Svihra, J. (2021). Acceptance of Covid-19 Vaccination among Healthcare and Non-Healthcare Workers of Hospitals and Outpatient Clinics in the Northern Region of Slovakia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 12695. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312695>
- Verges, P., Scronias, D., Dauby, N., Adedzi, K.A., Gobert, C., Bergeat, M., Gagneur, A., Dubé, E. (2021). Attitudes of healthcare workers towards Covid-19 vaccination: a survey in France and French-speaking parts of Belgium and Canada. *European Surveillance*, 26(3), pii=2002047. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.3.2002047>
- WHO (2021). Kommunikáció a betegekkel a Covid-19 elleni védőoltásokról, PPT. In: Hirdi, H., Balogh, Z. (2021). Beszélgetés a páciensekkel a védőoltásokról a közösségi ellátásban: útmutató ápolóknak. *Nővér*, 34(5), 30-38.

A foglalkozás-egészségügyi ápoló szerepe az alkoholfogyasztással kapcsolatos problémák azonosításában és kezelésében

DR. HIRDI Henriett Éva PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

Az egészségtelen, mértéktelen alkoholfogyasztás káros hatással lehet az alkalmazottakra, növeli a munkahelyi sérülések kockázatát és csökkenti a termelékenységet. A foglalkozás-egészségügyi ápolóknak nagy szerepe lehetne az alkohollal kapcsolatos problémákkal érintett dolgozók felismerésében és kezelésében. Az ápolók állandó kapcsolatban állnak a munkavállalókkal, így kiváló helyzetben vannak ahhoz, hogy részt vegyenek a kliensek átfogó felmérésében (beleértve az alkoholszűrést is) és a tanácsadásban. Jelen kézirat bemutatja az alkohollal összefüggő munkahelyi problémák elterjedtségét, valamint az alkohollal összefüggő problémák előfordulását és szűrési módszereit a foglalkozás-egészségügyi ellátásban.

Kulcsszavak: alkoholfogyasztás, egészség és biztonság, munkahely, munkahelyi tesztelés

The Occupational Health Nurse's Role in the identification and management of alcohol-related problems

Henriett Éva HIRDI PhD

SUMMARY

Unhealthy alcohol consumption can have detrimental effects for employees, increases the risk of job-related injuries and reduces productivity. The occupational health nurses could play a major role in recognizing and in the management of the workers affected by alcohol related problems. Nurses in large companies are in constant contact with the workers and are therefore in an excellent position to participate in comprehensive client assessment (including alcohol screening) and counselling. This article examines the prevalence of alcohol-related problems in the workplace and the prevalence and screening methods for alcohol-related problems in occupational health care.

Keywords: alcohol consumption, health and safety, workplace, workplace testing programs


DR. HIRDI Henriett Éva PhD
címzetes főiskolai docens,
területi gyakorlatvezető,
Semmelweis Egyetem
Egészségtudományi Kar,
Ápolástan Tanszék, Budapest
elnök, egyetemi okleveles
ápoló, foglalkozás-egészség-
ügyi szakápoló, Foglalkozás-
egészségügyi Ápolók Európai
Szövetsége (FOHNEU)
ORCID-azonosító:
0000-0003-2159-1025

Levelező szerző

(Corresponding author):
DR. HIRDI Henriett Éva
E-mail cím:
hirdi.henriett@gmail.com

Beérkezett: 2022. július 20.

Elfogadva: 2022. augusztus 1.

 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.35.0011> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

A XX. század elején szerte a világban jelentős nehézséget jelentett a munkások alkoholfogyasztása, ami társadalmi és gazdasági problémákat egyaránt okozott. A politikai döntéshozók hamar felismerték, hogy az alkoholproblémákkal küzdő munkások munkaképessége csökken, gyakoribbak a munkabalesetek és a munkahelyről történő hiányzások, romlik a munkahelyek termelékenysége, sok az agresszió, illetve a munkaképtelenné vált személyek eltartása a társadalomra hárul. Éppen ezért számos országban vezettek be akkoriban szesztilalmat, amit később fokozatosan feloldottak (URL1).

Hazánk sem volt ez alól kivétel. 1919-től kezdődően többször volt szesztilalom, vagy éppen korlátozott hozzáférés. A munkások érintettségét jól szemléltette az úgynevezett „reggeli szesztilalom” bevezetése is, amikor munkanapokon reggel 9 óráig tilos volt szeszes italt értékesíteni, hogy a munkába menők ne tudjanak munkakezdés előtt szeszes italt fogyasztani (URL1). A probléma jelentőségét, illetve a megoldásra törekvést mutatja az is, hogy az 1930-as években indult gyárgondozónői tanfolyam elméleti oktatása során külön hangsúlyt fektettek az egészségügyi ismeretek keretében az alkoholizmus kérdésre, illetve arra, hogy a napi gyakorlatban hogyan tudja segíteni a gyári munkások káros szenvedé-

délyektől mentes, helyes életvitelének kialakítását a gyárgondozónő (Hirdi, 2013).

A szesztilalom feloldására, a korlátozások enyhítésére azonban nem azért került sor, mert a probléma teljesen eltűnt a munkahelyekről. Az elmúlt évszázadban időről időre újabb és újabb munkahelyi kampányokat hirdettek a probléma enyhítésére. Amerikában a munkavállalókat segítő programok (employee assistance program – EAP) az 1940-es években kifejezetten az alkoholizmusra fókuszálva indultak el, és csak később bővítették az ilyen programok témakörét (Campbell & Hanna, 2014). Az 1970-es években az amerikai foglalkozás-egészségügyi ápolók pedig még nagyobb szerepet kaptak a vállalati alkoholizmus programokban, hiszen ekkor az Amerikai Egyesült Államokban ez volt a negyedik legnagyobb népegészségügyi probléma. A foglalkozás-egészségügyi ápolók mint a munkahelyekkel és munkavállalókkal közvetlen és rendszeres kapcsolatban álló egészségügyi szakemberek pedig kiválóak voltak erre a feladatra is. Hamar felismerték, hogy a betegség késői szakaszában lévő munkavállalókra fókuszáló programok nem elég hatékonyak, sok az elbocsátás és emiatt az érintett munkások inkább „boszorkányüldözésként” élték meg a munkahelyi beavatkozást, mint segítségként. Ezért az új cél az alkoholproblémával küzdők minél korábbi azonosítása és támogatása lett. Ennek megfelelően az alkoholizmus korai felismerése érdekében a romló munkateljesítmény figyelésére helyezték a hangsúlyt, de nem feledkeztek meg a látható testi tünetekkel rendelkező munkások azonosításáról és rehabilitációjukról sem (Guida, 1976). Az amerikai foglalkozás-egészségügyi ápolói képzési követelményben a mai napig megtalálható e témakör, hiszen ezt a feladatot csak akkor tudják hatékonyan ellátni, ha erre megfelelő felkészítést kapnak az ápolók (Campbell & Hanna, 2014).

Mint az az előzőekből jól érzékelhető, a munkavégzés és a túlzott alkoholfogyasztás problematikája már több mint egy évszázada elhúzódó és a mai napig problémát okozó jelenség. Jelen kézirat elkészítésekor végzett friss Pubmed-keresés az „alkohol & munkahely” kulcsszavakra 2000-től 2022 júliusáig 1623 találatot adott.

