

NŐVÉR



AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

Scientific and educational journal
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

2018. 31. ÉVFOLYAM 5. SZÁM

A TARTALOMBÓL:

A munkával és étellel való elégedettség összehasonlító elemzése magyar és német műtő asszisztensek körében

A postoperatív fájdalom menedzsment helyzete napjainkban Magyarországon 1. rész



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



FELHÍVÁS

A MESZK ORSZÁGOS SZOCIÁLIS SZAKMAI TAGOZAT SZOCIÁLIS MUNKA NAPJA III. KONFERENCIÁJA

„Családok éve a szociális szférában”

címmel



Időpontja: 2018. november 9.

Helyszín: Lurdy Konferencia- és Rendezvényközpont, 5-ös Konferencia terem
1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 12-14.

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

Célcsoportok

felőtt ápolás és gondozás, gyermek ápolás és gondozás, védőnői ellátás,
rehabilitációs és életvezetést támogató, közegészségügy és népegészségügy,
egészségügyi menedzsment

Jelentkezés

www.meszk.hu/meszk által szervezett továbbképzések

Jelentkezési határidő

2018. november 5.

Regisztrációs díj

Kamarai és nem kamarai tagoknak térítésmentes

A RENDEZVÉNY 18 TOVÁBBKÉPZÉSI PONTRA LETT MINŐSÍTVE.

További információ: www.meszk.hu

NŐVÉR

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

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

Nővér, 2018;31(5):1-40.

TARTALOMJEGYZÉK

ÁPOLÁSTÖRTÉNET

Akikre büszkék lehetünk!

A Florence Nightingale emlékéremmel kitüntetett magyar ápolók életútja 2. rész..... 3
Sövényi Ferencné, Perkó Magdolna, Fedineczné Vittay Katalin, Boros Károlyné

EREDETI KÖZLEMÉNY

A munkával és étellel való elégedettség összehasonlító elemzése magyar és német műtő asszisztensek körében..... 10
Máté Szilvia, Dr. Phil. Tigges-Limmer Katharina, Dr. Pusztafalvi Henriette

Az észlelt szülői kompetenciát meghatározó faktorok – különös tekintettel a koherencia-érzetre..... 18
Csigó Luca, Karácsony Ilona Hajnalka

Fogtechnikai dolgozók munkaegészségügyi helyzete és tájékozottsága a szilikózis megbetegedésről..... 28
Láng Anett, Dr. Hirdi Henriett Éva

AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA, TOVÁBBKÉPZÉS

A postoperatív fájdalom menedzsment helyzete napjainkban Magyarországon 1. rész..... 35
Lovasi Orsolya, Dr. Lám Judit

CONTENTS

HISTORY OF NURSING

Faces from the Hungarian Nursing Hall of Fame: the exemplary careers of two Hungarian recipients of the Florence Nightingale Medal Part 2..... 3
Ferencné Sövényi, Magdolna Perkó, Katalin Fedineczné Vittay, Károlyné Boros

ORIGINAL CONTRIBUTION

Comparative analysis of job and life satisfaction among theatre nurses in Hungary and Germany..... 10
Szilvia Máté, Katharina Tigges-Limmer, Henriette Pusztafalvi

Influencing Factors of Parenting Sense of Competence – Focusing on Sense of Coherence..... 18
Luca Csigó, Ilona Hajnalka Karácsony

Assessment of environmental health and knowledge of silicosis among dental technicians..... 28
Anett Láng, Henriett Éva Hirdi

NURSING IN PRACTICE, CONTINUING EDUCATION

Postoperative Pain Management Today in Hungary Part 1..... 35
Orsolya Lovasi, Judit Lám

A Nővérben 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 igényű írással 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
1890 1990

LifeTime Media Kft. egészségügyi divíziója

Nyomdai munka: Vargh 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)

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. Fedineczné Vittay Katalin

Dr. Helembai Kornélia (PhD)

Prof. Dr. OiSaeng Hong (PhD)

Prof. Dr. Kovács L. Gábor (PhD)

Mészáros Magdolna

Sövényi Ferencné

Tóth Ibolya

Prof. PhD. Valérie Tóthova (PhD)

Dr. Velkey György

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.

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

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

ÁPOLÁSTÖRTÉNET

Akikre büszkék lehetünk! A Florence Nightingale emlékéremmel kitüntetett magyar ápolók életútja 2. rész

SÖVÉNYI Ferencné, PERKÓ Magdolna, DR. FEDINECZNÉ VITTAY Katalin,
BOROS Károlyné

ÖSSZEFOGLALÁS

Ebben a részben a szerzők folytatják a Florence Nightingale emlékéremmel kitüntetett ápolók bemutatását, és igen nagy tisztelettel emlékeznek meg Dr. Marosi Józsefné, Vera néni munkásságáról, azért is kiemelt szeretettel szólnak róla, mert a cikk szerzői közül ketten személyesen ismerték, tanítványai, majd munkatársai lehettek az Orvostovábbképző Intézet Egészségügyi Szakiskolájában, Újpesten az Erkel utcában.

A másik kitüntetett, akinek életútját ismertetik, Faragó Jánosné, Anci néni, aki 2003-ban utoljára kapott emlékérmét a Magyarországi ápolók közül.

Közös a sorsukban, hogy mindketten pedagógusok voltak, a történelmi körülmények, a második világháború embertelen eseményei és nem utolsósorban emberségük, segíteni akarásuk sodorták őket az ápoló tevékenység felé.

Faces from the Hungarian Nursing Hall of Fame: the exemplary careers of two Hungarian recipients of the Florence Nightingale Medal Part 2

Ferencné SÖVÉNYI, Magdolna PERKÓ, DR. Katalin FEDINECZNÉ VITTAY, Károlyné BOROS

SUMMARY

This part of the series of articles on Hungarian recipients of the Florence Nightingale Medal is dedicated to the life and work of Ms Vera Józsefné Marosi. Two of the authors of the article had the privilege and honor not only to know Ms. Vera Marosi personally, but also to have been her students and co-workers at the Vocational Secondary School of Nursing, Postgraduate Medical School, Budapest.

The other awardee whose life is presented is Ms. Anci Jánosné Faragó who was the last nurse in the Hungarian nursing community to be awarded the Medal in 2003.

What connects the two outstanding nursing personalities is that both of them started out as teachers and educators and turned towards nursing spurred by historical circumstances, the cruelties of World War II and last but not least their humanity and desire to help others.

SÖVÉNYI Ferencné,
PERKÓ Magdolna,
DR. FEDINECZNÉ
VITTAY Katalin,
BOROS Károlyné

Levelező szerző
(correspondent):
SÖVÉNYI Ferencné;
e-mail:
sovenyi.ferencne@chello.hu

Beérkezett: 2018. február 7.
Elfogadva: 2018. március 18.

„Minden elmúlik, mint az álom
Elröpül, mint a vándormadár,
Csak az emlék marad meg a szívben,
Halványan, mint a holdsugár.”

Friedrich Schiller

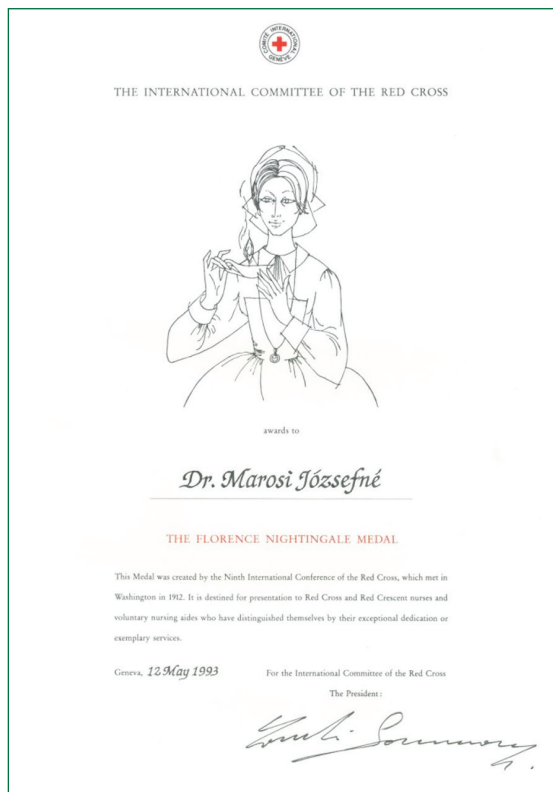
Dr. Marosi Józsefné életútja

Dr. Marosi Józsefné 1993. június 23-án, 80. születésnapján kapta meg Florence Nightingale emlékérmét (1-3. képek). Tanárnak készült, 1931-1932-ig a Budapesti Királyi Magyar Pázmány Péter Tudományegyetem Bölcsészettudományi Karán, majd 1932-1935-ig az Egyesült Királyság (University College of London) egyetemén szerzett angol-né-

met szakos középiskolai tanári diplomát. A II. világháború azonban felülírta a terveit, kezdetben a Szabolcs utcai Zsidó Kórház titkárságán, majd a háború alatt önkéntes ápolóként a Budapesti Wesselényi utcai Zsidó Szükségkórházban dolgozott, emberhez méltatlan körülmények között.

„...A frontvonal közeledésével, a robbanások következtében a Wesselényi utcai, majd a Kertész utcára néző ablakok betörttek... Hideg lett, fűtés nem volt. Az emberek többségének csak egy ruhája és kabátja volt, amit hónapokon keresztül éjjel nappal viselt....Mosásra alig volt lehetőség.... ...A ruhatetű már decemberre elterjedt... a sebesültek száma egyre nőtt...” (Strausz, 1996).

1944-ben, már végzett középiskolai tanárként jelentkezett egy ápolónői tanfolyamra, melyet Dr.

1. kép: Dr. Marosi Józsefné (1913-1997)**2. kép:** Dr. Marosi Józsefné kitüntetése (Forrás: Dr. Marosi Józsefné családja)

Schwarczmann Pál belgyógyász professzor indított a Zsidó Kórházban. „Az áldott nevű professzornak köszönhetem, hogy az egészségügy „megkerített”- így szoktam mondani azt, hogy rabul ejtett az emberek ápolása, gyógyítása” (Ruzsicska, 1993). Így emlékezett később a friss Florence Nightingale Emlékérem kitüntetettje.

1945 májusában a kórház visszakerült a Szabolcs utcába, Vera néni itt folytatta áldozatos munkáját hasonlóan rossz körülmények között. A háború után az ápolóképzés fejlesztésének szentelte életét. Európa több országában járt, tanulmányozta az ápolóképzést, a kórházak működését. Ezek közül külön kiemelendő az 1948-ban Ausztriába, Svájcba és Franciaországba tett tanulmányút.

1948-tól a **Schönstein Sándor Egészségügyi Szakiskolában** igazgatóként dolgozott, 1953-tól a **Vámos Iona Állami Betegápoló Iskola** (Budapest, V, Váci u. 47.) **igazgatója**. 1956 - 1975-ig az **Orvostovábbképző Intézet Egészségügyi Szakiskola** (Budapest, IV. Erkel u. 26.) **igazgatója**. **Egyik alapító tagja** – az iskola jogutódja – az **Orvostovábbképző Intézet Egészségügyi Főiskolai Karának**, néhány évig a Kari Tanács tagja, majd a főiskola **Kollégiumának igazgatója**.

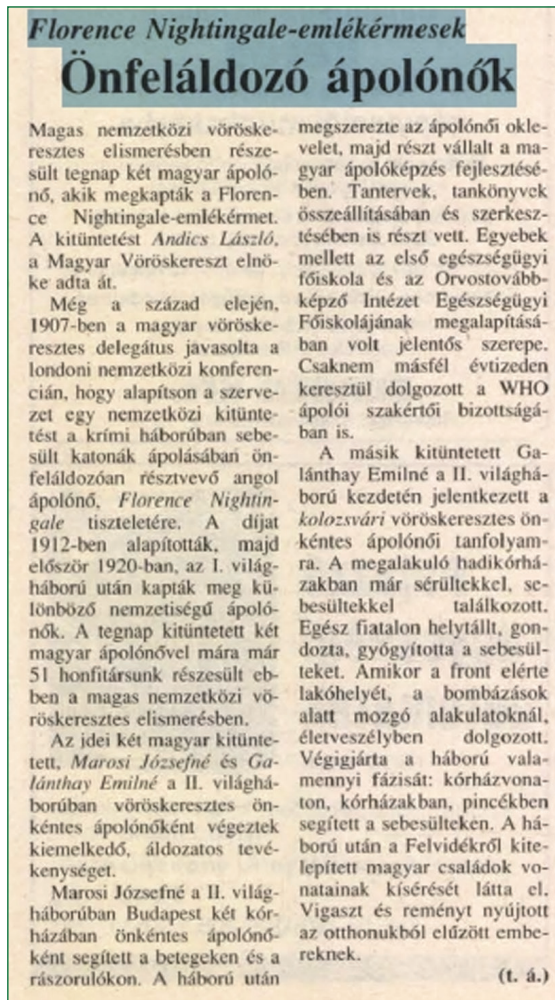
Három idegen nyelven beszélt (angol, francia, német), és sokat fordított, naprakész információkkal rendelkezett a világ „ápolásügyét” illetően. Rend-

szeresen tagja volt az Egészségügyi Minisztériumba érkező külföldi vendégeket fogadó bizottságnak, és a külföldre menő szakmai magyar delegációknak.

1962-1975 között tagja volt az Egészségügyi Világszervezet Európai Területi Irodája Ápolásügyi szakértői bizottságának (WHO EURO Nursing Expert Committee). Hazánk részt vett az **EVSz** (Egészségügyi Világszervezet) Tudományos Kutatási Tanácsadó Bizottságában, az **egészségügyi szakemberképzéssel foglalkozó bizottságban**.

A Magyar Kórházszövetség (MKSZ) Ápolási Szakbizottságának alapító tagja és első elnöke volt. Az Ápolók Nemzetközi Tanácsa (International Council of Nursing, ICN) folyamatosan kereste a kapcsolatot azokkal az országokkal, amelyek valamilyen ok miatt tagságukat felfüggesztették, vagy megszüntették, ugyanis szerették volna, ha megtalálják a lehetőséget a visszatérésre. Az 1970-es évek elejétől kezdve Mrs. Izycka több alkalommal járt Magyarországon és próbálta megtalálni azt a szakmai szerveződést, amelynek sem párt, sem szakszervezeti befolyása, felügyelete nincs. Végül is a **Magyar Ápolási Szakbizottságot** találták olyan szakmai szervezetnek, amely a magyar ápolók **ICN tagságba való visszatérését** lehetővé teszi. Ezután, **Dr. Doris Krebs** az ICN munkatársa Magyarországra érkezett, és látogatását arra is felhasználta, hogy kapcsolatot

3. kép: Korabeli beszámoló a Florence Nightingale emlékéremben részesült magyar ápolókról (Forrás: Pest Megyei Hírlap 1993.06.22.)



4-7. kép: Ápolástan tankönyvek, melyekben Dr. Marosi Józsefné szerzőtárs volt (Forrás: www.antikvarium.hu)



akkor már kb. 250 fős tagsággal rendelkező „*Magyar Kórházzövetség Ápolási Szakbizottsága*”, amelynek akkor Dr. Marosi Józsefné volt az elnöke és így részt vehetett a kongresszuson.

Az ápoló szakképzés tananyagfejlesztésében is úttörő munkát végzett. Számtalan az ápolással kapcsolatos tankönyv, könyv társszerzője, fordítója, lektora, többek között a több változatlan és átdolgozott kiadást megélt, az „Ápolás Bibliája”-ként emlegetett tankönyv, amely évtizedekig volt az ápolóképzők tankönyve (4-11. képek). Aktív résztvevője volt az ápolóképzés tanterve, tematikája kidolgozásának, részt vett az egészségügyi szakiskolák működési szabályzata tervezetének elkészítésében.

Az **Egészségügyi Minisztérium Középfokú Szakoktatási Osztálya** irányításával az 1950-es évek közepétől **felmérés** készült az ápolóképző iskolákban folyó szakmai oktatás helyzetéről, különös tekintettel a személyi feltételekre. A vizsgálat megállapította, hogy az igazgatók, nevelők legtöbbször csak négy középiskolát végzett és nagyon kevesen rendelkeztek érettségivel. Főiskolai vagy egyetemi végzettségű oktató alig vagy egyáltalán nem volt. A hiány pótlására megoldást az oktatók pedagógiai képzettségének megszerzése jelentett volna, ez azonban, mint tudjuk, minden erőfeszítés ellenére még éveket váratott magára.

Az **Egészségügyi Minisztérium** kiemelt programja volt az ápolástant tanító nevelők (akkor ez a terminológia volt érvényben) felkészítése. Az

keressen a **Magyar Kórházzövetséggel**, illetve annak Ápolási Szakbizottságával. A kapcsolatfelvétel megtörtént. A találkozás alkalmával Dr. Doris Krebs az ICN-be történő visszatérés útját ismertette, majd találkozott Dr. Acél Györggyel, a Magyar Kórházzövetség elnökével is. Felvázolta az ICN tagság lehetőségét, sőt azt is, hogy milyen forrásokból próbálják biztosítani a legközelebbi ICN kongresszuson való magyar delegáció részvételét. A Kórházzövetség Elnöke az Egészségügyi Minisztérium felé hivatalos útra terelte az ICN tagság kérdését.

Később Magyarországra érkezett **Ms. Mary Abbot**, a **WHO Európai Irodájának képviselője** azzal a javaslattal, hogy ösztöndíjat biztosítanak a Magyar Kórházzövetség Ápolási Szakbizottsága vezetője és még egy képviselője részére olyan szakmai programmal, amelybe az ICN kongresszuson való részvétel időszaka is beleesik. Végül is a **Los Angeles-ben tartott ICN 17. Kongresszusán (1981)** került felvételre a magyar ápolókat „*képviselő*”

8-11. kép: Könyvek, melyeket Dr. Marosi Józsefné fordított, vagy lektorált (Forrás: www.antikvarium.hu)



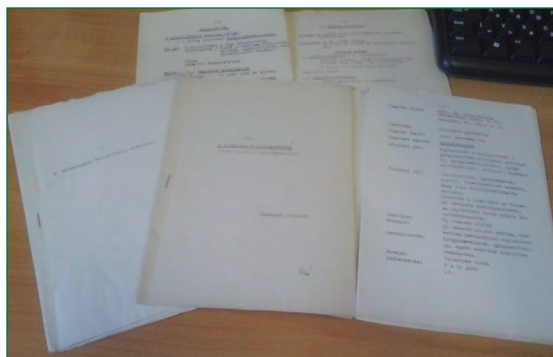
Orvostovábbképző Intézet Egészségügyi Szakiskoláját bízta meg azzal a feladattal, hogy óravázlatok készítésével, valamint bemutató elméleti és gyakorlati órák tartásával segítse ezt a feladatot. Ez nem volt véletlen, hiszen az ott dolgozó nevelők részesei voltak az Ápolástan könyv elkészítésének, tekintettel arra, hogy az iskola orvos-szaktanácsadója (**dr. Schwartzmann Pál**) és az iskola igazgatója (**dr. Marosi Józsefné**) jelentős részt vállalt a könyv megírásában.

Így elkezdődött Vera néni irányításával egy mai terminológiával élve „**egészségügyi szakmódszertani**” továbbképző kurzus az Erkel utcában, ahol az általános ápolástan, a szakápolástan, valamint gondozástan című témakörök feldolgozásának módszereit – bemutató órák keretében – dolgozták fel.

A továbbképzés 1966-69 között nagy sikerrel került megvalósításra. Az óravázlatok egységes elvek alapján készültek, tartalmazták a tanítás helyét, a tantárgy megnevezését, a tanítás idejét, a tanítási egység megnevezését, az oktatási célt, az óratípust, a módszereket, a szemléltetés formáit, a nevelő/órávezető nevét, az időbeosztást és a részletes tananyag-tartalmat. A **bemutató órákat** az ország különböző iskoláiból érkező nevelők „hospitáltak”. A továbbképzésre készült segédanyagokat az ország minden képzőhelye megkapta.

Mint, már az előzőekben említettük, **Vera néni** személyesen ismertük, tiszteltük és szerettük. Tanít-

12. kép: Óravázlatok gyűjtemény. (Forrás: ÁÁEK Könyvtár)



ványai voltunk, majd munkatársai lehettünk az **Erkel utcai iskolában. Tanárunk, tanítómesterünk, példaképünk, imádott főnökünk volt!** Vera néni élete nyitott könyv volt előttünk és, amit megélt, amit tudott, szinte „mindent” szeretett volna tanítványainak, kollégáinak átadni.

Nagy tudású, intelligens, világot látott, sokat tapasztalt **EMBER** volt! Szigorú, következetes, a munkában maximalista önmagával és velünk szemben is! Szigora mögött mindig ott volt a szeretet, „te többre vagy képes, hát hozd ki magadból!” néha szavakban nem is megnyilvánuló, de tekintetében követelő inspiráció.

És mi meg akartunk felelni!

Sokat mesélt az életéről, a külföldön töltött évekről, a második világháború alatti kórházi állapotokról, a magyarországi ápolóképzés kialakulásáról, fejlődéséről. Egy ilyen történetet osztunk most meg olvasóinkkal, amely több évtized távlatából, egy „oral history”, de rajtunk kívül Vera néni lányai is így emlékeznek az édesanyjuk által elmesélt történetre.

Az **1946-1950-es** években a **penicillin** és származékainak alkalmazása csodaszerként tört be Magyarországra. Ebben az időszakban részben importálták az angol és amerikai penicillin készítményeket, részben pedig importált alapanyagból itthon állították elő a termékeket. A **Szabolcs utcai kórházba 1951-ben a JOINT** (American Jewish Joint Distribution Committee (JDC) – gyakran **Joint** néven emlegett –), 1914-ben, az I. világháború alatt New Yorkban megalakult **nemzetközi zsidó segélyszervezet**en keresztül került egy **penicillin szállítmány**. A kórház igazgató főorvosa akkor **Dr. Benedek László** volt, akinek a titkárságán dolgozott Vera néni és a szervezet képviselői, illetve a magyar orvosok közötti megbeszélésen az angol kommunikációt segítette. Ennek eredménye volt, hogy a JOINT képviselője, aki a gyógyszer beadásának szabályait volt hivatott betanítani a magyar felhasználóknak, **Vera néni** **tanította be a készítmény alkalmazására**, a por alakú

13. kép: Interjú Dr. Marosi Józsefnével, 1993-ban a Florence Nightingale emlékéremmel való kitüntetését követően (Forrás: ismeretlen)

Elismerés az emberségért

Körülfelé díték egymást, bombák csapódtak egyre, miniszter bizakodni kezdett, a társaság volt mit enni. Ekkor is és ezután is bizonyosságát tett arról: a terem nagykanálai osztotta számára a jóseget, tisztességet.

Dr. Marosi József, Vera néni, a II. világháborúban Budapesten két kórházban önkéntes ápolónőként segítette a sebeseket, rászorulókon. Nemrégiben a Nemzetközi Vöröskereszt egyik legmagasabb kitüntetését, a Florence Nightingale medált kapta.

— Elhúsz meg kellett tölteni — monolyog.

— Rengeteget dobták... — Ez egy gyenge csavart. Ez legyen az egyedüli rossz szócska.

— Ugy legyen. De térjünk vissza a régmúlt: azokban az időkben a háborúban valóban érezték nem bírja tovább az emberi kint, fájalmat? Hogy a nővérek a nőket, a csónakot tesztelték?

— A halált iganis meg lehetett szokni. Először perzse hit kellett, lelki, erőtlen és fizikai tartás. Aki ép volt, egészen a fiatal, költözött gyűjtött meg. A fűzőláncokba gyűjtötték a zsebet, aztán reggel csuklyákkal törték rajta a fogat. A végé felé az ápolónőnek nem volt egyetlen ip ablak sem. Erdőben, amikor fűszert, hogy ki volt nyilván és fűszert a háború alatt, akkor engem is mindig beidéztek tünde.

Az emberek busszítottak egy fiatal lányról, aki vérszerű fagyott vállakkal mosdatta a betegeket és új gyertyafény mellett felolvasott a betegeinek. Csak jóval később jöttem rá, hogy az a fiatal lány én voltam... — A háború után is ápolónő maradt...

— Negyvenötötől a Vámosi Ilona Szülész- és Ápolónőképző Iskola igazgatója lettem. A sok történet közül az jut eszembe, amikor „megököltük” az angolkisasszonyok apácarend elhagyott iskoláit. Miután, főleg nem szűn, átállították az apácákat, az épület hónapokig ott áll elhagyva, amikor beöltöztünk, a könyvtárok homoszogtak a kukacok és rettenetes bűz fogadtott bentint.

— Ápolónők: szitálni kell?

— Nem. De azt sem mondánám, hogy látni elcsúsztatva a székem. Ez olyan munka, amit csak magas szinten lehet és kell megtanulni. Készség, tudás és jóleg emberség „összegyűjtés” hozza.

Ty. K.



kor egy kedvelt kihallgatási módszer volt, a vádlott „írja ki” magából a bűneit!

