

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

Scientific and educational journal
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A TARTALOMBÓL:

Az ápolástörténet gyöngyszemei
Florence Nightingale-re emlékezünk

Társadalmi értékek versus ápolói értékek?
Értékkutatások eredményeinek összefüggései





A MESZK országos szervezet szakmai rendezvényei 2017-ben

Családi Sportnap Egészségügyi Szakdolgozóknak

július 1. | Budapest

MESZK IV. Szakdolgozói Tudományos Kongresszus

augusztus 31. – szeptember 2. | Siófok

MESZK Védőnői Szakmai Tagozat

X. Országos Konferencia

szeptember 8. | Budapest

XVI. Járóbeteg Szakdolgozói Konferencia

szeptember 20–22. | Balatonfüred

II. Országos Alapellátási Konferencia

október 6–7. | Nyíregyháza

Országos Tagozati Nap

október 13. | Budapest

Országos Szakmai Verseny

október 27. | Budapest

Középpontban a gyógyszerész-asszisztensi munka
és a gyógyászati segédeszköz-ellátás

november 9. | Budapest

Járóbeteg Szakellátási Szakmai Nap

november 11. | Budapest

Szociális Munka Napja

november 17. | Budapest

Dietetikai Szakmai Tagozat Szakmai Nap

november 24. | Budapest

Ápolás Innováció és Ápolásmenedzsment

IV. Országos Konferencia

november 30. | Budapest

Bővebb információ a www.meszk.hu honlapon.

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA/

SCIENTIFIC AND EDUCATIONAL JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével/

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Nővér, 2017, 30 (3), 1–44.

TARTALOMJEGYZÉK

ÁPOLÁSTÖRTÉNET

Az ápolástörténet gyöngyszemei
Florence Nightingale-re emlékezünk

Perkó Magda, Sövényi Ferencné 3

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY – TOVÁBBKÉPZÉS

Kettős tabu: fogyatékosok, szexuális igények
a kórházi ellátás alatt

Forrai Judit 12

EREDETI KÖZLEMÉNY

Munkahelyi konfliktus és kiegész kapcsolata
egészségügyi szakdolgozók körében

Irinnyi Tamás, Lampek Kinga, Németh Anikó 22

Egészségügyben dolgozók fizikális és mentális
egészségfejlesztése

Miszory Erika Viktória 29

ÁPOLÁSKUTATÁS

Társadalmi értékek versus ápolói értékek?

Értékkutatások eredményeinek összefüggései
Árvainé Honti Ágnes 35

NÉVJEGY

Újra teljes az Egészségügyi Szakmai

Kollégium Ápolás és Szülésznő (szakdolgozói)

Tagozat és Tanács

Mészáros Magdolna 42

CONTENTS

HISTORY OF NURSING

Pearls of Nursing History: Remembering
Florence Nightingale

Magda Perkó, Ferencné Sövényi 3

REVIEW ARTICLE – CONTINUING EDUCATION

Double taboo: disabled people, sexual needs
during the care in the hospital

Judit Forrai 12

ORIGINAL CONTRIBUTION

The relationship of work-related conflicts and
burnout among health care workers

Tamás Irinyi, Kinga Lampek, Anikó Németh 22

Development the mental and physical health
of the healthcare staff

Erika Viktória Miszory 29

NURSING RESEARCH

Social Values versus Nurses' Values?

Coherency of value research
Ágnes Árvainé Honti 35

IMPRINT

The Council of Nursing and Maternity

Nurses of the Health Professional College

is full again

Magdolna Mészáros 42

A *Nővér*ben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja és a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskolája elismeri és beszámítja, az EBSCO CINAHL nemzetközi ápolástudományi adatbázis indexeli.

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

A *NŐVÉR* folyóirat az ápolás független orgánuma. Célja az, hogy tudományos igénnyel 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 megfelelően képes ápolók képzéséhez, továbbképzéséhez.

Kiadja: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara.
Felelős kiadó: Dr. Balogh Zoltán (PhD). **Terjeszti:**
MESZK 1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 76. (1450
Budapest, Pf. 214.) Telefon: 323–2070 Fax: 323–2079.
A kiadvány megjelenését gondozza:

LITERATURA MEDICA
ANNO 1990

LifeTime Media Kft.

Nyomdai munka: Varg Hungary Kft.
Felelős vezető: Egyed Márton ügyvezető igazgató
ISSN szám: 0864–7003

Terjeszti a Magyar Posta Zrt.

Postacím: 1900 Budapest

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

Prof. Dr. Betlehem József (PhD)

Kárpáti Zoltán

Dr. Oláh András (PhD)

Dr. Pápai Tibor (PhD)

Szloboda Imréné

Szakértők/Experts

Arany Ida

Jakab Judit

Dr. Papp László (PhD)

Tóth Andrea

Dr. Tulkán Ibolya (PhD)

Tanácsadó testület/Advisory Board

Boldogné Csurik Magdolna

Dr. Helembai Kornélia

Mészáros Magdolna

Prof. Dr. Kovács L. Gábor

Dr. Velkey György

Sövényi Ferencné

Tóth Ibolya

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 érintettek vonatkozásán 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 kéziratrészt.

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 – Scientific and Educational 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 Mátészé Horváth. Phone:/Fax (36-1) 323-2070

Az ápolástörténet gyöngyszemei

Florence Nightingale-re emlékezünk

PERKÓ Magda, SÖVÉNYI Ferencné

„Ha valaki olyan életet él, amely mindenki számára fejlődést hoz,
és ez a fejlődés állandó, nem hal meg vele,
az ilyen ember életét Igaz Életnek nevezhetjük.”
(Florence Nightingale)

Május 12-én ünnepeljük világszerte az Ápolók Nemzetközi Napját annak emlékére, hogy 1820-ban ezen a napon Firenzében született Florence Nightingale, az ápolóképzés kiemelkedő alakja, aki már életében legendává vált.

Florence Nightingale jó módú angol arisztokrata családban született, az itáliai **Firenzében 1820. május 12-én** és szülei erről a városról nevezték el (Firenze angolul Florence). Szülei a legjobb nevelést biztosították számára. Nővérevel együtt nagyon alapos és magas szintű oktatásban részesült. Florence-t lenyűgözték a tudományok, különösen a matematika letisztult és logikus világa. Jobban érdekelte a filozófia és a történettudomány, mint a lányos dolgok, úgymint a partik szervezése és lebonyolítása. Rendkívül művelt volt, a modern nyelvek mellett görögül, latinul is tanult, szerette az irodalmat, sokat és szívesen olvasott klasszikusokat. Tizenéves korától fogva kereste helyét a világban, értelmet keresett az életének. Lázadt a nők hátrányos megkülönböztetése ellen.

1. kép. Florence Nightingale



Forrás: L'Osservatore Romano The lady with the lamp - Remembering Florence Nightingale. Aug. 12, 2015 (2017.03.14.)

Hitt abban, hogy többre hivatott, és tizenhét éves korától megszállottan kereste isteni küldetését. Nem követte a szülei által neki szánt utat, hogy felserdülve hozzámegy egy gazdag brit főnemeshez és éli az angol úrhölgyek szokásos életét. Ellenszegült a szülői akaratnak, nem értékelte a férfiak közeledését, inkább a szociális problémák iránt érdeklődött. Rendszeresen látogatta a környékbeli családok betegeit, bejárt a kórházakba. Segített, ahol csak tudott, vigyázott a gyerekekre, rengeteget mesélt nekik, ápolta, gondozta, ellátta a beteg rokonokat, sőt, a környékbeli rászorulókat is folyamatosan támogatta. Nem ismert jobb érzést annál, mint amikor segít az embereken.

Így írt naplójában:

„Az emberi nyomorúság jár mindig az eszemben, ez gyötör... hazugnak érzem, ha a költők a világ dicsőségét zengik. A legtöbb ember, akivel találkozom, gondban, szegénységben, betegségben él.”

Florence Nightingale

Az ápolás ébredése, egy álom valóra válik...

Huszonévesen bejelentette szüleinek, hogy ápolónő lesz. 1844-ben titokban részt vett egy három hónapos nővérképző tanfolyamon a salisbury-i gondozóházban. Bejelentése nem aratott sikert, hiszen ebben a korban az úrinők nem dolgoztak, kiváltképp olyan lenézett és alantas munkához nem volt semmi közük, mint a betegápolás, nem is beszélve a korabeli kórházakban uralkodó állapotokról. Az ápolónők nem álltak a társadalmi megbecsültség magas fokán. Ennek volt is némi alapja, mert a kolostorbéli ápoló apácák kivételével jobbára primitívek, piszkosak, tanulatlanok, képzetlenek és iszákosok voltak. Florence bejárta Egyiptomot, Görögországot, Olaszországot. Ahol csak tehette, felkereste a kórházakat és gyűjtötte a tapasztalatokat. A betegek és sérültek ápolásában megtalálta hivatását. Úgy döntött, nem vállalja a házasság rabságát, és 1849-ben felbontotta hétéves jegységét Richard Monckton Milnes báróval.

Görögországból hazafelé tartva megszakította útját, és a németországi, Düsseldorf melletti Kaiserswerth protestáns diakonissza nővéreinek ápolási tevékenységét tanulmányozta. A diakonisszák mellett dolgozva kitanulta az ápolónői mesterséget. Két hetes ott tartózkodása után hosszú értekezést írt az intézményről.

Párizsban 1853-ban Szent Vince Irgalmas Nővéreinél betegápolást és sebkezelést tanult. Tanulmányozott minden elérhető iratot, kórházi dokumentumokat, zárójelentéseket, gyűjtötte az ápolási szokásokat, módszereket. Terveket dolgozott ki, hogy hogyan lehetne jobban szervezni az ápolást.

“Furcsának tűnhet ezt kijelenteni, de a legelső követelmény egy kórház iránt az, hogy ne ártsen a betegnek.” írta naplójában.

Első állását 1853-ban egy londoni női kórházban töltötte be. Fizetés nélküli főfelügyelő nővér lett, miközben megélhetését szülei 500 fontos havi apanážsa biztosította. Minden addigi tapasztalatát felhasználva irányította az előkelő hölgyeket ellátó intézményt, forradalminak számító újításokat vezetett be, mint az ételhordó lift a házban, olyan csengő, amely mutatja a kórteremszámot. A bizott-

sággal már az első héten összetűzésbe került, mert ki akarták tiltani a kórházból azokat, akik nem az anglikán egyházhoz tartoztak. Florence azonban ragaszkodott hozzá, hogy az ellátás mindenkire vonatkozzon, vallási hovatartozástól függetlenül. Egész életében ezt az elvet vallotta, és azt remélte, hogy eljön majd az idő, amikor nem az emberek vallását nézik, hanem a lelküket. Később többen kiemelték, hogy harcol a női jogokért, de ő tiltakozott, mondván, hogy harcol a szenvedőkért, függetlenül attól, hogy férfi vagy nő az illető. Az 1854-es londoni kolerajárvány idején önkéntes ápolónőként dolgozott, betegei rajongtak érte, földre szállt angyalként emlegették.

A krími háború kitörése után egy évvel angol szárazföldi egységek szálltak partra a törökök oldalán. A Times tudósítójától érkezett hír arról, hogy az angol sebesültek elhanyagoltan, ellátás nélkül sanyarognak. Készletek gyakorlatilag nem álltak a rendelkezésükre a gyógyításhoz, híján voltak gyógyszereknek, kötszereknek, élelemnek, még tiszta víznek is. A higiénés körülmények borzasztóak voltak, a kórházi folyosón, a földön feküdtek a katonák, még abban a piszkos, véres uniformisban, amelyet a harctéren viseltek. Ágynemű, tiszta ruha, edények sehol, szappanról, törölközőről hírből sem hallott senki. Télen a fűtetlen szobákban fagyoskodtak a betegek, világítás nem volt. Sem orvos, de leginkább ápolók nem voltak a fronton.

2. kép. Florence Nightingale sebesült katonákat lát el



Forrás: www.mindennapi.hu portál 2011-05-12 (2017.03.14.)

Florence egy pillanatig sem této-
vázott, rögtön felajánlotta szolgálatait. Régi
jó barátja, Sidney Herbert hadügyminisz-
ter úgy gondolta, hogy senki más nem al-
kalmas erre a feladatra, csakis Florence
Nightingale, így felkérte őt a nagy vállal-
kozásra, őt nevezte ki az Angol Kórházak
Törökországi Ápolónői Intézetének főfelü-
gyelőjévé. Úgy határoztak, hogy 40 ápolót
küldenek Nightingale-lel.

Nem volt könnyű munkatársakat tobo-
rozni, de Florence novemberben már Scutari-
ban volt, 38 ápolónő élén. Az ottani katonai
vezetők bizalmatlanul fogadták, meg kellett
küzdeni azért, hogy elfogadják. A törökor-
szági katonai kórházban Űsküdarban, a hí-
reket megerősítendően katasztrofális állapo-
tok fogadták. A betegellátás elemi feltételei
sem voltak meg, az orvosok érzéstelenítés
nélkül amputáltak, a közkatonáknak nem
járt kloroform. A borzasztó körülmények
miatt a sebesültek állapota nemhogy ja-
vult volna, de tovább romlott a kórházban.
Többen haltak meg kolera, tífusz és egyéb
fertőzések miatt, mint a sebesülésektől.

Florence első dolga volt, hogy a lehető
legnagyobb tisztaságot teremtsen segítői-
vel, és ezt később is megkövetelte az egész

a betegápolást segítő felszerelést is beszer-
zett. Kitartó igyekezetének hála a kórház-
ba került sebesültek korábban 42%-ot el-
érő halálozási aránya 2,2%-ra csökkent.
Florence vezénylete alatt fegyelmezett ápoló
csapat alakult ki. A nővéreknek egyenruhát
kellett hordaniuk. Tiltotta a részegeskedést
és az erkölcstelen, kicsapongó viselkedést. A
renitenskedőket elbocsájtotta, volt, aki a vál-
tozások láttán, maga kérte az áthelyezését
másik kórházba.

A rend fenntartása érdekében éjszakánként
is dolgozott, járőrözött a kórház folyosóin.

Napi 18-20 órát dolgozott. Tudta, hogy
a betegek állapotát folyamatosan ellenőriz-
ni kell. Éjszakánként egy lámpással a kezé-
ben járkált az ágyak között, így érdemelte ki
a „**lámpás hölgy**” nevet, amely élete végéig
elkísérte.

Sok sebesültben a gyógyulás után is ez
a kép maradt meg róla: a sötét éjszakában,
lázálmaikból felébredve egy fényes alak ha-
lad el előttük, akinek lámpása a reményt és
az életet jelenti. Ez a kép ragadta meg leg-
inkább a kor közvéleményének figyelmét is,
és 1855 februárjában az *Illustrated London
News* lapjain megjelent „A lámpás hölgy” (*The
Lady with the lamp*) első ábrázolása.

3. és 4. kép. Florence Nightingale a „lámpás hölgy”



Forrás: http://www.ujakropolisz.hu/uj_akropolisz (2017.03.14.)

kórházban. A higiénés körülmények javítá-
sán túl igyekezett javítani az ellátást, több-
ször a saját pénzéből rendelt élelmiszert és
kötszert a betegeknek, emellett számtalan,

Feladata nem csupán a betegápolás volt, ő
irányított, és a kórházi munka mellett végez-
te az összes adminisztrációt. Segített a kato-
náknak a családjukkal való kommunikáció-

5. kép. Florence Nightingale, a „Kegyelem Angyala” szokásos éjszakai lámpás „őrjárata” alatt egy sebesülttel



Forrás: https://hu.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale (2017.03.14.)

ban, olvasószobát hozott létre. Egyszerűen csak „főnöknőnek” nevezték a betegei és munkatársai. Eredményeit látva, azok a katonai vezetők, akikről kiderítette, hogy nem törődnek a katonák megfelelő ellátásával, meghurcolták, hamis vádakkal illették, és ahol csak tudták, akadályozták a munkáját. Florence-t elkésérítették a vádak, és legalább annyi energiája ment rá az ellenállásra, mint a kórházi munka fenntartására.

Miközben bejárta a többi törökországi kórházat, hogy azokról is gondoskodjon, megbetegedett. Két hétig lebegett élet és halál között. Még lábadozott, de visszatért a kórházba, és tovább folytatta a munkát.

Florence Nightingale már a krími háború idején híressé vált Angliában. A háború túlélői elmesélték, hogy hogyan ápolta őket, neve legendává vált, dalok születtek róla a nép körében. A háború befejeztével Florence szolgálata is lejárt, 1856 nyarán tért haza Angliába – miután az utolsó betege is elhagyta a kórházat. Nemzeti hősként fogadták, ő azonban nem kért az ünneplésből.

Viktória királynő is rokonszenvvel szemlélte tevékenységét. Fogadta őt, akinek beszámolt hadi tapasztalatairól és az általa javasolt reformokról. A hadügyminiszterrel is tárgyalt, kérte egy bizottság felállítását, amely a hadi egészségügy megújításával és fejlesztésével foglalkozna.

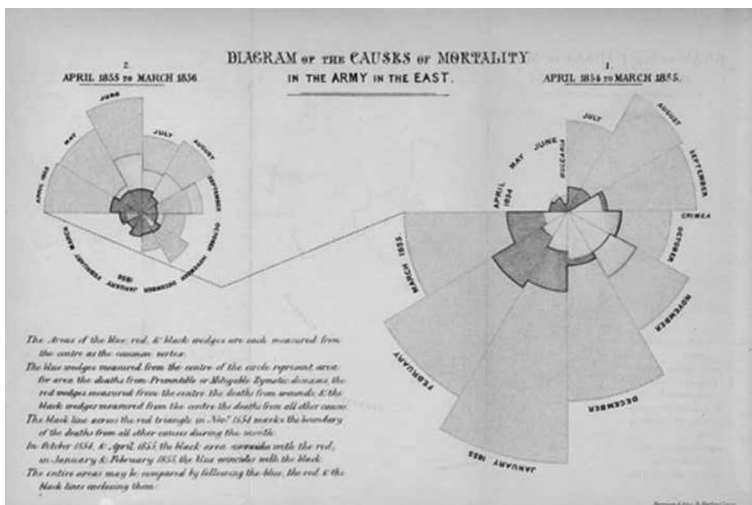
Majd ezer oldalas jelentést készített, amelyet később ki is adtak. Nőként nem volt egyszerű boldogulnia egy férfiak uralta világban. Nem támogatták, féltek a változástól, ezért féltékenység és áskálódás kísérte életútját, beleütközött a bürokráciába. Bizonyítékokat gyűjtött, amelyek mind azt támasztották alá, hogy a kórházba jutott katonák többségének halálát nem maga a sebesülés, hanem a minősíthetetlen kórházi körülmények, az angol hadsereg egészségügyi rendszerének elmaradottsága okozta. Célja az volt, hogy megdöntse ezt az elavult rendszert, hogy megfelelő ellátást biztosítson a betegeknek, mind a háborúban, mind békeidőben. Azt mondta, hogy „tízezer gyermeke kéri erre, az üsküdari temetőben nyugvó tízezer halott”, és neki nem szabad megengednie, hogy még egy hasonló tragédia történjen.

Florence további terve az volt, hogy az egészségügyben dolgozók képzését magas szintre emelje. Az általa írt jelentések alapján szervezték meg 1859-ben a **Katonai Orvosi Egyetemet**. Ugyanebben az évben egy alapítványt hozott létre, amelyre rengeteg felajánlás érkezett. Bizonyítékainak hatására nemcsak a brit orvosi ellátást szervezték át, de jelentősen javították a katonák elszállásolásának körülményeit is. William Farr statisztikus és John Sutherland, az Egészségügyi Tanács munkatársának közreműködésével elvégzett elemzései alapján ugyanis kiderült, hogy a kb. 16-18.000 haláleset megelőzhető betegségek és nem háborús sebesülések által következett be a brit haderő kötelékeiben.

Florence Nightingale kiváló matematikai képességekkel is rendelkezett, melyet édesapja hamar felismert és fejlesztett, így válhatott az információs és statisztikai megjelenítések úttörőjévé. Munkája szellemi háttere az 1801-ben William Playfair által kifejlesztett kördiagram. Ebből fejlesztette ki a sarkkör, vagy más néven **rózsadiagramot**, ami a mai centrális hisztogramnak felel meg, amely az 1855. év távol-keleti ka-

tonai haláleseteit dolgozta fel. Megjelent a Notes on Matters Affecting the Health-ben (Egészségügyi Jegyzék), az Efficiency, and Hospital Administration of the British Army-ban (A brit hadsereg kórházi igazgatása és hatékonysága), és Viktória királynő is kapott belőle egy példányt a kiadás évében. A kék szín a fertőzésekkel, a piros szín a sebesülésekkel összefüggő haláleseteket jelöli, míg feketével az összes többi eset kerül megjelenítésre.

6. kép. Florence Nightingale poláris diagramja a krími háborúban kezelt sebesültek halálozási arányainak változásáról az általa bevezetett intézkedések hatására



Forrás: Coxcomb Source: Nightingale, F. Notes on matters affecting the health, efficiency, and hospital administration of the British army: founded chiefly on the experience of the late war. London: Harrison & Sons, 1858. (2017.03.14.)

Nightingale a hasonló összeállítású diagramokat „coxcomb”-oknak [=bolondság] nevezte, de később ezt a kifejezést többnyire az egyéni összeállítású adatmegjelenítésekre használták. Ezeket elsősorban a krími háború egészségügyi állapotának helyzetéről és számadatairól készítette olyan parlamenti tagok és civilek számára, akik nehézségekkel küzdöttek a hagyományos statisztikai adatok leolvasásában.