Nemzetközi helyzet

Napjainkban rendkívül változatos, hogy az egyes országok hogyan kezelik egyrészt a munkahelyeken munkaidőben történő alkoholfogyasztást, másrészt az alkoholproblémával küzdő munkavállalókat. A Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetsége (FOHNEU) az 54. taggyűlésén kiemelt témaként foglalkozott ezekkel a kérdésekkel, kihangsú-

lyozva a foglalkozás-egészségügyi ellátás lehetséges szerepeit. A gyűlésen résztvevők előzetesen egy online kérdőívet töltöttek ki, és a válaszok alapján a következők jelenthetők ki általánosságban:

- Az európai ápolói alapképzés során az ápolók kevés információt kapnak az alkoholizmusról vagy alkohollal kapcsolatos problémákkal küzdő személyek felismeréséről, ellátásáról és kezeléséről. A foglalkozás-egészségügyi szakápolói képzés során sem bővítik jelentősen e témakörben az ismereteiket, nem készítik fel őket a munkahelyi alkoholproblémák kezelésére.

- Jelenleg a foglalkozás-egészségügyi szakápolók csak általános tanácsot adnak az alkohollal való visszaéléssel, alkoholfüggőséggel kapcsolatban.

- Megfelelő felkészítés esetén a magasan képzett foglalkozás-egészségügyi szakápolók képesek lennének komplexebb tanácsokat adni a munkáltatóknak és a munkavállalóknak a munkahelyi alkoholproblémák kezeléséhez. Emellett a munkahelyi környezetben jó helyzetben vannak ahhoz, hogy a témában akár oktatást is tartsanak mind a munkavállalóknak, mind pedig a munkaadóknak az alkoholfogyasztással kapcsolatos problémák felismeréséről és kezeléséről.

- A foglalkozás-egészségügyi szakápolók közreműködhetnek a mentális egészségügyi problémák – például az alkohollal való visszaélés és a függőség – azonosításában, felmérésében. Minden egyes rendelői megjelenésnél az anamnézis felvételekor az alkoholfogyasztás mennyiségét és egyéb jellemzőit rögzíthetnék.

A gyűlésen felszólalók több esetben kihangsúlyozták, hogy a nyugat-európai vállalatvezetők az alkoholizmust kezelhető krónikus betegségnek tartják. A vállalatok a foglalkozás-egészségügyi szolgálatokkal karöltve igyekeznek olyan munkahelyi politikát kialakítani, amely segíti az alkoholista munkavállaló egészségi állapotának helyreállítását, hogy munkáját kielégítően tudja ellátni. Dániában például vannak olyan vállalatok, amelyek átvállalják a munkavállaló kezelési-rehabilitációs költségeit, cserébe a dolgozó egy évig „alkoholnagykövetként” funkcionál, saját személyes példáját, sikertörténetét megosztva a többiekkel, támogatja, mentorálja azokat, akik szintén alkoholproblémával küzdenek. Azonban azok a dolgozók, akik nem hajlandók belátni problémájukat, küzdeni, együttműködni a leszokásért, azok ugyanúgy elveszítik munkahelyüket, mint mások. Svédországban a foglalkozás-egészségügyi ápoló szoros kontrollal figyeli az alkoholizmus kezelésére alkalmazott gyógyszeres terápia megtartását, akár oly módon is, hogy a munkavállaló a munkakezdés előtt az ápoló jelenlétében kell, hogy bevegye a gyógyszerét. Belgiumból a foglalkozás-egészségügyi ápoló ez irányú részletes anamnéziszfelvételi és ta-

nácsadási szerepkörének fontosságát hangsúlyozták ki. Míg a dél-európai országok vonatkozásában azt jegyezték meg, hogy a munkahelyeken csak bizonyos munkakörök, feladatkörök esetében elvárás a zero tolerancia, vagyis az alkoholfogyasztás teljes tilalma a munkavégzés alatt. Így például Olaszországban és Spanyolországban a hagyományok és az életmód miatt megengedett a kevés alkohol elfogyasztása („egy pohár bor ebéd után”). Természetesen a túlzott alkoholfogyasztókkal ezekben az országokban is foglalkoznak a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok. A munkahelyi alkoholizmus elleni programok sikerének záloga pedig mindenhol a profi egészségügyi szakembergárda (ápoló, orvos, esetleg pszichológus) és a vállalat együttműködése, a munkavállaló motiválása, hogy segítséget kérjen és további szakirányú terápiára bejelentkezzen.

Míndez azért is nagyon fontos, mert ausztrál adatok alapján az alkoholfogyasztás járul hozzá a munkahelyi balesetek és sérülések 11%-ához, és az alkohollal összefüggő hiányzások évente körülbelül 2 milliárd dollárjába kerülnek a vállalatoknak (Pidd, 2018). Az Amerikai Egyesült Államokban még ennél is drámaibb a helyzet, mivel a munkahelyi kábítószer- és alkoholfogyasztás okozza a munkahelyi balesetek 65%-át (URL2). A WHO 2021. évi jelentése alapján a világ tíz legnagyobb ivó országa közül kilenc az európai régióban van (WHO, 2022a). 2017-ben a felnőttek (15 éves vagy annál idősebbek) alkoholfogyasztásának európai átlaga 9,8 liter egy főre jutó tiszta alkohol volt (ami már tulajdonképpen csökkenés a 2010-es 11,2 literhez képest). Összességében az európai régióban az összes haláleset 10,1%-át okozta az alkohol. S már huszonegy országban vannak nemzeti iránymutatások a munkahelyi alkoholproblémák megelőzésére és az azokkal kapcsolatos tanácsadásra vonatkozóan (WHO, 2020). Ennek ellenére például Luxemburgban minden negyedik foglalkozási balesetért, tehát azok 25%-áért az alkohol a felelős. Minden hatodik munkahelyi elbocsátás az alkoholfogyasztás következménye. Becslések szerint négyszer gyakoribb a munkahelyi hiányzás az alkoholt és kábítószer fogyasztó munkavállalók körében. Egyes cégeknél a munkaerő akár 15%-át is érinti a munkahelyi alkoholfogyasztás (URL3). Az Egyesült Királyságban

az alkalmazottak harmada másnaposan jár munkába, ami miatt koncentrációs nehézségük van, csökkent a termelékenységük, fáradtak és hibáznak (BMA OMC, 2016).

A munkáltatók számára általában azt ajánlják, hogy hozzanak létre alkohol- és kábítószer-használati szabályzatot, illetve ne elsősorban fegyelmi ügyként kezeljék az esetleges problémákat, hanem a vállalati egészségügyi és jóléti politika részeként. A foglalkozás-egészségügyi szakemberekkel szemben pedig elvárás, hogy törekedjenek arra, hogy megértsék, az adott munkáltató milyen alkohol- és kábítószer-használati politikát alkalmaz. (Például minden alkalmazottra kiterjed, vagy csak a biztonság szempontjából kritikus szerepet betöltőkre? Milyen támogatást kaphatnak az alkalmazottak a vállalattól?) (BMA OMC, 2016).

Hazai helyzet

Magyarország népessége 9,7 millió fő, akik közül 2022 júniusában a 15–74 éves foglalkoztatottak átlagos létszáma 4 millió 739 ezer fő volt. Tehát csaknem a lakosság fele a foglalkoztatotti körbe számít valamilyen formában (KSH, 2022). Ami azért lényeges, mert a munkahelyi környezet az egészségnevelés helyszínévé válhat, hiszen itt érhető el legkönnyebben az aktív munkavállalók, s így az alkoholproblémákkal küzdő egyének azonosításának lehetősége itt lenne a leghatékonyabb.