Vera néni ekkor már várandós volt második gyermekével, így megírta a „**Hogyan éljen a terhes nő a börtönben?**” Fogva tartói valószínűleg nem erre az írásra számítottak! De amikor az írás kapcsán kiderült terhessége, elmondása szerint kivételes bánásmódban részesült! Sajnos az írást nem tarthatta meg, és azóta sem került elő. **Három és fél hónapig volt a Gyűjtőben**, majd kiderült, hogy nem hazaáruló és kiengedték. Pár nap múlva behívták a minisztériumba, ahol arra kérték felejtse el a történeteket, szeretnék kárpótolni, mondja meg, mit szeretne csinálni? **Vera néni egy ápolóképző iskolát kért!**

Megkapta!

1953-tól az ápolóképző iskola igazgatójaként évtizedeken át tette a dolgát, méghozzá kiválóan!

Végezetül, pedig szeretnénk közzétenni azt az interjút tartalmazó újságcikket, mely az iratai közül került elő, forrását sajnos nem sikerült kiderítenünk. A riport 1993-ban, közvetlenül a **Florence Nightingale Medál** átvételét követő hetekben készülhetett (13. kép).

Drága Vera néni! Köszönet mindenért!

Faragó Jánosné életútja

Faragó Jánosné, Anci néni 1943-ban tanítónőként került Jászárokszállásra. 1944-ben végezte el a vöröskereszt önkéntes ápolónői tanfolyamát, majd

14. kép: Faragó Jánosné (1915-2007) (Forrás: Orendt, 2018)



gyógyszer hígítására, az alkalmazás szabályaira. Így az osztályokon orvosi felügyelettel **Vera néni kezdte el az injekció beadását a betegeknek.**

A történelemből ismert, hogy az 1950-es évek elején a hatalom, különböző okokat keresve letartóztatásokat hajtott végre. A letartóztatott zsidó vezetőket két csoportra osztották, egyik az orvosok csoportja, mint később kiderült, azzal vádolták őket, hogy az amerikai JOINT-tal és Izrael Állammal közösen Rákosiék életére törnek. **A fővádlott dr. Benedek László volt, akit január 16-án tartóztattak le.** Kihallgatói azt a tényt, hogy dr. Benedek a JOINT segélyekből kommunistaként juttatott beszerezhetetlen gyógyszereket az ÁVH kórházának, úgy értelmezték, hogy kémösszeköttetést létesített Péter Gábor és a JOINT között. **Péter Gábor** egy kommunista politikus volt, aki 1945 januárjától a budapesti rendőrség Politikai Rendészeti Osztályának vezetője, majd 1952-ig az ÁVO, majd az ÁVH vezetője volt. Vezetése alatt a szervezet súlyos törvénytelen ségek, emberiesség elleni bűncselekmények sorozatát követte el. **Másnap éjszaka Vera néni is elvitték, az akkor két éves kislánya és családja mellől.** Senki nem tudta, hogy hova vitték és miért tartóztatták le. Csak utólag derült ki, hogy őt is hazaárulással vádolták és a Fő utcai gyűjtőbe vitték (a **Budapesti Fegyház és Börtön, eredeti nevén Budapesti Gyűjtőfogház (közismert elnevezése: „a Gyűjtő”)**). Elmondása szerint őt soha nem bántották, papírt és tollat kapott, hogy írjon – ez ak-

15. kép: Beszámoló Faragó Jánosné a Florence Nightingale emlék-
éremmel való kitüntetését követően (Forrás: Népszabadság, 2003.07.09)

„Azt tettük, amire felesküdtünk”

Az idén egy jászárokszállási nyugalmazott tanítónőnek adományozták a Nemzetközi Vöröskereszt Florence Nightingale Emlékérmét.

A magas kitüntetésben azok részesülhetnek, akik tagjai vagy rendszeres segítői valamely vöröskereszt-, illetve vörösféld-társaságnak, és kiemelkedtek a sebesültek és betegek iránt tanúsított kivételes bátorságukkal és odaadásukkal.

Hogy egy kisváros hogyan léphet be a Magyar Vöröskereszt történetébe, arra nagyon jó példa Faragó Jánosné munkássága és kitüntetése. Faragó Jánosné, a város Anci néneje 1943-ban tanítónőként került Jászárokszállásra, és azóta állandó szereplője a város közéletének. 1944-ben elvégzte a vöröskereszt önkéntes ápolónői tanfolyamát, majd Jászárokszálláson



Anci néni a kitüntetéssel

kezdte meg több tanfolyamot végzett társával az ápolónői munkát. A hadikórházat a csallóközi Dunaszerdahelyre, majd Nyékvárkonyba helyezték. Anci néni a sebesültekkel együtt tette meg ezt az utat, miközben fáradhatatlanul ápolta a rászorulókat. 1945-ben hazatérve tovább folytatta önzetlen, segítő, humanitárius munkáját a helyi vöröskeresztben. Élettapasztalatait és a második világháború emberpróbáló időszakának emlékeit foglalta össze Könyvrületesség a fegyverek között címmel 2000-ben kiadott könyvében.

Faragó Jánosné munkássága elismeréseként a közelmúltban vehette át a Florence Nightingale Emlékérmét. Magyar állampolgár 1993 óta nem részesült ebben a kimagasló kitüntetésben. A budapesti átadáson részt vett a Nemzetközi Vöröskereszt képviselője, a Magyar Vöröskereszt elnöke, Andics László pedig meleg szavakkal méltatta a kitüntetett munkásságát. Az emlékérem és diploma átadása után felolvasták Medgyessy Péter miniszterelnök köszöntőlevelét. Az elismerő szavakra Anci néni röviden válaszolt, kiemelve könyvének egyik legszebb gondolatát: „azt tettük, amire esküt tettünk”.

Anci néni a vöröskeresztes kórház bezárása óta többször ellátogatott a szlovákiai Nyékvárkonyba, ahol rálátalt egykori betegeire, valamint azok hozzátartozóira. Az itt kialakított kapcsolatok és barátságok továbbra sem szakadtak meg, az újabb találkozások és levelezések lehetőséget adnak majd a könyv folytatásának megírásához.

CSÁKI ZSUZSA-ELIÁS NIKOLETT
Deák Ferenc Gimnázium és Közgazdasági Szakközépiskola, Jászárokszállás

■ FLORENCE NIGHTINGALE

1820. május 12-én született brit szülőktől az olaszországi Firenzében, innen kapta szokatlan keresztnevét. A krími háborúról érkező hírek arra késztették, hogy utra keljen a háborús helyszínre.

Egy 40 fős csoport élén a Konstantinápolyhoz közeli Scutari kórházban kezdett dolgozni. A sebesültek helyett írt a családjuknak, kórteremről kórteremre járt, hogy lássa, kiknek tudna segíteni. A IX.

Nemzetközi Vöröskereszt Konferencia (1912, Washington) alapot hozott létre, amelyből – Florence Nightingale élete és munkássága tiszteletére – évente nemzetközi emlékérmét osztanak ki.

Jászárokszálláson kezdte meg több tanfolyamot végzett társával együtt az ápolónői munkát. Amikor a hadikórházat a csallóközi Dunaszerdahelyre, majd Nyékvárkonyba helyezték Anci néni a sebesültekkel együtt tette meg ezt az utat, miközben fáradhatatlanul ápolta a rászorulókat. 1945-ben hazatérve tovább folytatta önzetlen, segítő, humanitárius munkáját a helyi vöröskeresztben.

Faragó Jánosné munkássága elismeréseként 2003-ban vehette át a Florence Nightingale Emlékérmét. A budapesti átadáson részt vett a Nemzetközi Vöröskereszt képviselője, a Magyar Vöröskereszt elnöke, Andics László pedig meleg szavakkal méltatta a kitüntetett munkásságát. Az emlékérem átadása után felolvasták Medgyessy Péter miniszterelnök köszöntőlevelét. Az elismerő szavakra Anci néni röviden válaszolt, kiemelve könyvének egyik legszebb gondolatát: „azt tettük, amire esküt tettünk” (15. kép).

Faragó Jánosné életrajza

Faragó Jánosné Prókai Anna életrajzából szemezgettünk, amelyet 2005 júniusában írt.

„...Tiszanánán születtem 1915. július 25-én. Az első világháborúban elhunyt bátyáim után én maradtam vigasztalásként szüleimnek. Iskoláimat szülőfalumban kezdtem, de tanítóim tanácsára középiskolában folytattam.

A kisvárdai évek alatt ébredtem tudatára annak, hogy igazi hivatásom csak a gyermekek oktatása, nevelése lehet.

Számomra ez a kijelölt út, melyet követnem kell. Két év múlva nagy veszteség ért bennünket. Elvesztettük drága jó édesanyámat. A nagy csapás olyan nehézségeket jelentett, hogy nem térhettem vissza a képzőbe az anyagiak miatt. Nagybátyám jött segítségemre, aki 4 gyermeke mellé magához vette az árvát, így a nevezetes debreceni képzőben fejezhettem be tanulmányaimat....

...Hat keserves esztendő telt el álláskereséssel....

...Váratlan fordulatot az 1940. év hozott. Szeptemberben egy kis bihari falu gyermekei vártak, hogy én legyek az osztatlan felső tagozat tanítója...

...1943. október elején a Tisza parti kis faluból elkerültem a Jászágba, ahogy itt mondják „gyüttmentként”, és itt jászrá fogadtak. Jászárokszálláson először a Dobó úti iskolában, a szegény kubi-

kus negyedben, később a tanyai kolégiumban – melyet férjemmel 10 éven át igazgattunk – dolgoztam. Így kaptam a „mezítlásos tanítónője” címet, melyre a mai napig nagyon büszke vagyok....

16. kép: Faragó Jánosné 2000-ben megjelent „Könyvrületesség a fegyverek között” című könyvének borítója



EREDETI KÖZLEMÉNY

A munkával és étellel való elégedettség összehasonlító elemzése magyar és német műtő asszisztensek körében

MÁTÉ Szilvia, DR. PHIL. TIGGES-LIMMER Katharina,
Dr. PUSZTAFALVI Henriette

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: A szerzők célja volt felmérni és összehasonlítani magyar és német műtő asszisztensek /műtősnők, műtőssegédek/ körében, hogy a munkahelyi problémák, stressz, a munkahelyi elismerés, siker, a társas támogatás miként befolyásolják a munkával és étellel való elégedettséget valamint, hogy miként viszonyulnak a dolgozók a munkához, mennyire veszélyeztetni őket a kiégés.

Anyag és módszer: A számítógépes anonim adatfelvétel 2015 októberében történt az AVEM / Arbeitsbezogene Verhaltens-und Erlebensmuster/ és egy saját szerkesztésű szocio-demográfiai kérdőív alkalmazásával magyar és németországi klinikákon dolgozó műtő asszisztensek körében.

Eredmények: A két vizsgált csoportban a dolgozók eltérően ítélik meg a stresszhelyzeteket és a munkahelyi problémákat. A munkával való elégedettség egyformán fontos mindkét csoportban, azonban a magyar dolgozók étellel való elégedettségét nagyobb mértékben befolyásolja. A magyar asszisztensek a stresszhelyzetekre hatékonyabb megoldást találnak, kevésbé veszélyeztetettek a kiégésre. A társas támogatás meglete mindkét csoportban pozitívan hat a munkahelyi problémák leküzdésében.

Következtetések: Az asszisztensek munkaelégedettsége hatással van az étellel való elégedettségükre. A munka és a magánélet különválasztásának képessége valamint a munkahelyi stressz kezelése eltérő a vizsgált asszisztensek körében. A munkával való elégedettség munkahelyi egészségfejlesztési programokkal javítható, növelhető.

Kulcsszavak: műtő asszisztens, munka-és étellelégedettség, stressz, társas környezet, kiégés

Comparative analysis of job and life satisfaction among theatre nurses in Hungary and Germany
Szilvia MÁTÉ, Katharina TIGGES-LIMMER, Henriette PUSZTAFALVI PhD

SUMMARY

The aim of the study: The objective of the study was to assess and compare job and life satisfaction affected by workplace problems, stress, rewards, success and social support. We analyzed the coping strategies applied by the employees to solve the above problems.

Material and method: The anonymous data collection was carried out in October, 2015 by applying AVEM and an own-edited socio-demographic questionnaire among theatre nurses from Hungarian and German clinics.

Results: The employees evaluated stressful situations and problems differently in the two groups examined. Job satisfaction was equally important for both groups, but it affected life satisfaction of the Hungarian employees to greater extent. The stress management of the Hungarian employees was more effective in spite of the fact that German nurses used more coping strategies. Social support had a positive effect on overcoming the workplace problems in both groups.

Conclusions: Job satisfaction of the nurses has a beneficial effect on their life satisfaction. The ability to divide work and private life and stress management are different among the nurses. Job satisfaction can be improved by workplace health promotion programs.

Keywords: theatre nurses, life and job satisfaction, stress, burnout, social environment

MÁTÉ Szilvia
Egészségfejlesztő, műtő
szakasszisztens Herz-und
Diabeteszentrum NRW Bad
Oeynhausen

DR. PHIL. TIGGES-LIMMER
Katharina
vezető pszichológus Herz-und
Diabeteszentrum NRW Bad
Oeynhausen

Dr. PUSZTAFALVI Henriette PhD
főiskolai tanár Pécsi
Tudományegyetem
Egészségtudományi Kar

Levelező szerző
(correspondent):
MÁTÉ Szilvia;
e-mail: smate@hdz-nrw.de

Beérkezett: 2018. március 4.
Elfogadva: 2018. szeptember 13.

Bevezetés

Az egészségügyi dolgozók munka- és étellelégedettségét vizsgáló kutatások a nyugati országokban az 1960-as években kezdődtek. A szomszédos Auszt-

riában ápolók, sürgősségi ambulanciák, intenzív osztályok dolgozói között készítették felméréseket. Az eredmények azt mutatták, hogy a dolgozók lelki és fizikai megterhelése magas. Az évtizedeken át a betegekkel foglalkozók egészségi állapota romlik,

pszichés és testi tünetek alakulnak ki. Beavatkozás nélkül ezek következménye lehet krónikus megbetegedés, munkával való elégedetlenség, depresszió, kiégés. A pályaelhagyók száma a munkában eltöltött első 10 évben a legmagasabb (Koller, 1982). A munkával való elégedettséget pozitívan befolyásolják a társas kapcsolatok, a jó munkahelyi feltételek és légkör (Widmer, 1989).

Az 1990-es évek elején a nyugati országokban felismerték, hogy a segítő foglalkozásúak egészségét meg kell védeni (Jenull-Schiefer, 2006). Ez időben kezdődött a munkahelyi egészségfejlesztés a betegellátó intézetekben. Az első egészségvédő programok Svájcban, Ausztriában, Svédországban indultak el (Buddeberg-Fischer et al. 2008). Magyarországon az 1990-es évek végén végeztek felméréseket az ápolók körében. Azóta számos tanulmány készült hazánkban is, amik a dolgozók egészségi állapotára hívják fel a figyelmet. Az utóbbi években az egészségügyi szakemberek, így pl. a védőnők feladatai és felelőssége is megnövekedett (Máté et al. 2014). A tartós stressz és fizikai megterhelés, a többműszakos munkarend, a nem megfelelő munkahelyi légkör negatívan befolyásolja a dolgozók egészségi állapotát, hajlamosít a kiégésre (Pikó & Piczil, 2007). Az ápoló szubjektív egészség megítélése fontos az intervenció szempontjából. Tanulmányok támasztják alá, hogy a munkaelégedettség pozitívan befolyásolja az életelégedettséget (Németh et al. 2014). A fizikai és szellemi megterhelés az orvosok egészségi állapotát is befolyásolja. Azon orvosoknál, akik testi vagy pszichés tünetekre, alvászavarra panaszkodnak, betegségek lépnek fel, az életkörülményeikkel kevésbé elégedettek pedig hajlamosak a kiégésre (Németh, 2016). Az magyar egészségügyi felsőoktatásban résztvevő hallgatók körében végzett kutatás azt támasztja alá, hogy a kiegyensúlyozott, jól-lét érzéssel bíró hallgatók hatékonyabb stresszkezelési ismeretekkel rendelkeznek, tanulmányaikat jobb eredménnyel végzik. A lelkiileg egészséges szakemberek a munkájuk során hatékonyan fognak az egészségügyben, az emberek egészségéért dolgozni (Dinnyéné et al. 2016).

Tanulmányunkban a műtő asszisztensek munkával és élettel való elégedettségét vizsgáltuk. Az egészségügy e területén dolgozók kevésbé ismertek, nincs közvetlen kapcsolatuk a betegekkel. A műtőben való munkavégzés jó koncentrációs készséget, alapos szakmai ismereteket kíván. A teammunkában való részvétel pszichikai megterhelést okoz, az órákon át, mozdulatlanul állás testi tüneteket, végtag-, hátfájdalmat okoz. Az ügyeleti munka (éjszakai műtétek) alvászavart, depressziót okozhat. A gyakori kórházi és behívós ügyelet, a hétfégi munka nehezen egyeztethető össze a magánélettel.

2015-ben németországi kórházakban végzett felmérés a műtőben dolgozók munkaelégedettségét vizsgálta. A dolgozók leginkább a munkaerőhiányra, a nagyfokú fizikai és lelki megterhelésre, a nem megfelelő szervezésre panaszkodtak. A munkahelyi elismerés hiánya elégedetlenné teszi a megkérdezettek 63%-át. A magas beteg-műtétszám szükségessé teszi a műtők folyamatos üzemeltetését. Az asszisztensek munkaelégedettségét a jó munkahelyi légkör és munkafeltételek, a személyzet biztosítása, a munkaidő optimalizálása javítja (Busse, 2015).

Vizsgálat célja

Kutatásunk célja, hogy felmérjük és összehasonlítsuk magyar és német asszisztensek körében a munkával való elégedettséget, a munkahelyistressz-helyzeteket, az egészségre kockázatot jelentő tényezőket és a megfelelő megelőző módszereket, megküzdési stratégiákat. Arra kerestük a választ, hogy a munkával való elégedettség miként befolyásolja a magánélettel való elégedettséget. Feltételeztük, hogy a munka fontossága, az ambíciózusság, a jó kudarctűrő képesség, a munkahelyi sikerélmények, a környezet támogatásának érzése segíti a munka és a magánélet különválasztását és pozitívan hat az élettel való elégedettségre.

Anyag és módszer

A véletlenszerű mintavétel során az AVEM-Arbeitsbezogene Verhaltens-und Erlebensmuster és ennek magyar nyelvű változatát, Munkával kapcsolatos viselkedési és megélési típusok kérdőívet alkalmaztuk (Schaarschmidt & Fischer, 2003). A kérdőív a munkával kapcsolatos viselkedési mintákat méri (ambíciózusság, tökéletességre törekvés, a munka szubjektív fontossága, sikerélmények), felméri az egyén stresszhelyzetét fizikai és érzelmi tünetei mentén (kudarctűrő képesség, problémamegoldási készség, belső nyugalom, egyensúly, élettel-, munkával való elégedettség, társas támogatás szerepe). Az egyén megküzdési stratégiáit vizsgálja és azt, hogy hogyan viselkedik a kihívást jelentő helyzetekben. A kérdőív kiértékelése során a megkérdezetteket négy típusba soroltuk. A típusok a munka- és az életelégedettség mentén határolódnak el.

- Az „G” típusba sorolt dolgozók munkájukkal és életükkel egyaránt elégedettek, kiegyensúlyozottak. Lelki és fizikai egészségük megtartása a cél, külső segítségre nem szorulnak, érett, egészséges egyéniségek.
- Az „S” típusba sorolt asszisztensek munka iránti elkötelezettsége alacsonyabb. A magánéletük kiegyensúlyozott, lelki egészségük nem veszélyez-

tetett. A munkájuk során több motivációra van szükségük. Önállóbb munkavégzési lehetőség biztosítása, szervezési feladatok elvégztetése segíthet az elégedettség javításán.

- Az „A” típusú asszisztensek nem tudják a munkahelyi problémákat a magánélettől elülöníteni. Állandó stresszhelyzetben élnek, lelki egészségük károsodhat. A stressz leküzdése érdekében pszichológiai segítséget igényelnek. Megfelelő megküzdési stratégiák elsajátítása a cél az egészség megőrzése vagy helyreállítása érdekében.
- A „B” típusba került asszisztensek munka- és életelégettsége sem megfelelő. Nem találnak hatékony stresszkezelési megoldást és magánéletükben sem boldogok. A kiegészítő megelőzés érdekében pszichológiai segítségre van szükségük.

A kérdőív 66 kérdést, 6 elemet tartalmaz 11 mérési tartományként. Az adatfelvétel számítógépen történt. Emellett saját készítésű szocio-demográfiai alapadatokat tartalmazó kérdőívet is alkalmaztunk. Mértük a heti munkaidőt és a munkában eltöltött évek számát, a pszichés problémák meglétét. Szabadidős tevékenységnél a sportolási szokásokra és annak gyakoriságára valamint a legkedveltebb sportolási formákra kérdeztünk rá.

Az adatfelvétel 2015. október és novemberben Magyarországon Baranya megyében, Németországban Észak- Rajna Westfália (NRW) tartományban lévő klinikákon történt. 30 magyar és 31 német nyelvű kérdőív került kitöltésre, valamennyi kérdőív értékelhető volt. További kutatások javasoltak magasabb elemszámmal a problémák széles körű feltárására és az egészségfejlesztési programok bővítésére.

Khi²-próbát, T-próbát és faktoranalízist alkalmaztunk az elemzések során. Szignifikánsnak tekintettük az eredményeket, ha $p < 0,05$. A statisztikai elemzéseket SPSS 20.0 programmal végeztük.

Eredmények

A magyar dolgozók átlagéletkora 45 év, a német asszisztenseké 43 év. A legfiatalabb magyar dolgozó 19, a legidősebb 61 éves. A német mintában a legfiatalabb dolgozó 23, a legidősebb 59 éves. A németországi klinikán 2 férfi (6,4%) és 29 nő (93,6%) dolgozik, a magyar klinikán 5 férfi (16,6%) és 25 nő (83,4%). Az életkor szerinti megoszlás azt mutatja, hogy a 18-40 éves dolgozók aránya egyforma. A 41-50 év közötti magyar dolgozók száma magasabb, az 51-60 évesek esetében a német dolgozók száma háromszor olyan magas, mint a magyar dolgozóké. 60 év feletti német asszisztens nem szerepelt a mintában. Ennek oka, hogy Németországban a dolgozók igénybe veszik a korai nyugdíjaztatást, anyagi veszteség nélkül **(I. táblázat)**.

5-10 éve a jelenlegi munkahelyen dolgozók aránya megegyezik (8 magyar, 7 német), a több mint 15 éve dolgozóké (11 fő -15 fő) közel azonos. A 10-15 éve a mostani munkában dolgozó magyar asszisztensek száma szignifikánsan magasabb (10 fő-1 fő), mint a német dolgozók száma.

A családi állapot vizsgálatánál nem találtunk jelentős eltérést. A magyar dolgozók közül 7 egyedülálló, a német mintában 10. Házias 17 magyar asszisztens és 11 német. 6 magyar dolgozó és 9 német elvált, 1 német asszisztens özvegy.

Németországban a képzési rendszer a szakképzésre helyezi a hangsúlyt. Az érettségi megléte nem feltétele a szakképesítés megszerzésének. 1 fő magyar és 17 fő német asszisztens rendelkezik szakiskolai képesítéssel. Az érettségizettek száma a magyar mintában magasabb (27 fő magyar, 10 fő német). Főiskolai végzettséggel 2 magyar és 4 német asszisztens rendelkezik.

A magyar asszisztensek valamennyien teljes munkaidőben dolgoznak. 22 fő német asszisztens tel-

I. táblázat: A dolgozók demográfiai adatai

		Demográfiai adatok		
		Magyar/Fő	Német/Fő	Százalékos arány
Nem	Nő	25	29	83,4%/93,6%
	Férfi	5	2	16,6%/6,4%
Életkor	18-30 év	5	7	17%/23%
	31-40 év	5	6	17%/19%
	41-50 év	13	6	43%/19%
	51-60 év	4	12	13%/39%
	61-	2	0	7%/0
Iskolai végzettség	Szakközép iskola	27	10	90%/32%
	Szakiskola/Real	1	17	3%/55%
	Felsőfokú	2	4	7%/13%

jes munkaidőben, 9 fő részmunkaidőben dolgozik. Részmunkaidő esetén a minimális munkaórák száma hetente 16 óra. A német munkajog lehetővé teszi a részmunkaidős munkavállalást. Azok a dolgozók választják ezt a munkarendet, akiknek családi okok miatt több szabadidőre van szükségük. Gyermekeknevelés, hozzátartozó gondozása, a házastárs munkaideje a leggyakoribb ok a részmunkaidő igénybevételére.