Nightingale számszerűen ki tudta mutatni, hogy az általa vezetett tábori kórházban ápolott katonák közül sokkal kevesebb halt meg, mint a higiéniét mellőző kórházakban, és ezzel bizonyította, hogy ezekben a kórházakban nem, hogy javították volna, hanem valójában jelentősen rontották a betegek, sebesültek életben maradásának esélyeit. Az

egyes változtatásokról vezetett feljegyzéseit látványos módon tudta összevetni a halálesetek számának változásaival. Egyértelmű korrelációt mutatott ki az ápolás sikeressége és a higiéniés állapotok között. Szemléletében megelőzte korát, a tudományos orvoslás előfutárának tekinthető, a számszerűsíthető eredményekre alapozó bizonyítékokon alapuló orvoslás úttörője volt, szakmai körökben őt tekintik a máig jelentős módszer első következetes alkalmazójának

1860-ban nyitotta meg kapuit a londoni **Szent Tamás Kórház** Nightingale-féle tanintézete, és ezzel Florence Nightingale a modern ápolóképzés úttörő alakjává vált. Legnagyobb tette, hogy a rendi és diakónia ápolás mellett *megteremtette a tanult ápolók rendjét, megalapozta és segítette az „ápolói elit” kialakulását*

A „Nightingale-i iskola” nemcsak Angliában terjedt el, hanem kisebb-nagyobb módosításokkal világszerte alapját képezte a szervezett ápolónők képzésnek és kórházvezetésnek.

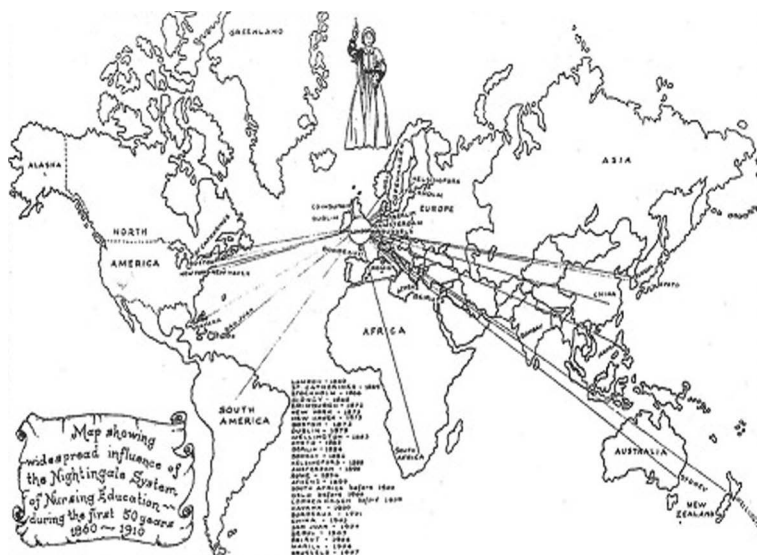
Európában és Amerikában egyaránt nehezítette munkájának a társadalmi elismerését a nők egyenjogúságának problémája is.

Florence Nightingale műveiben részletezte az ápolási alapelveket. Az alapvető dolgok, amelyeket biztosítani kell a kórházakban a higiénié, tiszta levegő, tiszta víz, megfelelő csatornázás, tisztaság, fény és megfelelő táplálkozás. Felhívta a figyelmet arra, hogy az akkoriban óriási gyerekhalandóságot pusztán a higiéniás szabályok betartásával drasztikusan le lehetne csökkenteni. Kiemelte a prevenció fontosságát, szerinte ezzel sok baj megelőzhető lenne:

„A nővérek ma még betegápolók, de eljön a nap, amikor egészségápolók lesznek.”

Hangsúlyozta az emberi hang, a mosoly és szeretet fontosságát, szerinte az ápolónőnek két fegyvere van: a szeretet ereje és a szakértelem. Vallotta, hogy nem elég a testet kezelni, a lélekre is figyelni kell. Követte Hippokratész alapelvét, amely szerint

7. kép. Florence Nightingale „hatása” a világra.
A Nightingale-i ápoló képzési rendszer elterjedése 1860 és 1910 között



Forrás: History of Nursing G.P. Putnam's Sons New York (2017.03.14.)

„Nem a betegséget, hanem a beteget kell gyógyítani.”

Az ápolónőképzés szakszerű beindítása mellett megreformálta a tábori kórház rendszert. Kidolgozta a katonai egészségügy pontos elszámolási rendszerét, amelyet aztán 1947-ig használtak. Az ápolóképzés kidolgozása mellett a babaasszonyok és dologházi ápolók képzését is szárnyai alá vette. Harcolt a szülésznői munka elismeréséért.

„Látogató ápolói”, „körzeti nővér” (district nurse) szervezetek létrehozását kezdeményezte. Florence Nightingale alapelméletét tükrözte ezeknek a szervezeteknek a filozófiája, miszerint a beteg a családjától való elválás okozta fájdalom nélkül jobb gondozásban és ellátásban részesül a saját otthonában. Az amerikai látogató ápolók átvették Florence Nightingale körzeti nővér modelljét, területi vagy körzeti ápolói elnevezéssel működtek. A látogató ápolói szervezeteknek az volt a feladatuk, hogy laikus gondozást és ápolást nyújtsanak az otthonukban fekvő betegeknek. Nemzetközi hírnévre tett szert, az amerikai polgárháború idején az Egyesült Államoktól kért tanácsot a sebesült katonák ellátásának megszervezéséhez.

Sosem járt Indiában, mégis szakértője lett

a hatalmas gyarmat egészségügyi ellátásának. Összehasonlító statisztikai tanulmányt írt az indiai állapotokról és kulcsfigurájává vált az indiai közegészségügyi rendszer bevezetésének. 1863-ban, az angol Társadalomtudományi Egyesület kongresszusára Miss Nightingale „How People may Live and Not Die in India” („Hogyan kellene élni és nem meghalni Indiában”) címmel nyújtott be előadást indiai egészségügyi reformjavaslatairól. 10 évvel később, amikor újra felkérték, hogy készítsen előadást, tízéves működéséről beszámoló dolgozatának címe már ez volt: „How some People have Lived and not Died in India” („Hogyan sikerült egyeseknek élni és nem

meghalni Indiában”). Florence Nightingale minden befolyását felhasználta India katasztrofális egészségügyi viszonyainak javítására. Borzalommal és nagy részvétellel töltötte el az akkori indiai éhínség áldozatainak száma, melyet először óvatosan 1250 000 - 1400 000-re becsültek, majd 4 millióra korrigáltak, de Nightingale becslése szerint az éhínség halálos áldozatainak száma elérte az 5 - 6 milliót is.

1894-ben Budapesten tartották a Nemzetközi Közegészségügyi és Demográfiai Kongresszusok VIII. ülését. A Kongresszus III. Szakosztálya, amelyet az 1891. évi londoni ülés határozata alapján létesítettek, a trópusi országok közegészségügyével foglalkozott. A szakosztály egyik alelnökévé Florence Nightingale-t választották, és a szervező bizottság meghívta a magyarországi ülésre és felkérte, előadás tartására. Florence Nightingale „Falusi egészségügy Indiában” címmel küldött be előadást az ülésre, amelyben vázolta javaslatait az egészségügy megjavítására, elképzeléseit a széles körű felvilágosító munka megszervezéséről. A budapesti kongresszus határozatában elfogadta Florence Nightingale javaslatait az indiai falusi egészségügy megjavítására. A határozat támogatta Florence Nightingale elképzeléseit az alapvető egészség-

ségügyi szabályoknak az indiai lakosság körében való propagálásáról és azt az elgondolását is, hogy a legjobb eredmény magának az indiai lakosságnak együttműködése alapján érhető el. Az akkor már **74 éves, beteges Florence Nightingale személyesen nem tudott részt venni a budapesti kongresszuson. Levelét, melyben a szekció elnökénél kimentette magát, felolvasták az ülésen.**

„Tisztelt Uram !

1894' augusztus 22.

Kérem, engedje meg, hogy szív-ből jövő köszönetemet fejezzem ki a budapesti Közegészségügyi és Demográfiai Kongresszusnak azért a megtiszteltetésért, hogy egyik alelnökévé választott. Jó haladást és a legnagyobb sikert kívánom a Kongresszusnak és nagyon értékes munkájuknak; bár részt vehetnék azon vagy benyújthatnék egy olyan előadást, amely méltó a Kongresszushoz. De – sajnos – rengeteg munkám és egészségi állapotom az oka, hogy ez lehetetlen számomra. Felkértem arra, hogy írjam meg a csatolt előadást, néhány szót szólva egészségügyi eredményeinkről az indiai falvakban. Azt kérték, hogy küldjem el ezt Önöknek. Tudom, hogy elnézéssel fogadják. Nem fogják túlságosan hosszúnak találni, valószínűleg alig 8 percet vesz igénybe.

Dr. T. Duka sebész-őrnagynak Florence Nightingale”

Forrás: Kivonat aKármán Vera: Florence Nightingale statisztikai munkássága A Magyar Közgazdasági Társaság Statisztikai Szakosztálya Statisztikaitörténeti Szakcsoportjának 1969. január 30-án tartott ülésen elhangzott előadásából.

Egyik legfőbb munkája a **Notes on nursing**, feljegyzések az ápolásról. Ez tekinthető az első ápolói kézikönyvnek. Ránk maradt több mint 200 tanulmánya, cikke, könyve, emellett kiterjedt levelezése és naplói. Írásai minden oldalról körüljárják az ápolói munkát. Nightingale úttörőnek számított az adatok grafikus, vizuális bemutatásában is.

Bár a háborúban szerzett betegségei, „a krími láz”, és a fűtetlen és nedves helyiségektől kialakult reuma, a folyamatos kemény

munka meggyengítették, mégis akaratával és szívós kitartásával harcolt tovább ügyéért. Az 1850-es évek végétől egyre nehezebben járt, ágyhoz kötötté vált. Szobájában fogadta a munkatársakat, és olyan kiterjedt levelezést folytatott, amellyel behozta a nagyvilág ügyeit a kis betegszobájába. Idős korára látása egyre romlott, 1901-ben megvakult.

8. kép. Florence Nightingale 1910-ben, halála előtt nem sokkal



Forrás: Read more: <http://metro.co.uk/2008/09/10/final-photo-of-the-lady-of-the-lamp>

Életműve elismeréseképpen Viktória királynő a **Királyi Vörös Kereszt** kitüntetésben részesítette 1883-ban. 1907-ben – első nőként a birodalomban – a királytól megkapta Order of Merit (az angol becsületrend) kitüntetését, az **angol Becsületrendet**.

Florence Nightingale megteremtette a betegápolás etikai alapjait. Az ápolónőktől kiemelkedő szakmai tudás mellett erkölcsi tisztaságot is követelt. Sikerült megbecsült hivatássá emelnie az ápolói munkát. Működésének eredményeképp óriási változás következett be a gyógyászatban. Egy új tudományt hozott létre: az ápolástant.

A **Vöröskereszt VIII. Nemzetközi Konferenciáján** (London, 1907.) nagy visszhangot és komoly erkölcsi elismerést kiváltó **két javaslatot terjesztett be a magyar delegáció vezetője, Gróf Csekonics Endre a Magyar Vöröskereszt Egyesület elnöke.**

Egyik indítványában azt javasolta, hogy a konferencia fejezze ki elismerését és tiszteletét Florence Nightingale iránt, akit a krími háborúban vállalt missziója óta „lámpás hölgyként” emleget a világ.

A másik javaslata úgy hangzott, hogy **a konferencia hozzon létre alapítványt nemzetközi érdemérem adományozására, amelyet olyan hölgyek kapnak, akik különösképpen kiemelkedőt nyújtottak a betegek ápolásában.** Az első javaslatot egyhangúlag elfogadták. A második javaslat is kedvező visszhangra talált. Úgy döntöttek, hogy az érdemérem alapítására vonatkozó előterjesztést tanulmányozás és véleménynyilvánítás céljából megküldik a nemzeti társaságok vezetőségeinek. Ezek támogatták az indítványt és a **IX. Nemzetközi Konferencia (Washington, 1912.) határozattá emelte a magyar javaslatot.** Nemzetközi munkacsoportot bízta meg a Florence Nightingale Alapítvány szabályzatának és a kitüntetés adományozása feltételeinek kidolgozásával. A jóváhagyott okmányt 1914 elején megküldték a nemzeti társaságoknak. **A szabályzat máig érvényes előírása, hogy a kitüntetés adományozására kétfévente kerül sor. Először az első világháború befejezése után 1920-ban kapta meg 51 különböző nemzetiségű ápolónő, közöttük két magyar, báró Apor Gizella és Durgó Ilona a magas erkölcsi elismerést kifejező nemzetközi kitüntetést.** Ezt a kitüntetést kétfévenként az arra érdemes ápolónők kaphatják meg a világ minden tájáról.

Florence Nightingale Londonban halt meg, 1910. augusztus 13-án. Végakarata szerint nem engedte, hogy díszesen temessék a Westminster katedrálisba, a St. Margaret templom sírkertjében helyezték örök nyugalomra.

Az ember életében az ünnepek üzenetek sorát is jelentik. Felismerhető bennük egy közösség értékrendje, a tisztelet, a megbecsülés, a tradíció és az előrettekintés jele is. Az ünnep emlékezés, értékelés, ambíció, előre tekintés, törekvés, igény és minőség.

Az ünnep nem csak emlékezés a régi ese-

9. kép. «Sisters of Charity - Florence Nightingale Medal»



Forrás: <http://the100.ru/en/great-prizes/sisters-of-charity-florence-nightingale-medal.htm> Sisters of Charity - Florence Nightingale Medal

ményre, hanem megújulásra vágyás szükséglete is. A jelen a múltból meríti erejét, de a múlt a gyakran csak a jelenben kap értelmet, és az őt megérdemlő elismerést.

Öltöztessük díszbe a szívünket, és tisztelettel gondoljunk a nagy elődeinkre,- köztük Florence Nightingale, Kossuth Zsuzsanna, Edith Cavell, akik vezércsillagként ragyognak az égen.

„Az embereknek nem ugyanazt jelentik a csillagaik. Akik úton járnak, azoknak vezetőül szolgálnak a csillagok. Másoknak nem egyebek csöppnyi kis fényeknél. Ismét mások, a tudósok számára problémák. Az üzletember szemében aranyból voltak. A csillagok viszont mind-mind hallgatnak. De neked olyan csillagaid lesznek, amilyenek senki másnak. (...) Mert én ott lakom majd valamelyiken, és ott nevetek majd valamelyiken: ha éjszakánként fölnezel az égre, olyan lesz számodra, mintha minden csillag nevetne. Neked, egyedül neked, olyan csillagaid lesznek, amik nevetni tudnak! (...) S ha majd megvigasztalódtál (mert végül is mindig megvigasztalódik az ember), örülni fogsz neki, hogy megismerkedtél velem.”

Antoine de Saint-Exupéry A kis herceg

Ünnepeljünk az Ápolók Nemzetközi Napján!

Adózzunk tisztelettel a mai kor ápolói előtt. Akik a hétköznapiak hősei. Akik nem ritkán méltatlan körülmények között, erkölcsi és anyagi elismerést nélkülözve ott

állnak a betegágyánál a nap 24 órájában, tesszik a dolgukat. Az ember legkiszolgáltatottabb helyzetében, betegségében nyújtanak vigaszt, támogatást, ápolást, gondozást! Egy-egy mosollyal, gyógyító érintéssel jelzik, hogy értünk vannak!
Köszönet érte!

Irodalomjegyzék

1. Kapronczay K. (1994) Janny Gyula és a magyar vöröskeresztes nővéreképzés. Orvosi Hetilap 38 (135): 2100–2102
2. Kapronczay K, Szemkeő E. A betegápolás szervezése a szabadságharc idején Orvostörténeti közlemények Medicina K:K Bp Hozzáférhető: http://orvostortenet.hu/tankonyvek/tk-05/pdf/3.8.2/1981_093_096_kapronczay_szemkeo_betegapolas_szervezese.pdf (Letöltve: 2017. március 17.)
3. Osváth Zsuzsa: Florence Nightingale Medicina, 1959.
4. Doba Éva: Florence Nightingale - a lámpás hölgy Új Akropolisz Kulturális Közhasznú Egyesület. Hozzáférhető: <http://www.ujakropolisz.hu/cikk/florence-nightingale-lampas-holgy> (Letöltve: 2017. március 17.)
5. Múlt kor magazin 2005. május 12. száma Florence Nightingale
6. https://hu.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale (Letöltve: 2017. március 17.)
7. Kertész Erzsébet A lámpás hölgy Florence Nightingale élettörténete Móra KK 197612
8. Hantos János Magyar Vöröskereszt 100 éve, Emberiesség háborúban és békében Akadémia Kiadó 1981.

A MESZK ORSZÁGOS SZERVEZETE ÉS A MESZK SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG MEGYEI TERÜLETI SZERVEZETE

2017. október 6-7-én, Nyíregyházán
rendezi meg

az
Egészségügyi Szakdolgozók Második Alapellátási Konferenciája
c. pontszerző rendezvényt.

A rendezvényre vonatkozó bővebb információ hamarosan a www.meszk.hu honlapon keresztül érhető el.

Kettős tabu: fogytékosok, szexuális igények a kórházi ellátás alatt

DR. FORRAI Judit DSc

Összefoglalás

Ez a cikk bemutatja az ápolók helyzetét és hozzáállását a fogytékos beteg kórházi ellátása során felmerülő szexualitással kapcsolatban. Az ápolók nehéz helyzetben vannak a szexualitással foglalkozó bonyolult összefüggő komplex kérdéssel. A betegellátást befolyásolja, hogy az ápolók hogyan ítélik meg a szexualitást. Mivel a szexualitás alapvető része az emberi létnek, így az ápolók talán szívesen beszélnek erről a betegeknek. Egy személy szexualitása vagy szexuális egészsége ideiglenesen vagy véglegesen megváltozhat a betegség vagy kezelés alatt. Az ápolók kiválóan alkalmasak arra, hogy foglalkozzanak a betegek szexuális igényeivel, mert folyamatosan kapcsolatban vannak a betegekkel. Az intim jelleget megőrizve az ápolók megfelelő tájékoztatást és oktatást tudnak nyújtani ezen a területen. A szakmai határok választják el az ápolói „hatalmat” a beteg kiszolgáltatottságától. Az ápolói hatalom a szakmai helyzetből adódik és a betegek érzékeny személyes adatainak ismeretéből, hozzáféréseiből. Az ápolónak mindent meg kell tennie, hogy tiszteletben tartsa és biztosítsa a betegközpontú kapcsolatot, és egyensúlyban tartsa a hatalmi egyensúlyt.

Kulcsszavak: fogytékosok, szexuális igények, ápolás, ápoló-beteg kapcsolat, tisztelet, sexeducáció a kórházban

Double taboo: disabled people, sexual needs during the care in the hospital

Judit FORRAI DSc

Summary

This paper presents the situation and perceptions of nurses regarding sexuality related to disabled patient care in hospital. The nurses have difficulty dealing with issues of sexuality, and the reasons for this were complex and interrelated. Patient care is influenced by nurses' perceptions of sexuality. Nurses basically could discuss of sexuality with their patients however, the sexuality is a fundamental part of being human. A person's sexuality or sexual health can be temporarily or permanently altered by illness or treatment. Nurses are well suited to deal with patients' needs regarding sexuality, because nurses are in constant contact with patients and because of the intimate nature of care that nurses could provide the sexual care, information's and education on this field. Professional boundaries are the spaces between the nurse's "power" and the patient's vulnerability. The power of the nurse comes from the nurse's professional position and access to sensitive personal information. Nurses should make every effort to respect the power imbalance and ensure a patient-centered relationship.

Keywords: disabled people, sexual needs, nursing care, nurse-patient relationship, effort to respect, sexeducation in hospital

Beérkezett: 2017. április 18. Elfogadva: 2017. április 20.

Bevezető

Ebben a cikkben egy igen komplex, nehéz és alig tárgyalt témáról lesz szó, olyan betegek kórházi speciális ellátásáról, amely hazánkban nem a mindennapi, megszokott, rutin gyakorlatot jelenti. Nevezetesen a hosszú időt kórházban töltött betegek közül is azokról, akik vagy veleszületett, vagy szerzett fogytékkal, hátránnyal élve kerülnek kórházba, alapbetegségük mellett a kórházban eltöltött hosszú idő alatt felszínre

kerül a szexuális igényük, azok tudomásul vétele, és e probléma kezelése. Milyen feladatot jelent magára az ápolásra, az ápolói munkára, hogy viszonyuljon az ápoló személyzet e témához, mit tud tenni a beteg érdekében, segítségére, a beteg mennyire tudja felfogni, megérteni, alkalmazni a felé irányuló segítséget, hogy viszonyulnak a betegek hozzátartozói, gyámjai e kérdéshez. A probléma sokrétű és összetett. Hogy lássuk milyen volumenű kérdésről is van szó, néhány adatot és tényeket mutatunk be,

DR. FORRAI Judit DSc Semmelweis Egyetem Népegészségtani Intézet

Levelező szerző (correspondent): DR. FORRAI Judit DSc, e-mail: forrai.judit@med.semmelweis-univ.hu

hogy világos legyen, mennyire nem marginalizált csoportról van szó, a rászorultak nagyságából adódóan globalizált problémát jelent, s mennyire szűk az ellátásuk keresztmetszete.