Ha a felnőtt magyar lakosság alkoholfogyasztási szokásait nézzük, akkor látható, hogy a KSH 2019. évi adatai alapján 5,2% a nagyivók, 20% a mértékletes ivók, 46% az alkoholt ritkán fogyasztók, illetve 29% az absztinensek közé sorolta önmagát (**I. táblázat**). A közzétett adatokból az is kiderül, hogy európai viszonylatban a harmadik legrosszabb helyen állunk az alkoholfogyasztással összefüggő halálozási mutató értéke alapján (URL4). Ugyanakkor, mivel ezek az adatok önbevalláson alapulnak, alábecsülhetik a valós alkoholfogyasztás okozta terheket.

Hazánkban az alkoholfogyasztással szemben viszont egyértelmű tilalom van a munkahelyeken, a munkáltató szondával ellenőrizheti az alkoholos befolyásoltságot, és amennyiben bebizonyosodik a munkahelyi alkoholfogyasztás, szankcionálják is.

I. táblázat. Alkoholfogyasztási szokások (Kassai-Farkas, 2015)

Absztinens	Egyáltalán nem fogyaszt alkoholt.
Alkoholt ritkán fogyasztó	Hetnél ritkább gyakorisággal iszik szeszes italt.
Mértékletes ivó	Legalább heti fogyasztó, de nem nagyivó. (Az ajánlott határok között marad.)
Nagyivó	Nőként hetente összesen több mint 7, férfiként több mint 14 egységnyi alkoholt fogyaszt.
Rohamivó (binge drinking)	Egy alkalommal két óra alatt egy férfi 5, egy nő pedig 4 standard italt fogyaszt havonta egyszer. A nagyivók közé sorolandók.

A munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény kimondja, hogy a munkavállaló csak olyan munkára és akkor alkalmazható, ha foglalkoztatása az egészségét, testi épségét károsan nem befolyásolja, illetve mások egészségét, testi épségét nem veszélyezteti és a munkára alkalmasnak bizonyult. Emellett azt is előírja, hogy a munkavállaló csak a biztonságos munkavégzésre alkalmas állapotban, a munkavédelemre vonatkozó szabályok, utasítások megtartásával, a munkavédelmi oktatásnak megfelelően végezhet munkát. Ennek megfelelően bizonyos munkakörökben, munkavégzési helyeken, illetve körülmények között (például gépjárművezetés, gépkezelés, építőipari munka stb.) a munkáltató, ha alkoholos befolyásoltságot állapít meg, köteles megtiltani a munkavállaló további munkavégzését, illetve a veszélyes munkaterületről el kell rendelnie a dolgozó azonnali távozását. Sőt, a munkahelyi alkoholfogyasztás, illetve alkoholos befolyásoltság jogalapot adhat a munkáltató részéről a munkaviszony rendkívüli felmondással történő megszüntetésére is (URL5).

A foglalkozás-egészségügyi szolgálat a munkakörre, szakmára való egészségi alkalmasság elbírálásakor figyelembe veszi a munkavállaló, a tanuló vagy az álláskereső káros szenvedélyeit is. Az alkalmassági vizsgálat keretében állapítja meg azt is, hogy szenved-e olyan betegségben, amely miatt rendszeres foglalkozás-egészségügyi ellenőrzést igényel. Alapvetően tehát az első találkozási pont az előzetes alkalmassági vizsgálat lesz, amelyet rendszeres időközönként végzett időszakos vizsgálatok, illetve szükség esetén (például munkahelyi baleset) soron kívüli vizsgálatok követnek. E vizsgálatok, a munkahelyi szemlék, a munkahelyek számára szervezett egészségmegőrző előadások, programok adnak lehetőséget arra, hogy a foglalkozás-egészségügyi szolgálat munkatársai még jobban megismerjék az ellátási körükbe tartozó munkavállalókat és szükség esetén gondozásba vegyék őket, vagy kiemeljék a kritikus munkakörökből.

Veszélyeztető munkakörülmények

Habár azt gondolnánk, hogy a munkanélküliek körében sokkal gyakoribb az alkoholfogyasztás s ők a legveszélyeztetettebbek, nemzetközi adatok alapján a 16 és 64 év közötti, munkaviszonyban álló férfiak és nők nagyobb arányban fogyasztanak alkoholt azokhoz képest, akik munkanélküliek vagy gazdaságilag inaktívak. A teljes munkaidőben dolgozó felnőttek körében az alkoholfogyasztás közvetlenül összefügg a foglalkoztatásból származó keresettel és a háztartások jövedelmével. Az alkoholfogyasztás mértéke és gyakorisága pedig általában csökken a jövedelem

csökkenésével, bár itt befolyásoló tényező az életkor is, hiszen az idősebb munkavállalók többet keresnek, mint a fiatalabbak (BMA OMC, 2016).

Tanulmányok alapján a foglalkozás típusa is hatással van az ivási szokásokra és a fogyasztás mértékére. A nagyvállalatoknál dolgozó vezetők és szellemi foglalkozásúak gyakrabban isznak, mint a rutinmunkát végzők. Munkáltatók és a vállalkozások körében végzett felmérések pedig azt is kimutatták, hogy sok munkavállaló munkaidőben is fogyaszt alkoholt (BMA OMC, 2016).

Bizonyos csoportoknál fokozódhat az alkohol- és drogvészélyeztetettség. Ilyenek például:

- családtól távol, országon belül vagy kívül tartósan munkát végzők;
- hajléktalan munkavállalók;
- külföldről áttelepült munkavállalók;
- állami gondozásból kikerült, munkába állt személyek (Ungváry, 1999).

A nemzetközi kutatások pedig azt mutatják, hogy a hosszabb munkaidő szignifikánsan összefügg az alkoholfogyasztás magasabb arányával és a kapcsolódó problémákkal. Emellett a fentiekben kívül bizonyos munkahelyzetek és -körülmények szintén veszélyeztető tényezőnek számíthatnak, például több műszakos munka, éjszakai munkavégzés, távmunka, gyakori üzleti étkezések, fokozott munkahelyi stressz, munkavégzés alkohollal (például vendéglátóipar a könnyű hozzáférés miatt). A munkahelyi kultúrán belül is számos olyan tényező van, amely fokozott kockázatot jelent például a munkahelyi/társ csoportos nyomás, a felügyelet hiánya, a fizikai veszélyeknek kitettség, agresszív nyilvánossággal történő érintkezés (BMA OMC, 2016).

Súlyos mértékű alkoholfogyasztást figyeltek meg az építőiparban foglalkoztatottak, valamint a telepítés, karbantartás és javítási szolgáltatásokat nyújtók, továbbá az élelmiszer- és vendéglátóiparban dolgozók körében (BMA OMC, 2016). Emellett szezonális jelenség az évről-évre vagy karácsonyi munkahelyi összejöveteleken, és csapatépítő programokon a szinte kötelezővé vált mértéktelen alkoholfogyasztás.