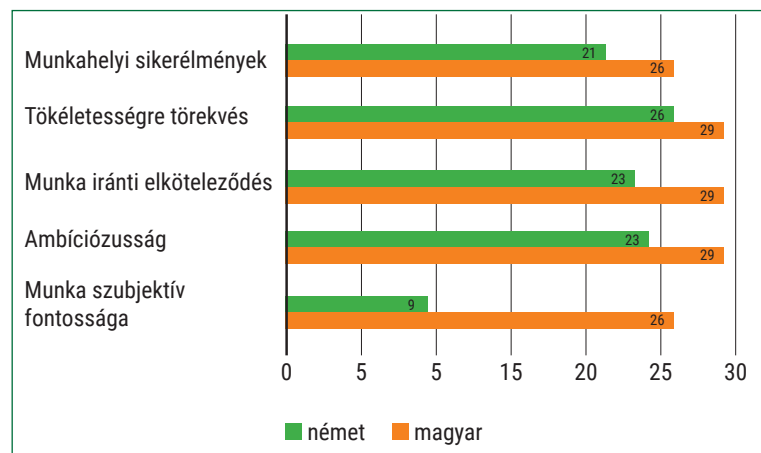
A legkedveltebb sportolási formák mindkét csoportban az úszás, kerékpározás, futás. 1-1 dolgozó jógázik és kézilabdázik rendszeresen. A német válaszadók 5 fő kivételével valamennyien sportolnak, míg a magyar megkérdezettek alig több mint a fele. A rendszeresen, legalább hetente háromszor sportolók aránya megegyezik.

A magyar asszisztensek háromnegyede (23 fő) lelkileg egészségesnek vallja magát, az elmúlt egy évben nem voltak pszichés problémái. A német válaszadók alig több mint a fele (17 fő) érzi magát lelkileg kiegyensúlyozottnak. A német asszisztensek között a lelki problémák kétszer olyan gyakoriak (14 fő), mint magyar kollegáiknál. Mindkét mintában a családi problémák, válás, beteg hozzátartozó ápolása, haláleset a leggyakrabban említett ok. 1 fő magyar dolgozó a munkahelyi stresszt, konfliktust jelölte meg a panaszai okaként.

A munkával és az étellel való elégedettség vizsgálata

Az AVEM kérdőív kiértékelése során 11 kérdéscsoportban faktoranalízist végeztünk. A kérdéscsoportok a munka szubjektív fontosságát, a munkába vett hitet, a munka- és az étel elégedettséget, a szabadidő fontosságát vizsgálják. Az eredményeknél az átlagos elégedettséget határoztuk meg. A válaszadónál ötfokozatú Likert skálát alkalmaztunk.

1. ábra: A munka szubjektív megítélése (n=61)



1. A munka szubjektív fontossága

A kérdéscsoport azt méri, hogy a munka, a karrier és a szabadidő mennyire fontos a dolgozók életében. A munka és a karrier fontosságát eltérően ítélik meg a dolgozók. A magánélet háromszor több német asszisztens számára fontosabb. Háromszor több magyar dolgozó ítéli meg úgy, hogy a munkája, a karrier fontos az életében. Ezek a dolgozók azonban a magánéletüket is fontosnak tartják. Az elemzés során megállapítottuk, hogy a magyar asszisztensek a munkájukat fontosabbnak ítélik meg, mint a német dolgozók ($p=0,02$). **(1. ábra)**

2. Ambíciózusság

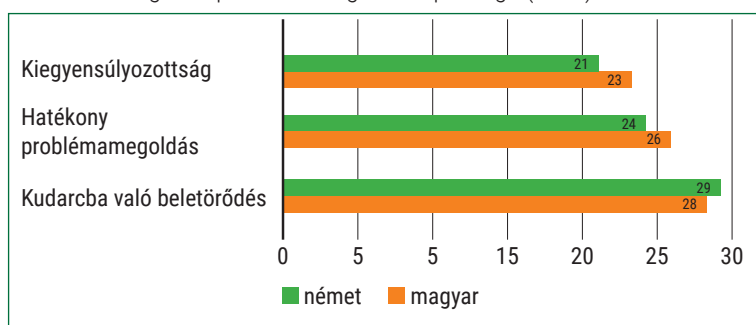
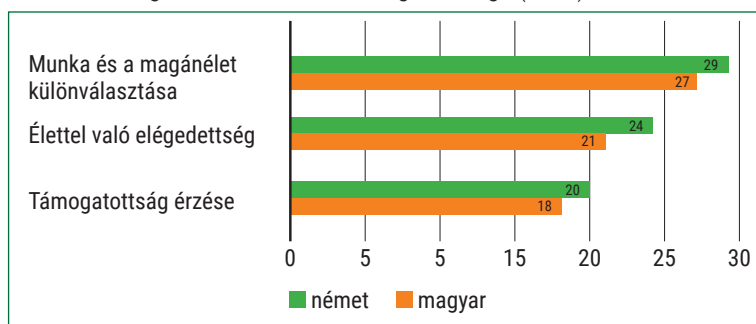
A kérdések a munkahelyi előrelépés, sikerek, karriercélok fontosságát mérik. Átlagosan ambiciózus, az előrelépés lehetősége egyforma arányban motiválja a dolgozókat. Kevés ambícióval rendelkezik 1 magyar válaszadó. 7 német dolgozó tűz ki olyan célokat, amelyek nem jelentenek kihívást, erőfeszítést. A magyar dolgozók a munkahelyi fejlődés elérésében motiváltabbak, mint a német asszisztensek, de az átlagosan ambiciózus, a munkában tett átlagos erőfeszítések nem mutatnak szignifikáns különbséget a két vizsgált csoportban ($p=0,954$). **(1. ábra)**

3. Munka iránti elköteleződés

A kimerülésig tartó munkavégzésre való hajlandóságot, a munka iránti elköteleződést vizsgáltuk. A munka iránti elköteleződés, a kimerülésig tartó munkavégzésre való hajlandóság a magyar asszisztensek esetében magasabb. Azok a dolgozók, akik a munkájukba annyi energiát fektetnek, amennyi a munkavégzéshez átlagosan szükséges, azonos arányban szerepelnek a mintában. Alacsony elköteleződést mutat 1 magyar és 8 német asszisztens. A dolgozók átlagosan egyforma elköteleződést mutatnak a munka iránt ($p=0,813$). **(1. ábra)**

4. Tökéletességre törekvés

A munkavégzés során a tökéletességre, megbízhatóságra, pontosságra való törekvést hasonlítottuk össze. A mindig tökéletes munkavégzés, a pontosság, megbízhatóság majdnem kétszer annyi magyar dolgozó számára fontos, mint a német asszisztenseknek. A pontos munkavégzésre, megbízhatóságra törekvők száma magasabb a magyar dolgozók körében. Ritkán törekszik pontosságra 1 magyar és 5 német dolgozó. A magyar dolgozók többen törekszenek a pontos, tökéletes munkavégzésre, mint a német válaszadók, de átlagosan a különbség nem szignifikáns ($p=0,497$). **(1. ábra)**

2. ábra: A dolgozók problémamegoldó képessége (n=61)**3. ábra:** A dolgozók munka- és életelégedettsége (n=61)

5. Munkahelyi sikerélmények

Arra kerestük a választ, hogy az eddigi munkahelyi eredményükkel, karrierjükkel mennyire elégedettek a dolgozók. A munkahelyi sikerekkel elégedett magyar dolgozók száma kissé magasabb, mint a német asszisztenseké. Eddig elért munkahelyi eredményeivel, karrierjével inkább elégedetlen, több sikerélményt szeretne kétszer több német válaszadó. Megállapítható, hogy az átlagosan elégedett dolgozók aránya nem mutat szignifikáns különbséget ($p=0,958$), azonban a munkahelyi eredményeivel elégedett magyar asszisztensek száma magasabb, mint a német dolgozóké. A német asszisztensek több munkahelyi sikerre és karrierlehetőségre vágnak. (1. ábra)

6. A kudarcba való beletörődés

Arra kerestük a választ, hogy a munkahelyi kudarc, sikertelenség miként hat a megoldáskeresésre. A sikertelenség elbátortalanítja, visszahúzódik 2 magyar és 2 német dolgozó. Azok az asszisztensek, akiket átlagos mértékben bátortalanít el a kudarc, de nem adják fel, nem törődnek bele, további megoldást keresnek, a két csoportban azonos mértékben szerepelnek ($p=0,930$). (2. ábra)

7. Hatékony problémamegoldás

Azt vizsgáltuk, hogy mennyire aktív és optimista a problémamegoldási készség a dolgozók körében. A problémákat megoldandó feladatnak tekinti, hozzáállása tettekész, aktív megoldást keres 26 magyar és 24 német dolgozó. A felmerülő problémák esetén kissé tétova, nem keres azonnal megoldást, visszahú-

zódo 4 magyar, 7 német válaszadó. Az aktív problémamegoldási készség a két csoportnál nem mutat szignifikáns eltérést ($p=0,944$).

(2. ábra)

8. Belső nyugalom, kiegyensúlyozottság

A dolgozók munkavégzés közbeni lelki stabilitását, egyensúlyát vizsgáltuk. Stressz esetén megőrzi nyugalomát, higgadt marad 23 magyar és 21 német dolgozó. Stresszhelyzetben nyugtalan, feszült 7 magyar és 10 német dolgozó. Átlagosan elmondható, hogy a munkahelyi stressz nem okoz erős érzelmi elváltozást a dolgozók körében ($p=0,829$). (2. ábra)

9. A munka és a magánélet különválasztása

A munka és a magánélet elválasztásának képességét és a hatékony kikapcsolódás képességét vizsgáltuk. Átlagosan tudja a munkahelyi problémákat, a stresszt a

magánéletétől elkülöníteni, esetenként otthon is rágódik a munkahelyi problémákon 27 magyar, 29 német válaszadó. 3 magyar asszisztens vallotta, hogy nehezen tud kikapcsolódni, a munkahelyi problémák sokáig foglalkoztatják. A német mintában ez 2 fő. (3. ábra)

10. Élettel való elégedettség

A kérdések a munka és a magánélet elégedettségére keresik a választ, valamint, hogy mennyire érzik boldognak magukat a dolgozók. Átlagosan elégedett a munkájával és a magánéletével a 21 magyar asszisztens és 24 német dolgozó. Elégedetlen az életével, nem érzi magát boldognak 9 magyar és 7 német dolgozó. Átlagosan megállapítható, hogy az asszisztensek háromnegyede az életével elégedett, boldognak érzi magát. (3. ábra)

11. Környezet támogatásának érzése

A társas környezet támogatásának érzése, segítő szerepe. Átlagos mértékben érzik az asszisztensek, hogy a környezet megérti és támogatja őket. Akik kevésbé érzik a környezet társas támogató hatását, olykor magányosnak érzik magukat egyforma arányban szerepelnek a mintában, számuk magas. A környezet támogató, segítő hozzáállását a dolgozók azonos mértékben ítélik meg ($p=0,941$). (3. ábra)

Munkával kapcsolatos megélési és viselkedési típusok

A kutatás során használt kérdőív a dolgozók munkájuk iránti szubjektív érzéseit tárja fel. A teszt a 11 di-

II. táblázat: Munkával kapcsolatos megélési és viselkedési típusok

Típusok		Magyar (N) %	Német (N) %
„G” Típus	<i>Az egészséget elősegítő viselkedés munkavégzés közben:</i> Elköteleződést mutat a munka iránt, de a munkahelyi problémáktól képes elhatárolni a magánéletét. Aktív problémamegoldás, hatékony stresszel való megküzdés és az étellel való elégedettség jellemzi.	(14) 47%	(3) 10%
„S” Típus	<i>Lazább, könnyelműbb munkavégzés:</i> Alacsony munka iránti elköteleződés, magánéletét a munkahelyi problémáktól könnyen elhatárolja magát. Hatékony stresszkezelés jellemzi. Általánosan elégedett az életével. A motiváció területén szorul beavatkozásra.	(2) 7%	(16) 52%
„A” Típus	<i>A munkához való viszonyulása és viselkedése kockázatot rejt magában:</i> Nem tudja hatékonyan elhatárolni a munkahelyi problémákat és a magánéletét. Nem talál hatékony megoldást stresszhelyzetekre. Ideges, feszült, nem tud hatékonyan kikapcsolódni. Hajlamosít a szív-és érrendszeri betegségek kialakulására. Kevésbé elégedett életével. Egészsége megőrzése érdekében beavatkozást kíván.	(13) 43%	(5) 16%
„B” Típus	<i>A munkához való viszonyulása és életelégedettsége kockázatot rejt magában:</i> Munka elköteleződése mérsékelt, nem képes a munkahelyi problémákat a magánélettől elválasztani. Nem ismer hatékony megoldást stresszhelyzetekre, a magánéletét csak korlátozott mértékben tudja élvezni. A kiegészítő veszélye fenyegeti. Egészsége megőrzése érdekében beavatkozást kíván.	(1) 3%	(7) 22%

menzió alapján négy típusba sorolta a válaszadókat. A típusok a stresszkezelés hatékonysága, a munkával és az étellel való elégedettség, boldogság mentén határozódnak el egymástól. A típusba sorolásnál megállapítottuk, hogy a magyar asszisztensek többen mutatnak magasabb elköteleződést a munka iránt, jó problémamegoldási-és hatékony stresszkezelési készséggel rendelkeznek. Munkájukkal és életükkel elégedettebbek, mint a német asszisztensek.

A „G” típusba négyszer több magyar dolgozót soroltunk, mint németet. Magas elköteleződés a munka iránt, kiegyensúlyozott magánélet jellemzi a dolgozókat. Stresszhelyzetekre megfelelő választ adnak.

Az „S” típusba soroltuk az alacsonyabb munka iránti elköteleződést mutató dolgozókat. Hat-szor több német asszisztens munkavégzése lazább, könnyelműbb, mint a magyar dolgozóké. Motivációs problémák állhatnak a háttérben, amik nem feltétlenül a személytől függenek. Felszínes munkatársi kapcsolatok, autokrata vezetési stílus vagy nem elegendő kihívás, önállóság a munkában állhat ennek hátterében.

Az „A” típusba azok az asszisztensek kerültek, akik a munkavégzés során gyakran kerülnek stresszhelyzetbe és nem találnak megfelelő módszert a stressz leküzdésére. A magánéletét a munkájától majdnem háromszor több magyar asszisztens, mint német válaszadó nem tudja hatékonyan elkülöníteni. Kiegészítésre hajlamosít ez a magatartás típus, a dolgozók kevésbé boldogok.

A „B” típusba hétszer több német dolgozó került, mint magyar. Számuk a teljes mintát tekintve magas. A munka iránti elköteleződés alacsony, nincs adekvát választ stresszhelyzetekre. Az élet minden terüle-

tén boldogtalanok. A kiegészítő veszélye magas, a magatartás az egészséget károsíthatja (II. táblázat).

Megbeszélés, javaslatok

A vizsgálatból az alábbi következtetéseket vontuk le: azoknak a dolgozóknak, akik legalább 15 éve dolgoznak jelenlegi munkahelyükön magasabb az élet-és munkaelégedettsége. A pályaelhagyás az első 5 évben a leggyakoribb. Akik később is a választott szakmában maradnak, azok a munkájukat hivatásnak tekintik és életkörülményeikkel elégedettek. A két vizsgált csoportban az elégedett, magát boldognak tartó asszisztensek aránya megegyezik. Az elvándorlás, a munkaerőhiány mindkét országban súlyos probléma. A német kórházak magas munkaerőhiánnyal küzdenek, az egészségügyi ellátás az ország egyes területein a múltokban és az intenzív osztályokon korlátozott. Az elvándorlás csökkentését kormánypolitikai intézkedésekkel próbálják megakadályozni. Iskolai kampányokkal, egészségügyi napok szervezésével hívják fel a figyelmet az egészségügyi munka fontosságára. A középiskolákban kötelező a 10. osztályban két hét munkahelyi gyakorlatot eltölteni. A klinikák, kórházak, gondozó-intézetek fogadnak tanulókat, ahol aktív munkavégzésben vehetnek részt.

Összeszokott, csapatmunka gyorsítja a műtétek menetét, jó szakmai kapcsolat alakul ki a dolgozók között, ami megalapozza munkaelégedettséget.

A munkaidő vizsgálata során megállapítottuk, hogy a részmunkaidőben dolgozó német asszisztensek munkavégzési hajlandósága magasabb. Hazánkban is lehetővé kellene tenni a csökkentett munka-

időt. Ehhez azonban versenyképes fizetést, nyugdíj kiegészítést kellene biztosítani.

Megállapítottuk, hogy a munkaelégedettség nagymértékben befolyásolja az étellel való elégedettséget. A munkahelyi sikerek, elégedettség, elismerés kihat az élet minden területére, a magánéletre is. Aki elégedett és sikeres a munkájában, annak magánélete is kiegyensúlyozott. Fontos az asszisztensek munkájának elismerése. Dicséret, jó munkahelyi légkör, az operáló orvos elismerő szavai, a megfelelő kommunikáció javítja a dolgozók elégedettségét. A munkahelyi előrelépés lehetősége ösztönzően hat a munkával való elégedettségre (Classen & Civan, 2012). Fontos a továbbképzéseken, tanfolyamokon, kongresszusokon való részvétel biztosítása. Fontos feladat lenne a szakemberek közötti véleménycseré elindítása, amely segítené a naprakész információk folyamatos és kétirányú áramlását (Hajránné et al. 2014).

A munkahelyi és magánéleti problémák megoldásában a társas kapcsolatok fontos szerepet kapnak. A munkatársak, vezetők támogató munkája segíti a problémák aktív megoldását. A családtagok, barátok megértő, támogató viselkedése segít a munka és a magánélet hatékony szétválasztásában. A problémamegoldó készség javítása, a hatékony stresszkezelés érdekében stresszkezelési, önismereti tréningeket kellene szervezni. A németországi ellátó intézetek egészségfejlesztési programjaiban ezek a tréningek szerepelnek. A dolgozók évente kétszer kötelezően részt vesznek kommunikációs és önismereti tréningekben. A nagyobb, egyetemi klinikák alkalmazzák a Lufthansa tréninget, amit pilóták stresszhelyzeteinek elemzésére és azok megoldására fejlesztettek ki. Az egészségügyi dolgozók körében is jól alkalmazható a tréning.

A rendszeres fizikai aktivitás segít a mindennapi problémák leküzdésében, a stressz hatékony kezelésében, kikapcsol a munkából. Sajnos arra az eredményre jutottunk, hogy a magyar asszisztensek alig több mint a fele sportol rendszeresen. A német asszisztensek a fizikai aktivitást tudatosan használják a munkahelyi stressz leküzdésére, kompenzálására. A magyar dolgozók számára is lehetővé kellene tenni az aktív szabadidős tevékenységek elérését. A manapság kedvelt és divatos sporttevékenységeket fitnessklubok kínálják. A bérletek, tagsági díjak támogatása a munkáltató és az egészségbiztosító részéről motiválóan hatna. Az intézményeknek szervezett munkahelyi sportolási lehetőséget kellene biztosítaniuk a dolgozók számára. A dolgozók fizikai és lelki egészségének megőrzése fontos. Betegségek elkerülésével csökken a betegszabadságok száma, kevesebb gazdasági terhet jelent a munkáltató és a betegbiztosító számára. A német egészségügyi intézmények támogatják a dolgozók fizikai aktivitását. Edzőtermek,

masszázs igénybevétele térítésmentes. A munkahelyi szervezett sport kedvelt formái a squash, tollaslabda. Tömegsport keretében heti egy alkalommal futóedzést biztosítanak edző vezetésével.

A munkában az önállóság, szabad döntés lehetősége, képzettségnek megfelelő munka biztosítása javítja a motivációt. A szakterületeken a szakmai feladatokat fel kell osztani, mindenkinek biztosítani kell a szervezésben való aktív részvételt. A vezetői stílusok javítására kommunikációs-és vezetési tréningek javasoltak. Éves programot állítanak össze a német intézetek a dolgozók továbbképzésének biztosítására. Ennek része a kötelező reanimációs tréning, kézhygiéné, a kórházi patogén törzsek elleni védekezés. A dolgozó számára a továbbképzések térítésmentesek. A megfelelő szakmai felkészültség segíti a biztonságos és minőségi munkavégzést.

A munkahelyi konfliktusokat fel kell tárni, az egyéneknek és csoportoknak releváns célokat kell megfogalmazniuk és elérniük. Konfliktuskezelő tréningek segíthetnek a problémamegoldó készség fejlesztésében.

Az egészségügyi intézmények fontos feladata lenne a dolgozók egészségének megvédése. A dolgozók munkaelégedettségének feltárása segít a további egészségfejlesztési programok kidolgozásában. A munkahelyi egészségfejlesztésnek ki kellene terjednie a dolgozók fizikai és lelki egészségének megőrzésére vagy helyreállítására. A segítő szakterületen dolgozók a magas fizikai és szellemi igénybevétel miatt ki vannak téve a kiegész veszélyének. A kiegész negatívan hat a munkavégzésre és fokozza a magánéleti problémákat. Az egészséges, elégedett dolgozók munka- és életelégedettsége pozitívan befolyásolja a munkavégzést (Widmer, 1989).

A dolgozók évenkénti szűrése segít a betegségek korai felismerésében. Rendszeres üzemorvosi vizsgálatokkal az egészségügyi dolgozók körében leggyakrabban előforduló betegségek, így izom-és izületi elváltozások, diabétesz, szív-és érrendszeri betegségek és a pszichés zavarok időben diagnosztizálhatóak és kezelhetőek. A fertőző betegségek szűrése és a szükséges védőoltások ingyenes biztosítása fontos feladat a megelőzésben. Bizonyos daganatos megbetegedések /emlő, vastagbél, tüdőrák/ szűrése is megszervezhető az üzemorvosi rendszerben. Ezen betegségek szűrése 50 év felett két évenként ingyenesen hozzáférhető a német egészségügyi dolgozók számára. Az esedékes és felkínált vizsgálat időpontjára az üzemorvosi szolgálat levélben hívja fel a dolgozó figyelmét. A rutinvizsgálatok során beszélnek meg, hogy a dolgozó milyen vizsgálatot szeretne és mit ajánl még az üzemorvos. A kötelező évenkénti üzemorvosi vizsgálatok a német gyakorlatban kiderjednek a részletes vérvizsgálatra, vérnyomás-és szív (EKG)

mérésre, vizeletvizsgálatra. A testsúly mérése, a vércukorszint meghatározása is az alapvizsgálatok közé tartozik. A Hepatitis „B” elleni védőoltást az üzemorvosi ellátás biztosítja, a titer ellenőrzés is itt zajlik. Influenza elleni védőoltást a dolgozók szintén térítésmentesen kapnak, ha igényelik azt. Munkavégzés közbeni sérülést fertőzött tüvel, műszerrel szintén az üzemorvos látja el, és a szükséges intézkedéseket és kezeléseket is itt biztosítják. A röntgensugárzást mérő doziméterek havonkénti kielemezése is az üzemi ellátórendszer feladata. Ha emelkedett értékeket találnak, a dolgozókat újabb vizsgálatoknak vetik alá és a röntgennel való munkavégzéstől eltiltják. A gépeket, berendezéseket a gyártó cégek ellenőrzik. A gerinc és végtagi fájdalmak kezelésére is hivatott az ellátó rendszer, illetve a területi rehabilitációs intézetbe küldheti a dolgozót. Kimerülés, lelki problémák esetén a dolgozók igényelhetnek minimum három hétig tartó gyógykezelést, ami egy turisztikailag frekventált gyógyintézetben (Bajor Alpok, Északi tengeri szigetvilág) zajlik. Ennek igénylése is az üzemorvosi szolgáltatáson keresztül történik. Az üzemorvosok feladata a munkakörülmények ellenőrzése. A szükséges védőruhák, köpenyek, kesztyűk használatának betartatása, ami szintén a dolgozók egészségvédelmét biztosítja. Az utóbbi években terjedt el a skandináv államoktól és a szomszédos Hol-

landiából átvett egészségvédelmet ösztönző program, a „kerékpárral a munkába” akció. A dolgozókat a program megkezdése előtt kardiológiai szűrésen vizsgálják meg és egy év múlva újra. Cél a dolgozók ösztönzése a napi legalább fél óra mozgásra. A tudatos környezetvédelemre való nevelés egyik eszöze is.

Németországi üzemi betegbiztosítók kutatásai alapján megállapították, hogy aki 1€-ot megelőzésre fordít az 2,70€-ot kap vissza. Az egészségfejlesztési programok eredményei hosszú távon várhatók. Fél évvel a programok bevezetése után a vizsgálatok azt mutatják, hogy a betegszabadságok ideje csökken, a dolgozók munkahely iránti elköteleződése javul. Minimum 10 évnek el kell telnie az egészségvédő programok bevezetésétől a pozitív változás eléréséig (Gießelmann, 2016).

Köszönetnyilvánítás

A szerzők ezúton nyilvánítanak köszönetet az At Work Szolgáltató és Tanácsadó Kft-nek és munkatársainak (Budapest), amiért a magyar és német nyelvű kérdőíveket térítésmentesen a rendelkezésünkre bocsátották. Külön köszönetet mondunk a klinikák műtő asszisztenseinek, akik a kérdőívet kitöltötték, segítségük nélkül ez a kutatás nem jöhetett volna létre.