Fogyatékosokról általában, adatok

Fogyatékoság része az emberi állapotnak - szinte mindenki átmenetileg, vagy véglegesen károsodott valamikor az életben, és azok, akik túlélnek, vagy elkerülik fiatalabb éveikben, azok idős korban fogják megtapasztalni szervezetük egyre nehezebb működését, amely szintén az élettel együtt járó természetes folyamat.

A fogyatékoság összetett, azok által okozott hátrányainak leküzdését célzó beavatkozások sokrétűek, állandóan változó kontextusban fordulnak elő. A fogyatékoság rendkívül változatos. Egészségügyi szükségleteiknek hozzáférést biztosítani kell, melyet az ENSZ-egyezmény a fogyatékkal élők *Committee on Rights of Person with Disabilities* (CRPD) jogairól szóló 25. cikke megerősít, hogy elérjék a legmagasabb szintű egészségügyi ellátást, megkülönböztetés nélkül. (UN Human Rights, 2015)

A WHO fogyatékoság meghatározása szerint a fogyatékoság nem zárja ki az egészséget, nem betegség, hanem egy állapot. A mai fogalom tartalma hosszú társadalmi vita után alakult ki. A WHO 1980-as meghatározása szerint három, fokozatilag és tartalmilag eltérő fogalmat különböztet meg: ok, betegség *sérülés*, károsodás (impairment) → *fogyatékoság*, funkciózavar (disability) *akadályozottság*, hátrány (handicap). A *sérülés*, károsodás a szervezet szintjén értelmezhető, az ember élettani működésének bármiféle rendellenességeként, vagy hiányosságaként; a *fogyatékoság*, funkciózavar a képességek szintjén, pszichés összefüggésben nyilvánul meg; az *akadályozottság*, hátrány pedig társadalmi szinten jelenik meg, amely korlátozza, esetenként meg is akadályozza, hogy az egyén betöltse kortól, nemtől, társadalmi és kulturális tényezőktől függő mindennapi szerepét. (Vidonyiné, 2010) Ily módon az *akadályozottság*, a károsodás és a *fogyatékoság* társadalmivá válik. Az 1997-ben újrafogalmazott WHO *fogyatékoság* értelmezés

jelentős szemléletbeli változást tükröz már: a károsodás és a társadalmi részvétel közötti kölcsönhatásokat is tartalmazza, amely pontosan jelzi, hogy a károsodásból adódó hátrányok mértéke és megítélése (de akár az állapot rosszabbodása is) jelentős mértékben függ a társadalmi elfogadottságtól, a társadalom által nyújtott mozgástértől, lehetőségektől. (Abrams és mtsai., 2003)

A "fogyatékoság" definíciója és tipológiája a társadalmi környezet reakciójának hosszasan kiértékelte eredménye. Általánosságban a szokásostól való szellemi és/vagy fizikai eltérést, egészségkárosodásból fakadó korlátozottságot jelent. A fogyatékoság abszolút fogalma a fogyatékoság kritériuma alapján kategóriákba helyezi az embereket, mint értelmi fogyatékosok, látássérültek, hallássérültek, mozgáskorlátozottak, beszédben akadályozottak, valamint a teljesítmény és viselkedészavarokkal küzdőkre. Szociológiai felfogás szerint az egészségkárosodás csak meghatározott környezeti feltétel esetén jelent egyben korlátozottságot is.

A fogyatékoság és a funkcióképesség csökkenését a fogyatékoság nemzetközi osztályozása *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) szerint többféle szempontból csoportosítja: testi funkciókra és struktúrákra, a tevékenységeket és részvételt kontextuális tényezők környezeti és személyes aspektus szerint egységbe foglalják. (WHO, 2001) Így a *fogyatékoság*, mint gyűjtőfogalom finomabb distinkciók szerint csoportosíthatóak. A *fogyatékosok* száma a világban egyre növekvő tendenciát mutat. (WHO, 2016) (I. táblázat)

Kielégítetlen igények az egészségügyi ellátásban

A fogyatékos személyek többet vesznek igénybe az egészségügyi szolgáltatást, mint a nem fogyatékosok. Társbetegségek is gyakrabban fordulnak elő. Az öregedési folyamat egyes fogyatékos embereknél előbb kezdődik a szokásosnál. Ez növeli az egészségügyi kockázatot. Kimutatták, hogy a fogyatékos emberek között magasabb arányban fordul elő a kockázatos viselkedés, mint pl. a

I. táblázat A fogyatékosok becsült adatai (Forrás: WHO, 2016)

A WHO adatai szerint 2016-ban:

- Több, mint egy milliárd ember, mintegy a világ népességének a 15%-a él valamilyen fogyatékossgal
- 110–190 millió felnőtt jelentős funkcionális nehézségekkel él
- A fogyatékossgal aránya egyre nő a népesség előregedése, valamint a növekedő krónikus betegségek előfordulása és egyéb egészségi, környezeti stb. okok miatt.
- A fogyatékkal élő emberek kevésbé férnek hozzá az egészségügyi ellátáshoz és ezért a egészségügyi szükségleteik nem kielégítőek

dohányzás, a helytelen táplálkozás és a mozgásszegény életmód. A halálozási arány a fogyatékkal élők között magasabb.

Egészségügyi akadályok: A fogyatékos embereknek számtalan akadályt kell leküzdeni, amikor megpróbálják elérni az egészségügyi ellátást, beleértve az egyáltalán nem, vagy rosszul végzett akadálymentesítést, amely nehezíti az ellátás elérését. Egyenetlen az épületek (kórházak, egészségügyi központok) elérése, megközelíthetetlenek egyes orvosi berendezések, szegényesek, hiányosak a feliratok, szűk ajtók, belső lépcsők, a nem megfelelő tisztálkodási lehetőség, és megközelíthetetlen parkolók növelik az akadályokat. A nők például a berendezések mobilitási nehézségei miatt gyakran nem tudnak hozzáférni a mell- és méhnyakrák szűréshez, mert a vizsgálati egységek nem állítható magasságúak, mint pl. a mammográfiás berendezés, mely csak azokat a nőket tudja vizsgálni, akik képesek állni.

Megfizethetetlen költségek: Az egészségügyi szolgáltatások és a közlekedés költségfedezete ill. annak hiánya a két fő oka, hogy a fogyatékkal élők nem részesülnek a szükséges egészségügyi ellátásban az alacsony jövedelmű országokban – nem engedhetik meg maguknak az egészségügyi szolgáltatás megvételét, míg a nem fogyatékosoknak 32–33% ban, addig 51–53%-ában a fogyatékosnak nincs pénze az ellátás költségeire.

A szolgáltatások korlátozottan állnak rendelkezésre: A nem megfelelő szolgáltatások, vagy a nem létező szolgáltatás is lehet akadály a rossz ellátásnak.

Az egészségügyi dolgozók nem megfelelő készségei és ismeretei: Az egészségügyi szolgáltatók képességeik hiánya miatt nem képesek a fogyatékkal élő emberek igényeinek kielégítésére. Több mint kétszer akkora valószínűséggel nincsenek ellátva, négy-szer nagyobb valószínűséggel rosszul bántanak velük, és majdnem háromszor nagyobb valószínűséggel megtagadják ellátásukat.

A szexualitásról általában

A szexualitás a legfontosabb része az emberi természetnek. Nehezen definiálható, mert sokféléet tartalmaz és foglal magába. Talán az egyik legösszefogottabb meghatározás a WHO definíciója. (WHO, 2006) **(II. táblázat)**

A szexualitás szerves része az emberi tapasztalatnak a születéstől a halálig. Mindannyiunknak megvannak a saját egyedi ismeretei a szexualitásról, amelyet befolyásol a családjunk, a közvetlen környezetünk és a társadalom, amelyben élünk. A szexuális jogok pedig meghatározzák minden ember jogát, hogy kényszer, diszkrimináció és erőszakmentesen éljen szexuális életet. Ezek a szexuális jogok, amelyek minden embert megilletnek. **(III. táblázat)**

Fogyatékossg és szexualitás

Kétféle megközelítésből indulhatunk ki, egyrészt a társadalom hozzáállásából a fo-

II. táblázat A WHO szexualitás definíciója (Forrás: WHO, 2006)

„A szexualitás az egész emberi lét központi aspektusa, s magában foglalja a nemet, a nemi identitást és szerepeket, a szexuális orientációt, az erotikát, gyönyört, intimitást és a reprodukciót. A nemiség kifejeződik gondolatokban, fantáziákban, vágyakban, hiedelmekben, attitűdökben, értékekben, viselkedésekben, szokásokban, szerepekben és kapcsolatokban. Bár a szexualitás mindezeket magában foglalja, nem mindig nyilvánul meg mindegyik. A szexualitást befolyásolja a biológiai, pszichológiai, szociális, gazdasági, politikai, etikai, jogi, történelmi, vallási és szellemi tényezők interakcióját.” **WHO 2006a**

III. táblázat Szexuális jogok (Forrás: WHO, 2002)

Szexuális Jogok

- hozzáférhessen az elérhető legmagasabb színvonalú szexuális egészségügyi ellátáshoz, mely magában foglalja a szexuális és reprodukció egészségügyi szolgáltatásokat;
- felvilágosítást igényelhessen és hozzájuthasson szexualitással kapcsolatos ismeretekhez;
- szexuális nevelésben részesüljön;
- tiszteletben legyen tartva a testi integritása;
- dönthessen szabadon partnerét illetően;
- dönthesse el, hogy szexuálisan aktív vagy passzív;
- létesíthessen konszenzuson alapuló szexuális kapcsolatokat;
- létesíthessen konszenzuson alapuló házasságot;
- dönthesse el, hogy vállaljon vagy ne vállaljon, illetve mikor vállaljon gyereket;
- kielégítő, biztonságos és élvezetes szexuális élete legyen

gyatékosok szexualitásáról alkotott elképzelések, elvárások alapján, másrészt magáról a fogyatékos emberek szexualitásából.

A fogyatékos emberek éppúgy megtapasztalják a szexuális érzelmeket, késztetést és vágnak a fizikális és érzelmi élvezetre, ugyan úgy, mint bárki más. (Egholm és Aurel, 2015) Egy egészséges fiatal jó szexuális életéhez elengedhetetlen az egyén szocializációja, vagyis a tanult viselkedési módok elsajátítása egy adott korban, társadalomban, az adott nemének megfelelően. Fokozott nehézségbe ütközik a szocializáció ezen a területen a fogyatékosok életében. E nehézség többirányú és többretű. Maga a fogyatékoság fizikális és mentális határokat szabhat, de ugyanakkor maga a szocializációs folyamat létrejötte, a családi, a szűk környezeti és a társadalmi integráció is igen nagy akadályokat hárít e természetes vagy tudomásulvételében, azok kiélésében.

Rengeteg tévhit, előítéllet, megbélyegzéssel és a kirekesztés tényével kell megküzdenni a fogyatékosok szexuális életének elfogadásában. A fogyatékosok szexualitásáról tévhitek, negatív attitűd és sztereotípiák keringenek, amelyek megnehezíthetik és megbélyegzik a szexuális életet, vagy élni akarót. (Coyne, 2016) Az alábbi tévhitek keringenek a fogyatékos emberek szexualitásáról:

- ⇒ a fogyatékkal élő nőknek és férfiaknak nem kell a szex,
- ⇒ a fogyatékkal élő nők és férfiak szexuálisan „túlfűtöttek”,
- ⇒ a fogyatékkal élő nők és férfiak nem érezhetnek „igazi” szexet, szerelmet,
- ⇒ a fogyatékkal élő nők szexuálisan vonzóak,

- ⇒ a fogyatékkal élő fiúknak és lányoknak nem kell szexuális oktatás,
- ⇒ a fogyatékkal élő nőknek és férfiaknak sokkal fontosabb szükségleteik vannak, mint a szex,
- ⇒ a fogyatékkal élő nőknek és férfiaknak, mint például a retardáció, nem kell a gyerekek és nem szabad megengedni, hogy gyermekük legyen,
- ⇒ minden fogyatékos ember heteroszexuális,
- ⇒ csak önállóan működőképes egyén képes kezelni a kapcsolatait,
- ⇒ női fogyatékosok nem lehetnek anyák,
- ⇒ senki sem támadja meg szexuálisan a fogyatékos személyeket.

A tények azonban mást mutatnak:

Éppúgy kívánják a szexet, mint minden más ember, a fogyatékos nem akadályozza ennek. A kapcsolatok számos formában vannak jelen a fogyatékosok életében. A fogyatékos embernek éppannyi szexuális joga van, mint a többségnek: joga van szexuális partnert választani, akár azonos, vagy különböző nemű legyen a kapcsolata, gyerekvállaláshoz, oktatás és a tájékoztatás alapvető fontosságú információihoz, csökkenteni a kiszolgáltatottságot és a visszaélést. A társadalom gyakran úgy véli, hogy szellemileg fogyatékos embereknek nincsenek jogai egyáltalán gyakorolni a szociális és szexuális kapcsolatokat.

Szellemileg fogyatékos emberek néha úgy látszanak, mintha szexuálisan deviánsak lennének, holott csak a szexuális viselkedésükből hiányzik a szocializáció. A fizikális el-látásuk mellől hiányzik az a hosszú tanulási folyamat, amelyet megkapnak az ép társai gyerekkorban a családban és az iskolában.

Kevésbé kerül erről szó intézményekben, bentlakásos otthonokban. Egyrészt a tanulás lassabban megy és nehézségekbe ütközik, másrészt nem foglalkoznak ezzel a témával. Így aztán persze kirí a környezetéből, aki nem kapta meg azokat a viselkedési szabályokat, amelyet minden társadalom és közösség kiérlel magában.

A fogyatékos ember éppúgy igényli ugyanolyan szexuális egészségügyi szűrővizsgálatok elvégzését, mint a társadalom többi tagja pl. a szexuális úton terjedő fertőzések ellenőrzését, emlőszűrést, méhnyak- és prosztatata szűrést.

Magáról a szexualitásról szóló mindennapi beszélgetéseink, aktuális problémák megoldására irányuló segítségkérés, segítség nyújtás, oktatás, felvilágosítás területén még mindig a szemérem és szégyen határán állunk annak ellenére, hogy komoly erőfeszítéseket tettünk és teszünk a szexualitásunk megértése és a megfelelő társadalmi diskurzusa érdekében, különösen keveset szólva a fogyatékosok, vagy bármilyen hátránnyal élők szexualitását (pl. fedél nélküliek, drogfogyasztók, autisták, Downosok, értelmi sérültek, migránsok, prostituáltak, melegek, érzékszervi sérültek stb.) mert még mindig többnyire tabunak számít akár beszélni is róla hazánkban.

A fogyatékosok világában a szexualitásról alkotott képük olykor fragmentált, nem egyenletes, kevés információ jut el hozzájuk, és az sem biztos, hogy fel tudják-e megfelelő kognitív szinten dolgozni, így a szexuális szocializációjuk stuktúrált beépítési módja megfelelő lesz-e, alkalmazni tudják-e a feljuk áradó információkat. De ugyanakkor a hormontermelésük és a szexuális vágyuk ugyanúgy működik, mint a többi embernek. Alapvetően szexuális lények vagyunk, mindez akkor is érvényes, ha valaki fogyatékos bármilyen formában.

Nem elhanyagolható probléma. Akik napi szinten foglalkoznak fogyatékkal élő fiatalokkal és felnőttekkel, azok pontosan tudják a szexualitás eleven napi jelenléte mennyire involválódik életükben. Nem ez a probléma, mert ez a teljes normális létforma, hanem a kezelő személyzet, a társadalom viszonyulása a fogyatékosokkal szembeni évezredek óta lévő stigmatizáció, megcímkezés, szeg-

regációs folyamatában és ezen belül hatványozottan, ha a fogyatékosok szexualitásától van szó.

Fogyatékosok szexualitásával foglalkozó irányelvek és stratégiák fejlődése, kialakulása

Az első, szexualitással és emberi kapcsolatokkal foglalkozó olyan irányelv gyűjtemény, amely széleskörű vitát kavart a Hounslow Szociális Szolgálat *„Értelmi fogyatékkal élő emberek szexualitása – irányelvek a gondozó személyzet számára (1982, „Sexuality of Mentally Handicapped People – Guidelines for Care Staff”)”* című dokumentum volt. (United Nations, 1982; Shalton, 1992)

A Hounslow Nyilatkozat nyíltan kifejti az irányelvek célját: mind a dolgozók, mind a tanulási nehézségekkel élők védelmét. Olyan témákat vitattak meg, ahol különféle érdekek ütközhetnek (pl. a tanulási nehézséggel élők és szülei között). (Forrai, 2003)

Egyértelmű, hogy bármilyen viselkedésnek, eljárásnak jogi keretek között kell maradnia. A jogi sémák világos megértetése mind a közösség, a kezelő személyzet, mind a tanulásban akadályozottak számára alapvető védelmet jelent. Így pl. egy a gondozottal való barátságos megbeszélés a szexualitásról szóló tájékoztatásban alapvető feladat.

A Hounslow Nyilatkozat számos „diszkkrét”, bizalmas területet megtárgyal, így pl. a fogamzásgátlás, a szexuális kapcsolat, a házasság-együttélés, a maszturbáció, a homoszexualitás témáját is. Korán felismerték, hogy a személyzet emberi értékrendje ütközhet a fogyatékosoktól elvárt viselkedéssel. A Hounslow Nyilatkozat világosan kimondja, hogy a személyzet személyes, emberi, morális értékrendje nem erőltethető a tanulási nehézségekkel élő emberekre. Ebből következik, hogy a személyzet emberi értékeiről szóló bármilyen vita és az, hogy ez milyen mértékben kell, hogy befolyásolja munkájuk során a viselkedésüket, komoly előrelépést, változást hozott. Milyen mértékben válnak külön a személyzet morális értékrendje?

Van a személyzetnek joga bizonyos helyzetek megakadályozására, saját értékrendjük alapján? Ezek a témák éppoly aktuálisak ma is, mint a korai dokumentumok születésekor.

Az irányelvek fejlődésének következő szakaszában megjelennek már hivatkozások a normalizációra és más értékes elvekre.

1993-ban bármilyen becslendő is a szándék, ezek az elkészült dokumentumok az évek során elveszítették a jelentőségüket. (Quinn, 1993) A személyzet és a vezetők változásával egy-egy ilyen dokumentum könnyen elfejtődik.

A humán szolgálatokban gyakran vannak olyan helyzetek, amikor az egyik személy nagymértékben ellenőrizheti a másikat (függ a másiktól). És fontos, hogy ezt ne használják "másra", pl. kizsákmányolásra. Mindig fontos az idioszinkratikus viselkedés ellen védekezni, különösen, ha ez helyi normává válik. A fentieket számba véve, a kérdésre, hogy van-e szükség stratégiára és elvekre, a válasz az, hogy mindkettő hasznos. Stratégiára azért, hogy a különféle tevékenységek összhangban legyenek a joggal, az értékrenddel és irányelvekkel. Bizonyos nehézségek ellenére ezen dokumentumok létrehozása azt sugallja, hogy az egészségügyön belül a szexualitás és az emberi kapcsolatok témája továbbra is viták és megbeszélések tárgya.

A mai dokumentumok nyilvánvalóan különböznek a koraiaktól mind stílusukban, mind tartalmukban.

2009-ben újabb megfogalmazás született a WHO részéről. (WHO, 2009) Ez az útmutató ajánlatot ad a különböző cselekvési területekre: A partnerség kialakítása érdekében fontos a fogyatékos személyek szervezetével való kapcsolat kialakítása. A szempontok és programok tervezése és kialakítása kedvezőbb, ha fogyatékos személyek is részt vesznek a fejlesztésben. Növelni kell a hozzáférhetőséget. Biztosítani kell, hogy minden SRH (Sexual and Reproductive Health) program elérhetővé váljon a fogyatékossgal élő személyek számára. Az SRH program célja, hogy elérjék az egész világon. A nemzeti SRH politikát, törvényeket érvényre kell juttatni a költségvetésben is. Az UNFPA, WHO és egyéb repro-

duktív egészség partner szervezeteknek dolgozni kell azon, hogy megbizonyosodjanak arról, hogy minden SRH jogszabályt betartják a fogyatékkal élő személyek érdekében. Kutatásokat kell előmozdítani az SRH témák korszerű kidolgozása céljából.

A fogyatékosok ellátásának valósága

A fogyatékosok visszatérő, gyakran hosszú nyúló kórházi ellátása alatt sokszor felmerül a természetes szexualitás igénye és az ezzel járó viselkedés látható hatása (izgatottság, nyugtalanság, agresszió, maszturbáció, stb), ezért különösen nagy figyelmet igényel a velük való beszélgetés, felvilágosítás és a gyakorlati segítség nyújtás azoknak, akik velük szoros kapcsolatban vannak, mint ápoló, gyógyító, segítő személyzet. Fizikai ellátásuk is sokkal több időt és törődést kíván, s mivel napi szinten szoros fizikai, ellátási kapcsolatban vannak az egészségügyi szakdolgozókkal, ezért nagy súly nehezedik az ápolók vállára, e fenti probléma megértése és valamilyen szintű megoldása miatt. (Coyne, 2016)

A kórházi ellátás során elég mostoha helyzetben vannak ezek a betegek, akik különböző szerzett krónikus betegségekben, sérülésekben, valamint veleszületett fizikai, értelmi, pszichoszociális, vagy érzékszervi károsodással élnek az elnyúló, hosszú ápolási időszakban a kórházi ellátásban. Ezért ellátásuk, ápolásuk különleges szakértelmet igényel.