Foglalkozások, ahol nem foglalkoztatható alkoholfüggőségben szenvedő

Sokan nem is gondolnák, hogy az életmód milyen fontos tényező a foglalkoztathatóság szempontjából, pedig a gyógyszerszedés, a dohányzás és alkoholfogyasztás növelik bizonyos expozíciók kockázatát. Gondoljunk csak az alkohol és a hepatotoxikus anyagok, vagy épp alkohol és balesetveszély kombinációjára (Morvai & Ungváry, 2007).

Az mindenki számára köztudott, hogy hazánkban a közúti közlekedés biztonsága érdekében a sza-

bályozásban az úgynevezett „*zéro tolerancia*” jelenik meg, vagyis a gépjármű vezetése előtt és alatt a szesz ital fogyasztása teljes mértékben tiltott. Ennek háttérében az áll, hogy a járművezetőnek a vezetés során mindvégig a vezetésre alkalmas állapotban kell lennie. Éppen ezért nem meglepő, hogy a járművezetéshez kapcsolódó munkakörökben (járművezető-oktató, autóbuszvezető, taxisofoőr stb.), ahol rendkívül fontos az ép érzékelési funkció, a gyors reakcióképesség és problémamegoldás, a figyelemösszpontosítás, a felelősségérzet, kizáró okként egyértelműen felsorolásra került a szakmai alkalmassági standardok között a gyógyszer-, illetve alkoholfüggőség (Cseh et al., 2014).

Ugyanígy nem kérdéses, hogy az alkoholizmus és narkómánia a lőfegyver megszerzése és tartása tekintetében külön mérlegelés nélkül kizáró egészségi okok közé tartozik (Cseh et al., 2014). Ezzel összhangban például a fegyveres szolgálatot végzők (rendőrök, katonák, pénzügyőrök, biztonsági őrök) esetleges túlzott alkoholfogyasztásának vizsgálata szigorúan szabályozott.

Az azonban kevésbé ismert, hogy vannak olyan munkakörök, ahol a munkavégzés során használt adott vegyi anyag-expozíció az, ami abszolút kontraindikálja az alkoholizmusban szenvedő munkavállaló alkalmazását (például benzol és nitrovegyületei, dimetilformamid, dioxán, etilbenzol, fenol, N-hexán, higany stb.).

Számos esetben a kórtörténetből az is fontos, hogy a munkát kereső, munkahelyet vagy munkakört váltó személy korábban szenvedett-e diagnosztizáltan alkoholfüggőségben, hiszen ebben az esetben az egészségi alkalmasság elbírálásához szükséges lehet addiktológus vagy pszichiáter szakorvos véleményére is (Cseh et al., 2014).

Azt is fontos kiemelni, hogy például a szabadidejükben a detoxikálóra került alkalmazottakat nem szabad a biztonság szempontjából kritikus munkakörökben tovább alkalmazni. Ilyenkor általában ideiglenesen vagy véglegesen át kell helyezni őket más munkakörbe. A kritikus munkához való visszatérés feltétele, hogy sikeres legyen a megfelelő terápiás kezelés és kerüljön bevezetésre egy szigorú megfigyelési időszak (visszatérés előtt és után), amely magában foglalhat véletlenszerű és/vagy előre be nem jelentett teszteleket is (BMA OMC, 2016).

Az alkalmasság elbírálása során figyelembe veendő szempontok

A munkaköri alkalmassági vizsgálat célja megállapítani az egyén arra való alkalmasságát, hogy tudja-e teljesíteni feladatait önmaga és mások veszélyeztetése nélkül.

Ha felmerül a fennálló vagy kórelőzményben szereplő kóros alkoholfogyasztás, a következő tényezőket mindenképp vizsgálni kell és egyéni alapon mérlegelni:

- Az adott munkahelyen és munkakörben mik lesznek a dolgozó alapvető feladatai?
- Milyen mértékű a vizsgált személy jelenlegi és múltbeli alkoholfogyasztása?
- A dolgozó aktuális egészségi állapota, beleértve az általa szedett gyógyszereket, mutat-e valamilyen jelenlegi, illetve előrelátható kockázatot saját maga vagy mások egészségére és biztonságára nézve?
- Vannak jogi vagy szabályozási követelmények az alkalmasságra vonatkozóan (például kizáró tényező az alkoholizmus)?
- Vannak olyan munka- vagy munkahelyi tényezők, amelyek kezelés hiányában súlyosbíthatják az egyén állapotát, alkoholfogyasztáshoz fűződő viszonyát? (Például nagyfokú stressz, túlóra, túl hosszú munkanap, több műszakos munkarend, fáradtság, elszigeteltség, könnyű hozzáférés a kábítószerkehez vagy az alkoholhoz.)
- Szükséges-e a kezelőorvos (házi orvos, addiktológus vagy pszichiáter) véleményének kikérése?
- Megvalósítható-e a munkakörbe történő szakaszos visszatérés (például olyanok számára, akik hosszabb távollét után térnek vissza)? (BMA OMC, 2016).

A foglalkozás-egészségügyi ápoló szerepe a felismerésben

Nagyon sok foglalkozás-egészségügyi rendelésben az ápoló találkozik először a munkavállalóval, ő az, aki egyezteteti a személyes adatokat és számos esetben felveszi az anamnézist, elvégzi a műszeres vizsgálatokat az alkalmassági vizsgálathoz kapcsolódóan. Emellett azokban a rendelőkben, ahol az orvos nincs mindig személyesen jelen, az ápoló az, aki az akut panaszok (például fejfájás, rosszullet stb.) miatt megjelenő dolgozót egyedül fogadja, esetleg munkabalesete kapcsán elsősegélyben részesíti.

Ilyen találkozásokkor a munkavállalók különféle panaszokat említhetnek, amelyek egy része fizikai, de lehetnek személyes (házassági, családi, pénzügyi, szociális és akár jogi) problémák is. Tehát jóval azelőtt felismerhetők a kockázati tényezők, mint hogy az alkoholfogyasztás tünetei megjelenének (Guida, 1976). Emellett a vizsgálat előtt a munkáltató, a közvetlen vezető is közölhet olyan jeleket, amelyek alkoholproblémára utalhatnak (**II. táblázat**).

A sürgősségi ellátás (például munkahelyi baleset) során pedig az ápoló azt is felismerheti, ha esetleg a

II. táblázat: Alkoholproblémára utaló jelek a munkahelyen (URL6)

Távollétek	Ittasság vagy alkoholos befolyásoltság megjelenése a munkahelyen
<ul style="list-style-type: none"> • megmagyarázhatatlan vagy igazolatlan munkahelyi hiányzások, • gyakori késés, • a betegszabadság túlzott igénybevétele, • jellemző hiányzási minták (például a fizetésnapot követő nap, vagy a gyakori hétfői vagy pénteki hiányzás), • gyakori nem tervezett hiányzások különböző „vészhelyzetek” miatt (például háztartási javítás, autóbaj, családi vészhelyzet, jogi problémák), • a munkavállaló indokolás vagy engedély nélkül is jelentős ideig távol marad a kijelölt munkaterületéről. 	<ul style="list-style-type: none"> • a munkavállaló környékén alkoholszag van, • tántorgás vagy bizonytalan járás, • vérben forgó szemek, • alkoholszagú lehelet, • hangulati és viselkedésbeli változások, például túlzott nevetés, hangos beszéd, • szájvíz vagy menta túlzott használata, • kerüli a kapcsolatfelvételt a vezetőivel, különösen ebéd után, • remegés, • szolgálatban, munkahelyen elalszik.
Teljesítményproblémák	Munkahelyi kapcsolatok
<ul style="list-style-type: none"> • elmulasztott határidők, • gondatlan vagy hanyag munkavégzés, vagy hiányos feladat-teljesítés, • a termelési kvóták nem teljesülnek, • sok kifogás a hiányos feladatokra vagy a határidők elmulasztására, • hibás elemzés. 	<ul style="list-style-type: none"> • a munkatársakkal való kapcsolat feszült, • a munkavállaló viselkedése harcias, vitakozó vagy szűkszavú, különösen reggel, hétfőn vagy ünnepnapokon, • a munkavállaló „magányos”.

munkavállaló alkoholos befolyásoltság következményeként szenvedett balesetet.