Irodalomjegyzék

- Buddeberg-Fischer M., Stamm C., Buddeberg C. (2008). Arbeitsstress, Gesundheit und Lebenszufriedenheit junger Ärztinnen und Ärzte. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 133, 2441-2447.
- Busse, T. (2015). Personalprobleme und Hygienemängel in OP-Sälen. *Schwester und Pflege*, 55, 80-84.
- Classen, M., Civan, Ü N. (2012). Stress darf keinen Ausrede für einen Werteverfall sein. *Pflegezeitschrift*, 65, 86-88.
- Dinnyéné, Sz. M., Pusztai, G. (2016). Az Egészségügyi Világszervezet ötételes jól-lét kérdőívének vizsgálata a Semmelweis Egyetem elsőéves hallgatóinak körében. *Orvosi Hetilap*, 154, 1762-1768.
- Gießelmann, K. (2016). Prävention im Betrieb lohnt sich. *Deutsches Ärzteblatt*, 113, 1939
- Harjänné, B. È., Vörös, H., Gelencsér, E., et al. (2014). Értelmi fogyatékos gyermek a családban. *Egészség Akadémia*, 5, 92-101.
- Jenuß-Schiefer B. (2006). Gesundheitsförderung beginnt am Arbeitsplatz. *Pflegezeitschriften*, 2, 118-121.
- Koller, M. (1982). Physische und psychische Belastung des Pflegepersonals. *Österreichische Krankenpflegezeitschrift*, 35, 7
- Máté, O., Kívés, Zs., Oláh, A., Fullér, N. (2014). A szülők tájékoztatása és pszichés támogatása postnatalisan felismert Down-szindróma esetén: Egy magyarországi átfogó felmérés eredményei. *LAM*, 24, 503-509.
- Németh, A. (2016). Orvosok kiégtségének összefüggése az egészséggel, életérzéssel, alváskörülményekkel. *Orvosi Hetilap*, 157, 623-630.
- Németh, A., Lampek, K., Betlehem, J. (2014). Munkaelégedettség és a jól-lét alakulása ápolók körében. *Nővér*, 27, 11-17
- Pikó, B., Piczil, M. (2007). A saját egészség megítélése és a pszichoszociális munkakörnyezet. *LAM*, 17, 65-69.
- Schaarschmidt, U., Fischer, A. (2003) AVEM-Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (Computerform: Mödling B. Wien: Schufferd)
- Widmer M. (1989). Streß, Streßbewältigung und Arbeitszufriedenheit beim Pflegepersonal. *Pflege*, 2, 136-142.

EREDETI KÖZLEMÉNY

Az észlelt szülői kompetenciát meghatározó faktorok – különös tekintettel a koherencia-érzetre

CSIGÓ Luca, KARÁCSONY Ilona Hajnalka

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: Az észlelt szülői kompetencia a gyermekek egészséges fejlődésének nélkülözhetetlen feltétele. Korábbi kutatásunk elemszámának és kérdésköreinek bővítése által célunk az észlelt szülői kompetenciát meghatározó tényezők feltérképezése, különös tekintettel a koherencia-érzetre.

Anyag és módszer: Kvantitatív, keresztmetszeti, online kutatásunkat 2017-ben szakértői mintavétellel végeztük, 1-6 éves egészséges gyermekeket nevelő édesanyák körében (n=254). Saját szerkesztésű kérdőívünk mellett a koherencia-érzetet validált skálával vizsgáltuk. Az összefüggések feltárására χ^2 -próbát alkalmaztunk ($p < 0,05$).

Eredmények: A kitöltők átlagéletkora 33 év, 47,8%-a 2 gyermeket nevelt és 60%-a felsőfokú végzettséggel rendelkezett. A koherencia-érzet átlaga 58,49 volt. Kapcsolat mutatkozott az életkor, a koherencia-érzet valamint az észlelt szülői kompetencia között ($p < 0,05$), de nem volt összefüggés az iskolai végzettség, a lakhely és a családi állapot ($p > 0,05$) vonatkozásában. A védőnői munka megítélése kiváló volt, de a gyermekgondozáshoz kapcsolódó elsődleges információforrás mégis az internet. Az alkalmazás során már a humán erőforrások kerültek előtérbe.

Következtetések: Az észlelt szülői kompetenciát kevésbé befolyásolják a szociodemográfiai tényezők, de a koherencia-érzettel erős a kapcsolata. A rizikócsoportokban a védőnő erőforrást jelenthet, segítheti a szülői kompetencia fejlesztését. Az édesanyák ismeretszerzési forrásainak esetében a szakemberi befolyás növelése szükséges.

Kulcsszavak: észlelt szülői kompetencia, koherencia-érzet, védőnői gondozás

Influencing Factors of Parenting Sense of Competence – Focusing on Sense of Coherence

Luca CSIGÓ, Ilona Hajnalka KARÁCSONY

SUMMARY

The aim of the study: Parenting sense of competence (PSOC) has major impact on children's development. The aim of this study was to examine the influencing factors of the parenting sense of competence from the aspect of a Health Visitor, especially focusing on sense of coherence (SOC).

Material and method: A quantitative, cross-sectional, online study was carried out in 2017. A non-random sampling was applied with 254 mothers, who cared healthy, 0-6-year-old children. A self-edited survey was used and we examined SOC by its standard scale (SOC-13). For the data analysis χ^2 probability was used ($p < 0,05$).

Results: The mean age of the mothers was 33 years, 47,8% had 2 children and almost 60% were higher educated. The mean point of SOC was 58,49. Age and sense of coherence had major impact on PSOC ($p < 0,05$). There was not correlation between the residence, the education level, the marital status and PSOC ($p > 0,05$). However the judgement of the Health Visitors was excellent, internet was the main source of information about childcare. At the same time, human resources were mostly used in practise.

Conclusion: The sociodemographic factors had lower impact on PSOC but it had a strong relationship with SOC. In case of a risk groups Health Visitor could be a resource, against physical and psychosocial stressors, and she also could help to develop the parenting sense of competence. The role of the professionals should be enhanced in the parents' source of knowledge related to their children.

Keywords: parenting sense of competence, sense of coherence, health visitor

CSIGÓ Luca
védőnő hallgató, Pécsi
Tudományegyetem Egészség-
tudományi Kar Szombathelyi
Képzési Központ; Egészségügyi
Gondozás és Prevenió szak;
Védőnő szakirány

KARÁCSONY Ilona Hajnalka
szakoktató, Pécsi Tudomány-
egyetem Egészségtudományi
Kar Szombathelyi Képzési
Központ; Ápolástudományi,
Alapozó Egészségtudományi
és Védőnői Intézet; Védőnői és
Prevenációs Tanszék

Levelező szerző
(correspondent):
CSIGÓ Luca; E-mail:
luca.csigo04@gmail.com

Beérkezett: 2018. augusztus 13.
Elfogadva: 2018. szeptember 11.

Bevezetés

„A szülők a gyermek első gondozói és tanítói, ezért a szülők aktív részvétele, a szülői kompetenciák megléte, illetve megerősítése a megfelelő koragymekkori fejlődés fontos feltétele. Ez a képesség nem az emberrel veleszületett, hanem az élet, a tevékenység során alakul ki, fejlődik. A szülői kompetencia azt a tudást, ebből eredően azokat az ismereteket és képességeket (készségeket és jártasságokat) jelenti, amellyel biztosítani lehet a gyermek egészséges fejlődését” (Báronyné Kis et al., 2015, 20). Napjaink egyik jelentősen kutatott témaköre az észlelt szülői kompetencia, bár fogalmi meghatározását tekintve egységes konszenzust még nem sikerült kialakítani. Ennek megfelelően definiálása és vizsgálata jelenleg még többféleképpen, sokszínű módszerekkel zajlik. A hazai szakirodalomban való megjelenése rendkívül csekély mértékű.

A nemzetközi szakirodalomban nagy számú kutatás fellelhető, melyek az észlelt szülői kompetenciát és az azt meghatározó tényezők feltérképezését célozza meg (Anglely et al., 2015; Leahy-Warren et al., 2012; Ngai et al., 2010). Ezen tényezők közé tartozik többek között az életkor, az iskolai végzettség, a társas támogatás és az egészség is. Salonen és munkatársainak Finnországban végzett kutatásának célja volt vizsgálni a szülői (életkor, iskolai végzettség, családi állapot, gyermekek száma), az újszülötti (nem, jelenlegi életkor, egészségi állapot) és a környezeti (családi harmónia, társas támasz, egészségügyi ellátás) tényezők hatását az anyák és apák észlelt szülői kompetenciájára. A csaknem 1400 család (863 anya, 525 apa) bevonásával végzett kutatásban szignifikáns kapcsolat mutatkozott a gyermekek száma és a gyermek egészségi állapota esetében, míg a szülők életkora és családi állapota nem volt hatással az észlelt szülői kompetenciára. Ugyanakkor a szerzők javasolják további befolyásoló tényezők (pl. rooming in rendszer, személyes tanácsadás) mélyebb vizsgálatát (Salonen et al., 2009). Hasonló vizsgálatot folytatott a horvát Ercegovac is 468 édesanya bevonásával, azonban itt a családi állapot és a gyermekek száma kapcsolatban állt az észlelt szülői kompetenciával ($p < 0,05$) (Reić Ercegovac et al., 2013). A Ngai és munkatársainak publikációjában felállított hipotézis, miszerint a várandósság alatti magasabb észlelt szülői kompetencia, a fokozottabb társas támogatás és a kevesebb stressz, magasabb észlelt szülői kompetenciát eredményeznek a gyermekágyi időszak végén, beigazolódtott. Továbbá vizsgálatukban az életkor és a gyermekágy 6. hetében észlelt szülői kompetencia mértéke között összefüggés mutatkozott (Ngai et al., 2010). Anglely és munkatársainak 231 édesanya bevonásával végzett vizsgálatában a magasabb fokú társas támasz

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

- PSOC: „Parenting Sense of Competence” vagyis észlelt szülői kompetencia.
 PSOCs: „Parenting Sense of Competence Scale” vagyis az észlelt szülői kompetenciát felmérő (standard) skála (Johnston et al., 1989).
 SOC: „Sense of Coherence” vagyis koherencia-érzet.
 SOC-13: „Sense of Coherence” vagyis a koherencia-érzet felmérésére szolgáló 13 ítemes (rövidített) standard skála.

nagyobb mértékű észlelt szülői kompetenciát eredményezett ($p < 0,05$) (Anglely et al., 2015). Az észlelt szülői kompetenciát befolyásolhatja a szülők ismerete gyermekük fejlődéséről/gondozásáról, valamint ismeretszerzési forrásaik. Egy Olaszországban végzett vizsgálat kiemeli, hogy bár napjainkban az édesapák már sokkal jobban bevonódnak gyermekük ellátásába és nevelésébe, mint korábban, még mindig az édesanyák rendelkeznek több ismerettel gyermekükről. Ugyanakkor mind az anyák mind az apák tudásának növelése fontos lenne, hiszen gyermekükkel kapcsolatban ők a legfőbb információforrás egymás számára és az egészségügyi személyzet számára is. Az édesanyák fő ismeretforrása a család és a barátok, míg az apáké a partner, majd azt követően szintén a család és a barátok voltak. Mindkét nem esetében legkevésbé használt információforrásként a tömegkommunikációs eszközök kerültek megjelölésre (Scarzello et al., 2016).

Külföldön gyakran használt mérőeszköz a Johnston és Mash által 1989-ben megalkotott „Parenting Sense of Competence Scale” (=PSOCs) (Johnston et al., 1989; Gilmore et al., 2009), amely az angol nyelvterületeken végzett kutatásokat nagyban megkönnyíti. E standard skálát több nyelvre is lefordították és validálták (Ngai et al., 2010; Reić Ercegovac et al., 2013), de magyar nyelvű adaptációjára, alkalmazására nincs szakirodalmi adat. Továbbá a legtöbb észlelt szülői kompetenciával kapcsolatos publikáció felhívja a figyelmet az intervenciós programok hiányára és létrehozásuk szükségességére (Anglely et al., 2015; Salonen et al., 2009).

A pozitív egészség egy különleges dimenziója a koherencia-érzet, ami „olyan erőforrás, amelynek magas szintje lehetővé teszi a stresszhatásokkal való sikeres megküzdést” (Balajti et al., 2007, 149). Egy gyermek érkezése pedig a családban változásokat, normatív krízist teremt (Ngai et al., 2016) s így hatással van az észlelt szülői kompetencia mértékére is. A koheren-

cia-érzethez kapcsolódó hazai szakirodalmak már széleskörűbbek. Balajti és munkatársai „*a magyar népesség kedvezőtlen egészségi állapota, azon belül is a mentális betegségek növekvő prevalenciája*” (Balajti et al., 2007, 147) miatt tartotta fontosnak az egészségi állapot méréséhez rendelkezésre álló magyar nyelvű mérőeszközök bővítését. A külföldi skálák közül kiemelkedik az 1987-ben Aaron Antonovsky által megalkotott standardizált, koherencia-érzet kérdőív, amely az egészség kialakulásának és megőrzésének hátterét igyekszik feltárni. Az ún. salutogenesis-modell szerint, az egészségi állapot egy alapvető meghatározó tényezője a koherencia-érzet (és annak mértéke), ami lehetővé teszi az egyének számára erőforrásaik felhasználása révén a feszültségek egészségmegőrző módon való kezelését. Antonovsky három fő elemét nevezi meg a koherenciának: az értelmezhetőséget (comprehensibility), amely kognitív szinten valósul meg és amely által az egyén értelmezi a vele és környezetében történeteket. A kezelhetőséget (manageability), ami a magatartás szintjén nyilvánul meg és amely által az egyén a körülötte történő eseményekre megfelelően reagálni képes. Végül pedig a jelentőségteliséget (meaningfulness), ami motivációs szinten valósul meg s amely által az egyén a vele történt eseményeket jelentősnek itéli, s azokkal meg kíván küzdeni. E kérdőív rövidített, 13 elemes változatának (SOC-13) magyar nyelvre való lefordítására s annak megbízhatósági vizsgálatára 2006-ban 125 fő bevonásával került sor. A válaszokat 7 fokú Likert skálán kellett jelölnie a kitöltőknek, így az elérhető minimum és maximum pontszám 13 valamint 91 volt. A vizsgált mintában a koherencia-érzet átlagpontszáma 59,4 volt (SD=11,9 min=23 max=88). Az eredmények alapján a SOC-13 kérdőív magyar változata megbízhatónak (Cronbach- α =0,82) és sokszorosíthatónak bizonyult, így a szerzők ajánlják használatát a magyarországi egészségi állapotfelmérések mérőeszközeként (Balajti et al., 2007). A magyar nyelvű SOC-13 skálát többek között pedagógusok és óvónők koherencia-érzetének felmérésére is alkalmazták (Bíró et al., 2010; Veres-Balajti et al., 2013). A nemzetközi szakirodalomban is nagy számban találunk koherencia-érzethez kapcsolódó vizsgálatokat. Egy Hong-Kong-i kutatás nem csupán az édesanyákat vizsgálta a gyermekvállalás időszakában, hanem a „*családi koherencia-érzetet*”. Azok a párok/családok akik magasabb „*családi koherencia-érzettel*” rendelkeztek, sokkal jobban tudták betölteni (szülői) szerepüket a megváltozott szituációban, amit a gyermekük érkezése váltott ki (Ngai et al., 2016). A szülői koherencia-érzet jelentőségét a gyermekgondozásban jól mutatja a svéd Eli és munkatársainak 565 édesanya részvételével végzett vizsgálata. A szerzők célja volt

többek között feltérképezni a kapcsolatot az anyagyermek demográfiai tényezői és az anyai koherencia-érzet között, valamint, hogy fennáll-e kapcsolat az anyai koherencia-érzet és a gyermek táplálásának módja (erőltető vagy korlátozó) között. E kutatásban felhasználták a SOC-13 kérdőív svéd változatát is. Az anyai koherencia-érzetet növelte a magasabb fokú iskolai végzettség, azonban csökkentette a magasabb anyai BMI. A gyermekek életkora, neme és testtömegindexe nem befolyásolta az anyai koherencia-érzetet. Az alacsonyabb SOC „erőltető” táplálási módot és a gyermek súlyára vonatkozó fokozott aggodalmat eredményezett (Eli et al., 2016). Sá-Pinto brazil kutatásában a szülők koherencia-érzete és 6-36 hónapos gyermekük szájhigiéniája (szájüregi egészség) között keresett összefüggést. Bár csupán 32 édesanya vállalta a részvételt, szignifikáns kapcsolat mutatkozott az esti szájápolási szokások és az anyai koherencia-érzet között ($p=0,008$), vagyis alacsonyabb SOC esetén kevésbé valósul meg az esti rendszeres fogápolás. Ugyanakkor konkrétan a fogszuvasodás (caries) megjelenési gyakoriságára nem volt hatással ($p=0,646$) (Sá-Pinto et al., 2016).

„*A védőnői munka egyik alapfeladata a szülők megerősítése, képessé tétele abban, hogy hozzáértővé váljanak szülői feladataik ellátására*” (Báronyné Kis et al., 2015, 20). A Magyar Védőnői Szolgálat (amely 2015 óta Hungarikum) munkatársai, vagyis a védőnők, a várandósságot, a koragyermekkorai fejlődést, valamint az óvodai- és iskolai nevelést is aktívan végigkísérik, amelynek különlegessége, hogy „*családlátogatások, tanácsadások, fogadóórák alkalmával lehetőségük nyílik a szülőkkel bizalmas, face to face kapcsolat kialakítására. Ismerik a gyermekek egészségi állapotát, környezetét, szobáját, a szülők végzettségét, a család kultúráját. Hatással vannak a gyermek gondozására, nevelésére, az otthoni környezet helyes kialakítására*” (Harjänné Brantmüller, 2014, 55). A fentiek alapján kijelenthető, hogy a védőnőknek helyük és fontos szerepük van az észlelt szülői kompetenciával kapcsolatos már rendelkezésre álló szakirodalmi adatok bővítésében, valamint munkájuk elősegítése érdekében jogosultak a már rendelkezésre álló ismeretek felhasználására.

2017 elején végeztünk egy kutatást az észlelt szülői kompetenciát befolyásoló tényezőkkel kapcsolatosan, amelynek eredményei az Acta Medicinæ et Sociologica-ban jelentek meg (Csigó et al., 2017). Jelen publikáció ezen kutatás elemszámának (111 fő \rightarrow 254 fő) és kérdésköreinek (önminősített egészség, koherencia-érzet, nevelési stílus, ismeretszerzés forrása) bővítése általi folytatását hivatott bemutatni, így célja a koragyermekkorai neveléssel kapcsolatos észlelt szülői kompetenciát meghatározó faktorok feltérképezése, különös tekintettel a koherencia-ér-

I. táblázat: Jelen kutatásban vizsgált minta legfontosabb szociodemográfiai jellemzői

Életkor (n=246)	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás	
Év	19	63	33,04	6,23	
Lakhely (n=254)	Város		Falu		
Abszolút gyakoriság (fő)	164		90		
Relatív gyakoriság (%)	64,6%		35,4%		
Gyermekek száma (n=253)	1	2	3 vagy több		
Abszolút gyakoriság (fő)	91	121	41		
Relatív gyakoriság (%)	36,0%	47,8%	16,2%		
Családi állapot (n=254)	Egyedülálló	Párkapcsolatban él	Bejegyzett élettársi kapcsolatban él	Házas	
Abszolút gyakoriság (fő)	15	39	10	190	
Relatív gyakoriság (%)	5,9%	15,4%	3,9%	74,8%	
Iskolai végzettség (n=254)	8 általános	Szakmunkás	Érettségi	Főiskolai/egyetemi	Egyéb
Abszolút gyakoriság (fő)	4	19	76	145	10
Relatív gyakoriság (%)	1,6%	7,5%	29,9%	57,1%	3,9%

zettel való kapcsolatára. Fontos kiemelni, hogy jelen kutatásunkban az „észlelt szülői kompetencia” vizsgálatát (validált magyar nyelvű standard skála hiányában) saját szerkesztésű kérdéssorral végeztük. Az ebben megfogalmazott állításokat, minél inkább igaznak tartotta önmagára vonatkozóan az édesanya (saját bevallása szerint), annál magasabb szintű „észlelt szülői kompetenciával” rendelkezett.

Hipotéziseink a következők voltak:

H1: Feltételezzük, hogy a korábban vizsgált szociodemográfiai tényezők legalább fele, magasabb elemszám esetén összefüggést mutat az észlelt szülői kompetenciával (életkor, lakóhely, iskolai végzettség, családi állapot, gyermekek száma).

H2: Feltételezzük, hogy az egészségi mutatók közül az önminősített egészség, valamint a koherencia-érzet kapcsolatban áll az észlelt szülői kompetenciával.

H3: Feltételezzük, hogy a gyermekgondozáshoz kapcsolódó elsődleges információforrás a szülők számára a szakember (védőnő, gyermekorvos).

H4: Feltételezzük, hogy a meleg-korlátozó nevelési stílust alkalmazó szülők magasabb észlelt szülői kompetenciával rendelkeznek.

Anyag és módszer

Kvantitatív, keresztmetszeti kutatásunkat 2017. január-szeptember között végeztük. Célcsoportunk a védőnői gondozásban részesülő, legalább egy, 1-6 éves, nem eltérő fejlődésű (egészséges) gyermeket nevelő édesanyák köre volt. Nem volt kizáró kritérium, ha az édesanyának ezen kívül több 1-6 év közötti, vagy annál fiatalabb/idősebb gyermeke volt. Esetcsoportunk felkutatása egyszeri, nem véletlen-

szerű, célirányos szakértői mintavétellel történt. Az adatfelvételre online felületen, önkéntesen és anonim módon került sor. Vizsgálatunkat saját szerkesztésű kérdőívvel végeztük, melynek fő kérdéskörei a szociodemográfiai adatokra, az észlelt szülői kompetenciára és a megélt, illetve alkalmazott szülői nevelési stílusra vonatkoztak. Ezen utóbbi vizsgálatok Dr. Ranschburg Jenő felosztását vettük alapul (Ranschburg, 2004). A koherencia-érzet felmérésére, az előbbieket mellett kérdőívünk tartalmazta még a SOC-13 magyar változatának standardizált kérdéseit is (Balajti et al., 2007). Kérdőívünket 2017 szeptemberére összesen 254 fő töltötte ki, amelyek között nem volt értékelhetetlen, így a végleges elemszám $n=254$. Az adatfeldolgozás során Microsoft Office Excel 2016. programot használtunk. Leíró statisztika mellett a két változó közötti kapcsolat vizsgálatára Khi négyzet próbát alkalmaztunk, ahol a szignifikanciaszintet $p<0,05$ -nél jelöltük ki, továbbá a gyakoriságot megbízhatósági tartománnyal prezentáltuk.

Eredmények

Mintánk legfontosabb jellemzőit az **I. táblázat** foglalja össze. Kiemelendő, hogy az édesanyák átlagéletkora 33,04 év volt és csaknem kétharmaduk városban élt. A kitöltők majdnem fele 2 gyermeket nevelt (47,8%), míg az iskolai végzettség tekintetében főiskolai/egyetemi végzettséggel rendelkeztek a legtöbben (57,1%). Egyedülállónak 5,9% vallotta magát, míg a többiek párral rendelkeztek.

Az észlelt szülői kompetencia felmérésére, validált magyar nyelvű standard skála hiányában, 14 kérdésből álló saját szerkesztésű kérdőívet állítottunk össze. Az

II. táblázat: A mintánkban felmért észlelt szülői kompetencia kategóriái (n=254)

Kategória	Pontszám	Abszolút gyakoriság	Relatív gyakoriság
Magas	41-46	29 fő	11,4%
Nagyon magas	47-51	124 fő	48,8%
Kiemelkedően magas	52-56	101 fő	39,8%

III. táblázat: Az észlelt szülői kompetencia kapcsolata adott szociodemográfiai tényezőkkel, a korábbi és jelen kutatásban

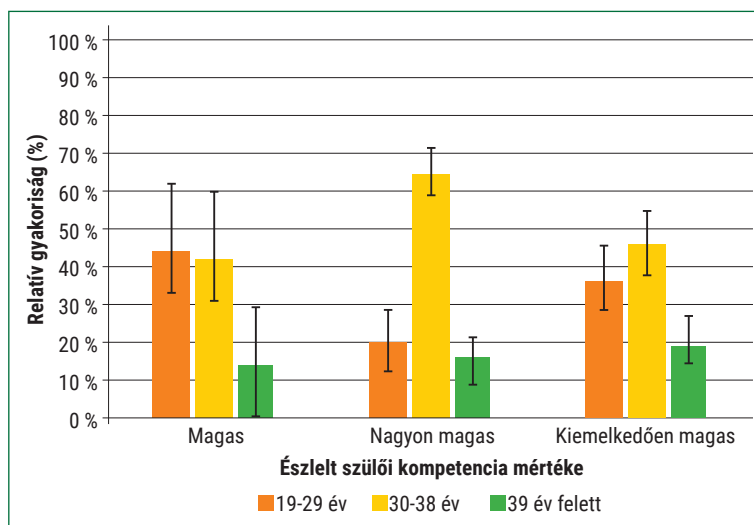
Korábbi kutatás (n=111)	Észlelt szülői kompetencia és...	Jelen kutatás (n=254)
$\chi^2=6,80$ p=0,15	ÉLETKOR	$\chi^2=11,01$ p=0,03
$\chi^2=3,59$ p=0,17	LAKÓHELY	$\chi^2=1,29$ p=0,53
$\chi^2=3,00$ p=0,56	ISKOLAI VÉGZETTSÉG	$\chi^2=0,19$ p=0,91
Nem volt vizsgálható	CSALÁDI ÁLLAPOT	$\chi^2=3,67$ p=0,16
$\chi^2=3,51$ p=0,48	GYERMEKEK SZÁMA	$\chi^2=8,76$ p=0,07

állítások a védőnői szempontból fontos tényezőket igyekeztek feltárni, így például: „Véleménye szerint milyen mértékű ismeretekkel rendelkezik gyermeke fejlődésével kapcsolatban?” vagy „Milyen mértékben érti meg gyermeke jelzéseit a gondozásával kapcsolatban? (pl. éhes, szeretné ha játszanának vele stb.)” vagy „Rendszeresen elviszi gyermekét védőnői tanácsadásra és a kötelező szűrővizsgálatokra?”. A szülő minden kérdés esetén 1-4-ig terjedő skálán ítélt meg, hogy szerinte milyen mértékben igaz önmagára az adott állítás. Tudatosan úgy szerkesztettük meg a kérdőívet, hogy az 1-es állításhoz alacsonyabb, míg a 4-es állításhoz magasabb észlelt szülői kompetenciának megfelelő válaszlehetőség tartozzon. Ennek megfelelően az értékeléskor a megjelölt válaszokhoz tartozó számokat, mint pontszám, összeadtuk. Az így elérhető minimum 14, míg a maximum 56 pont volt. Mintánkban az elért minimum pontszám 41, míg a maximum 56 pont volt (átlag=50,46; SD=3,12). A minta sajátosságából adódóan „alacsony észlelt szülői kompetencia” csoportot nem tudtunk létrehozni, így a „magas észlelt szülői kompetencia” csoport arányait vizsgáltuk. Az egyes csoportokat és az abba tartozók létszámát/arányát a **II. táblázat** mutatja be.