Mint az előzőekben láttuk az ENSZ, WHO, UNICEF, UNFPA és számtalan nemzetközi szervezet a jogállást, a működést, a problémák felismerését több évtizeden át kiharcolták, elismertették, törvénybe foglalták, szerződést kötöttek, stb. Azonban lebontva ezt, az egyes fogyatékos ember napi ellátásában differenciáltan tapasztalhatja, attól függően hol él, milyen az egészségügyi ellátás és az ő hozzáférése, milyen anyagi háttér szab limitet az ellátásában.

Ezek a társadalmi különbségek, technikai felszereltségek egyenlőtlen elosztása és még nagyon sok egyéb indok pl. politikai, gaz-

dasági tényezők okozzák a méltatlan különbséget a fogyatékos ellátásban. Persze ez nem csak hazánkra érvényes, hanem világszerte is. A fogyatékos emberek nagyon sok esetben nem részesülnek ép embertársaikkal azonos színvonalú egészségügyi ellátásban. (WHO, 2011)

Ennek oka a fent említetteken kívül részben az, hogy az egészségügyi szolgáltatást nyújtók nem ismerik a fogyatékos emberek jogait, részben pedig az, hogy nincsenek pontos ismereteik a fogyatékos emberek speciális szükségleteiről. Mindezek ismerete pedig elengedhetetlenül fontos annak biztosításához, hogy az egészségügyi szolgáltatásokat a fogyatékos emberek másokkal egyenlő módon tudják igénybe venni. (Földesi, 2013)

A gyenge szakértelem is befolyásolja a minőséget, csökkenti a hozzáférhetőséget és megfelelő szolgáltatások elérését. A World Health Survey 59 országból gyűjtött adataiból kiderült (2002–2004), hogy a fogyatékkal élő embereknek több, mint kétszer akkora valószínűséggel kell számolniuk azal, hogy az egészségügyi szolgáltató képességei nem megfelelőek az igényeik kielégítésére, négyszer nagyobb valószínűséggel rosszul bánnak velük, és majdnem háromszor nagyobb valószínűséggel tagadják meg a szükséges egészségügyi gondoskodást. (WHO, 2011) A személyzet hiányának okai közé tartozik az egészségügyi dolgozók rosszul fizetettsége és jelentős problémát jelent az is, hogy kb. 80%-uknak nincs speciális képzésük. (Mc Farlane és McLean, 2003)

Szexuális segítség, holisztikus ellátás az ápolói munkában

Bár általánosan elfogadott a szakemberek részéről, hogy a fogyatékos emberek is szexuális lények, a gyakorlatban gyakran rosszul kezelik, nem megfelelően állnak hozzá, ha egyáltalán akarnak foglalkozni ezzel a kérdéssel. Azonban a szakemberek, ápolók és terapeuták tudják, hogy fontos a szexuális önkifejezés, és megfelelő helyzetben az egyéneket támogatni kell, különböző módon akár egyéni, akár csoportos foglalkozá-

sok alkalmával. Sokkal nagyobb súly és felelősség hárul az ápolókra ezen a területen is. Aránytalan ez a kapcsolat, korántsem egyenlő, partneri. De akkor felmerül a kérdés mégis ki döntheti el, eldöntheti-e bárki is, hogyan szabályozzák, milyen elvek szerint és milyen szempontok alapján, esetleg milyen kereten belül a többség éppen akkori szabályozó szerepét, amikor a fogyatékosok szexualitásáról van szó, különösen a kórházi ápolás során? Ismerjük a történelem során a különböző társadalmi reakciókat a fogyatékosokkal szemben. Akár a Taigetos, akár börtönben vásra verve, akár megbecsülve udvari bolondnak elismerve, stb. (Godrosné, 1963) Mindezen régebbi intézkedések a teljes kihasználtságot, elnyomást és regressziós elveket hirdették. Mára azonban a nemzetközi irányelvek, stratégiák, törvények legalább betűbe véve biztosítják a fogyatékosok jogait. A gyakorlat azonban nem mindig követi a törvényeket és ajánlásokat.

A holisztikus ellátás biopszichoszociális megközelítést jelent, amely egyaránt magába foglalja az egész embert az egész fogyatékos létet a kórházi ápolás alatt, beleértve a felmerülő szexuális problémákat. Nem lehet elmenni e probléma mellett, amikor hosszabb ápolási időről van szó, óhatatlanul előjönnek ezek a megválaszolásra váró kérdések is. Számos betegség, baleset, vagy a kezelések következtében szexuális diszfunkciók jöhetnek létre. Ma már sok útmutató, tankönyv, szakirodalom készült a személyzetnek, hogy lehetővé tegyék azt, hogy a szexualitással kapcsolatos témákról bizalmasan tudjanak beszélni ápolójaikkal.

A rehabilitációs területen dolgozó ápolók kiemelt helyzetben vannak, hogy ezeket a kérdéseket meg tudják beszélni, tanácsot tudjanak adni. (Gender, 1992) Ehhez, az ápolóknak több akadályt kell leküzdeni: kulturális és szakmai sztereotípiák ellenére segíteni a betegnek.

A fogyatékos páciensekkel való szexuális élettel kapcsolatos megbeszélés, felvilágosítás vagyis oktatás, lassabb ütemben történik. E nevelés célja, hogy készségeket építsen, megfelelő nyelvet és viselkedést segítsen elő. A szexuális nevelés, mint általában igen hasznos és több irányú, hozzásegíti a sérültet a pszichoszexuális és szociális fej-

lódéshez. Ezek segítségével elérhetjük, hogy személyisége fejlődjön, növekedjen az informáltsága a szexuális kultúráról, javítsa az örömszerző funkcióit, nemi identitását vállalja. A fogyatékosok társadalmi beilleszkedésének segítésére ma már több nemzetközi és hazai módszert dolgoztak ki. A felvilágosítás hatására módosul a kognitív, kommunikációs és nyelvi képességek fejlődése; kialakulhatnak az interperszonális kapcsolatok. (Forrai, 2003) Fontos a nevelési, oktatási és egyéb terápia dinamikája, az ápoló, a kórházi szociális munkás, a hozzátartozók felkészültsége, és felkészítése arra, hogy növeljék a szexedukációs ismereteket, módszereinek elsajátítását, interakciók határainak ismeretét, felkészítsen a dinamikus kapcsolat kialakítására, a szégyenmentes beszélgetésre, szem előtt tartva az autómiát, tiszteletben tartva az önbecsülést.

A szexuális témákat felölelő oktatás hiánya is nagy gondot, szakmai hátrányt okozhat. Ezért az ápolók oktatási szakterületét fejleszteni kellene a beteg szexuális egészségével kapcsolatos információkról, tévhitokról, viselkedésről, attitűd változásról és értékek ismeretéről a szexualitással összefüggően kiemelve a fogyatékkal élők speciális problémáit a mindennapi gyakorlatban. Ezzel elő lehet segíteni a holisztikus ellátást.

A terápiás kapcsolat lehetővé teszi az ápolóknak, hogy alkalmazzák a szakmai ismereteiket, eleget tegyenek a beteg egészségügyi szükségleteinek a készségek, képességek és tapasztalatok szintjén. Ez a kapcsolat dinamikus, célorientált és betegközpontú, de szem előtt kell tartani a terápiás ápoló-beteg kapcsolatában a beteg védelmét, a méltóságát. Más kórházi betegekhez képest ezek a betegek sokkal kiszolgáltatottabbak, mind az önrendelkezés, mind magánéletük terén. Figyelemmel arra, hogy az ápoló-beteg kapcsolatban nagyobb az egyenlőtlenség, mindent meg kell tenni, hogy a hatalmi egyensúly hiánya ellenére tiszteletben tartsa és biztosítsa a betegközpontú kapcsolatot.

Határsértő magatartás is előfordulhat a gyakorlatban az ápolók részéről. Ez lehet a hatalommal való fizikális visszaélés, a szenzitív adatokkal való visszaélés, a titoktartás be nem tartása és néha szexuális visszaélés.

Mindegyik határsértés súlyos jogi következményekkel jár. A beteg számára ez fokozott szorongást, diszkomfort érzést okozhat, de elmozdulhat nagyon súlyos reakciók felé is. Mindez súlyos jogsértés.

A szakmai segítés plasztikus differenciálására három szintet különböztetnek meg a folyamatos szakmai ápoló-beteg kapcsolati viselkedésben:

⇒ Alacsony részvétel (Under involment)

⇒ Szakmai kapcsolat (Professional relationship)

⇒ Túlzott részvétel (Over involment)

Az alacsony részvétel távolságtartást, érdektelenséget és elhanyagolást jelent, bár nincs éles határ, pontos mérce, elválasztó vonal a helyes terápiás kapcsolattól, ugyanúgy, ahogy a túlzott részvételtől sem. Ez kontinuum, egy referenciakeret, hogy segítse az ápolók munkájának értékelését a kollégái felé a szakmai-beteg találkozásokról. Határátlépés mindkét irányban megtörténhet, úgy is, hogy az ápoló nincs tudatában a határátlépésnek. Természetesen ez a munka is megfelelő szabályok közé van szorítva, de az élet és a gyakorlat sokszor nem tudja követni az írott szabályokat.

Mindig a fő szempont, hogy a határátlépéssel mi volt a szándék? Vajon a terápiás cél? Vagy a beteg érdeke? Milyen dokumentáció áll rendelkezésre? Az ápoló feladata, hogy megszabja és fenntartsa a határokat. Az ápoló dolgozik a terápiás kapcsolatban, ezért ismernie kell a terápia lehetséges következményeit. Az ápolóknak kerülniük kell az olyan helyzeteket, ahol egyszemélyes, szakmai vagy üzleti (otthoni ápolás is) kapcsolatban vannak a beteggel. Óvatosságnak kell lenni a személyes kapcsolatokban azokkal a betegekkel, akiknek esetleg továbbra is szüksége van ápolási szolgáltatásokra (mint például a mentális egészségügyi problémák, vagy onkológiai betegek).

A beteg oldaláról pedig vajon a páciens beleegyezett-e, hogy szexuális kapcsolata legyen az ápolóval, s ez elfogadható-e? Ha a beteg beleegyezik, és akkor is, ha a beteg kezdeményezi a szexuális aktivitást, ez visszaélésnek minősül az ápoló-beteg kapcsolatban. Erre alkották meg az ún. RED FLAG (piros zászló, vagyis tiltó) viselkedések szabályát. Ezek etikai szabályok a határátlépés,

vagy kereszteződés megelőzésére. Sosem szabad egyedül dolgozni egy ápolónak, az ellátási teamnek ismerni kell a beteget és a kapcsolatot, a terápiát, a gyógyítás alatti felvilágosítás, oktatás éppen aktuális szintjét, így az ellátó közösség védelmet nyújthat az ápolónak is és a betegnek is, különösen a beteg családja számára. Kétség, bizonytalanság esetén konzultálni kell, dokumentálni minden terápiás lépést, mozzanatot. Rendkívül kényes terület, de mindig a betegbiztonságnak kell lennie a prioritásnak. E célból készültek pl. a Resources NCSBN alabamai oktatóanyag, videofilme az *Ápolók munká-*

jának szakmai határai címmel. (NCSBN, 2014)

Összegezve a fogyatékosok szexuális problémáinak terápiás kezelése megfelelő szabályozás mellett igen hatásos lehet a kórházi ápolók munkájában, amelyre igen nagy mértékben szükség és igény van. E munkára alaposan és speciálisan kell felkészülni úgy, hogy se a beteg, se az ápoló joga ne sérüljön, viszont jó terápiás eredményt lehessen elérni annak ellenére, hogy a jelen magyar valóság még nem felkészült a több, mint 16.000 fős ápolóhiánnyal e téma szakszerű, időigényes megoldására.

Irodalomjegyzék

- Abrams, H. [et al.]: A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO). Egészségügyi Világszervezet. Budapest. 2003. Hozzáférhető 2017. április 17. Megtalálva <http://mek.oszk.hu/09700/09756/09756.pdf>
- Coyne, D. (2016) Supporting Sexuality Practice Guide, Practice Guide for Practitioners who Support people with Disability Hozzáférhető 2017. április 17. Retrieved from https://www.adhc.nsw.gov.au/_data/assets/file/0008/348272/Supporting_Sexuality_Core_Standard_Practice_Guide.pdf
- Egholm, A. (2015) Nurses' Attitudes and Beliefs towards Discussing Sexuality with Patients. Bachelor's thesis 36 pages, appendices 9 pages April 2015
- Forrai Judit (2003) Értelmi sérültek érzelmi és szexuális nevelése. Tankönyv. Oktatási Minisztérium 5/1998. (II.18.) MKM rendelet 4 § (1) határozata alapján. Budapest, Szex Edukációs Kiemelten Közhasznú Alapítvány.
- Földesi, E. (2013) Mozgássérültek Budapesti Egyesülete, in Fogyatékos emberek az egészségügyben. Hozzáférhető 2017. április 17. Megtalálva http://www.etikk.hu/wp-content/uploads/2013/05/MBE_Fogyatekos_Emberek_az_egeszségügyben.pdf
- Gender, AR. (1992) An overview of the nurse's role in dealing with sexuality. Sexuality and Disability June 1992, Volume 10, Issue 2, pp 71–79. Hozzáférhető 2017. április 17. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/bf01103839>
- Godrosné Szabó, A. (1963) Gyógypedagógia történet a XX. Századig. http://pszk.nyme.hu/tamop412b/sni_tanulok/i1_a_fogyatkossg_s_fogyatkossgfogalom_rtelmezse.html
- Mc Farlane, L. & McLean, J. (2003) 'Education and Training for Direct Care Workers', Social Work Education 22 (4): 385–99 Hozzáférhető 2017. április 17. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/02615470309140>
- NCSBN (2014) National Council of State Boards of Nursing. A Nurse's Guide to Professional Boundaries Hozzáférhető 2017. április 17. Retrieved from <https://www.ncsbn.org/464.html>, https://www.ncsbn.org/ProfessionalBoundaries_Complete.pdf
- Quinn G. (1993) Strategy for Equality. A Strategy for Equality Summary of the Report of the Commission on the Status of People with Disabilities. Comission. Ireland. Hozzáférhető 2017. április 17. Retrieved from <http://nda.ie/nda-files/A-Strategy-for-Equality.pdf>
- Shalton, D. (1992) A szexuális viselkedés és a személyzet hozzáállása. Mental Handicap. Vol. 20. No.2. Jun 1992
- UN Human Rights. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. 25. article. Hozzáférhető 2017. április 17. Retrieved from <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.aspx>
- United Nations (1982) Decade of Disabled Persons 1983–1992 world programme of action concerning disabled persons. Hozzáférhető 2017. április 17. Retrieved from <http://www.independentliving.org/files/WPACDP.pdf>
- Vidonyiné Sólmos, R. (2010) A sajátos nevelési igényű tanulók integrált oktatására való érzékenyítéshez kapcsolódó pedagógiai módszerek támogatása. Nyugat-Magyarországi Egyetem
- WHO (2001) International Classification of Func-

- tioning Disability and Health (ICF) Hozzáférhető 2017. április 17. Retrieved from <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
16. WHO (2002) Sexual Rights. Hozzáférhető 2017. április 17. Retrieved from http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/
17. WHO (2006) Sexual and Reproductive Health. Hozzáférhető 2017. április 17. Retrieved from http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
18. WHO (2009) Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities WHO/UNFPA guidance note.. ISBN 978 92 4. Hozzáférhető 2017. április 17. Retrieved from https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/srh_for_disabilities.pdf
19. WHO (2011) World report on disability. 2011. p. 21.-35. Hozzáférhető 2017. április 17. Retrieved from http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/ http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_en.pdf
20. WHO (2016) Disability and health. Fact sheet. Reviewed November 2016. Hozzáférhető 2017. április 17. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/>

SZABADON VALASZTHATÓ ELMÉLETI TOVÁBBKÉPZÉSI PONT SZERZÉSI LEHETŐSÉG

Előfizetőink számára a kéziratához tartozó tesztkérdések kitöltésére – a Nővér 30. évfolyam mind a hat lapszámának megjelenését követően – 2017. decemberében a MESZK honlapján keresztül online módon nyílik lehetőség. A kéziratot őrizze meg, mert a teszt kitöltéséhez a későbbiekben meg szüksége lesz rá!

Munkahelyi konfliktus és kiégés kapcsolata egészségügyi szakdolgozók körében

IRINYI Tamás, DR. HABIL. LAMPEK Kinga, DR. NÉMETH Anikó

Összefoglalás

A vizsgálat célja egészségügyi szakdolgozók körében felmérni a munkahelyi konfliktusok összefüggését a kiégéssel és feltárni a munkahelyi konfliktusra adott egyéni reakciók típusait.

Anyag és módszer: Az adatfelvétel 2016. június-augusztus hónapokban történt egy saját szerkesztésű on-line kérdőívvel. Az adatelemzés SPSS 23.0 program segítségével készült, Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk teszt, Spearman-féle rangkorreláció, Kruskal-Wallis próba és Mann-Whitney teszt (Bonferroni korrekcióval) alkalmazásával ($p < 0,05$).

Eredmények: Az 1201 válaszadó csupán 4,6%-a nem élt át munkahelyén még konfliktust, 44,2%-a pedig valamilyen mértékben érintett a kiégés által. Konfliktus esetén 62,2% igyekszik mielőbb tisztázni a konfliktus okozójával a problémát, 41,2% visszасzól, és 1/3-uknál idegesség, zaklatottság jelentkezik. A kiégés mértéke és a munkahelyi konfliktus gyakorisága korrelál egymással ($r = 0,390$; $p < 0,000$).

Következtetések: minél rosszabb lelkiállapotban van valaki, annál konfliktusosabban éli meg a munkahelyét, és főként önvédelmi stratégiákat alkalmaznak konfliktus esetén.

Kulcsszavak: egészségügyi dolgozók, munkahelyi konfliktus, kiégés

The relationship of work-related conflicts and burnout among health care workers

Tamás IRINYI, DR. HABIL. Kinga LAMPEK, Anikó NÉMETH PhD

Summary

The aim of the study was to investigate the relationship of work-related conflicts and burnout; furthermore to reveal the types of reactions to work-related conflicts.

Material and Methods: The survey was conducted between June and August of 2016 using a self-constructed online questionnaire. Data were analyzed with SPSS 23.0; Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk, Kruskal-Wallis and Mann-Whitney tests (Bonferroni correction) and Spearman's rank correlation were applied ($p < 0.05$).

Results: Only 4.6% of the 1201 responders had never experienced any work-related conflicts. Burnout is present on some level by 44.2% of them. In the case of a conflict 62.2% tries to settle the problem with the source of the conflict; 41.2% talks back and one-third gets angry and unsettled. The severity of burnout and the frequency of work-related conflicts are correlated ($r = 0.390$; $p < 0.000$).

Conclusions: The longer someone is suffering from psychic disturbances the more conflicts he/she experiences on the job. Participants usually used self-defence techniques.

Keywords: health-care workers, work-related conflicts, burnout

Beérkezett: 2017. április 11. Elfogadva: 2017. május 30.

Bevezetés

A munkahelyi konfliktus egyetlen munkahelyen sem elkerülhető. Az egészségügyben elég nagy a dolgozók egymásra táltasá-

ga, mely kedvező miliő a konfliktusok kifejlődéséhez. „A konfliktus akkor kezdődik, amikor az egyik fél észleli, hogy a másik fél negatív hatást gyakorol valamire, amely az ő számára fontos” (Berényi & Juhász, 2012). Ez a fon-

IRINYI Tamás okleveles ápoló, Szegedi Tudományegyetem Pszichiátriai Klinika

DR. HABIL. LAMPEK Kinga főiskolai tanár, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézet Egészségfejlesztési és Népegészségtani Tanszék

DR. NÉMETH Anikó főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport

Levelező szerző (correspondent): IRINYI Tamás, SZTE Pszichiátriai Klinika, 6725 Szeged, Kálvária sgt. 57.;

e-mail: irinyikutatas@gmail.com; telefon: +36-20/669-5338

tos dolog lehet például erőforrás, előmeneteli lehetőség, döntési alternatíva, státusz, saját értékek, hiedelmek, meggyőződések, jogok. Munkahelyi konfliktushoz vezethet a munkaterhelés, a felettesi elismerés hiánya (Bishop, 2004), nem világos feladat, hatáskör, változó elvárások, rivalizálás, új munkamódszerek bevezetése (Berényi & Juhász, 2012), személyiség és/vagy érték különbségek, elmosódott határok a munkában, harc a korlátozott erőforrásokért, demokratikus vagy kollektív döntéshozatal, rossz kommunikáció, osztályok közötti verseny, ésszerűtlen elvárások, kielégítetlen és/vagy irreális elvárások (fizetés, előléptetés, munkaterhelés), bonyolultabb szervezeti felépítés, rendezetlen vagy elfojtott előzetes konfliktusok (Kreitner & Kinicki, 2010). A magas munkahelyi stressz (Almost et al. 2010; Wright, 2011), a kommunikáció hiánya vagy rossz minősége (Wilmot & Hocker, 2007) kedveznek a munkahelyi konfliktusok létrejöttének. Konfliktus forrásaként leggyakrabban a kollégák és a főnökök okolhatók (Bishop, 2004), de gyakori az orvos és a szakdolgozó közötti kommunikációs zavar is, melynek oka lehet az egyéni szerepek tisztázatlansága, a kölcsönös bizalom és tisztelet hiánya, a hierarchikus szerepek közötti eltérés (Kollár, 2016), eltérő vagy nem világos célok, a szakmai tapasztalat különböző szintje (Brinkert, 2010), az eltérő szocio-ökonomiai státusz és a képzettségbeli különbségek (Tabak & Koprak, 2007). A konfliktusnak számos következménye lehet a munkacsoporton belül. Okozhat többek között negatív érzelmeket (Bishop, 2004), stresszt és szorongást (Cruseu & Schruijer, 2010), fokozza a kiégést (Nelson, 2012; Okhakhu et al. 2014). A kiégés és a munkahelyi konfliktusok kapcsolatát több külföldi (Fujiwara et al. 2003; Wright, 2011) kutatás is bizonyította már, de ebben a témában hazai felmérés még nem készült egészségügyi dolgozók körében. Vizsgálatunk célja volt ezért felmérni azt, hogy a kiégés milyen összefüggésben lehet a munkahelyi konfliktussal, illetve milyen típusú munkahelyi konfliktust élnek át az egészségügyi dolgozók munkájuk során, illetve azokra milyen megküzdési módokkal reagálnak. Azt feltételeztük, hogy a rossz lelkiállapotban lévő szakdolgozók gyakrab-

ban kerülnek konfliktusba munkatársaikkal, mint a jó lelki egészségben lévők.