Anamnéziszfelvétel

A foglalkozási, az általános orvosi és az életmód anamnéziszfelvétele kulcsfontosságú az alkalmassági vizsgálat és alkalmasság véleményezése szempontjából. Éppen ezért van jelentősége a szisztematikusszűrésnek az anamnéziszfelvételbe beépítve, hiszen a foglalkozás-egészségügyi rendelőbe általában nem az alkohollal összefüggő panasszal érkezik a páciens. Hacsak nem a munkáltató küldi soron kívüli alkalmassági vizsgálatra a túlzott alkoholfogyasztás miatt.

A munkaköri alkalmassági orvosi vizsgálatok során alkalmazott – 33/1998. (VI. 24.) NM rendelet 13. számú mellékletében található – „Munkavállaló egészségügyi törzslapja” elnevezésű dokumentum papíralapú verziója meglehetősen kevés információ rögzítésére ad lehetőséget az alkoholfogyasztásra vonatkozóan. A formanyomtatványon alkalmazott válaszlehetőségek az alkoholfogyasztás tekintetében csak „igen”, „nem” válaszokra korlátozódnak. Ha valaki nemleges válaszol, akkor még lejegyezhető, hogy mikor, hány éve hagyta abba. Így e területen az anamnézis felvételekor felvett adatok minősége az egészségügyi dolgozó szakmai tudásától, tapasztalától függ, vagyis az, hogy mennyire kerül pontosan feltérképezésre az alkoholfogyasztás, illetve egyenként részletesen dokumentálásra, mind mennyiségi, mind pedig az elfogyasztott italok típusa, gyakorisága tekintetében.

Ezzel szemben sokkal jobban alkalmazhatók lennének a 4/2000. (II. 25.) EüM-rendelet 3. szá-

mú mellékletében található „Háziorvosi törzskarton a 18 év feletti bejelentkezett biztosítottak ellátása esetén” alkoholfogyasztásra vonatkozó kérdések. Mintegy sorvezetőként szolgálhatnának, hiszen sokkal konkrétan fogalmaz. Egyrészt rákérdez az ivási mintázatra, arra, hogy az elmúlt 12 hónapban milyen gyakran fogyasztott a vizsgált személy alkoholtartalmú italt, példálózva felsorolva a különböző alkoholdermékeket („sör, bor, pezsgő, pálinka, vodka, rum, whisky, koktél, likőr, alkoholos üdítő, házilag előállított alkohol”). Másrészt a túlzott mennyiséget is rögzíti: „Az elmúlt 12 hónapban milyen gyakran fogyasztott Ön egy alkalommal 6 vagy annál több alkoholtartalmú italt? (Egy ital alatt egy korsó sört vagy két dl bort, vagy fél dl röviditalt értve; például egy buli alatt, étkezés közben, baráti összejövetel, esti kikapcsolódás alkalmával, vagy akár egyedül, otthon)” kérdéssel.

Azonban a leghatékonyabb felmérés az „Alkoholfogyasztási rendellenességek azonosítási tesztje (AUDIT-10) kérdőív” alkalmazásával valósulhatna meg. Az AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) egy egyszerű és hatékony módszer az egészségtelen alkoholfogyasztás kiszűrésére, amelyet kockázatos vagy veszélyes fogyasztásként, vagy bármilyen alkoholfogyasztási rendellenességként határoznak meg. Ezt a tesztet az Egészségügyi Világszervezet (WHO) támogatásával az 1980-as évek elején nemzetközi összefogásban kifejezetten egészségügyi szakemberek számára fejlesztették ki és azóta a világ legszélesebb körben használt alkoholszűrő eszközévé vált. Jelenleg körülbelül már 40 nyelven érhető el. A csupán 10 kérdést tartalmazó teszt segítségével pontosan felmérhető az alkoholfogyasztás mértéke, a függőség megléte, illetve az is, milyen kedvezőtlen hatások (következmé-

nyek) jelentkeztek eddig az italozás miatt (URL7) (1. ábra). A dr. Kassai-Farkas által az egészségfejlesztési irodák számára összeállított szakmai módszertani anyag pedig nemcsak az anamnézis felvételének körülményeire, a kérdések feltevésére és a teszt kiértékelésére fogalmaz meg útmutatást, hanem a teszteredmények visszajelzésére és a jövőbeni teendőkre is (Kassai-Farkas, 2015).

Azt sem szabad figyelmen kívül hagyni az anamnézis felvételekor, hogy az alkoholisták gyakran pontosan tisztában vannak azzal, hogy alkoholfogyasztási szokásaik eltérnek az átlagostól, s nem szívesen ismerik be problémáikat, sokszor eltitkolják, vagy bagatellizálják (Guida, 1976; Szabó, 2015). Ráadásul az alkalmassági vizsgálatok során a munkavállaló érdeke általában az, hogy alkalmas minősítést kapjon, ezért gyakran előfordul, hogy bizonyos betegségeiket, káros szenvedélyeiket „elfelejtik” megemlíteni (Morvai & Ungváry, 2007).

Mértékletes alkoholfogyasztáshoz ajánlott mennyiség – standard ital

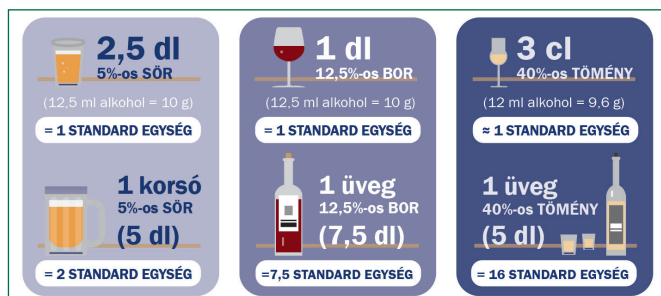
Ahhoz, hogy az anamnézis felvételekor az ápoló meg tudja ítélni, egészségtelen mértékben fogyaszt-e alkoholt az adott munkavállaló, fontos, hogy az adatok felvételénél standard mérőszámot alkalmazzon.