Az első hipotézisben bizonyos szociodemográfiai adatok és az észlelt szülői kompetencia között feltételeztünk összefüggést. Ahogy az a **III. táblázatban** látható, korábbi kutatásunkban egyik vizsgált tényező sem volt hatással az észlelt szülői kompetenciára. Megduplázott elemszám mellett azonban az életkor és az észlelt szülői kompetencia között kapcsolat mutatkozott ($\chi^2=11,01$ p=0,03). Ebben az esetben a 19-29 évesek, a 30-38 évesek, valamint a 39 év felettiek korcsoportját tudtuk összehasonlítani. Ahogy az az **1. ábrán** is látható, a 19-29 évesek csoportjában a „nagyon magas” és a „kiemelkedően magas” kategóriák között figyelhető meg növekedés, míg a 30-38 évesek esetében a „magas” és „nagyon magas” kategóriák között. A 39 év feletti korcsoportban a fokozatos emelkedés mindhárom kategóriában megfigyelhető.

Az első hipotézis azonban nem igazolódott be, ugyanis magasabb elemszám mellett a vizsgált változók közül csupán egy állt kapcsolatban az észlelt szülői kompetenciával (nem több mint fele, vagyis legalább 3 vizsgált változó).

A második hipotézisben az egészségi mutatók közül az önminősített egészség, valamint a koherencia-érzet kapcsolatát vizsgáltuk az észlelt szülői kompetenciával. Korábbi kutatásunkban ezeket nem vizsgáltuk, ezen változók egyike az újonnan bevont kérdésköröknek. Az önminősített egészségi ál-

1. ábra: Az észlelt szülői kompetencia és az életkor kapcsolata (n=246)

IV. táblázat: A ismeretszerzés és az ismeretalkalmazás fő forrásai

Ismeretszerzés (n=254)		Ismeretek alkalmazása (n=246)	
1. Internet	80,3%	1. Szülők/nagyszülők	26%
2. Védőnő	70,1%	2. Védőnő	23,2%
3. Gyermekorvos	62,2%	3. Gyermekorvos	15%
4. Könyvek	58,7%	4. Internet	12,2%
5. Szülők/nagyszülők	52,8%	5. Könyvek	8,5%
6. Barátnő(k)	28%	6. Barátnő(k)	3,7%

lapot értékelése szoros kapcsolatban van az objektív egészségi állapottal, ezért alkalmas a betegségfolyamatok monitorozására (Pikó, 2006). Kutatásunkban a kitöltőknek 1-5-ig terjedő skálán kellett jelölniük saját maguk által megítélt (=önminősített), jelenlegi egészségi állapotukat (1=rossz 5=kiváló). A 254 válaszadó 20,5%-a hármasnak, 58,3%-a négyesnek, 21,2%-a pedig kiválónak (5) vélte jelenlegi egészségi állapotát. Másképp, a kitöltők csaknem 80%-a nagyon jónak vagy jónak ítélte meg jelenlegi egészségi állapotát, ami megközelíti Bíró és munkatársainak 2010-es publikációjában említett átlagnépesség eredményeit (76,3%) (Bíró et al., 2010). Ugyanakkor vizsgálatunk során az önminősített egészség és az észlelt szülői kompetencia között kapcsolat nem mutatkozott ($\chi^2=8,59$ p=0,072).

A koherencia-érzet felmérésére magyar nyelvű, validált standard skálát alkalmaztunk (Balajti et al., 2007). Ebben 13 állítással való egyetértés mértékét kellett jelölnie az édesanyáknak 7 fokú Likert-skálán. A megjelölt válaszok pontszámként összeadhatók, alacsonyabb pontszám alacsonyabb, míg magasabb pontszám magasabb koherencia-érzetet jelent. A minimum elérhető pont 13, míg a maximum 91 volt. Mintánkban a koherencia-érzet átlagpontszáma 58,09 volt (SD=5,76 min=42 max=72). Ez az érték megközelíti Balajti és munkatársainak 2007-es publikációjában vizsgált minta átlagát (Balajti et al., 2007). Ennek megfelelően kutatásunk során a koherencia-érzet vizsgálata szempontjából

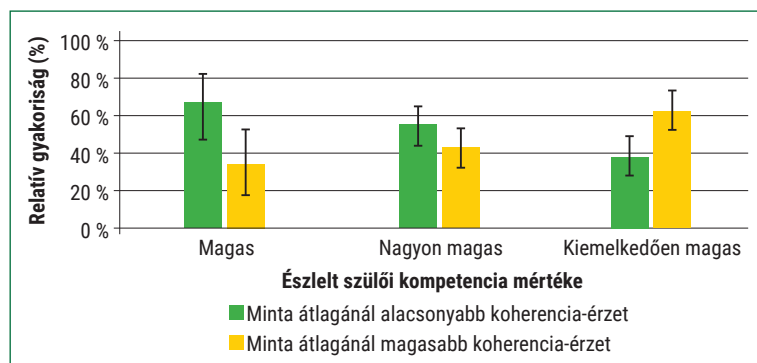
két csoportot különítettünk el: a minta átlagánál alacsonyabb pontot elérőket (42-58 pont) és a minta átlagánál magasabb pontot elérőket (59-72 pont). A koherencia-érzet és az észlelt szülői kompetencia közti kapcsolat statisztikai elemzése során szoros összefüggés mutatkozott ($\chi^2=9,61$ p=0,008). Ahogy az a **2. ábrán** látható, a minta átlagánál alacsonyabb koherencia-érzettel rendelkezők legtöbbször „magas” észlelt szülői kompetenciával rendelkeznek és arányuk egyre inkább csökken a „nagyon magas” és a „kiemelkedően magas” csoportokban. Ugyanakkor a minta átlagánál magasabb koherencia-érzettel rendelkezők aránya növekszik az egyre magasabb észlelt szülői kompetencia csoportokban.

További eredmény, hogy az önminősített egészségi állapot és a koherencia-érzet között sem volt kapcsolat a mintánkban ($\chi^2=4,68$ p=0,096). Második hipotézisünknek csupán az a része igazolódott, miszerint az észlelt szülői kompetencia és a koherencia-érzet között kapcsolat áll fenn, míg az önminősített egészséggel való kapcsolata mintánkban nem nyert bizonyítást.

A harmadik hipotézisben azt feltételeztük, hogy a gyermekgondozáshoz kapcsolódó elsődleges információforrás a szülők számára a szakember (védőnő, gyermekorvos). Ezen kérdés vizsgálata szintén nem szerepelt a korábbi kutatásunkban. A „Honnan szerzi gyermeke ellátásával, gondozásával, fejlődésével kapcsolatos ismereteinek szerves részét?” kérdés esetében több válasz is megjelölhető volt. A

legtöbb jelölést az internet kapta, (80,3%), második helyre szorult a védőnő (70,1%), majd ezt követte a gyermekorvos (62,2%). Legkisebb arányban a „párja” válaszlehetőség került megjelölésre (6,3%). Ugyanakkor amikor arról kérdeztük az édesanyákat, hogy a fent megjelöltek közül kinek a tanácsát alkalmazták a legtöbbször a gyakorlatban (csak 1 válasz volt megadható), akkor a szülők/nagyszülők kerültek az első helyre (26%) ezt pedig a védőnő (23,2%) követte. Az inter-

2. ábra: A koherencia-érzet és az észlelt szülői kompetencia kapcsolata (n=254)



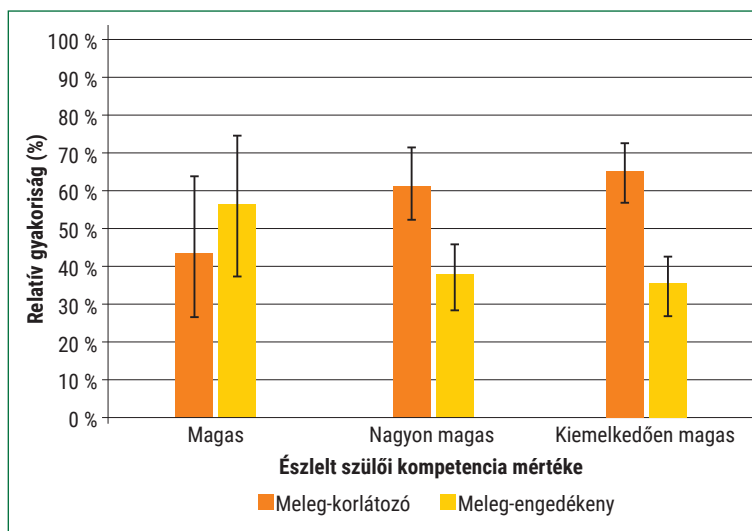
net itt már a 4. helyre csúszott le 12,2%-al (IV. táblázat).

Mivel számítottunk rá, hogy az internet kiemelkedő szerepet fog elfoglalni az ismeretszerzés terén, kérdésként tettük fel az édesanyáknak, hogy ki ajánlotta számukra az adott internetes felületeket. 95,1% magától talált rájuk, ezt követte a barát-nők (19,6%) által ajánlott oldalak majd a védőnői javaslatok (13,2%), majd a gyermekorvosi javaslatok (5,4%). A fentiek alapján a harmadik hipotézis nem igazolódott.

Negyedik hipotézisünkben a nevelési stílus és az észlelt szülői kompetencia kapcsolatát vizsgáltuk. A nevelési stílus vizsgálata során Dr. Ranschburg Jenő felosztását alkalmaztuk (Ranschburg, 2004). Az egyik dimenzió mentén a hideg vagy meleg, míg a másik dimenzió mentén a korlátozó vagy engedékeny nevelési stílus szerepel. Ezek alapján 4 csoportba sorolhattuk az édesanyákat: hideg-korlátozó, hideg-engedékeny, meleg-korlátozó, meleg-engedékeny. Kérdőívünkben állításokat fogalmaztunk meg, mind a négy nevelési stílushoz (hideg, meleg, korlátozó, engedékeny) 3 állítás tartozott (összesen 12 állítás). Az édesanyák 1-4-ig terjedő skálán jelölhették, hogy az egyes állítással milyen mértékben értettek egyet (1=egyáltalán nem értek egyet; 4=teljes mértékben egyetértek). A 12 kérdésre adott egyetértés mértékét szintén pontszámként értékeltük, tehát minél inkább egyetértett valaki az adott állítással, annál inkább az adott a nevelési stílus volt rá jellemző. A kérdések összesítésekor az egyes nevelési stílusokhoz tartozó 3-3 kérdés pontszámait összeadtuk, így 4 összeget kaptunk. Az egyes dimenziók mentén amelyikből több pontot ért el az édesanya, az a nevelési stílus lett meghatározó a számára (hideg vagy meleg, illetve korlátozó vagy engedékeny). Így tudtunk minden édesanyát 1-1 csoportba besorolni. Kérdőívünkben az édesanya által a saját gyermekénél jelenleg alkalmazott, valamint az édesanya által (gyermekkorában) megtapasztalt nevelési stílust is vizsgáltuk.

Az alkalmazott nevelési stílus esetében összesen 221 édesanya válasza volt kiértékelhető. Legtöbbször, saját bevallásuk szerint a meleg-korlátozó nevelési stílust alkalmazzák jelenleg (61%). Ezt követte a meleg-engedékeny (38,5%) majd a hideg-engedékeny (0,5%) csoportba tartozó édesanyák. Hideg-korlátozó nevelési stílusra a mintánkban nem volt példa. Az alkalmazott nevelési stílus (meleg-korlátozó és

3. ábra: Az alkalmazott nevelési stílus és az észlelt szülői kompetencia kapcsolata (n=220)



meleg-engedékeny), valamint az észlelt szülői kompetencia mértéke között összefüggés nem mutatkozott ($\chi^2=3,88$ $p=0,144$). Ugyanakkor a **3. ábrán** megfigyelhető, hogy a meleg-korlátozó nevelési stílust alkalmazók aránya növekszik, míg a meleg-engedékeny nevelési stílust alkalmazók aránya pedig csökken az egyre magasabb észlelt szülői kompetencia csoportokban. Ezek alapján a negyedik hipotézis nem igazolódott.

A gyermekkorban megtapasztalt nevelési stílus esetében 204 édesanya választ tudtuk kiértékelni. Ebben az esetben is az édesanyák legtöbbször meleg-korlátozó nevelési stílusban részesült (57,4%), ezt követte a meleg-engedékeny (21,6%), majd a hideg-korlátozó (18,1%) végül a hideg-engedékeny (2,9%). A tapasztalt nevelési stílus (meleg-korlátozó és meleg-engedékeny) valamint az észlelt szülői kompetencia között ugyancsak nem találtunk kapcsolatot ($\chi^2=1,02$ $p=0,599$).

A tapasztalt és alkalmazott nevelési stílus összevetése során (V. táblázat), a meleg-korlátozó nevelési stílusban részesült édesanyák több mint fele (63,8%) saját gyermekénél is ezt alkalmazza, a további 36,2% jelenleg meleg-engedékeny nevelési stílusban részesíti saját gyermekét. A meleg-engedékenyben nevelkedtek 51,3%-a, a hideg-engedékenyben részesültek 20%-a míg a hideg-korlátozó nevelési stílusban részesültek 0%-a alkalmazza saját gyermekénél is az azonos nevelési stílust. Khi négyzet próbával is igyekeztük alátámasztani, hogy a tapasztalt nevelési stílus valóban meghatározza a későbbiekben a saját gyermeknél alkalmazott nevelési stílust, összefüggés azonban nem mutatkozott ($\chi^2=2,73$ $p=0,256$).

Védőnői szempontból rendkívül fontos további eredmény, hogy a kitöltő édesanyák 96,1%-a mindig

V. táblázat: A tapasztalt nevelési stílus továbbvitele a saját gyermek nevelésébe (n=180)

Tapasztalt n. s.	Alkalmazott nevelési stílus			
	Meleg-korl.	Meleg-eng.	Hideg-korl.	Hideg-eng.
↓				
Meleg-korl.	63,8%	36,2%	0,0%	0,0%
Meleg-eng.	48,7%	51,3%	0,0%	0,0%
Hideg-korl.	61,3%	38,7%	0,0%	0,0%
Hideg-eng.	20,0%	60,0%	0,0%	20,0%

elviszi gyermekét védőnői tanácsadására. A védőnő adta tanácsokat 23,6% mindig, míg 70,9% általában betartja. Fontosnak tartottuk kérdésként feltenni az édesanyáknak, hogy milyen mértékben nyitottak a szakorvosi kivizsgálásra gyermekükkel kapcsolatban, ha azt védőnő vagy házi orvos javasolja. Az édesanyák 88,6%-a minden esetben míg 11%-a általában él a szakorvosi vizsgálat lehetőségével, azonban 1 szülő (0,4%) a „Soha nem viszem el” válaszlehetőséget jelölte meg. A védőnői gondozás szülők általi megítélését a következő idézettel való egyetértés mértékével vizsgáltuk: „A csecsemőkorai szűrővizsgálati rendszer és védőnői gondozás nagymértékben hozzájárul gyermekem egészségéhez.” Az édesanyák több mint fele (62,2%) teljes mértékben, 30,3%-a nagyobb részt, 7,1% nem teljesen, míg 1 fő (0,4%) egyáltalán nem értett egyet a fenti idézettel.

Következtetések, megbeszélés

Kutatásunk célja a koragyermekkori neveléssel kapcsolatos észlelt szülői kompetencia meghatározó tényezőinek feltérképezése volt, megnövelt elemszám és újabb kérdéskörök bevonása mellett különös figyelmet fordítva a koherencia-érzetre.

A szociodemográfiai tényezők közül (életkor, lakóhely, iskolai végzettség, családi állapot, gyermekek száma) mintánkban kizárólag az életkor volt hatással az észlelt szülői kompetenciára ($p < 0,05$). A legidősebbek (39 év feletiek) aránya fokozatosan növekedett az egyre magasabb észlelt szülői kompetencia csoportokban. Az életkor előrehaladtával az egyének egyre több (saját) élettapasztalatra tesznek szert, egyre gyakorlottabbá válnak hibáik helyrehozásában, elkerülésében, valamint a felmerülő helyzetek kezelésében. Azt gondolom, ez a fajta élettapasztalat magyarázza a gyermekgondozásban oly meghatározó szerepet elfoglaló észlelt szülői kompetencia növekedését is, az egyre magasabb korcsoportokban. Ebből következően a fiatalabb édesanyák rizikócsoportnak számítanak, így védőnőként fokozottabb figyelmet szükséges fordítani észlelt szülői kompetenciájuk felmérésére és szükség szerinti erősítésére. Ez az eredmény egyezik Ngai, Wan-Yim és Wai-Chi Chan Hong Kongban végzett kutatási eredményeivel, amelyben a 6. postpartum héten mért anyai ész-

lelt szülői kompetencia és az életkor között állapítottak meg összefüggést ($p < 0,05$) (Ngai et al., 2010). Ugyanakkor e kutatási eredményünk ellentétben áll a bevezetésben bemutatott horvát és finn publikációkkal, hiszen vizsgálataik során az életkor nem befolyásolta az észlelt szülői kompetenciát ($p > 0,05$) (Reić Ercegovac et al., 2013; Salonen et al., 2009).

A lakóhely, az iskolai végzettség, a családi állapot, és a gyermekek száma esetében szignifikáns kapcsolat nem mutatkozott az észlelt szülői kompetenciával, így védőnőként azonos mértékű figyelmet szükséges fordítani az e szempontból eltérő helyzetben élő gondozottak észlelt szülői kompetenciájára. Ugyanakkor Ercegovac publikációjában a lakóhely, a családi állapot és a gyermekek száma kapcsolatban állt az észlelt szülői kompetenciával ($p < 0,05$) (Reić Ercegovac et al., 2013).

A koherencia-érzet, amely a pozitív egészség egy különleges dimenziója, a mintánkban pozitív irányba befolyásolta az észlelt szülői kompetencia mértékét ($p < 0,05$). A (normatív) krízissel való megküzdésben, amelyet a gyermek családba való megérkezése idéz elő, könnyebbé tehető a magasabb koherencia-érzet, ami a rendelkezésre álló megoldási módok közül a legjobb válasz előhívását segíti. Mivel az észlelt szülői kompetencia is egyfajta kívülről való önértelmezés, így az is pozitívan befolyásolja a gyermekek gondozása során felmerülő változásokkal való megküzdést. A két tényező nem oltja ki egymást, sőt felerősítik egymás pozitív hatását. Védőnőként tehát az észlelt szülői kompetencia erősítése a koherencia-érzet felmérése és az erőforrások bővítése által is lehetséges. Előnye ennek a módszernek, hogy a koherencia-érzet felmérésére már rendelkezésre áll magyar nyelvű, validált standard skála, míg az észlelt szülői kompetenciához kapcsolódóan ilyen mérőszókkal magyar nyelven még nem rendelkezünk.

Kutatásunkban további eredményként szerepelt, hogy a meleg-korlátozó és a meleg-engedékeny nevelési stílusban részesült édesanyák esetében is több mint 50% saját gyermekénél is az azonos nevelési stílust alkalmazza. Bár összefüggés nem mutatkozott ($p > 0,05$), mégis a tendencia megfigyelhető és így meghatározónak tekinthető a gyermekkorban tapasztalt nevelési stílus, a későbbi (saját) gyermek nevelésére nézve. Az édesanya által alkalmazott/

tapasztalt nevelési stílus és az észlelt szülői kompetencia mértéke között sem mutatkozott kapcsolat ($p > 0,05$), bár a meleg-korlátozó nevelési stílust alkalmazók egyre nagyobb arányban fordultak elő az egyre magasabb észlelt szülői kompetencia kategóriákban. Védőnőként elsősorban így a meleg-korlátozó nevelési stílus összetevőinek erősítése lenne a célszerű (pl. gyermek gyakori pozitív megerősítése, szabályok felállítása és betartatása), hogy ezek a jegek a későbbi gyermekvállalás során is minél inkább megjelenjenek. Valószínűsíthetően ez által az észlelt szülői kompetencia is növekedne. Ugyanakkor a más nevelési stílust (meleg-engedékeny) alkalmazók sem számítanak rizikó csoportnak az észlelt szülői kompetencia szempontjából.

Védőnői szempontból kiemelkedő eredmény, hogy az édesanyák 96,1%-a mindig elviszi gyermekét védőnői tanácsadásra, a szakorvosi továbbutalás lehetőségével pedig (javaslat esetén) 88,6% minden esetben él. 94,5% mindig vagy általában betartja a védőnő adta tanácsokat és 92,5% nagyobb részt jelentős szerepet tulajdonít a védőnői gondozásnak gyermeke egészséges fejlődésében. Ezek alapján elmondható, hogy a magyarországi Védőnői Szolgálat megítélése az édesanyák részéről kifejezetten pozitív. Ugyanakkor ezen eredményekre kissé rációzol az, hogy a gyermek gondozásával, fejlődésével kapcsolatos elsődleges információforrás a szakemberekkel (védőnő, gyermekorvos) szemben mégis az internet. A gyakorlatban való alkalmazás során azonban már a humán erőforrások (szülők/nagyszülők, védőnő, gyermekorvos) kerültek előtérbe. A védőnő adta tanácsok alkalmazása csaknem duplája volt, az internetről származó javaslatokénak. A pozitív megítélés és a védőnővel való szoros kapcsolat (gyakori megjelenés a tanácsadásokon, az elhangzó tanácsok gyakori betartása) ellenére a gyermek gondozásához/fejlődéséhez kapcsolódó internetes információforrásokra az édesanyák 95,1%-a magától talált rá, csupán 13,2% keresett fel védőnő által javasolt weboldalakat. Következésképp a lehetőség adott, hogy a védőnő sokkal nagyobb mértékben befolyásolja az édesanyák információforrásait, de valamiért ez mégsem történik meg. Gyakorló védőnőként szükséges lenne beépíteni a mindennapi gyakorlatba az édesanyák hiteles internetes forrásokról való tájékoztatását, továbbá megerősíteni őket abban, hogy a gyermekkel közvetlenül foglalkozó szakemberek

tanácsai egyénre szabottak és sokkal specifikusabbak gyermekükre nézve, mint az interneten fellelhető, főképp laikusoktól származó (blogokon, közösségi médiában megtalálható) információ tömeg.

Célszerűnek tartjuk jelen kutatás folytatását, elsősorban az elemszám növelése és a többféle módon történő adatfelvétel lehetőségeinek biztosítása lenne fontos. Ezáltal a most vizsgált változók széleskörűbb elemzése mellett, további tényezők bevonására is sor kerülhetne (például az édesanyák és édesapák észlelt szülői kompetenciájának összehasonlítása, vagy az egészségügyben, köznevelésben és szociális szektorban dolgozók észlelt szülői kompetenciájának összevetése egymással, illetve a más területen dolgozókéval). Előnyösnek tartanánk a területi védőnők bevonását, akik gondozottjaik személyes felkeresése által növelhetnék a kutatásban résztvevők arányát. Az észlelt szülői kompetenciával kapcsolatban nagymennyiségű nemzetközi publikáció áll rendelkezésre, azonban az e témával foglalkozó hazai vizsgálatok száma rendkívül csekély. Mindenképpen hatékonyabb lenne a további hazai kutatások kivitelezése, ha elkészülne a „Parenting Sense of Competence Scale” validált, magyar nyelvű változata. Ezt követően az észlelt szülői kompetencia fogalmának megismertetése és felmérése beépíthetővé válna a mindennapos területi védőnői munkába, ezzel megkönnyítve a további rizikó csoportok felkutatását. Távoli célként jelölnénk ki a több nemzetközi szakirodalom által is elérendő, jövőbeni feladatként megfogalmazott (Anglely et al., 2015; Leahy-Warren et al., 2012), észlelt szülői kompetencia fejlesztésére irányuló hazai intervenció programok kidolgozását.