Anyag és módszer

Az adatfelvétel 2016. június 29. és augusztus 31. között történt egy saját szerkesztésű on-line kérdőívvel, melyet a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara segítségével terjesztettünk közösségi oldalakon és e-mail útján. A mintavétel nem véletlenszerű mintavételi eljárással, azon belül önkényes mintavétellel történt, azaz az egyszerűen elérhető alanyokra támaszkodtunk. A beválasztási kritériumok a következők voltak: legalább egy éves munkaviszony az egészségügyben, teljes állásban, magyarországi munkavégzés, illetve a 63/2011-es NEFMI rendeletben meghatározott egészségügyi szakdolgozói képesítés. Az 1341 beérkezett válaszból 1201 bizonyult értékelhetőnek.

A saját készítésű kérdéseken kívül az alábbi két kérdőívsomagot alkalmaztuk:

Pines és Aronson Kiegészítő Leltár, melynek segítségével válaszadókat négy csoportba lehet sorolni: „örökös eufória” (1,9 pont alatt), „jól csinálja” (2–2,9 pont), „változtatás szükséges” (3–3,9 pont), „kezelés szükséges” (4 pont felett). A „változtatás szükséges” csoportba tartozók esetében már jelentkeznek a kiégés tünetei, a „kezelés szükséges” csoport tagjai már kiégetteknek tekinthetők (Pines & Aronson, 1981).

Intragroup Conflict Scale a munkahelyi konfliktus mérésére, melyet hazai körülmények között még nem alkalmaztak. Nyolc Likert-típusú kérdést tartalmaz, melyeket 1-5-ig lehet értékelni (1=egyáltalán nem; 2=ritkán; 3=néha; 4=gyakran; 5=állandóan). A nyolc kérdés két alskálára bontható: az első négy kérdés tartozik a kapcsolati konfliktus, a második négy kérdés a feladat konfliktus alskálába. Magasabb elért pontszám gyakoribb munkahelyi konfliktust jelez (Jehn, 1995). A mérőeszközt tükröfordítással fordítottuk magyarra.

Az adatfeldolgozás és -elemzés IBM SPSS 23.0 for Windows statisztikai program segítségével készült leíró és matematikai statisztikai módszerekkel. A matematikai statisztiki-

ka módszerei közül Kolmogorov-Smirnov és Shapiro-Wilk tesztet alkalmaztunk a folytonos változók normál eloszlásának vizsgálatára. Mivel az általunk vizsgált változók eloszlása a tesztek alapján nem normál, így az összefüggések és különbségek elemzésére Spearman-féle rangkorrelációt, Kruskal-Wallis próbát és Mann-Whitney tesztet (Bonferroni korrekcióval) alkalmaztunk. A szignifikancia kritériumának az 5%-ot tekintettük ($p < 0,05$).

Eredmények

Az 1201 válaszadó 92,5%-a (1111 fő) nő, 7,5%-a (90 fő) pedig férfi. Átlag életkoruk 43,16 év (Median=44 év; SD=9,283; Min=19; Max=65). 10,3% (124 fő) tartozik a 19-29 éves; 20,6% (248 fő) a 30-39 éves; 41,2% (495 fő) a 40-49 éves; 27,8% (334 fő) az 50 év feletti korosztályba. Az iskolai végzettséget tekintve 75,2% (903 fő) ápoló, 13,2% (158 fő) asszisztens, 3,2% (38 fő) védőnő, 1,5% (18 fő) gyógytornász, 1,3% (16 fő) szülésznő, 1,1% (13 fő) mentőtiszt, 0,9% (11 fő) dietetikus, és 3,7% (44 fő) rendelkezik egyéb egészségügyi képesítéssel, például gyógyászati segédeszköz forgalmazó, műtőssegéd, népegészségügyi ellenőr, egészségügyi menedzser, szakoktató, szaktanár, gyógymasszőr. A diplomások a minta 34,9%-át (419 fő) teszik ki. A válaszadók megyék szerinti megoszlását a **1. sz. ábra** szemlélteti. Jelentős többség (33,6%) Csongrád megyei, illetve 19,8% Pest megyei, a többi megyéből ennél lényegesen kevesebb válasz érkezett.

A munkahelyi jellemzőket tekintve, a felmérésben résztvevők átlag 22,09 éve dolgoznak az egészségügyben (Median=24 év; SD=10,92; Min=1; Max=46). Tíz évnél kevesebb ideje dolgozik az egészségügyben 17,7% (213 fő); 10-19 éve 18,6% (223 fő); 20-29 éve 33,8% (406 fő); 30 éve, vagy annál régebben pedig 29,9% (359 fő).

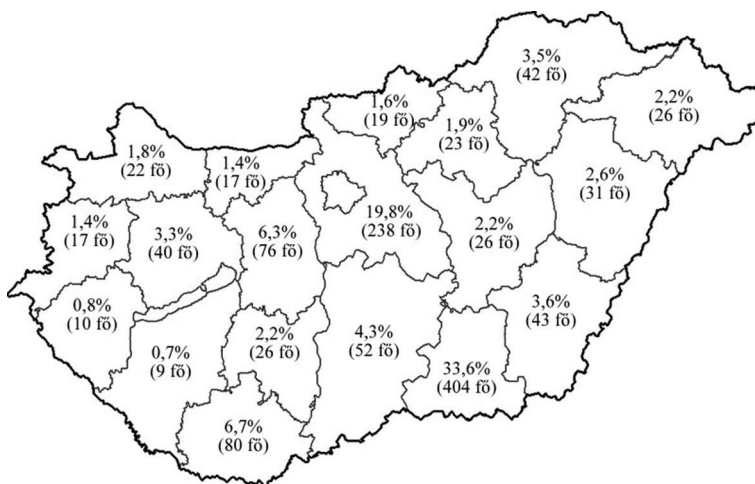
A Kiegészítő Leltár (Pines & Aron-

son, 1981) esetében a skálán elért átlagpontoszám 2,98 (Median=2,76; SD=1,20; Min=1; Max=6,71), megbízhatósága kiváló (Cronbach-alfa: 0,889). Az „örökös eufória” csoportba tartozik a válaszadók 23%-a (276 fő), a „jól csinálja” csoportba 32,8% (394 fő), a „változtatás szükséges” csoportba 22,9% (275 fő), a „kezelés szükséges” csoportba pedig 21,3% (256 fő). Ezekből az eredményekből megállapítható, hogy a válaszadók 44,2%-a valamilyen mértékben érintett a kiégés által.

A munkahelyen belüli konfliktus mérésére szolgáló Intragroup Conflict Scale (Jehn, 1995) első, kapcsolati konfliktus alszkáláján átlag 11 pontot értek el a kitöltők (Median=11; SD=3,444; Min=4; Max=16), megbízhatósága kiváló (Cronbach-alfa: 0,921). A második, feladat konfliktus alszkálán elért átlagpontoszám 10,2 (Median=10; SD=3,016; Min=4; Max=16), megbízhatósága kiváló (Cronbach-alfa: 0,856). Az első alszkála megbízhatósága megegyezik, a másodiké majdnem megegyezik a Jehn által mért értékekkel (0,92; 0,87). A válaszadók csupán 4,6%-a (55 fő) jelezte, hogy még soha nem élt át munkahelyi konfliktust a munkahelyén.

A munkahelyi konfliktus vizsgálatára egy saját készítésű, Likert-típusú, 14 kérdést tartalmazó mérőeszközt is alkalmaztunk, mely az elmúlt 12 hónapban vizsgálta a munkahelyi konfliktus típusát, és annak átélési gyakoriságát. Az egyes kérdéseket 1-7-ig lehetett pontozni (1=soha; 2=egyszer-két-

1. ábra: Válaszadók megyék szerinti megoszlása (n=1201)



I. sz. táblázat: Konfliktus típusa és gyakorisága az elmúlt 12 hónapban (n=1146)

Az elmúlt 12 hónapban...	Átélt gyakorisága (%)							Átlag
	soha	egyszer-két-szer	ritkán	néha	gyakran	általában	mindig	
... milyen gyakran kritizálta meg igazságtalanul orvos az Ön munkáját?	29,8	32,7	12,5	16,1	6,5	2	0,3	2,44
... milyen gyakran kritizálta meg igazságtalanul közvetlen felettese az Ön munkáját?	34,9	30,1	13,7	12,8	6,1	1,7	0,6	2,33
... milyen gyakran kritizálta meg igazságtalanul közvetlen munkatársa az Ön munkáját?	27,7	31,4	16,8	15,3	6,7	1,6	0,5	2,49
... milyen gyakran került vitás helyzetbe az orvossal?	30	36,1	14,6	11	7,2	0,7	0,4	2,33
... milyen gyakran került vitás helyzetbe közvetlen felettesével?	33,6	34,4	14,7	11,5	4,5	1	0,3	2,23
... milyen gyakran került vitás helyzetbe közvetlen munkatársával?	16,8	36,3	20	16,9	7,9	1,1	0,9	2,7
... meg tudta-e védeni saját magát konfliktus esetén az orvossal szemben?	20	9,8	7,7	7,7	7,2	24,9	22,9	4,38
... meg tudta-e védeni saját magát konfliktus esetén közvetlen felettesével szemben?	19,5	11,6	7,5	8,3	7	24,5	21,6	4,32
... meg tudta-e védeni saját magát konfliktus esetén közvetlen munkatársával szemben?	11,5	10,1	7,3	7,7	9,2	26,8	27,3	4,83
... milyen gyakran fordult elő, hogy az orvos nem hallgatta meg az Ön véleményét?	35,5	22,3	13,8	11,6	8,4	6	2,4	2,63
... milyen gyakran fordult elő, hogy közvetlen felettese nem hallgatta meg az Ön véleményét?	41,3	20,5	12	10,9	6,8	5,7	2,9	2,5
... milyen gyakran fordult elő, hogy közvetlen munkatársa nem hallgatta meg az Ön véleményét?	41	24,8	13,4	11,1	4,9	3,6	1,2	2,3
... milyen gyakran érezte azt, hogy nem vették figyelembe az Ön kérését a műszakbeosztása elkészítésében?	50,1	21,3	9,8	7,3	5,7	3,7	2,2	2,17
... milyen gyakran volt képes a munkahelyi viták esetén a saját véleményét érvényre juttatni?	10,8	14,6	11	15	16,1	22,9	9,6	4,18

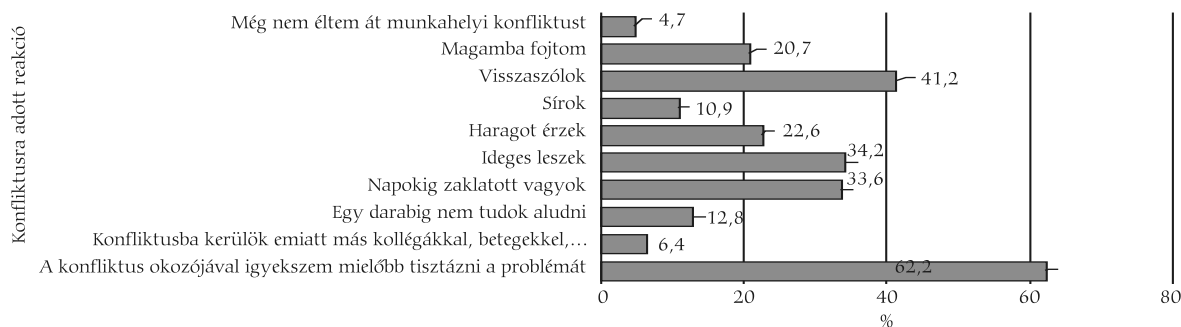
szer; 3=ritkán; 4=néha; 5=gyakran; 6=általában; 7=mindig).

Annak az 55 főnek, aki az előző kérdésben azt jelölte, hogy még soha nem élt át munkahelyi konfliktust, ezt a kérdést nem kellett kitölteni (n=1146). A munka gyakori, vagy annál sűrűbb kritizálása csupán a válaszadók 8-9%-át érinti. A vitás helyzetek inkább a közvetlen munkatársakkal fordulnak elő gyakrabban, az orvossal, közvetlen felettesével kevésbé. A válaszadókra jellemző, hogy konfliktus esetén többnyire meg tudják magukat védeni azzal az emberrel szemben, akivel konfliktusba kerültek, mivel az erre vonatkozó (7; 8; 9; 14) kérdésekre adták a

legmagasabb pontszámokat. Az orvosok kevésbé hallgatják meg a dolgozó véleményét, mint a közvetlen felettes vagy a munkatársak. A válaszadók 49,9%-a valamilyen mértékben úgy érzi, hogy nem veszik figyelembe kérését a műszakbeosztás készítésekor. Munkahelyi vita esetén saját véleményét érvényre juttatni gyakran, vagy annál többször képes a megkérdezettek 48,6%-a. (I. sz. táblázat)

A munkahelyi konfliktusra adott reakciók a következőképpen alakultak a megkérdezettek körében: jelentős többség (62,2%) igyekszik mielőbb tisztázni a konfliktus okozójával a problémát, 41,2% visszaszól. Emellett

2. ábra: Munkahelyi konfliktusra adott reakció (n=1146)



a válaszadók több mint 1/3-da reagál idegeskedéssel, és lesz napokig zaklatott, illetve 20,7% elfojtja érzéseit. Több válasz is megjelölhető volt ennél a kérdésnél. (2. sz. ábra)

A kiégés és a munkahelyi konfliktus kapcsolatának vizsgálata során első lépésként megvizsgáltuk a két skála normalitását, és egyik sem mutatott normál eloszlást. Az elvégzett Kolmogorov-Smirnov próba (Pines: $p < 0,000$; $z = 0,088$; Jehn: $p < 0,000$; $z = 0,061$) és a Shapiro-Wilk teszt mindkét skálánál szignifikanciát mutatott ($p < 0,000$). Emiatt a Pines és a Jehn skálák közötti összefüggést Spearman-féle rangkorrelációval elemeztük, melynek eredménye, hogy a két változó pozitív korrelációban van egymással ($r = 0,390$; $p < 0,000$), tehát a kiégés Pines-féle összpontszáma pozitívan korrelál a munkahelyi konfliktusok erősségével. Megállapítható tehát, hogy minél kiégettebb a válaszadó, annál gyakoribb a munkahelyi konfliktus is.

Mivel a Pines-féle Kiégés Leltár négy csoportba sorolja a válaszadókat a kiégés átlagpontszáma alapján, így ezekkel a csoportokkal is elvégeztük az elemzést, melyre elsőként Kruskal-Wallis próbát alkalmaztunk. Ennek eredménye azt adta, hogy a négy kiégési kategória súlyossága szerint egyre nagyobb a Jehn-féle összpontszám rangszám átlaga (Mean Rank - továbbiakban MR): „örökös eufória” MR=414,74 ($n=276$); „jól csinálja” MR=557,41 ($n=394$); „változtatás szükséges” MR=672,79 ($n=275$); „kezelés szükséges” MR=791,78 ($n=256$); Chi-Square=175,507; $p < 0,000$. Az eredmények alapján látható, hogy a négy kategória közül legalább az egyikben lévő vizsgálati személyek munkahelyi konfliktus Jehn-féle muta-

tója szignifikánsan eltér a többi csoporttól. Felvetődik a kérdés, hogy a kiégés melyik csoportjának mediánja tér el, melyik csoporttól. Mivel a két vizsgált skála nem normál eloszlású, ezért páronkénti Mann-Whitney próbát végeztünk Bonferroni korrekcióval ennek eldöntésére (a szignifikancia értéket megszorozzuk az összehasonlítandó csoportok számával - 4 -, és az így kapott értéket vetjük össze a 0,05-ös szignifikancia szinttel).

Szignifikáns eltérést kaptunk az „örökös eufória” (MR=287,27) és a „jól csinálja” (MR=369,28) kategóriák között a Jehn-féle munkahelyi konfliktus mértékében ($U=41061,0$; $Z=-5,408$; $p < 0,000$). A „jól csinálja” csoport magasabb rangszám átlaggal rendelkezik a munkahelyi konfliktusok mértékében, mivel a Bonferroni korrekció után is szignifikáns marad a különbség ($p < 0,000 \times 4 < 0,000$).

Szintén szignifikáns eltérést kaptunk a „jól csinálja” (MR=307,7) és a „változtatás szükséges” (MR=374,11) kategóriák között a Jehn-féle munkahelyi konfliktus mértékében ($U=43420,0$; $Z=-4,379$; $p < 0,000$). A „változtatás szükséges” csoport magasabb rangszám átlaggal rendelkezik a munkahelyi konfliktusok mértékében, mivel a Bonferroni korrekció után is szignifikáns marad a különbség ($p < 0,000 \times 4 < 0,000$).

A „változtatás szükséges” (MR=237,06) és a „kezelés szükséges” (MR=297,08) kategóriák összevetése esetében is szignifikáns eltérés mutatkozott ($U=27242,5$; $Z=-4,511$; $p < 0,000$). A Bonferroni korrekció után is szignifikáns marad a különbség ($p < 0,000 \times 4 < 0,000$), a „kezelés szükséges” csoport magasabb rangszám átlaggal ren-

delkezik a munkahelyi konfliktusok mértékében. Az eredmények alapján elmondható, hogy minél rosszabb lelkiállapotban van valaki a Pines-féle kiégési skála szerint, annál konfliktusosabban éli meg a munkahelyét.

Következtetések

Országos, nem reprezentatív felmérésünk célja volt a hazai egészségügyi szakdolgozók körében megvizsgálni a kiégés munkahelyi konfliktussal való összefüggését, illetve feltárni a munkahelyi konfliktusok típusát és az azokkal való megküzdés módját. A vizsgálati eredményeinkből levonható az a következtetés, hogy a válaszadókra a kapcsolati konfliktus a jellemzőbb, a feladatkonfliktus kevésbé. Az általunk megkérdezettek jelentős többsége (95,4%-a) élt már át munkahelyén konfliktust. Leggyakrabban a közvetlen kollégákkal kerülnek vitás helyzetekbe. Külföldi kutatás is a közvetlen kollégákkal való konfliktust jelöli meg az egyik legnagyobb problémaként az egészségügyben (Bishop, 2004). Eredményeinkből kitűnik az is, hogy az orvosok kevésbé hallgatják meg a dolgozók véleményét, mely szintén konfliktus forrása lehet. Az egészségügyi dolgozók orvosokkal való konfliktusáról, mely véleménykülönbségből fakad, más kutatók is beszámoltak már (Brinkert, 2010; Kaitelidou et al. 2012). A válaszadókra jellemző még, hogy konfliktus esetén meg tudják magukat védeni, közel 50% képes a saját véleményét érvényre juttatni, tehát az önvédelmi mechanizmusok működésbe lépnek. Fő megküzdési stratégiaként a helyzet tisztázását, visszazólást alkalmaznak, de jelentős mértékben alakul ki a konfliktus hatá-

sára idegesség, napokig tartó zaklatottság is. A konfliktus miatti stressz és szorongás kártékony hatású, mivel ronthatja a munkateljesítményt, csökkenti az elégedettséget (Cruseu & Schruijer, 2010), tovább rombolja a teamen belüli interperszonális kapcsolatokat, és ezáltal elvonja a csoporttagok figyelmét a munkáról (Cruseu, 2011).

A felmérésünkben részt vevők 44,2%-a érintett valamilyen mértékben a kiégés álltal, mely összefüggésben van a munkahelyi konfliktusok gyakoriságával. Összességében elmondhatjuk, hogy feltételezésünk igazolódott, tehát a rossz lelkiállapotban lévő szakdolgozók gyakrabban kerülnek konfliktusba munkatársaikkal, mint a jó lelki egészségben lévők.

Fontosnak tartjuk tudatosítani azt az egészségügyi dolgozók körében, hogy a munkahelyi konfliktusokat igyekezzenek minél előbb rendezni kollégáikkal, mert ez fokozza a munkával való elégedettséget, csökkenti a kiégést, azonban az elkerülő konfliktuskezelési mód – amikor magába fojtja érzéseit az illető – kiégést és stresszt eredményez (Wright, 2011). Szükséges az önálló munkavégzés preferálása is a munkahelyeken, illetve a vezetéssel való megfelelő kommunikáció is, mivel ezek kedveznek a konfliktus megoldásának (Siu et al. 2008).

A kutatás korlátai között meg kell említeni, hogy az nem reprezentatív, illetve csak olyan egészségügyi szakdolgozók kerülhettek bele a mintába, akiknek lehetőségük volt a kérdőívet elektronikus úton kitölteni. Jelen esetben ok-okozati összefüggés nem vizsgálható, tehát nem tudjuk megmondani, hogy a kiégett dolgozók szenvednek el több munkahelyi konfliktust, vagy a munkahelyi konfliktusok okozzák a kiégést.