Mielőtt tehát az ajánlott mennyiségre rátérnénk, tisztáznunk kell, hogy mi is az a standard ital (egység), amit egységes mérőszámként használnak. A standard ital fogalmát az alkoholfogyasztás mennyiségének összehasonlíthatósága érdekében hozták létre. 10 gramm tiszta alkoholt tartalmazó ital számít egy standard egységnek. 1 ml tiszta alkohol körülbelül 0,79-0,8 g-nak felel meg. A különböző sörök, borok és égetett szeszek alkoholtartalma és országonként a felszolgált italok szabványmennyisége is eltérő. Magyarországon a standard italok mértéke a 2. ábrán láthatóan alakul. Egyes honlapokon kalkulátor is se-

1. ábra: Az AUDIT-10 kérdőív (Gerevich, et al., 2006)

AUDIT – 10	
<p>1. Milyen gyakran iszik alkoholtartalmú italt?</p> <p>1 – Soha. 2 – Havonta vagy kevesebbszer. 3 – Havonta kétszer-négyszer. 4 – Hetente kétszer-háromszor. 5 – Hetente négyszer vagy többször.</p> <p>2. Hány italt fogyaszt Ön egy tipikus napon, amikor iszik?</p> <p>1 – 1 vagy 2. 2 – 3 vagy 4. 3 – 5 vagy 6. 4 – 7-9 között. 5 – 10 vagy több.</p> <p>3. Milyen gyakran iszik 6 vagy több italt egy alkalommal?</p> <p>1 – Soha. 2 – Ritkábban, mint havonta. 3 – Havonta. 4 – Hetente. 5 – Naponta vagy csaknem naponta.</p> <p>4. Milyen gyakran fordult elő Önnel az elmúlt évben, hogy nem volt képes abbahagyni az ivást?</p> <p>1 – Soha. 2 – Ritkábban, mint havonta. 3 – Havonta. 4 – Hetente. 5 – Naponta vagy csaknem naponta.</p> <p>5. Milyen gyakran fordult elő Önnel az elmúlt évben, hogy az ivás miatt nem tudta elvégezni azt, amit rendes körülmények között elvárnak Öntől?</p> <p>1 – Soha. 2 – Ritkábban, mint havonta. 3 – Havonta. 4 – Hetente. 5 – Naponta vagy csaknem naponta.</p>	<p>6. Milyen gyakran fordult elő Önnel az elmúlt évben, hogy egy nagyobb ivászat után reggel innia kellett, hogy elkezdhesse a napját?</p> <p>1 – Soha. 2 – Ritkábban, mint havonta. 3 – Havonta. 4 – Hetente. 5 – Naponta vagy csaknem naponta.</p> <p>7. Milyen gyakran fordult elő Önnel az elmúlt évben, hogy ivás után büntudatot vagy megbánást érzett?</p> <p>1 – Soha. 2 – Ritkábban, mint havonta. 3 – Havonta. 4 – Hetente. 5 – Naponta vagy csaknem naponta.</p> <p>8. Milyen gyakran fordult elő Önnel az elmúlt évben, hogy az ivás miatt nem volt képes visszaemlékezni az előző éjszakára?</p> <p>1 – Soha. 2 – Ritkábban, mint havonta. 3 – Havonta. 4 – Hetente. 5 – Naponta vagy csaknem naponta.</p> <p>9. Megsérült-e Ön vagy egy másik személy az Ön ivása miatt?</p> <p>1 – Nem. 2 – De nem az elmúlt évben. 3 – Igen, az elmúlt évben.</p> <p>10. Aggódott-e már rokon, barát, orvos, más egészségügyi dolgozó az Ön ivása miatt vagy javasolta-e, hogy csökkentse az ivást?</p> <p>1 – Nem. 2 – Igen, de nem az elmúlt évben. 3 – Igen, az elmúlt évben.</p>

2. ábra: Jellemzően fogyasztott italok standard egységének mértéke (Papp, 2021).



gít meghatározni, hogy az elfogyasztott italok hány standard egységnek felelnek meg (Papp, 2021).

Felnőtt férfiaknak napi maximum 2 (maximum heti 14) standard ital az ajánlott mennyiség, felnőtt nőknek pedig napi maximum 1 (maximum heti 7) standard ital – legalább heti két nap szünettel. Egy alkalommal legfeljebb 3 (nő)/4 (férfi) standard ital elfogyasztása javasolt. Várandósság és szoptatás alatt fontos, hogy a kismama kerülje az alkoholfogyasztást, mert az hátráltatja a magzat/gyermek fejlődését (Papp, 2021).

Akut alkoholfogyasztás szűrési lehetősége

Hazánkban a munkahelyeken leginkább az akut fogyasztás vizsgálata a jellemző. A munkavégzésre alkalmas állapot ellenőrzésének elvégzéséhez többnyire manuális vagy digitális alkohol-ellenőrző készüléket, valamint véralkohol-vizsgálati egységdobozt szereznek be a munkáltatók, és a vizsgálat eljárásrendjét a munkavédelmi szabályzatban vagy külön munkautasításban (ittasságvizsgálat rendje) rögzítik.

E szabályozásokban szokták rögzíteni, hogy amennyiben a méréskor a nulla értéknél nagyobb véralkohol- vagy légalkoholszintet mérnek, akkor az munkavégzésre alkalmatlan állapotnak minősül. Az ellenőrzés a munkáltató szabályozása szerint lehet rendszeres, szűrőpróba jellegű, rendkívüli (például munkabaleset követően, vagy ha a munkavállalónál alkoholfogyasztásra utaló jelek észlelhetők). Emellett önkéntes ellenőrzésre is általában szokott lehetőséget biztosítani a munkáltató, például, ha a munkavállaló szeretné a munkakezdés megkezdése előtt ellenőrizni a munkavégzésre alkalmas állapotát.

A foglalkozás-egészségügyi szolgálat többnyire akkor kapcsolódik be a folyamatba, ha az ellenőrzés pozitív eredményt mutat és azt a vizsgált munkavállaló vitatja, ekkor véralkohol-vizsgálatot kell végezni. Ilyenkor a mintavételhez a véralkohol-vizsgálati egységdoboz használata szükséges, amely pontosan tartalmazza a metódust.

Ha a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatást nyúj-

tó orvos igénybevétele akadályba ütközik, a mintavétel érdekében a munkavégzés helye szerint illetékes egészségügyi szolgáltató ügyeletes orvosát kell igénybe venni. Ha az orvosi ügyelet csak a család/házi orvosi szolgálat rendelési idején kívül eső időben működik (például délutántól reggelig), akkor a körzethatár szerinti háziorvosi szolgálatot szükséges felkeresni. A 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet 4. § (2) bekezdés g) pontja ugyanis a háziorvos feladatkörébe helyezi az alkohol szintjének kimutatása érdekében végzett vérvételt, mint külön jogszabályban meghatározott orvosi, orvosszakértői feladatot. Ha előzőek egyike sem érhető el, akkor a területileg illetékes kórház-rendelőintézet, illetőleg az önálló rendelőintézet vezetője által kijelölt szakrendelés orvosa az illetékes. A vér- és vizeletvételeért fizetendő térítési díjat pedig a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. (XII. 23.) kormányrendelet melléklete rögzíti.

Néhány munkáltatónál – például ahol egy munkahelyen az „A” és „B” foglalkozás-egészségi osztályba tartozó munkavállalók száma egy műszakban 300 fő feletti és a foglalkozás-egészségügyi ápoló a helyszínen biztosít ellátást – előfordul, hogy az ittasságvizsgálat elvégzését az ápoló feladatkörébe adják. Ez esetben már hamarabb a foglalkozás-egészségügyi szolgálat látókörébe kerülhet az alkoholproblémákkal küzdő dolgozó.