Összességében elmondható, hogy kutatásunkban a vizsgált szociodemográfiai tényezők kevésbé befolyásolták az észlelt szülői kompetenciát, mint azt vártuk. Az észlelt szülői kompetencia és a koherencia-érzet között erős kapcsolat mutatkozott, amely nem csak a felmérés, de a fejlesztés területén is további utakat nyit meg. A kérdőívünket kitöltő édesanyák rendkívül pozitívan értékelték a védőnői gondozást, azonban az is látható volt, hogy még van hova fejlődni. A lelki támasz nyújtása (megbízhatóság, pozitív megerősítés) mellett, szakemberként (szakmai ismeretek bővítése, holisztikus szemlélet) is gyarapodni szükséges, hogy a védőnők a szülő párok elsődleges és hiteles információforrásává válhassanak.

Irodalomjegyzék

1. Anglely, M., Divney, A., Magriples, U., Kershaw, T. (2015). Social Support, Family Functioning and Parenting Competence. *Maternal and Child Health Journal*, 19.(1.), 67-73.
2. Balajti, I., Vokó, Z., Ádány, R., Kósa, K. (2007). A koherencia-érzés mérésére szolgáló rövidített kérdőív és a lelki egészség (ghq-12) kérdőív magyar nyelvű változatainak validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8.(2.), 147-161.

3. Bársonyné Kis, K., Bajusz, I., Eszik, O., Gács, E., Karácsony, I., Kereki, J., Kispéter, L. (2015). START.. Új védőnői módszerek a koragyermekkori fejlődési eltérések felismerésében és gondozásában. Budapest: ÁEEK.
4. Bíró, É., Olvasztó, L., Kósa, K. (2010). Óvodapedagógus hallgatók mentális egészségének felmérése. *MAGYAR PEDAGÓGLA*, 110.(4.), 285-300.
5. Csigó, L., Karácsony, I. (2017). A koragyermekkori gondozással kapcsolatos észlelt szülői kompetencia és néhány meghatározó tényezőjének vizsgálata. *Acta Medicinæ et Sociologica* (8. (különszám)), 7-22.
6. Ranschburg, J. (2004). *Gepárdkölykök*. Budapest: Urbis.
7. Eli, K., Sorjonen, K., Mokoena, L., Pietrobelli, A., Flodmark, C.-E., Faith, M. S., Nowicka, P. (2016). Associations between maternal sense of coherence and controlling feeding practices: The importance of resilience and support in families of preschoolers. *Appetite*, 105.(10.), 134-143.
8. Gilmore, L. A., Cuskelly, M. (2009). Factor structure of the parenting sense of competence. *Child Care, Health & Development*, 35.(1.), 48-55.
9. Harjänné Brantmüller, É. (2014). Down-szindrómások - család kontra intézet. In H. Csóka-Jaksa, É. Schmelzer-Pohánka, G. Szeberényi, *Pedagógia - oktatás - könyvtár: Ünnepi tanulmányok F. Dárdai Ágnes tiszteletére* (old.: 43-56.). Pécs: Pécsi Tudományegyetem Egyetemi Könyvtár.
10. Johnston, C., Mash, E. (1989). A Measure of Parenting Satisfaction and Efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18.(2.), 167-175.
11. Leahy-Warren, P., McCarthy, G., Corcoran, P. (2012). First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and. *Journal of Clinical Nursing*, 21.(3-4.), 388-397.
12. Ngai, F.-W., Ngu, S.-F. (2016). Family sense of coherence and family and marital functioning across the perinatal period. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7.(1.), 33-37.
13. Ngai, F.-W., Wan-Yim, I., Wai-Chi Chan, S. (2010). Predictors and Correlates of Maternal Role. *Nursing Research*, 59.(3.), 185-193.
14. Pikó, B. (2006). *Orvosi szociológia*. Budapest: Medicina Kiadó.
15. Reić Ercegovac, I., Ljubetić, M., Perić, M. (2013). Maternal self-competence and mother-child interaction. *Hellenic Journal of Psychology*, 10.(2.), 102-119.
16. Salonen, A. H., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P., Järvenpää, A.-L., Isoaho, H., Tarkka, M.-T. (2009). Parenting self-efficacy after childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 65.(11.), 2324-2336.
17. Sá-Pinto, A., Silveira-Coelho, V., Barbosa Fernandes, I., Menezes-Silva, R., Ramos-Jorge, M. (2016). Relationship Between Mother's Sense of Coherence and Oral Health of Babies aged 6-36 Months: A Pilot Study. *Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic*, 16.(1.), 185-193.
18. Scarzello, D., Arace, A., Prino, L. (2016). Parental practices of Italian mothers and fathers during early infancy: The role of knowledge about parenting and child development. *Infant Behavior and Development*, 44., 133-143.
19. Veres-Balajti, I., Bíró, É., Ádány, R., Kósa, K. (2013). Tanárjelöltek egészségi állapota és egészségszemlélete. *Educatio*, 22.(2.), 201-212.

A MESZK ORSZÁGOS SZERVEZETE ÉS A MESZK BARANYA MEGYEI TERÜLETI SZERVEZETE

2019. május 24-25-én Pécsen
rendezi meg

az

Egészségügyi Szakdolgozók Harmadik Alapellátási Konferenciája
c. pontszerző rendezvény.

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

EREDETI KÖZLEMÉNY

Fogtechnikai dolgozók munkaegészségügyi helyzete és tájékozottsága a szilikózis megbetegedésről

LÁNG Anett, DR. HIRDI Henriett Éva

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: a magyar fogtechnikusok egészségi állapotát és tájékozottságát a szilikózis betegségről.

Anyag és módszer: Az adatfelvétel 2017. december – 2018. január hónapokban történt egy saját szerkesztésű online kérdőívvel Budapesten a fogtechnikai laboratóriumokban dolgozók körében. Az adatelemzés SPSS 22.0 program segítségével készült.

Eredmények: A kérdőívet 157 fogtechnikus töltötte ki. A mintába 80 férfi és 77 nő került be. A ki-töltők átlagéletkora 38 év volt. A technikusok naponta átlagosan 9,4 órát dolgoznak. Az egyéni védőeszközök tekintetében elmondható, hogy a résztvevők többsége (94,3%) viseli a légzésvédő eszközt a laboratóriumi munkák során, de 5,1%-uk nem érzi úgy, hogy a maszkok használata szükséges. A résztvevők közül 13,37% nem ismeri a szilikózis tüneteit, és további 39,47% -uk nem tudta a helyes választ a tünetekkel kapcsolatban.

Következtetés: Kutatás megerősítette, hogy a fogtechnikusok munkabiztonsági helyzete rendkívül kedvezőtlen, és a foglalkozás-egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésük korlátozott. A vizsgálati eredmények azt is bizonyították, hogy szükség van a szilikózis betegség alapvető ismereteinek (megelőzésének, tüneteinek, diagnózisának és következményeinek) minél előbbi átadására a fogtechnikusok körében.

Kulcsszavak: fogtechnikusok, egyéni védőeszközök, hosszú távú por belégzés, szilikózis, foglalkozási megbetegedés, dohányzás

Assessment of environmental health and knowledge of silicosis among dental technicians

Anett LÁNG, Henriett Éva HIRDI PhD

SUMMARY

The aim of the study: The aim was to assess the health status of the Hungarian dental technicians and their knowledge of silicosis diseases.

Methods: The survey was conducted in December 2017 – January 2018 through self-constructed online questionnaire among dental laboratory technicians in Budapest. Data were analysed with SPSS 22.0.

Results: The survey was completed by 157 dental technicians. The sample consisted 80 male and 77 women. The average age was 38. Technicians were working for 9.4 hours a day. About the self equipment most of the participants (94.3%) wear respiratory protective equipment during laboratory work but 5.1% of them do not feel that the use of masks is necessary in laboratory. 13.37% of the participants don't know the symptoms of silicosis and other 39.47% of them don't know the right answer.

Conclusions: The research has shown that the work safety situation of dental technicians is extremely low and their access to occupational health care is limited. The test results also demonstrated the need for early transfer of basic knowledge about the silicosis disease (its way of preventing, symptom, diagnosis and consequences) among dental technicians.

Keywords: dental technicians, personal protective equipment, long-term dust inhalation, silicosis, occupational illness, smoking

LÁNG Anett
BSc ápoló hallgató,
Semmelweis Egyetem
Egészségtudományi Kar,
Budapest

Dr. HIRDI Henriett Éva
mesteroktató, területi
gyakorlatvezető, Semmelweis
Egyetem Egészségtudományi
Kar, Ápolástan Tanszék,
Budapest

Levelező szerző
(correspondent):
LÁNG Anett;
e-mail: lanett1993@gmail.com

Beérkezett: 2018. március 23.
Elfogadva: 2018. június 11.

Bevezetés

A szilikózis az egyik legrégebbi és legismertebb foglalkozási megbetegedés, mely a kvarcpor belégzését követően kialakuló, progrediáló gócos tüdőfibrosis. E betegségről érdemes megemlíteni, hogy rendkívül jól megelőzhető, de sajnos nem gyógyítható. Szilikózisveszélyesnek azok a szakmák, munkafolyamatok és tevékenységek tekinthetők, amelyeknél a kvarc jelenléte bizonyított. Ilyen foglalkozásoknak tekinthetők például a bányászok, az építkezésen dolgozók, a fogtechnikusok, kőfaragók, porcelángyártásban, súrolószer gyártásban, gumi- és festékiparban dolgozók (Kardos, 2013; Kardos, 2016).

Hazánkban e témakörben megbízható adatok a rendszeres szűrővizsgálatok bevezetése óta állnak rendelkezésre. Budapesten Tímár Miklós szervezte meg először a bányászok körében a szilikózis-szűrését 1950-ben. Magyarországon ez először a szilikózisveszélyes iparágak és munkahelyek országos szintű nyilvántartásba vételét jelentette, majd felmérték a munkahelyi porviszonyokat, bevezették a rendszeres munkahelyi porméréseket. Azonosították továbbá a szilikózisra jellemző tüneteket, úgy, mint a nehézlégzést, tartósan fennálló ingerköhögést, légszomjat (Ungváry, 2010).

Az egészségügyi szakmák közül, a fogtechnikusoknál 1939-ben jelentették az első pneumoconiosist (Seldén et al., 1995). A fogtechnikus pneumoconiosist összetett pneumoconiosisnak, vagy vegyes por pneumoconiosisnak is nevezik, hiszen a fogtechnikus munkafolyamatai során különböző vegyi anyagokkal érintkezik (pl.: kobalt, króm, molibdén és egyéb fémek) (Tan et al., 2016). Bár az elmúlt évtizedekben egyre többet tudtak meg erről a megbetegedésről, ennek ellenére a fogtechnikusok szilikózisára komolyabb figyelem csak a 2000-es évek óta irányul.

A fennálló helyzet súlyosságát látva az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organisation, WHO) és a Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (International Labour Organization, ILO) 1995-ben hirdette meg a szilikózis kiküszöbölésének globális programját (Global Programme for the Elimination of Silicosis, GPES), melynek célja a betegség felszámolása 2030-ig (World Health Organization, 2007).

A nemzetközi szakirodalomban a fogtechnikusok körében felismert foglalkozási megbetegedések diagnosztizálására, illetve gondozására vonatkozóan elsősorban esettanulmányok találhatók. Nagyobb minta elemszámmal végzett kutatás ritkán lelhető fel. Ezek közül kiemelendő Rafael E. de la Hoz és munkatársainak az Amerikai Egyesült Államokban megvalósult kutatása, mely során 5 szilikózisban szenvedő fogtechnikus esetét elemezték.

A legfiatalabbnál 37 évesen diagnosztizálták a szilikózt, a legidősebb pedig 61 éves volt. Az 5 esetből csak 2 volt, aki dohányzott, de már leszokott. Utánkövetéses vizsgálata az 5-ből csak 3-nak volt, mert időközben 2-en meghaltak. Az 5-ből 4 esetben 15 év időtartamú expozíciós időt lehetett megállapítani. A 2004-ben írt tanulmányban kihangsúlyozásra kerül, hogy annak ellenére, hogy a szilikózis miatti halálozás folyamatosan csökken az USA-ban, új esetek még mindig felismerésre kerülnek, és előfordulhat, hogy számos eset nem kerül diagnosztizálásra, illetve bejelentésre, mint foglalkozási megbetegedés. Publikációjukban felhívják arra is a figyelmet, hogy nemcsak a fogtechnikus dolgozók körében, hanem a munkavégzésükhöz szükséges anyagok gyártásában résztvevő dolgozók is expozíciónak vannak kitéve, ahol sok helyen nincs megelőző program, illetve a dolgozók nincsenek tudatában annak, hogy veszélynek vannak kitéve, miközben a munkahelyi szemlék igazolták, hogy az expozíció szintje 2x-3x magasabb, mint a megengedett határérték (Hoz et al., 2004).

Svédországban 37 fő fogtechnikus körében végeztek felmérést, melynek része volt a mellkasröntgen vizsgálat, és a légzésfunkciós vizsgálat is. Beválasztási kritériumként 5 év kobalttal, krómmal, és molibdénrel végzett munkavégzést írtak elő. A felmérésben résztvevők átlagéletkora 40 év volt, átlagosan heti 43 óra munkaidőben dolgoztak, és 32,4%-uk dohányzott, 16%-nál állapították meg a vizsgálat során pneumoconiosist (Seldén et al., 1995). Egy törökországi kutatásban 125 fő fogtechnikus vizsgálatát végezték el először 2008-ban majd ugyanebben a mintában 2013-ban. A mintában lévő fogtechnikusok 92%-a férfi volt, az átlag életkor 35 év volt, 81,6%-uk dolgozott magánszektorban. A fogtechnikusok hetente 6 napot dolgoztak, napi 9 órás munkaidőben, mely összességében heti 54 munkaórát jelent. A felmérésben résztvevők 60%-a dohányzott. Felmérésük során mellkasröntgent és légzésfunkciós vizsgálatot is végeztek, melynek kapcsán megállapítást nyert, hogy az 5 év alatt a fogtechnikusok légzőrendszere károsodott, például a FVC 23%-kal csökkent, míg a FEV1 15,7%-kal. 5,6%-ban találtak pneumoconiosisos eseteket. A védőeszköz használatot tekintve, míg 2008-ban azt találták, hogy 79,1%-uk gyakran vagy mindig használt maszkot, addig a 2013-ra ez az arány 67,3%-ra csökkent. Ugyanakkor, míg 2008-ban 65,9%-uknál volt gyakran, vagy mindig vákuumos elszívás, addig 2013-ra ez az arány 77,7%-ra nőtt. A felmérésben részt vettek 6,4%-a panaszkodott köhögéstről (Bozkurt et al., 2016). Szintén törökországi felmérés során vizsgálták, hogy a fogtechnikusok (N=19) milyen munkakörülmények között végzik tevékenységüket, illetve milyen ismeretekkel rendelkeznek a szilikózis megbetegedést

illetően. A kutatásban résztvevők átlagos életkora 35 év volt, heti munkaidejük pedig átlagosan 42 óra. 52,6%-uk dohányzott. Megállapítást nyert, hogy annak ellenére, hogy a felmérésében résztvevők 84,2%-a részt vett egy foglalkozási megbetegedésekkel kapcsolatos szemináriumon, csak 15,3%-uk rendelkezett adekvát információval. 94,72%-uk hallott már a szilikózisról, és 63,2% rendelkezett ismeretekkel a szilikózisról. Annak ellenére, hogy megnövekedett a szilikózisról tartott tréningek száma, a dolgozók nagy része mégis úgy értékelte, hogy nincsenek korrektil és hatékonyan tájékoztatva (Güngen, 2017).

A hazai szakirodalom elemzésekor érzékelhető, hogy habár a bányászok szilikózisáról rengeteg tanulmány született, jelen kutatás témájához tartozó célcsoport tekintetében alig lelhető fel publikáció. Hazánkban Dr. Kardos Kálmán jelentős előrelépéseket tett a szilikózis kutatása terén. Egyik e témában készült előadása alapján megállapítható, hogy hazánkban a fogtechnikusok (N=22) szilikózisának felfedezése relatíve fiatal életkorban (44,5 év) történik. Az ismert esetek 14%-a volt 30 éves vagy annál fiatalabb. A megbetegedettek 71,5%-a férfi, míg a nők aránya 28,5%. Az enyhe formák (p1-p2 ILO klasszifikációjú) ritkábban (14%) fordulnak elő. Minden 4. betegnél nagy árnyék tapasztalható (ILO „A”, „B”, „C”) (Kardos, 2013; Kardos, 2016). E kutatás mellett csak a felismert szilikózis foglalkozási megbetegedések kapcsán található egy-egy esettanulmány (Gömöri et al., 2007). A foglalkozási megbetegedéseket értékelő éves jelentésből pedig az derül ki, hogy általában a porexpozíció megszűnése után hosszú idő elteltével kerülnek bejelentésre az egyes esetek. 2015-ben például a megbetegedettek között 2 fő fogtechnikus volt. Esetükben hatósági kivizsgálásra is sor került, mely megállapította, hogy munkájukat mesterséges szellőztetés nélküli munkahelyen végezték, amely miatt tartósan magas munkakörnyezeti porkoncentrációnak voltak kitéve (Nagy et al., 2016).

Vizsgálat célja

Jelen vizsgálat célja volt felmérni a fogtechnikusok munkavédelmi és foglalkozás-egészségügyi helyzetét, különös tekintettel az egyéni védőeszköz használatra vonatkozó szokásaikat. Célunk volt továbbá felmérni a fogtechnikai műhelyekben dolgozók egészségi állapotát és a szilikózis megbetegedéssel kapcsolatos tájékozottságát.

Anyag és módszer

Jelen kutatás célcsoportját a fővárosi fogtechnikai laborokban dolgozó egészségügyi szakdolgozók al-

kották. A vizsgálatban a 2017. december 15. és 2018. január 30. közötti időszakban fogtechnikusként dolgozók vettek részt, függetlenül a fogtechnikai labor szervezeti formájától. Az adatgyűjtés különböző fogtechnikai dolgozókat tömörítő közösségi oldalon elhelyezett web-alapú anonim önkitöltős kérdőív alkalmazásával valósult meg.

A kutatás során alkalmazott saját szerkesztésű kérdőív összeállításához az egészségi állapottal, életmóddal kapcsolatos kérdések tekintetében az alapot az Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) standard kérdőíve adta. (Központi Statisztikai Hivatal, 2015) Emellett a St. George respirációs kérdőívből 8 kérdés került beillesztésre. (Paul, 2016) A végleges kérdőív összesen 53 kérdést tartalmazott, melynek kitöltése átlagosan 15 percet vett igénybe.

A kutatás során gyűjtött adatok feldolgozása, elemzése a Microsoft Excel 2016 szoftver, és az SPSS 22.0 program felhasználásával történt, χ^2 -próba alkalmazásával. Az elemzés során alapstatisztikaként gyakorisági eloszlást, átlagértékeket, minimumot, maximumot és szóródást vizsgáltunk. A szignifikancia kritériumának az 5%-ot tekintettük ($p < 0,05$).

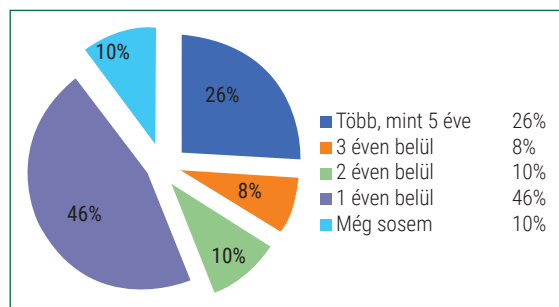
Eredmények

Szocio-demográfiai adatok

A véglegesített kérdőívet összesen 157 fő (80 férfi és 77 nő) töltötte ki értékelhető módon. A válaszadók átlagéletkora 38 év (medián=33; szórás=13,51; min=20; max=70). A megkérdezettek átlagosan 9,6 éve dolgoznak fogtechnikusként (medián=7; szórás=8,14; min=0,5; max=35). Munkaidejüket tekintve, naponta minimum 5 órát, maximum 16 órát, átlagosan pedig 9,4 órát dolgoznak (medián=9; szórás=2). Heti lebontásban nézve minimum 30, maximum 101, átlagosan 49 órát dolgoznak egy héten (szórás=12,37; medián=50).

Munkaegészségügyi adatok

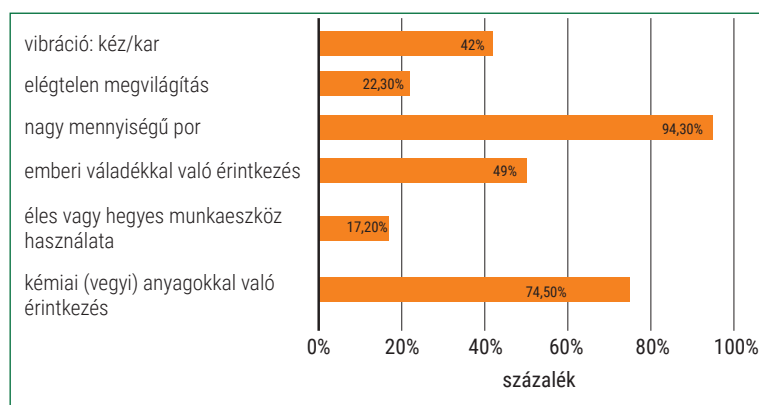
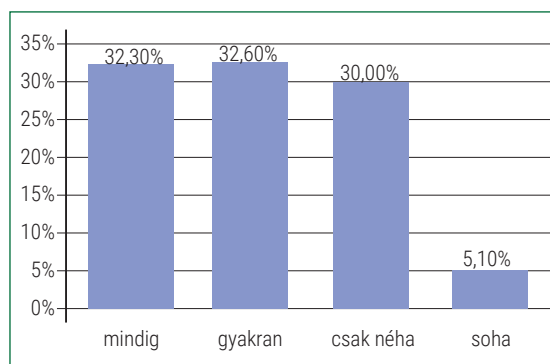
A válaszadók közel fele (46%) munkavédelmi oktatáson utoljára 1 éven belül vett részt. A fogtechnikusok további 18%-a 3 éven belül részesült oktatásban. A kitöltők közel harmada pedig több mint 5 éve nem volt. Ugyanakkor az is kiderült, hogy 10%-uk még sosem vett részt ilyen jellegű oktatáson. Az adatelemzés során jelentős összefüggést találtunk a nem és a munkavédelmi oktatáson való részvétel között ($p=0,008$), a nők gyakrabban vettek részt oktatáson. Ugyanakkor az életkor nem függ össze az oktatáson való részvétellel ($p=0,098$), és a fogtechnikusi munkakörben eltöltött munkaviszony időtartama sem ($p=0,183$). (1. ábra)

1. ábra: Munkavédelmi oktatáson való részvétel gyakorisága (N=157)

A fogtechnikusok munkájával kapcsolatos kockázati tényezőket tekintve a válaszokat 7 válaszlehetőségben határoztuk meg: (1) kémiai (vegyi) anyagokkal való érintkezés, (2) éles vagy hegyes munkaeszköz használata, (3) emberi váladékkal való érintkezés, (4) nagy mennyiségű por, (5) elégtelen megvilágítás, (6) vibráció: kéz/kar, (7) egyéb. A kérdőívet kitöltő fogtechnikusok leggyakrabban (94,3%) előforduló kockázati tényezőként a nagy mennyiségű porral való érintkezést jelölték meg. Ezt követte, második leggyakoribb kockázati tényezőként (74,5%) a kémiai (vegyi) anyagokkal való érintkezés. A harmadik helyen (49%) az emberi váladékokkal való érintkezést emelték ki. Hasonlóan magas arányt ért el (42%) a kéz/kar vibráció. Csupán 22,3%-uk jelölte meg az elégtelen megvilágítást, 17,2%-uk pedig az éles vagy hegyes munkaeszköz használatát. Az egyéb válaszadási kategóriához az égést határozták meg (5,7%).

(2. ábra)

A felmérésben résztvevők 85%-ának biztosítja a munkáltató az egyéni védőeszközöket, azonban 15%-uknak nem. Mindemellett az is megállapítható, hogy a válaszadóknak csak 68%-a kapott tájékoztatást a védőeszközök használatával kapcsolatban, míg 32%-uk nem. A védőeszközök használatának gyakoriságát tekintve az önbevallás szerint a fogtechni-

2. ábra: Kockázati tényezők előfordulása a fogtechnikai dolgozók körében (N=157)**3. ábra:** Védőeszközök használatának gyakorisága a fogtechnikusok körében (N=157)

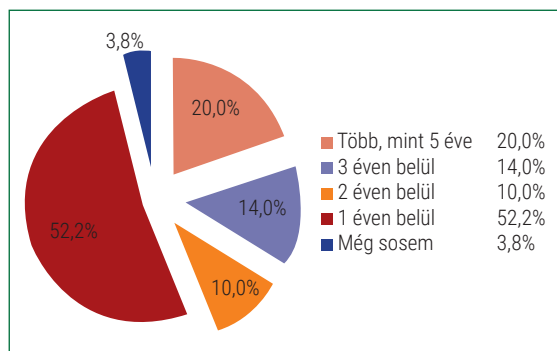
kusok 32,3%-a mindig, 32,6%-a gyakran, 30% csak néha, 5,1%-uk viszont soha nem használ légzésvédő védőeszközt. **(3. ábra)** Sem a nem ($p=0,916$), sem pedig a fogtechnikusi munkakörben eltöltött munkaviszony időtartama ($p=0,670$) nem függ össze az egyéni védőeszköz használatával. Ugyanakkor az életkor összefüggést mutatott ezzel a kérdéssel ($p=0,043$).