Irodalomjegyzék

1. 63/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól. Hozzáférhető 2016. szeptember 10. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100063. NEM
2. Almost, J., Doran, D.M., McGillis Hall, L., Laschinger, H.K.S. (2010). Antecedents and consequences of intra-group conflict among nurses. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 981-992. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01154.x

3. Berényi, A., Juhász, B.Sz. (2012). Stressz, konfliktus, munkahely, megküzdés. Debreceni Egyetem Mentálhigiénés és Esélyegyenlőségi Központ, Debrecen, 43. Hozzáférhető 2017. április 1. www.ommf.gov.hu/letoltes.php?d_id=5573
4. Bishop, S.R. (2004). Nurses and conflict: Workplace experiences. M.N. dissertation, University of Victoria (Canada), Victoria, BC. Hozzáférhető 2016. május 29. http://dspace.library.uvic.ca:8080/bitstream/handle/1828/669/bishop_2004.pdf?sequence=1
5. Brinkert, R. (2010). A literature review of conflict communication causes, costs, benefits and interventions in nursing. *Journal of Nursing Management*, 18(2), 145-156. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01061.x
6. Cruseu, P.L., Schrujijer, S.G.L. (2010). Does conflict shatters trust or does trust obliterate conflict? Revisiting the relationship between team diversity, conflict and trust. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 14(1), 66-79. doi:10.1037/a0017104
7. Cruseu, P.L. (2011). Intra-group conflict and teamwork quality: The moderating role of leadership styles. *Administrative Sciences*, 1(1), 3-13. doi:10.3390/admsci1010003
8. Fujiwara, K., Tsukishima, E., Tsutsumi, A., Kawakami, N., Kishi, R. (2003). Interpersonal conflict, social support, and burnout among home care workers in Japan. *Journal of Occupational Medicine*, 45(5), 313-320.
9. Jehn, K.A. (1995). A multimethod examination of the benefits and detriments of intragroup conflict. *Administrative Science Quarterly*, 40(2), 256-282.
10. Kaitelidou, D., Kontogianni, A., Galanis, P., Siskou, O., Mallidou, A., Pavlakis, A., Kostagiolas, P., Theodorou, M., ... (2012). Conflict management and job satisfaction in paediatric hospitals in Greece. *Journal of Nursing Management*, 20(4), 571-578. doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01196.x
11. Kreitner, R., Kinicki, A. (2010). Organizational behavior (9th ed.). New York, NY: McGraw-Hill. In: Patton, C.M. (2014). Conflict in health care: a literature review. *The Internet Journal of Healthcare Administration*, 9(1), 1-11.
12. Kollár, J. (2016). Kommunikáció az egészségügyi teamen belül: orvosok és szakdolgozók. *Orvosi Hetilap*, 157(17), 659-663. doi:10.1556/650.2016.30444
13. Nelson, H.W. (2012). Dysfunctional health service conflict causes and accelerants. *The Health Care Manager*, 31(2), 178-191. doi:10.1097/HCM.0b013e31825206f3
14. Okhakhu, E.E., Okhakhu, A.L., Okhakhu, J.O.O. (2014). Managing organizational conflicts: a phenomenological study of nurse/physician conflicts in Nigerian hospitals and their impact on managed care delivery. *Journal of Entrepreneurship & Organization Management*, 3(2), 115-120. doi:10.4172/2169-026X.1000115
15. Pines, A.M., Aronson, E. (1981). Burnout: from Tedium to personal growth. New York City: The Free Press, 17-20. Book
16. Siu, H., Laschinger, H.K.S., Finegan, J. (2008). Nursing professional practice environments: setting the stage for constructive conflict resolution and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 250-257. doi:10.1097/01.NNA.0000312772.04234.1f
17. Tabak, N., Koprak, O. (2007). Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 15(3), 321-331. doi:10.1111/j.1365-2834.2007.00665.x
18. Wilmot, W.W., Hocker, J.L. (2007). Interpersonal conflict. 7th edn. McGraw-Hill, Boston, Mass, London, 364.
19. Wright, K.B. (2011). A communication competence approach to healthcare worker conflict, job stress, job burnout, and job satisfaction. *Journal for Healthcare Quality*, 33(2), 7-14. doi:10.1111/j.1945-1474.2010.00094.x

Egészségügyben dolgozók fizikális és mentális egészségfejlesztése

MISZORY Erika Viktória

Összefoglalás

A vizsgálat célja: A kutatás célja megvizsgálni, hogy mozgásterápiával hatékonyan befolyásolhatjuk-e a mentális és fizikális egészség mutatóit az egészségügyi ellátó személyzet körében.

Anyag és módszer: Mozgásterápiás foglalkozást tartottunk 2016. május és július között a Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Hévízi Mozgásszervi Rehabilitációs Intézet dolgozói körében. A General Health Questionnaire 12 kérdésből álló önkitöltős kérdőív segítségével a résztvevők mentális állapotát, míg a fizikális változók közül a gerinc mobilitását mértem fel. Az adatelemzés Microsoft Excel szoftver segítségével történt, a változók szignifikanciájának igazolására egymintás T-próbát alkalmaztam.

Eredmények: A felmérésben részt vett dolgozóknak nagy arányban vannak mind belgyógyászati, mind mozgásszervi betegségeik, panaszaik. A rájuk nehezedő pszichés stressz kimutatható, de az eredmények alapján mozgásterápiával hatékonyan kezelhető. A gerincmozgásokhoz tartozó változók esetében szignifikáns változás nem volt kimutatható a minta alanyainál.

Következtetések: A rendszeres mozgásterápia segítségével hatékonyan befolyásolható az egészségügyi dolgozók mentális állapota. További kutatások javasoltak nagyobb elemszámmal a hatékony megküzdési stratégia kidolgozására és a fizikális paraméterekben történő változások kimutatására.

Kulcsszavak: egészségügyi dolgozók, mentális és fizikális egészség, mozgásterápia, GHQ-12 kérdőív

Development the mental and physical health of the healthcare staff

Erika Viktória MISZORY

Summary

Objectives: To analyse, whether the mental and physical health of the healthcare staff can be influenced by movement therapy.

Methods: Between May and July 2016 we held multiple movement therapy sessions within the healthcare staff of the the Hungarian Army Medical Center, Musculoskeletal Rehabilitation Institute in Hévíz. With the help of the so called General Health Questionnaire I collected information about the mental state of the participants. This questionnaire included 12 questions and had to be filled out by each and every person alone. From the physical variables perspective I collected information from the staff in regards to the mobility of their spine. Microsoft Excel was used for the analysis of the data and to prove the significance of the variables, I used the T-probe method.

Results: Majority of the participants has both internal medicine and musculoskeletal problems, symptoms and diseases. Though the psychic stress on them can be clearly seen, it can be treated with movement therapy efficiently. On the other hand, I could not find any significant change in the variables related to the spine-movements.

Conclusions: With the help of regular movement therapy the mental state of the staff can be efficiently influenced and improved. Further studies suggested a greater number of elements, for detected the physical changes.

Keywords: health care workers, mental and physical health, movement therapy, GHQ-12 questionnaire

Beérkezett: 2017. január 10. Elfogadva: 2017. március 20.

Bevezetés

Mindannyiunk számára ismeretes és nem meglepő tény, hogy a munkavégzés és az egészség között szoros kapcsolat van, amit a munkahelyen fennálló szervezeti szabályozottság, munkakörülmények, személy-

közi kapcsolatok stb. teljes mértékben meghatároznak. Az egészségügyben, a legtöbb munkakörben ki vagyunk téve valamilyen munkahelyi ártalomnak. A stressz szinte mindennapi része az életünknek az interakciók, a megfelelési kényszer és számos egyéb tényezők miatt. Nem utolsó sorban pedig a

MISZORY Erika Viktória Gyógytornász, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Hévízi Mozgásszervi Rehabilitációs Intézet

Levelező szerző (correspondent): MISZORY Erika Viktória, okleveles gyógytornász (MSc);

e-mail: miszoryerika@gmail.com

tömegesnek tekinthető ország,- illetve pályaelhagyás következtében kevesebb a dolgozó az ideális létszámnál, így valamennyien többlet fizikai terhelésnek is ki vagyunk téve. Mindezek nemcsak testi, hanem lelki túlterheltséget okoznak, melynek következménye lehet a fizikális tünetek megjelenésén túl, pszichikai anomáliák kialakulása is. Az egészségügyi dolgozók számára még fontosabb kell, hogy legyen a saját egészségük megőrzése, hiszen példát is mutatnak a hozzájuk forduló betegek számára. Számos külföldi és hazai tanulmányban olvashatunk a téma fontosságáról, de még mindig sok intézményben nem biztosított a megoldás a megelőzésre illetve a problémák orvoslására (Kovács, 2009) (Hegedűs, 2008).

Az egészségünk védelme, bár több módon is történhet, de egy mozgásszervi rehabilitációs intézetben, ahol a mozgásterápia kapja a legfőbb hangsúlyt a betegek kezelésében, kézen fekvőnek tűnik a dolgozók bevonása is a fizikai aktivitásban gazdagabb életvitelbe. Vizsgálatomban arra kerestem a választ, hogy mozgásterápiával hatékonyan befolyásolhatjuk-e a mentális és fizikális egészség mutatóit az egészségügyi ellátó személyzet körében. Céлом pedig a rendszeres fizikai aktivitás- nevezük akár munkahelyi tornának- bevezetése, rendszeresítése, mely nemcsak egészségügyi vonatkozásban hozhat pozitív változásokat, hanem a csapatszellemet, az összetartozás élményét és a jó kollegális viszonyt is erősítheti.

Anyag és módszer

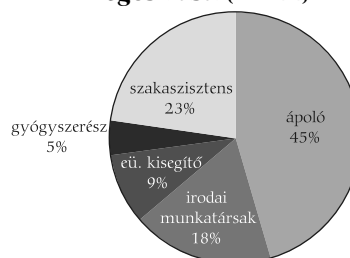
A vizsgálat és az adatgyűjtés a Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Hívízi Mozgásszervi Rehabilitációs Intézetében történt. A mozgásterápiás foglalkozások 2016. május és július között hetente kétszer fél órás intervallumban történtek. A részvétel önkéntes alapon történt. A kutatásban nem vehettek részt azok a dolgozók, akik rendszeresen sportolnak, illetve diagnosztizált pszichiátriai betegséggel rendelkeznek. Ezek alapján 22 dolgozó vett részt a felmérésben. (1. ábra)

Az adatgyűjtés két alkalommal, a 8 hetes program elején és végén történt. Mérőszalag

Rövidítések jegyzéke:

GHQ-12 General Health Questionnaire 12

1. ábra: A minta foglalkozás szerinti megoszlása (n=22)



segítségével felmértem a gerinc frontális és sagittális síkú elmozdulásait (Th Schober, L Schober, föld-ujj távolság, lateralflexio). A mentális egészség becslésére a General Health Questionnaire, 12 kérdésből álló (a továbbiakban GHQ-12), megfelelő validitással és rehabilitással rendelkező, önkitöltős kérdőívet alkalmaztam (Örkény, 2005) (Donath, 2001). A kérdőív kérdései a hangulati szorongásos tünetekre és az emocionális zavarokra fókuszálnak (I. táblázat), valamint alkalmas a minket érő stressz észlelésére és az azzal való megküzdés mérésére. A kérdőív értékelésére több módszer is létezik, de az elvégzett kutatások alapján jelentős különbség nem mutatható ki az egyes módszerek között (Goldberg, 1997). Az adatfeldolgozás során négyfokozatú Likert skála alapján értékeltem a kérdőívre adott válaszokat.

Az adatfeldolgozást és az adatelemzést is Microsoft Excel szoftver segítségével végeztem. A leíró elemzésen kívül az adatok szignifikanciájának igazolására egymintás T-próbát alkalmaztam. Az elemzés során minden esetben 5%-os szignifikanciaszinttel dolgoztam ($p < 0,05$).

A mozgásterápiás foglalkozások pár perces bemelegítő részét (légző torna és gerinc mobilizáció) követően törekedtem a helyes testtartás és a szinergista működések kialakítására. Az izomerősítés során analitikus és komplex gyakorlatok révén a vállízületi,- vállövi izmokat, a musculus erector spinae, musculus rectus és transversus abdominist

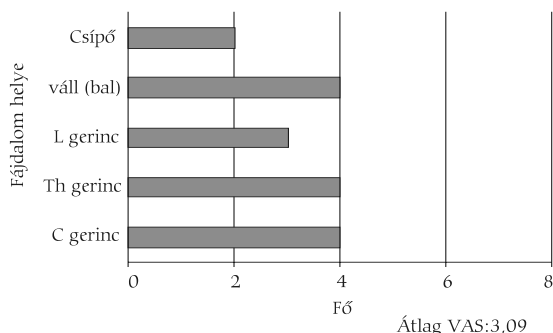
I. táblázat: A GHQ-12 tételei

1.	Képes volt-e figyelni arra, amit éppen csinált?
2.	Érezte-e, hogy gondjai miatt képtelen volt kialudni magát?
3.	Hasznosnak érezte-e magát?
4.	Képesnek érezte-e magát arra, hogy döntéseket hozzon?
5.	Állandóan feszültnek érezte-e magát?
6.	Érezte-e, hogy nem képes legyőzni a nehézségeit?
7.	Képes volt-e örömet lelteni mindennapi tevékenységeiben?
8.	Képes volt-e megküzdeni problémáival?
9.	Boldogtalannak, vagy lehangoltnak, depressziósnak érezte-e magát?
10.	Elvesztette-e az önbizalmát?
11.	Gondolt-e úgy önmagára, mint értéktelen emberre?
12.	Mindent egybevéve, eléggé boldognak érezte-e magát?

valamint a gluteális izmokat céloztam meg. A mozgásterápia során különböző testhelyzeteket alkalmaztam. Levezetésként egyéni és páros stretching gyakorlatok (musculus trapezius superior, musculus pectorales, musculus iliopsoas és quadriceps femoris területén) zárták a foglalkozásokat.

Eredmények

A nemi eloszlásban egységes képet mutatott a vizsgált csoport, mind a 22 résztvevő nő volt. Az átlagéletkor 46,27 (min.: 33, max.: 69) év volt, a BMI értékek alapján 59% tartozott a túlsúlyos kategóriába. 41% rendelkezett diagnosztizált betegséggel (belgyógyászati és mozgásszervi), melyekre a mozgásterápia során a szakma szabályainak megfelelően tekintettel voltam. A mozgásszervi betegségek között szerepelt a scoliosis, osteoporosis, rheumatoid arthritis, protrusio/hernia disci cervicalis és lumbalis, valamint periarthritus humeroscapularis. A diagnózisok között előfordult még hypothyreosis, kardiális problémák, glaucoma és colitis ulcerosa. 68% jelzett fájdalmat, melynek testtájankénti eloszlását a 2. ábrán láthatjuk. A résztvevők a Vizuális Analóg Skála alapján átlagosan 3,09-os fájdalomerősséget jeleztek. A fájdalom testtájankénti eloszlása alapján elmondhatjuk, hogy a legtöbb panaszt a nyaki-háti gerinc

2. ábra: A fájdalom helye (n=17)

és a bal váll fájdalma okozta a minta alanyaival (II. táblázat). Trinkoff és a többi szerző „Workplace Prevention and Musculoskeletal Injuries in Nurses” című cikkében kiemelték, hogy tapasztalataik szerint az egészségügyi dolgozók közül az ápolók vannak kitéve legnagyobb arányban a musculosceletális megbetegedések lehetőségének és hasonlóan az általam kapott adatokhoz, Ők is elsősorban a nyak-vállövi terület túlterheltségét találták (Trinkoff, 2003).

A mentális egészség megítélésére szolgáló kérdőív (GHQ-12) átlagértéke (III. táblázat) az első vizsgálat alkalmával átlagosan 21,45 pontszámot eredményezett (SD.: 3,08, min.: 18, max.: 29), míg a második mérés alkalmára ez az érték 17,95-re csökkent (SD.: 3,77, min.: 12, max.: 26). A megbízhatósági tartománnyal prezentált 3. ábrán látható, hogy ez az értékcsökkenés szignifikáns változást eredményezett, a mozgásterápia pszichére kifejtett jótékony hatása beigazolódott.

A fizikális változások igazolására felmért gerincmobilitás átlagértékei alapján a gerinc lateralflexios elmozdulásainál mutatható ki a legnagyobb mértékű értéknövekedés (jobb oldali lateralflexio esetében 1,18 cm, a bal oldalánál 1,5 cm) (IV. táblázat). Az elvégzett statisztikai számítások alapján azonban a gerinchez tartozó változók egyikénél sem volt szignifikáns a változás (4-8. ábra).

Megbeszélés

Számos tanulmány szerint az egészségügyi szakemberek a leghajlamosabbak a stresszre és a szakmai kiegészre, mert ők felelősek az emberi életekért és tetteik vagy eset-

II. táblázat: Antropometriai adatok

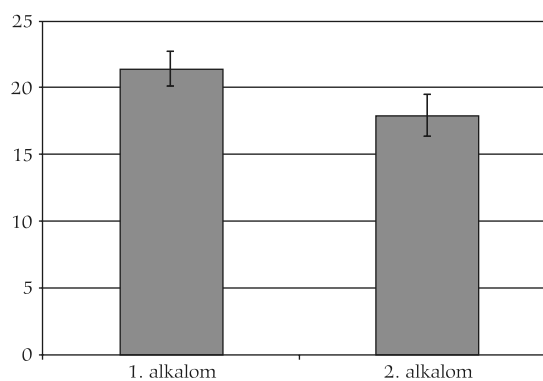
Alany	Életkor (év)	Testmagasság (cm)	Testsúly (kg)	BMI	Nem	Dg. betegség	Fájdalom jelenléte
1.	49	168	90	31,89	Nő	-	-
2.	43	165	71	26,08	Nő	-	+
3.	49	160	60	23,44	Nő	+	+
4.	33	165	60	22,04	Nő	-	+
5.	42	160	63	24,61	Nő	-	+
6.	56	155	56	23,31	Nő	+	+
7.	38	167	61	21,87	Nő	-	-
8.	58	160	77	30,58	Nő	-	+
9.	44	160	69	26,95	Nő	-	+
10.	53	164	53,5	19,71	Nő	+	+
11.	69	165	70	25,71	Nő	-	+
12.	40	159	76	30,06	Nő	+	-
13.	35	170	65	22,49	Nő	-	+
14.	43	168	88	31,18	Nő	+	+
15.	42	169	80	28,01	Nő	-	-
16.	40	172	78	26,37	Nő	+	+
17.	50	160	48	18,75	Nő	-	+
18.	52	164	99	36,81	Nő	+	-
19.	40	167	90	32,27	Nő	+	+
20.	47	164	76	28,26	Nő	-	-
21.	42	168	81	28,7	Nő	-	-
22.	53	172	72	24,34	Nő	+	+
Átlag	46,27	164,63	71,97	26,51 (59%)	100% nő	41% +	68%+

III. táblázat: A GHQ-12 kérdőív összesített eredményei

	GHQ-12 kérdőív	
	1. alkalom	2. alkalom
átlag	21,45454545	17,95454545
darab	22	22
SD	3,081855853	3,773053238
SE	0,657053876	0,804417653
1,96SE	1,287825596	1,5766586
ALSÓ MT	20,16671986	16,37788685
FELSŐ MT	22,74237105	19,53120405

leges mulasztásaik komoly hatással vannak a betegre. A egészségügyi dolgozók mentális állapotát vizsgáló tanulmányoknál tapasztalható magas részvételi arány jelzi az érdeklődést a felmerülő kérdésekre és a megoldás keresésére a megküzdési stratégiák

3. ábra: A GHQ-12 kérdőív eredményei megbízhatósági tartománnyal prezentált ábrán

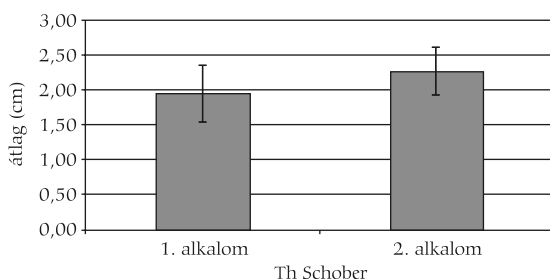


tekintetében (Koinis, 2015). A fizikai aktivitás hatékonyságát nemcsak a fizikális, hanem a pszichés területen is alátámasztják a kutatások. A súlyos mentális betegségekkel

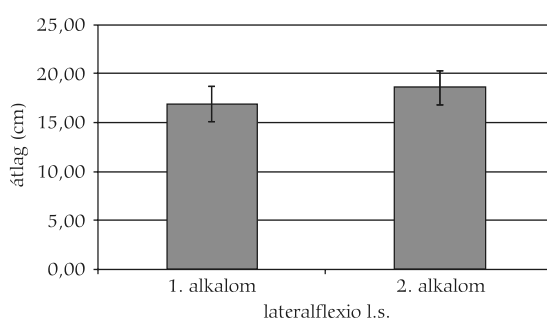
IV. táblázat: A gerinc mozgástartománya (cm)