Krónikus alkoholfogyasztás laboratóriumi szűrési lehetősége

Vannak olyan munkahelyek, amelyeknél a feladatrendszerből azonnal kiemelendő az alkoholfüggő dolgozó, mivel betegsége nemcsak saját, hanem akár mások életét, testi épségét is veszélyezteti. Ilyen helyzetekben rendkívül fontos, hogy az alkoholfogyasztás mértéke minél objektívebben legyen megítélhető. Sok helyen végeznek laborvizsgálatot, ahol általában az enzimeket (GOT, GPT, GGT) figyelik, ezek közül különösképpen a GGT-t. Ugyanakkor egyes munkahelyeken – például fegyveres testületeknél – lehetőség van a titkolt alkoholfogyasztás felderítése érdekében speciális vizsgálatok elvégzésére is (Szabó, 2015; Mátyus, 2017).

A 10/2015. (VII. 30.) HM rendelet kiemeli, hogy a laboratóriumi vérvizsgálat során mért emelkedett májenzimértékek esetében a katonai szolgálatra való egészségi alkalmassági vizsgálat során a minősítéshez szükséges a vizelet-mintavétel is a krónikus alkoholfogyasztás vizsgálatához. Ez esetben a kimutathatósági idő rendkívül fontos, vagyis az, hogy a vizsgált biomarker az alkoholfogyasztástól minél hosszabb ideig legyen kimutatható. Jelenleg erre a

célra leggyakrabban direkt biomarkerként a vizelet-EtG (etil-glukuronid) vizsgálata szolgál, amelynek 80 óra a kimutathatósága. Azok a foglalkoztatottak, akiknek pozitív lesz a vizsgálati eredményük az alkalmassági vizsgálatot megelőző napokban is, 70 g/nap mennyiségű tiszta alkoholt fogyasztottak. Ennél a vizsgálatnál a 350 ng/ml-t meghaladó koncentráció biztos, hogy nem magyarázható szájvíz, kézfertőtlenítő, belélegzett alkoholgőz hatásával. Ugyanakkor bizonyos, alkoholt tartalmazó gyógyszerek adhatnak pozitív EtG-eredményt (Mátyus, 2017).

Mátyus és munkatársai a mintával kapcsolatban kihangsúlyozzák, hogy az EtG-vizsgálatnál „...a méréshez megfelelően koncentrált vizelet szükséges. Az EtG a vizeletben +8°C-on tárolva négy napig stabil. A vizeletmintát hűtőben vagy fagyaszttva kell tárolni. Fluoridos mintavevő cső is alkalmazható a fermentáció gátlására” (Mátyus, 2017).

A krónikus fogyasztást indirekt biomarkerekkel is vizsgálhatják. Ugyanakkor ezeknek az értékei nemcsak alkoholfogyasztás, hanem más okból is (például fertőző és hematológiai betegségek) változhatnak, így kevésbé specifikusak (Mátyus, 2017). Ezek közül kiemelendő a már 1976 óta vizsgált CDT% (szénhidrátszegény transzferrin) -érték, ami szoros kapcsolatban áll az alkoholfogyasztás mennyiségével. Napjainkra több kutatás is alátámasztotta, hogy a CDT% értéke általában a napi 60 g-nál tartósan több alkoholt fogyasztóknál emelkedik meg, illetve ennek a szintje az absztinencia után is emelkedett még legalább három hétig. Mindez szintén segíthet kiszűrni azokat, akik csak egy kontroll- vagy alkalmassági vizsgálat dátumára próbálnak „felkészülni” és olyan képet mutatni magukról, mintha túllennének alkoholproblémájukon (Szabó, 2015).

Bár a fentiekből látható, hogy vannak már olyan laboratóriumi vizsgálatok, amelyek segítségével a krónikus alkoholfogyasztás kiszűrhető, objektíven mérhető, a hazai jogszabályi környezet csupán csak a kiemelt kockázattal bíró munkaterületeken ad lehetőséget a munkáltatóknak arra, hogy az alkalmassági vizsgálat során erre irányuló kiegészítő vizsgálatokat is elrendelhessenek.

A krónikus, kóros mértékű alkoholfogyasztás miatt előbb-utóbb bekövetkező munkaképesség-csökkenés, munkavégzésre való alkalmatlanság miatt az alkalmassági vizsgálatot végző szakorvosra rendkívüli felelősség hárul.

Tanácsadás, egészségnevelés a munkahelyen

A foglalkozás-egészségügyi szolgálat rendkívül széleskörűen bővítheti a dolgozók ismereteit, hiszen egyrészt megközelítheti az alkoholfogyasztás kérdé-

sét a végzett munka, annak biztonsága és hatékonysága szempontjából, másrészt a túlzott fogyasztás egészségi állapotra gyakorolt hatása tekintetében is. Emellett tanácsot adhat az érintett munkavállalónak is, mely egészségügyi ellátóhelyek, illetve szervezetek azok, ahová fordulhat.

A hazai foglalkozás-egészségügyi ápolók körében 2012-ben végzett országos felmérés során arra a megállapításra jutottunk, hogy a túlzott alkoholfogyasztásról való leszokás lehetőségei témakörében az ápolók 64,1%-a végez egészségnevelő tevékenységet. Közülük 29,6% az, aki önállóan végzi, míg 34,5%-uk közreműködőként. Végzettségüket tekintve megfigyelhető volt, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakápolói specializációval vagy diplomás ápolói végzettséggel rendelkezők nagyobb arányban végeztek ilyen irányú tevékenységet, mint alacsonyabb szintű képzettséggel dolgozó kollégáik (Hirdi et al., 2013).

Rendkívül fontos lenne a munkavállalók mellett a munkahelyi vezetők és felügyelők kiképzése is, hogy felismerjék az alkohollal kapcsolatos problémák korai jeleit, illetve tudják, mit kell/lehet tenniük, ha azt gyanítják, hogy egy alkalmazottnak alkoholproblémája van.

Összefoglalás

A munkahelyi alkoholfogyasztás, a munkavállaló alkoholizmusa nemcsak a dolgozó egyéni problémája, hanem a munkáltatóé is. Mindketten veszítenek. A munkáltató a termelékenységet, a kiképzett munkaerőt, míg a munkavállaló az egészségét, a munkaképességét veszíti el. A foglalkozás-egészségügyi szakterület értékes segítséget nyújthat az alkoholproblémákkal küzdő dolgozók korai felismerésében, a probléma súlyosságától függően a leghatékonyabb ellátási forma felé történő terelésben.

Guida ajánlása az ápolók képzése, továbbképzése tekintetében még napjainkban is aktuális. Fontos lenne a foglalkozás-egészségügyi területen alkalmazott ápolók továbbképzése az alkoholizmus korai megnyilvánulásának tüneteiről, a fiziológiai, pszichológiai, családi, társadalmi és spirituális vonatkozásairól. Szélesebb körű ismeretekkel kell rendelkezniük az alkoholizmus kezelése és rehabilitációja terén, az anonim alkoholista csoportok működéséről, szerepéről.

Azok számára, akik szeretnének bővebb ismereteket szerezni a témához kapcsolódó kommunikációs stratégiákban a WHO által összeállított „*A WHO alkohollal kapcsolatos rövid intervenció képzési kézikönyve az alapellátás számára*” című kiadvány és a Kassai-Farkas Ákos „*Szakmai anyag (mini-protokoll) az egészségfejlesztési irodák (EFI-k) állapotfelmérési, ri-*

züköbecslési, életmód-tanácsadási, helyi hálózatépítési és közösségi egészségfejlesztési tevékenységét segítő alkohol témakörben” című munkaanyag rendkívül sok értékes segítséget adhat.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekeltségek: A szerzőnek nincsenek érdekeltségei.