A kérdőívet kitöltő fogtechnikusok 89%-a dolgozik munkafázisai során Kobalt-krom vegyületekkel. E vegyületekkel dolgozók átlagosan 9,6 éve vannak kapcsolatban a vegyi anyaggal (min=1 éve; max=35 éve; szórás=8,14; medián=7). Hetente átlagosan 33 órát dolgoznak ezekkel a vegyületekkel (min=2 óra; max=80 óra; szórás:17; medián:35,5).

A foglalkozás-egészségügyi ellátáshoz történő hozzáférési lehetőség szempontjából kijelenthetjük, hogy a megkérdezettek 66%-ának biztosítja a munkáltató az ellátást, azonban 34% nem jut hozzá ezen ellátási formához. A mintában szereplő fogtechnikusok több, mint fele (52,2%) 1 éven belül vett részt orvosi alkalmassági vizsgálaton. További 10%-uk 2 éven belül, 14%-uk pedig 3 éven belül vett részt utoljára alkalmassági vizsgálaton. Megdöbbentő az a tény, hogy a fogtechnikusok 20%-a több mint 5 éve nem vett részt vizsgálaton, és olyan is volt, aki még soha sem volt alkalmassági vizsgálaton (3,8%). **(4. ábra)** Az alkalmassági vizsgálaton való részvétel nem függ össze az életkorral ($p=0,060$), a nemmel ($p=0,065$), sem pedig a fogtechnikusi munkakörben eltöltött munkaviszony időtartamával ($p=0,187$).

A kitöltők 5%-a válaszolta, hogy fél éven belül vett részt utoljára légzésfunkciós vizsgálaton. 23%-uk egy éven belül vett részt, további 10%-uk 2 éven belül, és 11%-uk 3 éven belül.

4. ábra: Orvosi alkalmassági vizsgálaton való részvétel (N=157)



Kiemelnénk, hogy a válaszadók 38%-a jelölte meg, hogy még sosem vett részt légzésfunkciós vizsgálaton, illetve a fennmaradó 13%-ot több mint 5 éve nem vizsgálták. Egyedül az életkor mutatott összefüggést a légzésfunkciós vizsgálaton való részvétellel ($p=0,013$). Valamivel kedvezőbb eredményt kaptunk a mellkasröntgen vizsgálaton való részvétel tekintetében. A megkérdezettek 54,5%-a 1 éven belül, 14%-uk 2 éven belül, 13%-uk pedig 3 éven belül vett részt utoljára a vizsgálaton. A fennmaradó 11,5% több mint 5 éve nem volt mellkasröntgenen, és volt olyan is, aki még soha nem vett részt ilyen vizsgálaton (8,3%). A mellkasröntgen vizsgálaton való részvétel ugyanakkor nem függ össze az életkorral ($p=0,376$), a nemmel ($p=0,605$), sem pedig a fogtechnikusi munkakörben eltöltött munkaviszony időtartamával ($p=0,103$).

Egészségi állapotra vonatkozó kérdések

A fogtechnikusok 17%-a visszatekintve az elmúlt 12 hónapra nagyon jónak tarja az általános egészségi állapotát, 43%-uk jónak, 33%-uk kielégítőnek, 6%-uk rossznak, 1%-uk pedig nagyon rossznak. Átlagosan 3,6-ra értékelték egészségi állapotukat.

Tekintettel arra, hogy a fogtechnikusok többnyire ülő munkát végeznek, szükségesnek tartottuk a BMI vizsgálatát is. A megadott testtömeg értékek alapján a legkisebb súlyú fogtechnikus 43 kg, míg a legnagyobb 135 kg (átlag=76,64; szórás=16,45; medián=75). A testmagasság tekintetében, a legalacsonyabb válaszadó 152 cm, míg a legmagasabb 2 méter magas (átlag=1,73; szórás=0,10). Számolt testtömeg-index értékük alapján a fogtechnikusok 45%-a normál kategóriába (BMI 18,5-24,99) tartozó BMI-vel rendelkezik, 5%-uk sovány (BMI 18,49 alatt). Ugyanakkor a válaszadók fele (50%) rendelkezik 25 kg/m², vagy attól magasabb BMI értékkel (min=16,6; max=40,1; átlag=25,3; szórás=4,0; medián=25,1). Közülük 13% tartozik az elhízott ka-

tegóriába. Az elhízott kategóriát tovább bontva azt tapasztaltuk, hogy 17 fő enyhe, 2 fő mérsékelt, és 1 fő pedig súlyos, vagy extrém elhízásban szenved.

Jelen kutatásban a fogtechnikusok 32%-nál állt fenn legalább egy krónikus betegség.

Arra a kérdésre, hogy „Szokott-e dohányozni?” legnagyobb arányban (41,4%) azt válaszolták, hogy soha nem dohányoztak. 19,7%-uk dohányzott régebben, de már leszokott. A kitöltők 17,2%-a jelenleg is napi szinten dohányzik, 10% ritkábban, mint havonta, 6% hetente néhányszor gyújt rá, és 5% havonta néhányszor dohányzik.

A kitöltők alkoholfogyasztási szokásairól elmondható, hogy 33% ritkábban, mint havonta fogyaszt alkoholt. 27% havonta néhányszor, 26,8% hetente 1-2-szer, továbbá 8,9% soha nem fogyaszt alkoholt. 3,8% naponta egyszer fogyaszt alkoholt.

Szilikózis megbetegedéssel kapcsolatos tájékozottságra vonatkozó kérdések

A szilikózis betegségről először a legnagyobb arányban oktatóiktól értesültek (50%) a képzésük során. Ezt követte a családtól és barátoktól szerzett információ (28%). Újságból vagy magazinból a kitöltők 8%-a, rádióból 2%, televízióból 3%, szóróanyagokból 1,3%, továbbá 8,1% jelen kérdőívől hallott először a szilikózisról.

A válaszadók 51%-a gondolta úgy, hogy kellő mennyiségű információval rendelkezik a szilikózis betegséggel kapcsolatban. Míg 49% pedig úgy vélekedett, hogy nem rendelkezik kellő mennyiségű információval. A fogtechnikusok 64%-a gondolja nagyon súlyos betegségnek a szilikózist, míg 24%-uk némileg komolynak véli, 11% nem tudta megítélni, és további 1% nem gondolta súlyosnak. A szilikózis betegség megelőzési módszereivel kapcsolatban a fogtechnikusok a védőeszközök alkalmazását 96%-ban, az elszívó rendszer használatát szintén 96%-ban, illetve a gyakori szellőztetést 67%-ban tartották alkalmasnak. A szilikózis a fogtechnikusok 26%-a szerint gyógyítható betegség. 74%-uk tudta helyesen, hogy nem az. A válaszadók 6,2%-nál fordul elő a családjukban, vagy ismerőseik között szilikózisban szenvedő beteg.

Arra a kérdésre, hogy szeretne-e több információt kapni a szilikózis betegségről? A válaszadók legnagyobb arányban igennel válaszoltak, 62%, míg 37%-uk nem igényel több információt a betegségről. A leghatékonyabb információforrásként az egészségügyi dolgozókat (64,2%) és az oktatókat (65,4%) tartják a fogtechnikusok abból a célból, hogy a jövőben többet tudjanak meg a munkájukhoz köthető foglalkozási megbetegedésről. Ezt követi a prospektusok, szóróanyagok (40%), 29% az újságokat, ma-

gazinokat tartja jó információforrásként, 24%-uk a rádiót, tv-t, és mindössze 8%-uk jelölte meg a hirdetőtáblákat hasznos információforrásként.

Megbeszélés

Jelen kutatás célja az volt, hogy megvizsgálja a fogtechnikai laborokban dolgozó egészségügyi szakdolgozók egészségi állapotát, továbbá munkakörülményeiket, valamint a szilikózissal, mint foglalkozási megbetegedéssel kapcsolatos ismereteiket.

Munkaidejüket megvizsgálva megállapítható, hogy a fogtechnikusok külföldön és hazánkban is átlagosan több, mint napi 8 órát, illetve több, mint heti 40 órát dolgoznak. Saját mintánkban a megkérdezettek átlagosan napi 9,4 órát dolgoznak, míg hetente átlagosan 49 órát. A svéd fogtechnikusok hetente átlagosan 43 órát dolgoznak, a törökök pedig hetente 54 órát (Seldén et al., 1995; Bozkurt et al., 2016).

Sajnos a nemzetközi kutatások során nem vizsgálták, hogy a fogtechnikusok részt vesznek-e, illetve milyen rendszerességgel munkavédelmi oktatáson, így a kutatás eredményeit e tekintetben nem lehet összehasonlítani külföldi adatokkal. Ugyanakkor a hazai jogszabályi előírások alapján munkavédelmi oktatáson évenkénti rendszerességgel kell részt venni, melynek kapcsán megállapítható, hogy jelentős elmaradás tapasztalható e téren, hiszen a vizsgált mintában a fogtechnikusok 44%-a több, mint 1 éve volt oktatáson, továbbá 10% nyilatkozta azt, hogy még sosem volt munkavédelmi oktatáson. Hazánkban fogtechnikusok részére kifejezetten foglalkozási megbetegedésekkel kapcsolatos témakörökben nem jellemző, hogy szemináriumokat szerveznének. Ezzel szemben az egyik törökországi kutatás megemlíti, hogy e témakörben egyre több tréninget tartanak (1993. évi XCIII. törvény, 2018; Güngen, 2017).

Az egyéni védőeszközök munkáltató általi biztosítása szintén jogszabályi kötelezettség hazánkban, ennek ellenére az tapasztalható, hogy a fogtechnikusok 15%-ának nem biztosítja a munkáltató az egyéni védőeszközt. A védőeszköz használatának gyakorisága a hazai fogtechnikusok körében elmarad a kívánalomtól, hiszen csak 64,9%-uk nyilatkozta azt, hogy mindig, vagy gyakran használja a légzésvédő eszközt. Bozkurt és munkatársai hasonló eredményre jutottak 2013. évi vizsgálatukkor, amikor 67,3%-os eredményt kaptak, miközben ez az arány 5 évvel korábban még 79,1% volt (1993. évi XCIII. törvény, 2018; Bozkurt et al., 2016).

A foglalkozás-egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés nem biztosított a fogtechnikusok 34%-nak. A felmérésben résztvevők 3,8%-a még sosem volt alkalmassági vizsgálaton. 48% pedig több, mint egy

éve vett részt utoljára alkalmassági vizsgálaton, miközben a 33/1998.(VI.24.) NM rendelet évenkénti vizsgálati gyakoriságot ír elő a kobalttal, krómvegyületekkel dolgozók számára. A nemzetközi irodalomban e témakörben nem lelhető fel adat (33/1998.(VI. 24.) NM rendelet, 2018; Gömöri et al., 2007).

A kutatás során azt az eredményt kaptuk, hogy a felmérésben résztvevők 38%-a még sosem vett részt légzésfunkciós vizsgálaton. A légzésfunkciós vizsgálat diagnosztikus jelentőségét igazolja, hogy e témakörben végzett nemzetközi kutatások során a mellkasröntgenen kívül a légzésfunkciós vizsgálatot is elvégezték a fogtechnikusok körében. A svéd kutatásban a 37 fő fogtechnikus 16%-nál állapították meg a vizsgálatokat követően pneumoconiosist. A török vizsgálatoknál pedig rendkívül értékes eredményt mutatott az, hogy az 5 évvel később megismételt vizsgálat során a légzésfunkciós értékek rosszabbodtak (Seldén et al., 1995; Bozkurt et al., 2016).

Figyelemmel arra, hogy a fogtechnikusok munkája kapcsán a tartós expozíció hatására elsősorban légzőszervi problémák jelentkeznek, a legtöbb kutatás kitér a dohányzási szokások vizsgálatára is. Az általunk vizsgált fogtechnikusok 38,9%-a dohányzik. Valamivel alacsonyabb mértéket találtak a svédek (32,4%), ugyanakkor jelentősen magasabb dohányzási értéket találtak a törökök (60%). Ezek az arányok magasabbak, mint az Európai Lakossági Egészségfelmérésnél talált adatok, mely szerint a lakosság csaknem harmada, 29% dohányzik. A magyar felnőttek 26%-a gyújt rá napi rendszerességgel az ELEF 2014-es évi eredményei szerint, a mintánkban ez az arány kedvezőbb, mert a kitöltőknek csak 17,2%-a dohányzik napi szinten (Seldén et al., 1995; Központi Statisztikai Hivatal, 2015; Bozkurt et al., 2016; Varsányi & Vitrai, 2017).

A nemzetközi kutatások az egészségmagatartáshoz köthető kockázatok közül nem vizsgálták a túlsúly és elhízás fogtechnikusokon belüli arányát. Kutatásunkban az önbevallás alapján számított BMI értékek alapján a fogtechnikusok 50%-a rendelkezik 25 vagy attól magasabb BMI értékkel, közülük 13% elhízott. A 2016. évi hazai egészségjelentés szerint a magyar felnőtt lakosság több, mint 60%-a túlsúlyos vagy elhízott (Varsányi & Vitrai, 2017).

A szilikózissal kapcsolatos tudásszint felmérése során azt tapasztaltuk, hogy a kitöltők 51%-a saját bevallásuk szerint rendelkezik ismeretekkel. Adil Can Güngen kisebb mintaelemszámban (N=19) végzett kutatása során megállapította, hogy a résztvevők 63,2%-a rendelkezik ismeretekkel a szilikózisról. Saját kutatásunkban a fogtechnikusok 39,4%-a jelezte azt, hogy nem, vagy csak részben volt érthető az az információ, amit a szilikózisról kapott. Adil Can Güngen tanulmányában kifejtette, hogy a fog-

technikusok nagy része úgy értékeli, hogy nincsenek korrektül, és hatékonyan tájékoztatva e betegségről (Güngen, 2017).

Javaslatok

A foglalkozás-egészségügyi szakterületen dolgozó ápolóknak jelentősebb szerepet kellene vállalniuk a fogtechnikusok figyelmének felhívásában a foglalkozáshoz köthető megbetegedésről szerzett ismereteik bővítésében. A fogtechnikusok képzésében, vagy a

kötelező szakmacsoportos, vagy szabadon választható elméleti továbbképzések során nagyobb hangsúlyt kell kapnia a jövőben a porexpozíció megelőzésének egyéni és kollektív módjainak, a védőeszközök használatának elmaradása miatt bekövetkező egészségkárosodás jelentőségének.

Mindezekben túl fontos lenne felhívni a körzeti ápolók figyelmét is a fogtechnikusokat érintő problémára, hiszen a megbetegedett, köhögési tünetekkel jelentkező munkavállaló (fogtechnikus) először általában a háziorvost keresi fel problémáival.

Irodalomjegyzék

1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről. Megtalálva 2018-03-22 <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300093.TV>
- 33/1998. (VI. 24.) NM rendelet a munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasság orvosi vizsgálatáról és véleményezéséről. Megtalálva 2018-03-22 <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99800033.nm>
- Bozkurt, N., Yurdasul, B., Bozkurt, A.I., Yilmaz, Ö., & Tekin, M. (2016). Respiratory Systems of Dental Technicians Negatively Affected during 5 Years of Follow-Up. *Balkan Med J*, 33, 426-433. Hozzáférhető 2018-03-22 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5001821/>
- Gömöri, G., Müller, C., Siba, J. & Kiss, Cs. G. (2007). Hosszantartó alacsony szintű expozíció is megbetegedéshez vezethet. *Egészségfejlesztés*, 5-6, 31-32.
- Güngen, A. C. (2017). The evaluation of dental technicians' awareness of silicosis. *Biomedical Research*, 22, 10011-10013.
- Hoz, R.E., Rosenman, K., & Borczuk, A. (2004). Silicosis in dental supply factory workers. *Respiratory Medicine*, 98, 791-794.
- Kardos, K. (2013) Új szilikóziskockázatok. [Power Point előadás] Hozzáférhető 2018-03-22 http://www.omfi.hu/letolt/20130515-tamop/Uj-szilikozis_kockazatok_Dr_Kardos_Kalman.pdf
- Kardos, K. (2016) Szilikózis, szénbányásztüdő epidemiológia. [Power Point előadás] Hozzáférhető 2018-03-22 <https://tudogyasz.hu/Media/Download/12737>
- Központi Statisztikai Hivatal. (2015). Európai Lakossági Egészségfelmérés, 2014. *Statisztikai tükör*, 29,1-9.
- Nagy, I., Nagy, K., Hudák, A., Kohánka, V., Lászlóffy, M., Kardos, K. Vágó, J. (2016). A 2016. évi foglalkozási megbetegedések és fokozott expozíciós esetek szakmai értékelése. *Foglalkozás-egészségügy*, 3, 176-212.
- Paul, W. J. (2016.) *Respiratory Questionnaire for COPD Patients (SGRQ-C)* Hozzáférhető 2018-03-22 http://www.healthstatus.sgul.ac.uk/SGRQ_download/SGRQ-C%20Manual%20March%202016.pdf
- Seldén, A.I., Persson, B., Bornberger-Dankvardt, S.I., Winström, L.E. & Bodin, L. S. (1995). Exposure to cobalt chromium dust and lung disorders in dental technicians. *Thorax*, 50, 769-772. Hozzáférhető 2018-03-22 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC474651/>
- Tan, H.L., Faisal, M., Soo, C.I., Ban, A.Y., Manap, R.A., & Hassan, T.M. (2016). Dental technician pneumoconiosis mimicking pulmonary tuberculosis: a case report. *BMC Pulm Med*, 1, 131. doi: 10.1186/s12890-016-0293-2.
- Ungváry, Gy., & Morvai, V. (szerk.), (2010). *Munkaegészségtan*. Budapest: Medicina.
- Varsányi, P. & Vitrai, J. (szerk.), (2017) *Egészségjelentés 2016*. Budapest: Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet
- World Health Organization. (2007). Elimination of Silicosis. In *The Global Occupational Health Network*, 2007. Geneva: World Health Organization Hozzáférhető 2018-03-22 http://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/gohnet12e.pdf

A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA (MESZK) ÉS A FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYI ÁPOLÓK EURÓPAI SZÖVETSÉGE (FOHNEU)

2019. április 24-26-án, Budapesten rendez meg

WORKFORCE HEALTH = NATIONAL WEALTH

címmel,

a FOHNEU VII. Nemzetközi Kongresszusát.

A rendezvényre vonatkozó bővebb információ hamarosan a www.fohneu2019.hu és www.meszk.hu honlapokon keresztül érhető el.

AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

A postoperatív fájdalom menedzsment helyzete napjainkban Magyarországon

1. rész

LOVASI Orsolya, DR. LÁM Judit

ÖSSZEFOGLALÁS

Szakirodalmi adatok szerint, ma Magyarországon a postoperatív fájdalomcsillapítás gyakorlata fejlesztendő terület. A nem megfelelően csillapított fájdalom a szervezetre gyakorolt negatív hatása révén számos problémát, szövődményt idézhet elő, meghosszabbítva ezzel a beteg gyógyulási folyamatát, illetve növelve a kórházi ápolás költségeit. Ez a tevékenység nemcsak jogszabályban előírt kötelezettség, hanem alapvető emberi, humánus cselekedet. A fájdalom menedzsment jelenlegi helyzetét több hazai intézményben elemeztük. Kérdőíves vizsgálatot folytattunk egészségügyi dolgozókkal, áttekintettük az intézményi protokollokat, vizsgáltuk a feltárt problémák mögött meghúzódó okokat. A kapott eredményeket összevetettük a szakirodalmi ajánlásokkal, mely alapján elmondható, hogy számos javítanivaló van még a postoperatív fájdalomcsillapítás terén. Eredményeink alapján a gyakorlat fejlesztésére irányuló ajánlásokat tettünk, melyek a vizsgált intézményeken túl más műtéti beavatkozásokat végző egészségügyi szolgáltató számára is tanulságokkal bírnak.

Kulcsszavak: postoperatív fájdalom, acut fájdalomszolgálat, továbbképzés

Postoperative Pain Management Today in Hungary Part 1

Orsolya LOVASI, Judit LÁM Dr.

SUMMARY

According to the results of relevant publications the practice for providing effective postoperative pain relief needs to be improved in Hungary. The inadequate pain management can occur several complications resulting prolonged recovery and increased cost of care. Providing adequate analgesia is not only a regulated activity, but a professional, ethical and moral obligation to diminish patients' suffering. The current practice of pain management was evaluated in several Hungarian hospitals with questionnaires and interviews, analyzing the local pain protocols, and identifying the deeper causes of problems founded. After the comparison of our findings with the suggestions founded in the literature we identified numerous issues to be enhanced. The suggestions based on the results of our study are worth to be reconsidered to improve the current pain management practice of the health care providers performing surgical procedures.

Keywords: postoperative pain, acut pain service, advanced studies

LOVASI Orsolya
senior szakmai szakértő, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest

DR. LÁM Judit
egyetemi docens, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest

Levelező szerző
(correspondent):
LOVASI Orsolya;
e-mail:
lovasi.orsolya@gmail.com

Beérkezett: 2018. április 18.
Elfogadva: 2018. augusztus 02.

Bevezetés

Az élete során mindenki átélt már fájdalmat. A postoperatív fájdalomra jellemző, hogy, a műtéttel összefüggésben alakul ki és viszonylag rövid ideig tart. A fájdalom a beteg számára szenvedést okoz, megzavarja az éjszakai pihenését, emeli a vérnyomást, tachycardiát hoz létre. Romlik a szervezet oxigenizációja és emelkedik a műtéti szövődmények kialakulásának kockázata. „A műtét utáni időszakban a postoperatív fájdalom a betegek leggyakoribb panasza. Dacára azonban a téma iránti látványosan megnőtt

érdeklődésnek a postoperatív fájdalom csillapítása napjainkban az esetek akár 70–90%-ban is inadequát.” (A műtét utáni fájdalom csillapítása, 2016)

Hazánkban a Magyar Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Társaság honlapján 2015-ben jelent meg nemzetközi szakirodalmi tényeken alapuló szakmai ajánlás perioperatív fájdalomcsillapítás témakörben, NEFMI Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium, Egészségügyi szakmai irányelv: A perioperatív fájdalomcsillapítás címmel (továbbiakban: szakmai ajánlás) (NEFMI Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium, 2015).

Wheatley és munkatársai közleményében is megjelenik az acut pain service (APS), azaz az akut fájdalomkezelő szolgálat fogalma, ennek keretében aneszteziológus vezetésével, magas kompetenciával rendelkező szakdolgozók (aneszteziológiai szakaszszisztens) nyújtják a postoperatív fájdalomcsillapítási ellátást. Ugyanitt leírják, hogy az akut fájdalomkezelési szolgálat feladata az orvosok és ápolók képzése, a szolgálat szervezése, megfelelő ellátás nyújtása, klinikai kutatások végzése. A rendszeres kórtermi vizitek elfogadásra kerültek, a korábbi ad hoc jellegű vizitek helyett, a sebészeknek, illetve aneszteziológusnak történő visszacsatolás konzisztensebb ápoláshoz vezetett (Wheatley et al., 1991). Telekes szerint „*ahol ez a szolgálat működik, ott szignifikánsan javult a betegek elégedettsége, csökkent a postoperatív szövődemények aránya*” (Telekes, 2011). Meissner és munkatársai szerint a betegek kielégítő fájdalomcsillapításának elérését gátló akadályok közé tartozik a személyzet körében a postoperatív pain menedzsment hiányos ismerete, az utasítások hiánya, az elégtelen fájdalomértékelések és az optimális kezelés hiánya (Meissner et al., 2018).

Vizsgálatunk célja volt a kiválasztott hazai intézményekben a postoperatív fájdalomcsillapítási gyakorlat és a műtétet követő ápolói észlelés gyakorlatának felmérése. Elemezni kívántuk, hogy az érintett intézmények rendelkeznek-e a postoperatív fájdalomcsillapításra vonatkozó szabályozással, az hogyan viszonyul a szakmai ajánláshoz, illetve a helyi szakmai eljárásrend (helyi szakmai protokoll) alkalmazásának mennyire tudnak érvényt szerezni a gyakorlatban. Célunk volt továbbá annak értékelése, hogy a műtét utáni fájdalom felmérése milyen módszerekkel és milyen gyakorisággal történik, valamint a fájdalomcsillapítással kapcsolatos képzéseken milyen rendszerességgel vesznek részt az egészségügyi dolgozók. Az egyes intézmények összehasonlítása nem volt a jelen vizsgálat célja.