	Th Schober		L Schober		talaj-ujj távolság		lateralflexio l.d.		lateralflexio l.s.	
	1. alkalom	2. alkalom	1. alkalom	2. alkalom	1. alkalom	2. alkalom	1. alkalom	2. alkalom	1. alkalom	2. alkalom
átlag	1,95	2,27	3,50	4,20	2,50	1,59	17,27	18,55	16,95	18,45
darab	22,00	22,00	22,00	22,00	22,00	22,00	22,00	22,00	22,00	22,00
SD	0,97	0,81	1,05	1,08	5,33	4,10	4,24	4,04	4,13	3,76
SE	0,21	0,17	0,22	0,23	1,14	0,87	0,90	0,86	0,88	0,80
1,96SE	0,41	0,34	0,44	0,45	2,23	1,71	1,77	1,69	1,73	1,57
ALSÓ MT	1,55	1,93	3,06	3,75	0,27	-0,12	15,50	16,86	15,23	16,88
FELSŐ MT	2,36	2,61	3,94	4,65	4,73	3,30	19,05	20,24	18,68	20,03

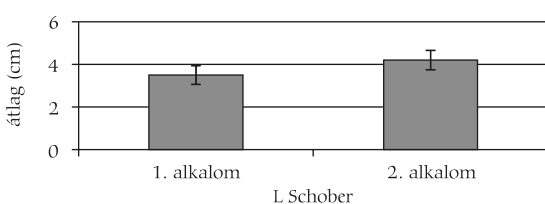
4. ábra: Thoracalis Schober értékei



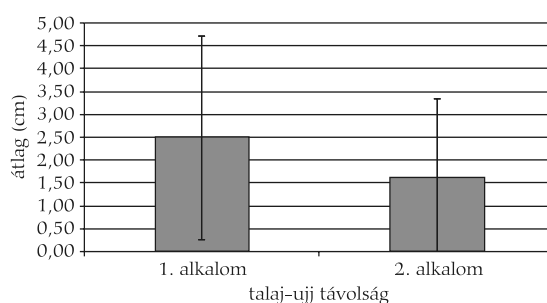
7. ábra: Bal oldali lateralflexio értékei



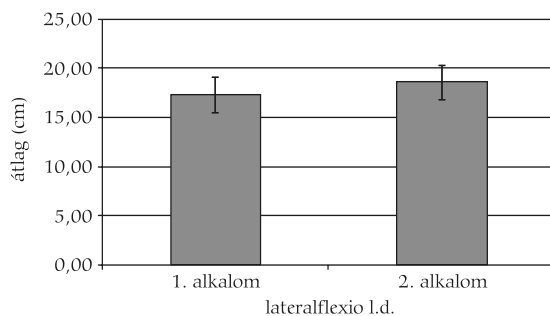
5. ábra: Lumbalis Schober értékei



8. ábra: Talaj-ujj távolság értékei



6. ábra: Jobb oldali lateralflexio értékei



rendelkezők (elsősorban az idősebb korosztály) körében végzett vizsgálatok a sportmozgásokból származó fizikai aktivitás prevenciós, aktivitásfokozó és növekvő önálló funkciókban betöltött szerepét emelik ki

(Leaven, 2012). A Debreceni Egyetem egészségügyi hallgatói körében végzett kutatásban bebizonyították a fizioterápiás módszerek, jelen esetben egy aerob tréningprogram, mentális egészségre gyakorolt hatékonyságát. Ezzel egyidejűleg felhívják a figyelmet arra is, hogy az egészségügyi dolgozók körében érdemes lenne már az iskolaévek alatt egy megfelelő programot biztosítani számukra egy megfelelő tudatosság kialakítása és a jövő befolyásolása végett (Sipos, 2011).

Az eredmények alapján elmondható, hogy a tesztelés, sportolás, fizikai mozgás old-

ja a szorongást, emeli a hangulatot, valamint térbeni és időbeni strukturáltságának köszönhetően képes elterelni a figyelmet az aktuálisan stresszt okozó problémákról. Vizsgálatom eredményeként azt tapasztaltam, hogy mozgásterápiával hatékonyan befolyásolható az egészségügyi dolgozók mentális állapota, mindemellett fejleszti az ügyességet, az összetartozás élményét és a csapatszellemet. A kapott értékeimet azonban némi fenntartással kell fogadni, tekintettel a minta alacsony létszámára.

A heti kétszer fél óra rendszerességű mozgás úgy gondolom, hogy prevencióként, a testtudat kialakításához, a mozgástudat fejlesztéséhez, valamint a mozgás megszerettetésére, az aktivitás elindítására és a folytatáshoz való kedv felkeltésére kiváló eszköz. A fizikális paraméterekben történő szignifikánsabb változásokhoz pedig feltehetőleg még intenzívebb és hosszabb időtartamú foglalkozásokra lenne szükség, melyek beigazolására további, nagyobb elemszámú kutatások javasoltak.

Irodalomjegyzék

1. Donath, S., (2001) The validity of the 12-item General Health Questionnaire in Australia: a comparison between three scoring methods, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35:231-235
2. Goldberg, D.P., Gater, R., Sartorius, N., Üstün, T.B., Piccinelli, M., Gureje, O., Rutter, C.. (1997) The Validity of Two Versions of the GHQ in the WHO Study of Mental Illness in General Health Care, *Psychological Medicine*, Vol 27(1), January, pp 191-197
3. Hegedűs, K., Szabó, N., Szabó, G.: Az egészségügyi dolgozók életminősége, testi és lelki állapota. In: Kopp M. (szerk.): *Magyar lelkiállapot 2008*. Semmelweis Kiadó, Budapest 2008, 335-340.
4. Hoeymans, N., Garssen, A. A., Westert, G. P., Verhaak, P. FM. (2004) Measuring mental health of the Dutch population: a comparison of the GHQ-12 and the MHI-5, *Health and Quality of Life Outcomes*, 2:23
5. Koinis, A., Giannou, V., Drantaki, V., Angelaina, S., Stratou, E., Saridi, M. (2015) The Impact of Healthcare Workers Job Environment on Their Mental-emotional Health. Coping Strategies: The Case of a Local General Hospital, *Health Psychol Res*. 2015 Apr 13; 3(1)
6. Kovács, M. Dr. Hegedűs, K.: Érzelmi munka, érzelmi disszonancia és a kiégés összefüggései az egészségügyi dolgozók körében. *Nővér*. 2009;22(5):3-11.
7. Leaven, K., The International Organization of Physical Therapists working in Mental Health, *Mental Health and Physical Activity* 5 (2012) 20-21
8. Örkény, Á., *Országos lakossági egészségfelmérés*, Kutatási jelentés-Lelki egészség, (2005)
9. Sapountzi, D., Lemonidou, C., Nursing in Greece. Developments and prospects. *Athens: Academy of Health Professions*; 1994.
10. Sipos Zs., Dr. Vere-Balajti I.: Mozgásterápiával a mentális betegségek kialakulása ellen. *Fizioterápia* 3-5 (1); 2011
11. Trinkoff, A., Brady, Nielsen: Workplace Prevention and Musculoskeletal Injuries in Nurses. *Journal of Nursing Administration*, 2003 /33,153-158.

Társadalmi értékek versus ápolói értékek? Értékkutatások eredményeinek összefüggései

ÁRVAINÉ HONTI Ágnes

Összefoglalás

A BSc ápoló szakirányú képzésbe bekerülők sajátos értékekkel, értékrendszerekkel rendelkeznek. Az értékeket úgy közelíthetjük meg, ha arra a kérdésre válaszolunk, hogy mi értékes számunkra. Az értékek a szocializációval, az emberi kölcsönhatások során épülnek be a személyiségbe. A segítő foglalkozást választók sajátos értékpreferenciákkal rendelkeznek, melyek a pálya sikerességét előre jelzik. A szerző a társadalmi értékeket, a segítő foglalkozáshoz szükséges értékeket és az ápoló hallgatók értékeit tárgyalja, összefoglalva a témához kapcsolódó főbb szakmai közleményeket, kutatási eredményeket.

Kulcsszavak: társadalom, érték, ápolás

Social Values versus Nurses' Values? Coherency of value research

Ágnes ÁRVAINÉ HONTI

Summary

Those who are selected for BSc nursing training, have special values and value systems. The values can be approached, if we answer for the question, what is valuable to us. The values are incorporated into the personality during socialization and human interactions. Those who choose a helper occupation, have a special value preference, which predicts the success of the career. The author discuss the social values, the values that are necessary to a helper occupation and the values of those attending nursing training, summarizing the results of the main professional statements and research in connection with the theme.

Keywords: society, value, nursing

Beérkezett: 2017. március 23. Elfogadva: 2017. június 9.

Bevezetés

A közbeszédben és a médiában sok szó esik arról, hogy miért választja valaki az ápolói hivatást, hiszen az elismertség hiányzik, a munka sok és megterhelő jellegű, a bérezés alacsony. A svájci frank alapú hitelek bedőlése és a gazdasági válság sok ápolót érintett. Az ápolók közül sokan a külföldi munkavállalásban látták, látják helyzetük megoldását. A pályaelhagyók, és az emigrálók száma kritikus munkaerőhiányt okozott az ágazatban. Ennek következtében Magyarországon az ápolók munkaterhelése és a túlórák szá-

ma növekedett. A túlórák kifizetése vagy szabadnapban való kiadása nem minden esetben lehetséges. Mindezen tényezők az ápolók kifáradását és végső soron a pálya elhagyását okozzák.

A társadalmi megbecsülés növelése meghatározó fontosságú a további pályaelhagyás és elvándorlás megfékezésében. Az ápolók összefogásának és országos megmozdulásainak eredménye, hogy az ápolói bérek több lépcsős emelése és az egészségügyi oktatás átalakítása napirendre került. Az ápoló hallgatók értékraangsorának felállítása és összevetése korábbi kutatások eredményei-

ÁRVAINÉ HONTI Ágnes ápolási szakfelügyelő, Budapest Kormányhivatal, Népegészségügyi Főosztály, Egészségügyi, Igazgatási és Nyilvántartási Osztály

MSc ápoló hallgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar

Levelező szerző (correspondent): ÁRVAINÉ HONTI Ágnes; e-mail cím: honti.agnes@gmail.com

vel szükségszerű. Az értékrangsor elemzése a pedagógusok/oktatók számára a motiválás új területeit tárhatja fel. A társadalmi értékek és az ápolói hivatást választók értékeinek összevetése szintén új szempontokat vethet fel.

Az érték meghatározáson túl, az értékek történetén keresztül a társadalom, a segítő hivatások és az ápolói hivatás értékeinek, értékrendszereinek összefüggéseit világítom meg.

Érték meghatározások

Értékesnek egy viselkedést vagy dolgot (egy jelenséget) akkor tartunk, ha az számkra előnyös vagy jó. Ebben a minősítésben az értékelést végző személy viszonya az értékelési rendszerhez meghatározó. Így számkra értékes az, amit annak ítélünk. Az értékelésben megjelenik stílusunk, érdekünk, állapotunk. Tehát az érték egy értékelési folyamat alapján jön létre. (Pavluska, 2015)

Az értékek jellemzőit több tudományterület megközelítésében foglalta össze munkájában Tóth Tímea.

- „Az értékek az
- ⇒ eszmei objektívációk és a szubjektív viszonyulás sajátos ötvözetei,
 - ⇒ affektív és kognitív összetevőikkel bírnak,
 - ⇒ kultúrkörönként determinált emberi minőség-jellemzők,
 - ⇒ csakis valamihez viszonyítva értelmezhetők,
 - ⇒ tudatos vagy spontán szelekció eredményei
 - ⇒ társadalmi és perszonális integráció nélkülözhetetlen elemei,
 - ⇒ szocializációs mechanizmusok (értékszocializáció) révén tanult és interiorizált tényezők,
 - ⇒ közvetlenül nem figyelhetők meg, inkább attitűd viselkedés vizsgálatával, megfigyelésével mérhetők,
 - ⇒ az egyéni életvezetés fontos mentális alapjait jelentik.” (Tóth, 2008, 12.p.)

Az értékek kialakulásának és kutatásának története

Az értékek minden történelmi korszakban és társadalomban mások voltak. Az óko-

ri egyiptomi kultúrában a társadalmi értékek közé tartoztak a tradíciók, a törvények, a felettesek tisztelete és szolgálata, a szülőföld szeretete és védelme. Az egyéni értékek a lojalitás, a tehetség, az igyekezet, a tudás és az érvényesülés volt. Az értékek tudatos kiválogatását a tanult papság végezte. Az ókori görögök-nél az értékek megjelennek az irodalmi művekben és a filozófiai gondolkodók tanaiban. Homérosz Iliászát vagy az Odüsszeiát tanulmányozva megfigyelhető, hogy a megalkotott ideális emberkép jellemzője a merészség, az önfeláldozás és a hon szeretete. A filozófusok, mint Szókratész, Platón és Arisztotelész munkáiban az erények, az egyensúlyra törekvés, a bölcsesség emelkedik ki. A kereszténység alapja a zsidó vallás. A Tóra központi része Isten által sugallt Mózesi parancsolatok. A Tízparancsolat olyan írott normákat tartalmazott, melyek a társadalmi együttélés alapjait teremtetten meg és melyek örök érvényűnek tekinthetők. A parancsolatok mögött az emberi élet-, a család-, a tulajdon- és a szabadság védelme állt. Jézus Krisztus ezeket a törvényeket nem írta felül, hanem a szeretet értékét emelte a Tízparancsolat értékei fölé. A keresztény középkorban Isten és a jövő felé mutató értékek jelentek meg, melyek a hit, a puritánság, az igazság, a rendezettség és az összeszedettség voltak. Az újkori értékek alakulására nagy hatása volt a felvilágosodás eszmerendszere. A kor szellemiségére jellemző, hogy a gondolkodás centrumába az ember kerül. A tudomány és a technika által megismerhetővé vált a világ. A középkori Isten kép és Istenhez való viszonyulás megváltozott, és helyébe a ráció került.

A XX. században jelentőssé vált a szekularizáció és a pluralizáció. A liberális gondolkodás és az értékesztés bizonytalanná teszi a társadalmat és az egyént. (Pálvolgyi, 2014)

A XX. században kezdődött az érték kutatások elméleti megalapozása és kidolgozása. Az 1980-as évek végén Max Weber az értéket célértékekre – melyek kijelölik a követendő cselekvéseket – és eszközértékekre – melyek a cselekvések módját határozzák meg – bontotta. (Váriné Szilágyi, 1987)

Robert K. Merton szerint, az adott szituációban az értékek és normák, együtt hozzák létre a meghatározó gyakorlatot. (Merton, 2002)

Az értékek rangsorolása is az egyén vagy közösség célja szerint történik. Az érték kutatások és az értékelméletek tesztjei és modelljei kidolgozásában kiemelkedő szerepe két pszichológusnak volt.

Milton Rokeach az attitűdök, a vallás és az alapvető értékek kapcsolatát vizsgálta. Ezt követően megalkotta kutatási rendszerét, a Rokeach Value Surveyt (RVS). Kutatási szisztémájában megkülönböztet cél- és eszközértékeket, melyekhez 18 önálló értéket rendel. (Rokeach, 1968; 1973)

Shalom Schwartz jelentős pszichológiai értékorientációs koncepciót és modellt dolgozott ki. Elméletében, olyan motivációs szempontból eltérő alapértékeket határozott meg, melyeket az emberek minden kultúrában elismernek. Ezek az értékek általánosnak tekinthetők és az emberi lét három követelményére alapulnak: a biológiai szervezeti szükségletekre, a társadalmi interakciók kellékeire és a közösségek túlélési és jóléti szükségleteire. A kutató két tesztet is kifejlesztett az alapértékek mérésére, a Schwartz Value Survey-t és a Portrait Values Questionnaire-t. (Schwartz, 2012)

Nemzetközi értékfelmérésre Ronald F. Inglehart vezetett kutatássorozatot. A World Values Survey (WVS) segítségével figyelemmel kísérte a nemzetközi és kulturaközi értékrendek változásait. Az általa megrajzolt kulturális térkép által igazolni tudta, hogy az egyének meggyőződése, kultúrája befolyásolni tudja a társadalom gazdasági fejlődését is. (Inglehart, Welzel 2015):

Inglehart és Welzel WVS-ből nyert információk alapján két fő dimenzióját különíti el a változóknak: a hagyományos értékekkel szemben a szekuláris-racionális értékeket, a túlélési értékekkel szemben az önkifejező értékeket. Hazánk társadalma - hasonlóan más volt szocialista országokhoz - a szekuláris-racionális értékeket részesíti előnyben, azonban erősen jelen vannak az anyagi túlélési értékek is. (Pavluska, 2015)

Társadalmi értékek kutatása

A nemzetközileg kialakított teszteket alkalmazták hazai kutatóink is. A hazai érték kutatások 1970-1980 között kezdődtek. Hankiss Elemér 1980-as kutatásában a ma-

gyar társadalom értékrendjét vizsgálva arra az eredményre jutott, hogy a vallástól távolodó tendencia, az egyéni szabadság és az egyéniség előtérbe kerülése mellett a posztmodern értékek csekély mértékben érvényesülnek. (Pavluska, 2015)

Füstös László és Szalma Ivett 2009-ben elkészített összehasonlító és elemző vizsgálata jelentős eredményeket hozott az érték kutatás területén. A tanulmány az 1978-ban felmért magyar társadalmi érték kutatás eredményeit az 1968-ban végzett amerikai érték kutatás eredményeivel vetette össze, valamint a magyar társadalom értékrendjében történt változások 30 évet felölelő tendenciáit dolgozta fel. A „hivatalos” értékek között 1978-ban Magyarországon a béke és a haza biztonsága jelenik meg. Ebben az időszakban a család biztonsága, a belső harmónia és az igaz szerelem a „nem hivatalos” értékrendhez tartozó csoportban volt fontosabb. Az 1990-es években gyors váltások játszódtak le a „hivatalos” és a „nem hivatalos” értékrendszer által preferált érték csoportok között. Ezek a változások érték válságra jellemzőek. 1990-es évek végéig növekvő fontosságúak voltak a boldogság és az anyagi jólét. A 2000-es évek elején az anyagi jólét fontosságának növekedése megtorpant majd csökkenni kezdett. Kiábrándultság és visszarendeződés jellemezte ezt az időszakot és vitte a korábbi posztmaterális értékrend felé. A vallási értékek (üdvözlés és a megbocsátás) kevésbé-, míg a racionális-intellektuális értékek sokkal fontosabbnak bizonyultak. A célértékek közül a béke fontosságáról a család fontosságára tevődött a hangsúly a vizsgált közel negyed század alatt. Legjelentősebb változás a bölcsesség értékének megítélésében következett be, mert 2008-ra jelentősege növekedett a korábbiakhoz képest. A legfontosabb a magyar társadalomban a felelősségteljeség, a szavahihetőség, a bátorság volt. Kevésbé fontosnak értékelték az alkotószellem és a hatékonyság értékét. A törekvő érték 2008-ra teljesen lényegtelené vált. Az intellektuális logikus érték előrébb került. Bizonyítást nyert, hogy az öregedéssel hangsúlyosabb lesz az állandóság, a biztonság és a mennybe kerülés spirituális értéke. Az 1978-ban vizsgált 18-29 éves korosztály a klasszikus és „hivatalos” szocialista érté-

keket vallotta magáénak, addig a 2008-ban 18-29 éveseknél az igaz szerelem és az érdekes élet értéke volt előtérben. (Füstös & Szalma, 2009.)