Irodalomjegyzék

1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300093.tv>
- 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0000004.eum>
- 33/1998. (VI. 24.) NM rendelet a munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasság orvosi vizsgálatáról és véleményezéséről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99800033.nm>
- 10/2015. (VII. 30.) HM rendelet a katonai szolgálatra való egészségi, pszichikai és fizikai alkalmasságról, valamint a felülvizsgálati eljárásról. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1500010.hm>
- BMA OMC (Occupational Medicine Committee of the British Medical Association) (2016). *Alcohol, drugs and the workplace – The role of medical professionals*. 2nd Edition. https://www.bma.org.uk/media/1067/bma_alcohol-and-drugs-in-the-workplace_-_oct_2019.pdf
- Campbell, K.N., Hanna, J.K. (2014). Individual & Organizational Health & Well-being. In: Moore, P.V. & Moore, R.L. (eds). *Fundamentals Of Occupational and Environmental Health Nursing AAOHN Core Curriculum* 4th Edition. American Association of Occupational Health Nurses, Inc.: USA.
- Cseh, K., Nemeskéri, Zs., Szellő, J., Tibold, A. (2014). *Kézikönyv a foglalkozások egészségi szempontjainak meghatározásához (online)*. Pécsi Tudományegyetem Emberi Erőforrás Fejlesztési Kar, Pécs.
- Gerevich, J., Bácskai, E., & Rózsa, S. (2006). A kockázatos alkoholfogyasztás prevalenciája. *Psychiatria Hungarica*, 21(1): 45-56.
- Guida, M. (1976). The Occupational Health Nurse's Role in the Corporate Alcoholism Program. *Occupational Health Nursing*, March, 23-24. <https://doi.org/10.1177/216507997602400804>
- Hirdi, H., Balogh, Z., Mészáros, J. (2013). Foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazott ápolók prevenciós tevékenységének felmérése. *Egészségfejlesztés*, 14(4):20-29.
- Hirdi, H. (2013). Magyarország a foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés bölcsője. *Nővér*, 26(6):26-40.
- Kassai-Farkas, Á. (2015). Szakmai anyag (mini-protokoll) az egészségfejlesztési irodák (EFI-k) állapotfelmérési, rizikóbecslési, életmód-tanácsadási, helyi hálózatépítési és közösségi egészségfejlesztési tevékenységét segítő alkohol témakörben. https://norvegcivilalap.hu/sites/default/files/esemeny/alkohol_mini_protokol.pdf
- KSH. (2022). Gyorstájékoztató. Foglalkoztatottság, 2022. június. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/gyor/fog/fog2206.html>
- Mátyus, M., Wolf, V., Dinya, E., Szentgyörgyi, V., Halász, Zs., Palkó, A., Szabó, J. (2017). Az alkoholfogyasztás igazságügyi szakértői megítélésének új laboratóriumi markerei. <http://www.hungariantoxicologists.hu> > 2017/11
- Morvay, V., Ungváry, Gy. (2007). Munkaköri orvosi alkalmassági vizsgálatok. In: *Foglalkozás- orvostani gyakorlati jegyzet*. Budapest: Országos Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Intézet.
- Papp, M. (2021). Alkoholfogyasztás In: *Egészség elvitelre*. Semmelweis Egyetem Egészségfejlesztési Központ, Budapest <https://semmelweis.hu/egeszsegfejlesztas/elvitelre/alkoholfogyasztas/>
- Pidd, K., Roche, A., Cameron, J., Lee, N., Jenner, L., Duraisingam, V. (2018). Workplace alcohol harm reduction intervention in Australia: Cluster non-randomised controlled trial. *Drug and alcohol review*. 37(4):502-13. <https://doi.org/10.1111/dar.12660>
- Szabó, Gy. (2015). Szénhidrátszegény transzferrin (CDT, Carbohydrate Deficient Transferrin) vizsgálat alkohol abusus szűrésére. *Hadmérnök*, 10(1): 286-93.
- Ungváry, Gy. (1999). *A munkaköri alkalmasság vizsgálata* (oktatási segédanyag). Budapest: „Fodor József” Országos Közegészségügyi Központ Országos Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Intézete.
- WHO (2020). Final report on implementation of the European Action Plan to Reduce the Harmful Use of Alcohol 2012–2020. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/EUR-RC70-8-A>
- WHO (2022). Alcohol and tobacco use - European health report 2021 factsheet. <https://www.who.int/europe/publications/m/item/alkohol-and-tobacco-use-european-health-report-2021-factsheet>
- URL: Wikimedia Foundation. (2022. április 28). Szesztilalom. Wikipedia. Retrieved August 2022, from <https://hu.wikipedia.org/wiki/Szesztilalom>
- URL2: Quit Genius (2021). Workplace Safety: The connection between On-the-Job Accidents and Addiction. <https://www.quitgenius.com/blog/workplace-safety-the-connection-between-on-the-job-accidents-and-addiction>
- URL3: Un accident de travail sur quatre causé par l'alcool (2017.12.18). <https://www.lessentiel.lu/fr/story/un-accident-de-travail-sur-quatre-cause-par-l-alcool-743438665538>
- URL4: KSH (2019). Az egészséges élet biztosítása és a jólét előmozdítása minden korosztály valamennyi tagjának. Alkoholfogyasztás. <https://www.ksh.hu/sdg/1-15-sdg-3.html>
- URL5: Munkahelyi alkoholfogyasztás. <https://tarsadalombiztositasilevek.hu/levelek/2010/08/10/3055/+munkahelyi+alkoholfogyaszt%C3%A1s/>
- URL6: U.S. Office of Personnel Management. Alcoholism in the Workplace: A Handbook for Supervisors. <https://www.opm.gov/policy-data-oversight/worklife/reference-materials/alkoholism-in-the-workplace-a-handbook-for-supervisors/>
- URL7: AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) <https://auditscreen.org/about/background/>

FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYI ÁPOLÓK
ONLINE TOVÁBBKÉPZÉSE

SOKSZÍNŰ DIETETIKA –
KÖZÉTKEZTETÉSTŐL A SPORTTÁPLÁLKOZÁSIG

NŐVÉR – SZAKMAI TUDOMÁNYOS
TOVÁBBKÉPZÉS VIII.

DIAGNOSZTIKA ÉS TERÁPIA
A JÁRVÁNYÜGYI HELYZETBEN

MESZK E-TOVÁBBKÉPZÉSEK



SZAKDOLGOZÓK AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS
KÜLÖNBÖZŐ SZINTJEIN

INFEKCIÓKONTROLL A GYAKORLATBAN

NŐVÉR – SZAKMAI TUDOMÁNYOS
TOVÁBBKÉPZÉS VII.

MEDIÁCIÓTÓL
A BETEGVEZETÉSIG

Végezze el Ön is otthonról, kényelmesen, egyszerűen
szabadon választható továbbképzését!

További információ: www.meszk.hu

Kövessenek bennünket
közösségi felületeinken is!



facebook.com/meszkosz



instagram.com/meszkosz