Anyag és módszer

A vizsgálatokat egy városi kórház sebészet-traumatológia mátrix valamint intenzívterápiás osztályán, egy megyei kórház, sebészet, érsebészet, ortopédia és központi intenzívterápiás osztályán illetve egy Klinikai Központ Sebészet, Érsebészet, Ortopédia Klinikáján és Aneszteziológiai és Intenzívterápiás Intézetében végeztük. A szükséges engedélyeket minden intézményben beszereztük.

Kérdőíves felmérésünkbe három különböző progresszivitási szinten működő kórház orvosait és ápolóit vontuk be. A kérdőív kérdései a következő fő témakörökre irányultak: intézeti szabályozás formája, fájdalommenedzsment tevékenység, oktatás, képzés

Rövidítések jegyzéke

APS: Acut Pain Service, Akut Fájdalomszolgálat
 BELLA: Betegellátók Akkreditációja
 NRS: Numeric Pain Rating Scale, Numerikus Fájdalomskála
 VAS: Visual Analog Scale for Pain, Visuális Analóg Skála
 VDS: Verbal description Scale, Verbális Leíró Skála

kérdésköre. A kérdőívek kiértékelése SPSS.13.0 programmal történt. Áttekintettük az intézmények által rendelkezésre bocsátott, postoperatív fájdalomcsillapítással összefüggő protokollokat, eljárásrendeket, valamint, a jelenlegi szakmai ajánlással való egyezőségüket. Mindezekon kívül egy megyei intézményben dokumentációelemzést is végeztünk. A dokumentációelemzés során kikerestük osztályonként a leggyakrabban előforduló műtét típusokat és vizsgáltuk az aneszteziológus által ajánlott postoperatív fájdalomcsillapító gyógyszer javallatának a beteg által dokumentáltan kapott fájdalomcsillapítóval való egyezőségét. Elemeztük továbbá, hogy a beteg részére dokumentáltan megadott fájdalomcsillapítás milyen napi terápiás költséget jelent az osztálynak, szemben az aneszteziológus által ajánlott gyógyszerek költségével, 24 órára lebontva. Fókuszcsoportos interjúk segítségével megvizsgáltuk az érintett intézményben működő fájdalomcsillapítási gyakorlat hátterét.

A fájdalomcsillapítási gyakorlat, valamint annak eredményességének megismerése céljából az érintett betegekkel interjúkat készítettünk. A beteginterjúk eredményeit egy külön közleményben tervezzük bemutatni. Ebben a közleményben a postoperatív fájdalomcsillapítás kérdéskörét az egészségügyi szakdolgozók (orvosok, ápolók) oldaláról vizsgáljuk.

Eredmények

Az orvosok közül 80 fő válaszolt a kérdőívben szereplő kérdésekre. A válaszolók 83%-a szakorvos. Összesen 147 ápolótól érkezett vissza értékelhető kérdőív. Az ápolók 91%-a szakképzettnek tekinthető (ápoló, diplomás ápoló).

Az **I. táblázatban** foglaljuk össze a szakmai ajánlásban foglalt elvárásokat és az egyes intézményekben alkalmazott protokollok különbözőségeit, valamint egyezőségeit. A táblázatban (+) jelzéssel láttuk el azon kritériumokat, amelyek esetében az egészségügyi intézmény perioperatív fájdalomcsillapításra irányuló protokollja és a szakmai ajánlás egymásnak megfeleltethető volt, (-) jelzéssel, ahol nem.

Eredményeink bemutatását a kérdőívek feldolgozásának részleteivel folytatjuk.

I. táblázat: A protokollok tartalma és a szakmai ajánlás egyezősége a vizsgált intézményekben

Szakmai ajánlás előírásai	Városi Kórház	Klinika	Megyei Kórház
Ki és hogyan rendeli el a műtét utáni fájdalomcsillapítást	x	x	x
Ki, milyen módszerrel és gyakorisággal méri a fájdalmat	x	x	-
Postoperatív megfigyelés egységes tartalma	x	x	-
Szövődmények elhárítása lépései, illetékes személyek	-	x	-
Nem kívánatos események rögzítése	x	-	-
A postoperatív fájdalomcsillapítás oktatásának megszervezése	-	-	-
APS megszervezése	-	-	-

Az írott protokollok és kompetenciák kérdésköre

Az orvosok 51%-a jelölte válaszában, hogy intézményében rendelkeznek protokollal a perioperatív szakban a fájdalomcsillapításban közreműködők feladatait és kompetenciáit illetően. Arra a kérdésre, miszerint tisztázott-e az operatőr és az aneszteziológus kompetenciája a postoperatív fájdalomcsillapítás terén, az orvosok 39%-a válaszolt igennel, 61%-a nemmel. A perioperatív fájdalomcsillapítás során a beteg életkorát, alapbetegségeit és a sebészi beavatkozás mértékét az orvosok 92%-a figyelembe veszi.

Az ápolók 77%-a válaszolt úgy, hogy az intézményükben rendelkeznek protokollal a perioperatív fájdalomcsillapítást illetően. Az ápolók 61%-a szerint az aneszteziológus feladata a fájdalomcsillapítás elrendelése, 12% szerint az operatőr feladata, 27% szerint mindét orvos feladata.

A fájdalomcsillapító terápia elrendelése az ápolók irányába nagyon változatos képet mutat. Legalább 30 féle verzió jelenik meg a kérdésre adott válaszok alapján. A leggyakoribb, amikor az aneszteziológus javaslata alapján az osztályos orvos elrendeli fájdalomcsillapító terápiát, de gyakori az operatőr általi elrendelés, akár írásban, akár szóban. Az elrendelések dokumentációs helyei többek között gyógyszerelőlap, aneszteziológiai jegyzőkönyv, betegkísérőlap, vizitfüzet, ápolási lap, lázlap, megfigyelőlap. A kezelőorvosok 26%-a végez dokumentált módon fájdalom monitoring tevékenységet.

A műtétet követő fájdalom felmérése az ápolók 78%-a szerint naponta több alkalommal megtörténik, 11% szerint legalább naponta egy alkalommal zajlik, 8% szerint, csak akkor kerül rá sor, ha a beteg fájdalomról panaszkodik, 3% pedig egyéb választ adott.

A fájdalomértékelési módszerek közül az ápolók megemléztették a numerikus fájdalomskálát (NRS), a verbális leíró skálát (VDS) és a vizuális analóg skálát (VAS). A lehetséges szövődmények monitorozása tekintetében az ápolóknak csak 34%-a válaszolta, hogy ezeket figyeli, leginkább műszakonkénti gyakorisággal.

II. táblázat: Az APS tagokra vonatkozó variációk a fókuszcsoportos interjúk eredményei szerint

Az APS tagjaira vonatkozó leggyakoribb variációk	
1.	ápoló, aneszteziológus, operatőr
2.	kizárólag aneszteziológus
3.	aneszteziológus, sebész, vezető ápoló

Az akut pain service ismertsége, támogatottsága

A vizsgált intézmények egyikében sem működik akut pain service, ennek megszervezését az orvosok 60%-a tartja csak szükségesnek. Az APS szükségességét támogató orvosok szerint a csoporttagok vonatkozásában a leggyakoribb variációk a **II. sz. táblázatban** láthatók.

A működési formát és rendszerességet illetően nagyon eltérő válaszok születtek, az igények különbözőségéből adódóan. A leggyakoribbak: konzílium formájában való megszervezés, folyamatos működés, fájdalomambulancia keretein belül történő kialakítás, délutáni preoperatív és postoperatív vizit formájában megvalósuló működési rend, vagy a heti rendszerességgel való működés. A legtöbben azt szeretnék, hogy minden fekvőbeteg osztályra kiterjedően működjön, ezen kívül konkrétan a műtétes, neurológiai és palliatív osztályokat jelölték meg. Az ápolók csupán 18%-a hallott az akut pain service lehetőségéről.

Képzés, továbbképzés kérdésköre

Az orvosok 80%-a támogatja, hogy megfelelő képzést követően az aneszteziológiai szakasszisztensek felügyeljék a betegek műtét utáni fájdalmát és biztosítsanak gyógyszeres terápiát. A postoperatív fájdalomcsillapítás témában (gyógyszercsoportok, mellékhatások) az ápolók 10%-a kap csak rendszeres képzést.

A WHO 3 lépcsős fájdalomterápiás ajánlását az ápolók 18%-a ismerte meg oktatás során.

Az orvosok 77%-a ért egyet azzal, hogy ki kell használni a nem gyógyszeres fájdalomcsillapítási lehetőségeket a gyógyszerhatás fokozására és 80%-uk

támogatná, hogy ezeket a módszereket az ápolók alkalmazzák.

Az orvosok 94%-a válaszolta, hogy osztályukon nem volt olyan értekezlet, fórum, ahol az elmúlt egy évben az ápolókkal közösen értékelték volna a fájdalomcsillapítási gyakorlatot. Ennek okaként az időhiányt, létszámhiányt, stratégia hiányát, teammunka hiányt, érdektelenséget jelölték meg, valamint, hogy ez nem bevett gyakorlat. A fájdalomcsillapítással kapcsolatos továbbképzésen az orvosok mindössze 26%-a vett részt 1 éven belül.

Dokumentációelemzés eredményei

Egy intézményben végeztünk dokumentációelemzést. Összesen 120 db betegdokumentációt tekintettünk át, különös tekintettel a postoperatív fájdalomcsillapításra. A dokumentáció vizsgálatból kiderült, hogy az esetek 35%-ában nem vagy csak részben azonosítható a fájdalomcsillapításra vonatkozó orvosi elrendelés. További tapasztalat, hogy nagyon gyakran nem volt írásban is felépített fájdalomcsillapító terápia, hanem a „szükség szerint” megjegyzés alapján adagolják a fájdalomcsillapítót. Olyan esetekben is a visualis analog skálával mérték a fájdalmat, amikor annak használata inadequat (siketnéma, zavart, agresszív, demens betegek esetén). Bár az intézményben alkalmazott, jól megszerkesztett postoperatív betegkísérő lapon lehetőség van arra, hogy az aneszteziológus javaslatot adjon az ellátó osztály részére a fájdalomcsillapítás vonatkozásában, a lehetőséggel mindössze 50 esetben éltek az orvosok. Az ajánlott és tényleges gyógyszerelés közötti szakadék jól látható a **III. sz. táblázatban**.

A háttérben álló okok elemzése

Egy intézményben operatőröket és aneszteziológus szakorvosokat, valamint ápolókat hívtunk egy

csoport megbeszélésre, ahol próbáltuk azonosítani a postoperatív fájdalomcsillapításban betöltött szerepüket, valamint az ellátás során keletkező nehézségek okait. Az ápolók elmondták, hogy problémát jelent az orvos nehézkes elérhetősége valamint az orvosi elrendelés hiánya a postoperatív fájdalomcsillapításra vonatkozóan. Úgy érzik, a fájdalomcsillapítás során sok esetben a döntés felelőssége rájuk hárul, amihez nem kapták meg a megfelelő képzést. Okként jelölték még meg a nem megfelelően tájékozott beteget, mivel gyakran előfordul, hogy a betegek szegénylősök, nem vagy csak későn szólnak és így a kialakult erősebb fájdalom esetén a csillapítás is nehezebb. Az orvos csoport megismerte az ápolók által felsorolt lehetséges okokat. Nagyon érdekes volt látni, hogy nagyrészt el is fogadták az ápolók által felhozott okokat. Lehetséges okként az orvosok az osztályos orvos hiányát, egységes, intézeti szintű szabályozás és gyakorlat kialakulásának hiányát, a szakmák közötti tényleges együttműködés hiányát, az eltérő orvosi gyakorlatot jelölték meg.

Az orvosok és ápolók a megbeszélés során feltárt problémák okaiként azonosították egyaránt, hogy a figyelemelterelő eszközöket, lehetőségeket nem alkalmazzák a gyakorlatban. Az orvosok és ápolók által megjelölt főbb okok összegzése az **1. sz. ábrán** látható.

Következtetések, megbeszélés

A korábban hivatkozott szakmai ajánlás is leszögezi, hogy az intézményeknek a postoperatív ellátás vonatkozásában protokollal kell rendelkezniük, és azokat be is kell tartani, mert növelhető a betegbiztonság, javítható a betegelégedettség, lehetővé válik a szövődmények számának csökkentése, mellékhatások kivédése (NEFMI Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium, 2015).

Vizsgálatunk során megállapítottuk, hogy a bevont intézményekben létezik valamilyen szakmai

III. sz. táblázat: A napi fájdalomcsillapítás átlagos költsége a vizsgált intézményekben beavatkozás típusonként (2017)

Műtét	Súlyszám	Bevétel	Protézis ára	Ajánlott fájdalomcsillapítás (napi)	Tényleges fájdalomcsillapítás (napi)
371c Cement mentes	3,97	714 600 Ft	275 000 Ft	5 426 Ft	482 Ft
371h cementes	3,10702	559 264 Ft	90 000 Ft	5 426 Ft	482 Ft
371e térd	3,98465	717 237 Ft	340 000 Ft	4 326 Ft	2 112 Ft
345D epe	1,43	257 400 Ft		718 Ft	92 Ft
2010 amp. fem	2,75407	495 733 Ft		2 526 Ft	111 Ft
2010 amp. cruralis	2,75407	495 733 Ft		2 361 Ft	116 Ft
280D hasi sérv háló nélkül	1,02251	184 052 Ft		1 506 Ft	1 341 Ft

protokoll a fájdalomra vonatkozóan, de az eredményekből kiolvasható, hogy az orvosok és ápolók nem mindegyike tudja ezt. Ez azonban nem feltétlenül a postoperatív fájdalom menedzsmentjére irányul, és a vizsgált protokollok mélysége és részletezettsége eltéréseket mutatott. Volt olyan intézmény, ahol a szakmai protokoll csak az ápolók munkájával kapcsolatos elvárásokat, feladatokat fogalmazza meg, az orvosok feladataira nem tér ki, rájuk nem vonatkozik.

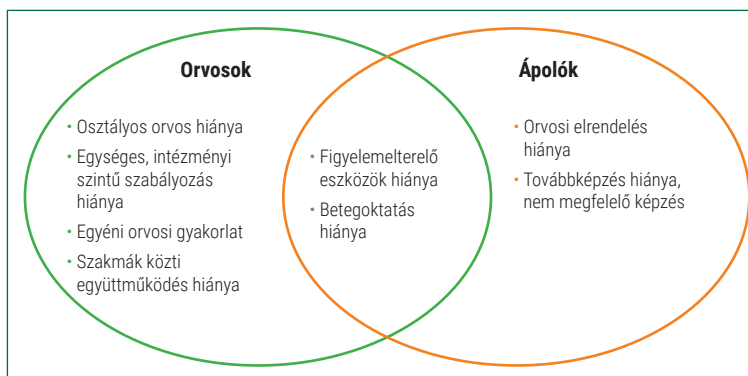
Az is látható volt az intézményekben tett látogatások során, hogy ezek a protokollok nem érvényesülnek maradéktalanul a napi gyakorlatban. Ennek egyik okaként azt látjuk, hogy a protokollokat nem oktatják kellő rendszerességgel. A szakmai ajánlás szerint a „vizsgálatok meggyőzően támasztják alá, hogy az egészségügyi dolgozók rendszeres továbbképzése mellett végzett ellátás csökkenti a fájdalom erősségét” (NEFMI Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium, 2015).

Ennek ellenére a képzések és továbbképzések szervezése e témakörben nem tekinthető rendszeresnek, sőt volt olyan intézmény, ahol keresni kellett, hol elérhető a protokoll maga. Általában jellemző, hogy a postoperatív észlelés vonatkozásában nincsenek leírt, egységes intézeti elvárások. Nincsen leírt módon tisztázva az adott szakdolgozó, illetve orvos hatásköre a fájdalomcsillapítást illetően, vagy ha mégis, az nem valósul meg a mindennapi gyakorlat során. A hatáskörök rendezetlenségét mutatja, hogy az orvosok 39%-a szerint tisztázott csak a fájdalomcsillapítás terén az aneszteziológus és az operatőr kompetenciája.

Az ápolók számára sem egyértelmű kitől kapnak utasítást a műtét utáni fájdalomcsillapítás elrendelésére, hiszen 61%-uk válaszolta, hogy az aneszteziológus feladata, 12% szerint az operatőré, és 27% szerint mindkettőé. A meglévő protokollok alkalmazásának hiányosságait mutatja, hogy az orvosi elrendelés számos variációt mutatott, mind a technikáját (írásban, szóban), mind helyét (különböző füzetek, lázlap, gyógyszerelő lap stb.) illetően.

Vizsgálataink során azt találtuk, hogy a speciális szükségletű betegek pl. demens, nem megfelelően együttműködő betegek esetén is a fájdalom erősségének meghatározására a VAS skálát alkalmazták. A demenciában szenvedő betegek fájdalmának felmérésére egy skálát fejlesztettek ki, a PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia scale) skálát, amely nagyon jól használható a nem kooperáló betegek fájdalmának megítélésére (Warden et al., 2003).

1. ábra: A nem megfelelő fájdalomcsillapítás háttérében álló okok az orvosok és ápolók szerint



Jelzés értékűek lehetnek e betegcsoport esetén a különféle hangok, mint a sírás, nyöszörgés, vagy a fintorgó arckifejezés, fogak összeszorítása, bizonyos testmozdulatok. Mindez nem egyezik a vizsgált intézményekben zajló gyakorlattal, miszerint nem használnak életkorhoz, állapothoz adaptált fájdalomfelmérő skálát idős, demens betegek esetén (Philips et al., 2010).

A vizsgált intézményekben nem működik *acute pain service*, és az érvényes szakmai ajánlással szemben csak a megkérdezett orvosok 60%-a támogatná ennek létrejöttét. Az ápolók 82%-a nem is hallott erről a lehetőségről, pedig a működési forma őket is érintené. Ez az ismeretszint az ápolók részéről, és az orvosi attitűd nem egyezik meg a szakirodalmi megállapításokkal, hiszen Telekes leírja, hogy magas kompetenciájú nővérek nyújtják az ellátást az orvos irányításával (Telekes, 2011). Más közlemények is bizonyítják, hogy ezzel a módszerrel értek el más országokban előrelépést a fájdalomcsillapítás terén, pedig máshol is korlátozott emberi erőforrás áll rendelkezésre (Philips et al., 2010; Wheatley et al., 1991).

A megfelelően tájékozott beteg minden szolgáltató számára fontos lehet, amikor a beteg későn jelzi a fájdalmát. Philips és munkatársai által végzett vizsgálatok során a betegek már műtétet megelőzően kaptak oktatást, majd a kórházi tartózkodásuk alatt és távozás után is ellátták őket megfelelő információkkal a fájdalom kezelésével kapcsolatban (Philips et al., 2010).

A szakmai szabályozók meglétén és alkalmazásán túl számos szervezési, működési kérdés is felmerül a helyes fájdalomcsillapítási gyakorlat kialakításával és működtetésével kapcsolatban. Mindezekre a különböző szintű szakmai szabályozók nem térnek ki. Bár a hazai fejlesztésű BELLA (Betegellátók akkreditációja) program foglalkozik a beteg műtét utáni felügyeletével, a preoperatív kivizsgálással és kockázatokkal, specifikusan nem tér ki a műtéti fájdalomcsillapítás megszervezésének kérdéskörére (Az Emberi Erőforrások Minisztériuma fekvő- és járóbeteg-ellátás standardjai,

2016). Álláspontunk szerint a BELLA standardokon belüli szabályozás jó lehetőség lenne az APS működéséhez szükséges lépések, elvárások kidolgozására: ehhez kapcsolódóan a szolgálat megszervezésével, orvosok-ápolók képzésével, klinikai kutatásokkal, a napi rendszeres kórtermi vizitekkel, az operatőrök felé irányuló visszajelzésekkel, helyi szakmai szabályzók és fájdalomkezelési eljárások kidolgozásával, betegelégedettség mérésével foglalkozó kérdések rendezése jelenthetné egy új fájdalommenedzsmenttel foglalkozó standard gerincét. Mindez jelentős mértékben támogathatná a fájdalom menedzsment csapatok működtetésének elterjedését, egységes alapokon történő megszervezését a hazai intézményekben. A hazai szakmai szabályozás legitimitását növelné, ha jelen NEFMI által kiadott szakmai ajánlás – az egynapos sebészeti beavatkozásokhoz kapcsolódó perioperatív fájdalomcsillapításra érvényes szakmai irányelvhez hasonlóan – kihirdetett szakmai irányelv lenne, mely minden kétséget kizáróan meghatározná a fejlesztések irányát ezen a területen is (A perioperatív fájdalomcsillapításról az egynapos sebészetben, 2017).

További lehetőséget jelent az aktuális intézményi gyakorlatok fejlesztésére és biztonságosabbá tételére az EFOP-1.8.0-VEKOP-17- 2017-00001 Egészség-

ügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztésére irányuló projekt keretében zajló betegbiztonsági jó gyakorlatok gyűjtése és megosztása a hazai egészségügyi szolgáltatók körében. A 2017. év végén lezajló első jó gyakorlatokat összegyűjtő hullámban több, hazai intézményekben már legalább fél éve eredményesen működő postoperatív fájdalomcsillapításra irányuló jó gyakorlat is beküldésre került. Ezen jó gyakorlatokat oktatási anyaggá fejlesztjük, valamint megosztjuk a pályázat keretében kialakításra kerülő elektronikus tudástárban. A témakörben a kontakt képzéseket 2018-2019 közötti időszakban tervezzük.

A vizsgálatunkba bevont intézmények számának alacsony volta az eredményeink általánosítását nem teszi lehetővé. Mégis, mivel a postoperatív fájdalomcsillapítás kivitelezése során számos szervezési kérdés merül fel, és az előzőekben vázolt problémákat találtuk, így az intézményekben érdemesnek tartjuk felülvizsgálni az aktuális gyakorlatot, eredményeink tükrében. A gyakorlat javítására irányuló ajánlásainkat azért tettük, hogy a betegek műtét utáni fájdalomcsillapításának változékonysága csökkenjen, így az ne az adott orvos személyén, nézetein, elképzelésein múljon, hanem eredményes, bizonyítékokon alapuló szolgáltatás legyen.

Irodalomjegyzék

1. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma fekvő- és járóbetegellátás standardjai Egészségügyi Közlöny. 2016. 65/15: 2290-2361.
2. Meissner, W., Huygen, F., Neugebauer, E.A.M., Osterbrink, J., Benhamou, D., Betteridge, N.,... Schäfer, M. Management of acute pain in the postoperative setting: the importance of quality indicators (2018) *Curr Med Res Opin.* (1):187-196. doi:10.1080/03007995.2017.1391081.
3. A műtét utáni fájdalom csillapítása <http://www.drdiag.hu/iranyelvek.php?id=159> [Hozzáférhető: November 28, 2016].
4. NEFMI Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium, Egészségügyi szakmai irányelv: A perioperatív fájdalomcsillapítás https://www.doki.net/tarsasag/aneszteziologia/upload/aneszteziologia/document/A_perioperativ_fajdalomcsillapitas_szakmai_iranyelv.pdf?web_id=D4A7736485FE883 [Hozzáférhető: May 30, 2018]
5. Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyért Felelős Államtitkárság EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM Egészségügyi szakmai irányelv – A perioperatív fájdalomcsillapításról az egynapos sebészetben <https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/Index> [Hozzáférhető: June 14, 2018]
6. Philips, B.D., Liu, S., Wukovits, B. Creation of a Novel Recuperative Pain Medicine Service to Optimize Postoperative Analgesia and Enhance Patient Satisfaction Received. (2010) *HSSJ.* 6: 61-65.
7. Telekes, A. A modern fájdalomcsillapítás alapelvei *Gyógyszerészet.* 2011; 55: 259-262.
8. Warden, V., Hurley, A.C., Volicer, L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. (2003). *J Am Med Dir Assoc.* 4 (1): 9-15.
9. Wheatley, R. G., Madej, T. H., Jackson, J. B. (1991). The first year's experience of an acute pain service. *British Journal of Anaesthesia,* 67: 353-359.

Szabadon választható elméleti továbbképzési pontszerzési lehetőség

Ezt a kéziratot őrizze meg, mert a MESZK honlapján keresztül – az előfizetők számára – elérhető online teszt kitöltéséhez a későbbiekben még szüksége lesz rá!

A MESZK Országos Szervezete a Szakmai Tagozatok
közreműködésével szervezi meg az

**„Szakdolgozói feladatok az eszméletlen betegellátása során”
című**



Tagozati Napját.

Időpont: 2018. november 23.

**Helyszín: Lurdy Ház I. emelet 6-os Konferencia terem,
Budapest IX kerület, Könyves Kálmán krt. 12-14.**

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

Jelentkezés

www.meszk.hu/meszk által szervezett továbbképzések

Jelentkezési határidő

2018. november 18.

A rendezvény minősítése folyamatban van.

Célcsoportok

felnőtt ápolás és gondozás, gyermek ápolás és gondozás, sürgősségi ellátás, laboratóriumi diagnosztika, képi diagnosztika, általános és elektrofiziológiai asszisztencia, fogászati ellátás, gyógyszerterápi ellátás, mozgásterápia és fizioterápia, műtéti ellátás, szülészeti ellátás, védőnői ellátás, rehabilitációs és életvezetést támogató, közegészségügy és népegészségügy, dietetika, természetgyógyászat, egészségügyi menedzsment.

További információ: www.meszk.hu