A Társadalomkutatási Intézet Zrt. (TÁRKI) kutatási eredményeit Keller Tamás 2009-es tanulmányában tette közzé. A kutatás alapja Inglehart értékelmélete és a WVS alapján készült. Magyarország volt az egyetlen ország, mely az 1981-től kezdődő kutatássorozatban minden alkalommal részt vett. A TÁRKI a kutatás ötödik hullámát 2009 márciusában indította 44 ország adataira támaszkodva. A társadalom értékeinek fejlődésekor két folyamat azonosítható. A fejlődés szoros összefüggésben van a társadalmi renddel, a politikával és a gazdasági viszonyokkal. A fejlődés iránya a tradicionális-tekintélytisztelőtől a modern, majd a posztmodern értékrend felé tart. Elemzésük alapján a magyar társadalom gondolkodása zárt és szekularizált. Minden téren azt találták, hogy a magyar lakosság értékrendje távolabb van a nyugati kultúra tömbjétől és inkább az ortodox, néhány téren a dél-amerikai társadalmak értékrendjéhez van közel. (Keller, 2009)

Pusztai Gabriella 2009-ben készült művében több összefüggésben vizsgálta, hogy a hazai, a kárpátaljai és a partiumi egyházi és nem egyházi középiskolák tanulói körében milyen sorrendben jelennek meg az értékek. Megállapította, hogy az eredményes előrehaladás a tanulmányok terén több tényezőtől függ. A tanárok viselkedése, a tanulókkal való törődése alapvetően határozza meg a tanuló viszonyát a tudásanyag elsajátításához. Az egyházi iskolák az eredményes tanulást a vallásos környezet által biztosítják, a szorgalom, a teljesítményre hangsúlyt helyező magatartás, a tanulótársak és a tanárok tiszteletének magasra értékelésével. A felekezeti középiskolákból az egyetemi képzésben többen vesznek részt, mint a nem felekezeti középiskolákból kikerülők. A nyelvvizsgával rendelkezők közül többen végzettségi felekezeti középiskolában. A vizsgálat azt is bizonyította, hogy mind hazánkban, mind a határon túli egyházi iskolák a különböző társadalmi státuszú tanulókat eredményesebben olvasztják be a társadalomba. (Pusztai, 2009)

Bocsi Veronika 2010-ben publikált kutatásában a magyarországi, és a magyarok által lakott ukrainai és romániai területeken, a felsőoktatásban részt vevő hallgatók előnyben részesített értékeit vizsgálta. Elemzése szerint a törésvonalak az értékpreferenciákban nemcsak az országhatárok, hanem az egyetemi karok között is húzódnak. Az országhatár jelentős választóvonalat mutat a hitvallás tekintetében is, mert a magyar fiatalok elvilágiasodott világképére lehet következtetni a hit alacsonyabb skálaértékéből. (Bocsi, 2010)

Murinkó Livia a családdal és a nemi szerepekkel kapcsolatos attitűdöket vizsgálta 6 országban. Megállapította, hogy a magyar emberek számára nagyon fontos érték a gyermekvállalás és a két szülőcsaládmodell. A magyarok a kenyérkeresettel szemben a gyermek szempontjait részesítik előnyben. A különböző neműek között elfogadják családi munkamegosztás egyenlőtlenségeit az anyák hátrányára. Ezzel szemben Norvégia és Franciaország egyértelműen, míg Németország mérsékelten egyenlősépgárti. (Murinkó, 2014)

A segítő foglalkozásokhoz kapcsolódó értékek

A segítő szakmát választók feladata lesz a jövőben a humán értékek bemutatása és az azokon keresztüli példamutatás. A humán értékek közé sorolható az empátia, a biztonság, a szabadság, segítőkészség, a kreativitás, az együttműködés és az önismeret. (Tóth, 2009)

A humán értékeken túl a tudás, mint érték fontos a segítő szakmákban. A hivatásának élő segítő szakember számára a szakmai fejlődést az egész életén át tartó tanulás folyamatába vizsgálják a Becoming a Professional című kötet szerzői. Tehát a hivatás professzionális végzéséhez a tanulás, a tudás és a fejlődésre való képesség értékét köthetjük. (Dobos, 2011)

Mindezeken túl Florence Nightingale az ideális ápolót a következőképpen jellemzi:

„Az ápolónő legyen józan;

becsületes és megvesztegethetetlen;

Legyen igazmondó és megbízható;

Legyen pillanatra pontos és hajszálra rendes;

Gyorskezü, de nem kapkodó;
Szelíd, de nem lassú;
Nyájas, de nem fecsegő;
Tapintatos, de sohasem tétovázó;
Legyen derűs és bizakodó, tiszta saját személyében és tisztaságot teremtő a beteg körül;

Legyen szíves és szolgálatra kész, a betegekre gondoljon és nem önmagára.” (Doba, 2014)

A segítő foglalkozások valamennyi típusa a hivatások közé tartozik. A hivatás fogalmával a szociológia foglalkozik. A hivatásra jellemző egyedi jegyek a közösség iránti elkötelezettség, mások szolgálni akarása, a többség számára nélkülözhetetlen tudás és a hozzá nem értők általi kontrolálás lehetetlensége. A hivatások saját erkölcsi kódexekkel, ezen túl szigorú belső szabályokkal és szervezeteikben rigid alá-fölérendeltséggel bírnak. (Gyórfy, Susánszky, Susánszky, & Szántó, 2015)

Ápoló hallgatók körében a közelmúltban végzett értékkutatások eredményei

Az ápoláshoz kapcsolódó értékek nem választhatók teljesen külön a társadalmi folyamatoktól és a társadalmi értékek változásától.

Érték és hivatás címmel 2001-ben jelent tanulmány hosszsmetszeti felmérés első részét mutatja be. A Hajnal Imre Egészségtudományi Egyetem Egészségtudományi Főiskolai Karán tanuló elsőéves hallgatók követéses vizsgálatának célja volt felmérni az emberi életminőség jellemzőket, illetve a képzés szempontjából fontos intra- és interperszonális értékeket. A felmérés célja volt továbbá, hogy rávilágítson azokra a feladatokra, melyekre a tudatos értékátadás és értékefejlesztés során fokozottabban kell figyelmet fordítani. Az elemzés nyomán követte a 4 év során a hallgatók értéktudati változásait. Igazolódott a kutatók előfeltevése, mely szerint összefüggés van az egyes értékfelfogások és az érték rangsor alakulása között. (Mészáros, Tóth, & Várkonyi, 2001)

Az Egészségtudományi Kar oktatói diplo-

más ápoló hallgatók és pedagógushallgatók körében végeztek összehasonlító értékkutatást 2007-ben. A kutatók összehasonlították a korábbi, mások által végzett elemzések eredményeit saját felmérésük eredményeivel. Az értékrendszerek hasonlóságát a korcsoportok okozta eltérésekkel és a megelőző iskolai tanulmányok hatásaival magyarázták az elemzők. Az értékrendszerek eltérése a megcélzott hivatás különbözőségéből eredt. Mindkét csoport esetében, a képzésből kikerülők az értelmiségi viselkedés modelljéhez idomultak. (Kovácsné Tóth, Feith, Balázs, & Dusek, 2007)

Tóth Tímea az értékek rendszerének befolyásoló hatását elemezte a pályaválasztás kapcsán a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán. A cikk kutatási rész-eredményeket mutat be.

Az elemzés rámutatott arra, hogy az érték fogalmakat (segítőkészség, kooperativitás, biztonság, szabadság, kreativitás) a hallgatók nagy többsége nem tudta pontosan meghatározni. A nem válaszolók, a helyes-, a téves- és a nem teljes választ adók aránya (a pontos definíciók ismeretének hiányára visszavezethetően) elgondolkodtató. (Tóth, 2008)

A rákövetkező évben a szerző, az előbb részletezett kutatását összevetette a 2003/2004. évben végzett felmérése eredményeivel. Míg 2007-2008 közötti kutatása 150 fő kérdőívének kiértékelésével történt az Ápolás és Betegellátás szakirányon. A 2003-2004 közötti vizsgálat 105-ös elemszámmal 75 fő ápoló-, 16 fő védőnő- és 14 fő dietetikus hallgató által adott válaszok kiértékelése alapján történt. Az elemző, a felméréshez D. E. Super által kidolgozott módszert alkalmazta, mely az értékek szubjektív és objektív tényezőit a pályához kötődő értékválasztáshoz kapcsolja. A felmérést végző rangsort állított fel az értéktényezők között a két különböző időszakban kapott válaszokat összevetve.

A következő eredményeket kapta:

- ⇒ mindkét mintában az első helyen az altruizmus szerepel,
- ⇒ a biztonság 2007-es válaszok alapján hátrébb csúszott, míg a társas kapcsolatok fontosabbnak bizonyultak a korábbiakhoz képest,
- ⇒ változatlan szinten helyezkedik el mind-

- két időszakban a környezet, a változatos-
ság, a presztízs és a szellemi ösztönzés,
⇒ az anyagiak érték kategóriája a későbbi
felmérésben előrébb került, de nem az első
öt hely egyikére,
⇒ a későbbi mintában az esztétikum előrébb
lépet,
⇒ a kreativitás a 2007-es válaszokban hát-
rébb sorolódott,
⇒ a szellemi ösztönzés az utolsó helyek egyi-
kére szorult,
⇒ mindkét mintában az utolsó helyen az
irányítás szerepel.

A vizsgált fiatalok inkább a tradicionális
interszónális értékeket preferálják és a
szolidaritást felhasználva egészséges önérvé-
nyesítésre törekkenek. (Tóth, 2009)

Az egri Kossuth Zsuzsanna Szakközép-
iskola, Szakiskola és Kollégium tanulóit
vizsgálta 2015-ös kutatásában Kovácsné
Melher Marianna. Az értékek rendszerét, a
pályaválasztási motivációkat és a szociális
környezet szerepét mérte fel a pályaválasztás
kapcsán. Az író széles körben mérte fel a
különböző képzési rendszerben tanulók ér-
tékeinek rangsorát és azokat összevetve ér-
dekes megállapításokra jutott. Általánosan a
szülők hatását emeli ki, valamint a segíteni
vágyás szerepét hangsúlyozza a tanulóknál.
A tanulók a legjelentősebb értéknek azono-
sították a hivatás gyakorlásához szükséges
tudást és annak belsővé tételét, a felelősség-
teljességet és a precizitást. Ezek az értékek

határozottabban jelentek meg az érettségi
után pályát választók körében. (Kovácsné
Melher, 2015)

Összegzés

A Mózesi parancsolatokban megjelenő
emberi élet védelme alapértékké, írott nor-
mává vált, amely érték az orvosok és ápo-
lók esküjében is megfogalmazódik. A ke-
resztény középkori emberi értékek között
szereplő puritánság az ápoló külső meg-
jelenésében jelenleg is kívánatos. Florence
Nightingale szerint az eszményi ápoló olyan
külső és belső tulajdonságokkal kell bírjon,
mint a becsületesség, pontosság, igazmon-
dás és az önfeláldozás. A 2007-es értékel-
mérésben az ápoló hallgatók értékei között
az altruizmus első helyen szerepel. Az ön-
feláldozás már a görög embereszményben
és a kereszténységben is megjelent. A tár-
sas kapcsolatok második helyen szerepel
az ápoló hallgatók értékei között. Az ápoló
hallgatóknál az anyagi értékek nem kiemelt
fontosságú tényezők. Társadalmunk elvet-
ve a korábbi rendező elveket, ideológiákat,
a posztmodern társadalomra jellemző érté-
keket mutatja. Így megállapítható, hogy az
ápoló hallgatók értékei eltérőek a társadalmi
értékektől. Ez az eltérés olyan jelentős, hogy
az ápolók társadalmi megbecsülésére is ne-
gatíván hat.

Irodalomjegyzék

1. Bocsi, V. (2010). Törésvonalak. *Educatio(R)*, 19(2), 214-229.
2. Doba, É. (2014) Florence Nightingale - a lámpás hölgy Hozzáférhető: <http://www.ujakropolisz.hu/cikk/florence-nightingale-lampas-holgy>, Letöltve: 2017-03-09
3. Dobos, Á. (2011). A hivatás gyakorlása, avagy tanulás egy életen át. *Educatio(R)*, 20(3), 447-449.
4. Füstös, L., Szalma, I. (2009.). A változó értékrendszer. Hozzáférhető: http://www.sociologia.hu/dynamic/FustosL_SzalmaI_MSZT_konf_2009_tanulmany.doc, Letöltve: 2016-07-23
5. Györffy, Z., Susánszky, É., Susánszky, A., Szántó, Zs. (2015). Az orvosi pályaválasztás átalakulása - esélyek és lehetőségek Magyarországon. *LAM Lege Artis Medicinae*, 25(4-5), 211-219.
6. Inglehart, R., Welzel, C. (2015). Cultural map - WVS wave 6 (2010-2014). In World Values Survey Hozzáférhető <http://www.worldvaluessurvey.org/WVSContents.jsp>, Letöltve 2017-06-07
7. Keller, T. (2009). Magyarország helye a világ értéktérképén Hozzáférhető: http://www.tarki.hu/hu/research/gazdkult/gazdkult_wvs_keller.pdf, Letöltve: 2016-07-22
8. Kovácsné Melher, M. (2015). Ápolói pályát választó hallgatók értékutatása szakközépiskolában. *Nővér*, 28(1), 25-34.
9. Kovácsné Tóth, Á., Feith H. J., Balázs, P., Dusek,

- T. (2007). Összehasonlító értékutatás diplomás ápolóhallgatók és pedagógushallgatók körében. *Egészségügyi gazdasági szemle*, 45(5-6), 44-49.
10. Merton, R. K. (2002). *Társadalomelmélet és társadalmi struktúra*. Budapest: Osiris Kiadó.
 11. Mészáros, J., Tóth, T., Várkonyi, Á. (2001). Érték és Hivatás. *Ápolásügy*, (4), 5-8.
 12. Murinkó, L. (2014). A nemi szerepekkel és a családdal kapcsolatos attitűdök európai kitekintésben: értékek és gyermekgondozás. *Szociológiai szemle*, 24(1), 67-101.
 13. Pálvölgyi, F. (2014). Az erkölcsi értékek szerepe a társadalomban In Pálvölgyi, F. *Az erkölcsi nevelés új perspektívái* (pp.21-28). Budapest: L'Harmattan Kiadó, Sapientia Szerzetesi Hittudományi Főiskola.
 14. Pavluska, V. (2015). Az egészség, mint érték a magyar társadalomban. Irodalomkutatás eredményei. Hozzáférhető: http://ktk.pte.hu/sites/default/files/mellekletek/2016/01/pavluska_az_egeszseg_mint_ertek_a_magyar_tarsadalomban_2015.pdf, Letöltve: 2017-02-23
 15. Pusztai, G. (2009). A társadalmi tőke hatása az iskolai pályafutásra. Hozzáférhető: <http://mek.oszk.hu/12100/12193/12193.pdf>, Letöltve: 2016-07-15
 16. Rokeach, M. (1968). *Beliefs, attitudes, and values: A theory of organization and change*. San Francisco: Jossey-Bass behavioral science series.
 17. Rokeach, M. (1973): *The Nature of Human Values*. New York: Free Press.
 18. Schwartz, S. H. (2012. december): An Overview of the Schwartz Theory of Basic Values. *Online Readings in Psychology and Culture*, 2(1). In Berkeley Electronic Press Hozzáférhető <http://dx.doi.org/10.9707/2307-0919.1116>
 19. Tóth T. (2008) Értékek dominanciája a pályaválasztásban. *Nővér.*;21(2) p.10-8.
 20. Tóth, T. (2009). *Paramedikális pályát választott fiatalok értékattitűdjének jellemzői*. Doktori (PhD) értekezés, Semmelweis Egyetem, Patológiai Tudományok Doktori Iskola
 21. Váriné Szilágyi, I. (1987) *Az ember, a világ és az értékek világa*. Gondolat, Budapest

A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA ORSZÁGOS FELNŐTTÁPOLÁSI SZAKMAI TAGOZATA

2017. november 30-án, Budapesten
rendezi meg

a

IV. Országos Ápolásinnováció és Ápolásmenedzsment Tudományos Konferencia
c. pontszerző rendezvényt.

A rendezvényre vonatkozó bővebb információ a www.meszk.hu honlapon a
Továbbképzések menüponton keresztül érhető el.

Újra teljes az Egészségügyi Szakmai Kollégium Ápolás és Szülésznő (szakdolgozói) Tagozat és Tanács

MÉSZÁROS Magdolna

Összefoglalás

A szakma várakozására ez év áprilisában megalakultak az egészségügyi szakmai kollégiumi tanácsok. Az Ápolás és Szülésznő Tanács 15 tagból áll. 2017. május 5-én ültünk össze, a tagok maguk közül választották meg elnöknek Dr. habil. Oláh Andrást. A kinevezés négy évre szól. Már az első ülés alkalmával számos feladat fogalmazódott meg a tagok részéről.

Tárgyszavak: szakmai kollégium, tanácsok alakulása, feladatok

The Council of Nursing and Maternity Nurses of the Health Professional College is full again
Magdolna MÉSZÁROS

Summary

For the expectation of the health care organizations and professionals, the medical professional councils are established in April, 2017. The Council of Nursing and Maternity Nurses includes 15 members. The session of the council was held 5th of May, 2017, where Dr. habil. András Oláh was elected for the president within its members. The nomination is maintained for the period of 4 years. Lots of task and recommendation was already framed by its members on the first meeting.

Keywords: Professional College, establishing councils, duties

Érkezett: 2017. május 30. Elfogadva: 2017. május 31.

A kétszintű kollégiumi struktúrát 2011-ben alakította ki Dr. Szócska Miklós, az akkori egészségügyért felelős államtitkár. A következő ciklus kinevezései egy év „meghosszabbítást” követően 2016-ban kerültek átadásra.

A jelenlegi felállásban három új tagozat is alakult, az egynapos sebészet és a hospice ellátás mellett a szakdolgozók egyik csoportja is külön képviseltetheti magát a védőnők tekintetében. Ők korábban a gyermek alapellátáshoz tartoztak. A 61 tagozat munkáját továbbra is Dr. Fülesdi Béla irányítja. A tanácsok létrejötté az elmúlt évben elmaradt, így a tagozatok kevésbé tudtak hatékonyan

működni. 2017. április 3-ára végre (bár így sem minden esetben) életre hívták a tanácsokat, ahol a tagok száma a szakmák nagyságától függően 5–15 fő.

Az ápolás és szülésznői tagozat tagjai a következők: elnöke Mészáros Magdolna, a Békés Megyei Központi Kórház ápolási igazgatója, egyben az előző kollégium volt elnöke, tagjai: Pap-Szekeres Anita, a Bács-Kiskun Megyei Kórház ápolási igazgatója, valamint Kormos Ágnes, a Semmelweis Egyetem ápolási igazgatója (**1. kép**). Munkájukat már az előző évben megkezdték. Ez év elején a Magyar Kórházszövetség XXIX. Kongresszusán két kutatás eredményét prezen-

MÉSZÁROS Magdolna elnök, Egészségügyi Szakmai Kollégium Ápolás és Szülésznő (szakdolgozói) Tagozata elérhetőség: e-mail: halmosne@pandy.hu

tálták. Pap-Szekeres Anita az ápolói létszám anomáliáiról számolt be és felhívta a figyelmet az ápolói leterheltség egyre súlyosbodó mértékére. Az AS német percérték segítségével bizonyította, hogy 10 év távlatában háromszor nagyobbra nőtt az egy betegre jutó ápolási időszükséglet.

Kormos Ágnes a gyakorlati oktatás nehézségeiről számolt be. Míg a duális képzés az egészségügyi ápoló tanulóknak gyakorlati oktatását teljes mértékben az intézetekre hárította, addigra eltűntek a rendszerből a szakoktatók és az oktatáshoz szükséges demonstrációs tantermek feltételi is tárgyi feltételei is hiányoznak.

A tagozat a fent említett témákon kívül az ápolók munkafeltételeinek javítását, az egészségügyi dolgozók bántalmazásával kapcsolatos segítségnyújtást és a létszámhelyzettel kapcsolatos kérdéskört tűzte ki célul a munkatervében.

A tanács alakuló ülésére 2017. május 5-én került sor, ahol a legfontosabb na-

pirendi pont az elnökválasztás volt. A tanács tagjait az egészségügy területén működő szakmai társaságok és egyesületek delegálták, a 12/2011. (III. 30.) NEFMI rendelet értelmében. A tanács tagjai egyhangúlag Dr. habil. Oláh András

választották meg a tanács elnökének.

Az ülésen már számos, megoldásra váró feladat fogalmazódott meg többek között az evidenciák alapuló irányelvéfejlesztés, a kiterjesztett hatáskörű okleveles ápoló képzés bevezetésének támogatása, a képzési szintenként elkülönülő és a ha-

táskör bővítésre is lehetőséget adó licence rendszer, az ápolásmenedzsment kérdése, az ápolók létszám- és munkafeltételei kérdése, a leterheltségi vizsgálatok, az egészségügyi dolgozók egészségi állapota, bántalmazásának kérdésköre. Reméljük a lelkesedés kitart az elkövetkező négy évig.

Eredményekben gazdag időszakot kívánok a kolléganőknek és kollégáknak!



1. kép. Az ápolás és szülésznői tagozat tagjai (balról-jobbra): Kormos Ágnes, Mészáros Magdolna (elnök), Pap-Szekeres Anita

2. kép. Tanács tagok



(A kép első sorában szereplő tanács tagok (balról-jobbra): Friesz Anna szakmai vezető - Harris Egészségügyi Szolgálat, Tóth Andrea vezető ápoló - Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Nagyné Szőke Erzsébet klinikai vezető ápoló - Debreceni Egyetem Klinikai Központ Szemklinikai, Bugarszkiné Sárközi Gizella ápolási igazgató - Szent Rókus Kórház és Intézményei, Dr. habil Oláh András egyetemi docens, intézetigazgató, általános és stratégiai dékánhelyettes - PTE-ETK, Altmajer Beáta ápolási igazgató - Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Zsámboki Judit klinikai vezető ápoló - Debreceni Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

A kép hátsó sorában szereplő tanács tagok (balról-jobbra): Dr. Balogh Zoltán tanszékvezető - Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Karamánné Dr. Pakai Annamária adjunktus, tanszékvezető, képzési központ igazgató - PTE ETK Szombathelyi Képzési Központ, Nyilas Judit ápolási igazgató - Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház Miskolc, Gerdei Helga vezető szülésznő - Jahn Ferenc Dél-pesti kórház, Kontra Andrea telephelyvezető ápoló - Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet Szent István Kórház Rehabilitációs Centrum

A tanács képről hiányzó tagjai: Balasi Katalin központi műtő vezető műtős szakasszisztens - Bács-Kiskun Megyei Kórház SZTE-ÁOK Oktató Kórháza, Seres Judit ápolási igazgató - Kenézi Gyula Kórház és Rendelőintézet, Dr. Vandulek Csaba egyetemi adjunktus - PTE-ETK)



Bőrápoló termékek

Segítse Ön is az inkontinens betegek ápolását,
javítsa mindennapi életminőségüket!

Az idősök sérülékeny bőre különleges ápolást igényel, kövesse az alábbi 3 egyszerű lépést és termékhasználati tanácsot az inkontinens beteg bőrének egészségéért:

- A bőr szárazon tartásához mindig légáteresztő, nedvszívó termék használatát javasolja.
- Pelenkacsere során fontos a bőr kíméletes és gondos tisztítása, amelyhez ajánljon **TENA Nedves törlőkendőt**.
- Az idősök bőre extra védelmet igényel, hámsérülés vagy hámsérülés kezelésére tanácsolja a **TENA Cink krém** használatát.

A TENA Bőrápoló termékek ajánlásával Ön is segítheti az inkontinens betegek ápolását, növelheti a gondozásukban közreműködő hozzátartozóik elégedettségét.

További információ: www.tena.hu



