

NŐVÉR



AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

Scientific and educational journal
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

2019. 32. ÉVFOLYAM 1. SZÁM

A TARTALOMBÓL:

Fókuszban az életminőség a rekonstrukciós
éresebészetben

A hatékony dolgozói teljesítményértékelési
rendszerek



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



FELHÍVÁS



A MESZK Országos Szervezete a Szakmai Tagozatok közreműködésével a HARTMANN-RICO Hungária Kft támogatásával szervezi meg a kétnapos

TAGOZATI NAPOK

„Korszerű ismeretek a sebkezelés, inkontinencia, infekciókontroll, sztómatrápia, sztómateápia, korszerű műtéti termékek és a diagnosztika területén szakdolgozók részére”



című

Szakmai Napját.

JELENTKEZÉS:

[MESZK.HU/TOVABBKEPZESEK/SZABADON VÁLASZTHATÓ](https://meszk.hu/tovabbkepzesek/szabardon-valaszthato)

JELENTKEZÉSI HATÁRIDŐ: 2019. március 25.

Időpont: 2019. március 28 – 29.

**Helyszín: Lurdy Ház I. emelet 5-ös és 9-es 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.

Célcsoportok:

felnőtt ápolás és gondozás, gyermek ápolás és gondozás, sürgősségi ellátás, laboratóriumi diagnosztika, képi diagnosztika, általános és elektrofiziológiai asszisztencia, gyógyszerterápi ellátás, mozgásterápia és fizioterápia, műtéti ellátás, rehabilitációs és életvezetést támogató, közegészségügy és népegészségügy, diétetika, egészségügyi menedzsment

További infó:

+36 1 323 20 70, meszk@meszk.hu

NŐVÉR

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

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

Nővér, 2019;32(1):1-44.

TARTALOMJEGYZÉK

ÁPOLÁSTÖRTÉNET

Akikre büszkék lehetünk! Durgó Katalin, a Henry Dunant emlékéremmel kitüntetett magyar ápoló életútja 3
Boros Károlyné, Dr. Fedineczné Vittay Katalin, Perkó Magdolna, Sövényi Ferencné

EREDETI KÖZLEMÉNY

Fókuszban az életminőség a rekonstrukciós érsebészetben 11
Agócs Gábor, Dr. Váradyné Horváth Ágnes, Szebeni-Kovács Gyula, Rozmann Nóra, Dr. Pakai Annamária PhD, Habil

Ki segít a segítőknek? – Demens betegeket gondozó ápolók pszichoszociális jellemzői 18
Staller Judit, Dr. Kovács Zsuzsanna, Dr. Pálvölgyi Miklós

A roma kisebbség társadalmi befogadásának kérdése a Cseh Köztársaságban a kulturális és adaptációs modell szempontjából 25
Kristýna Toumová, Valérie Tóthová, Věra Olišarová

ÁPOLÁSVÉZETÉS

A hatékony dolgozói teljesítményértékelési rendszerek 30
Sárga Norbert Zétény

AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

Egy kevésbé ismert probléma: az Inkontinencia Asszociált Dermatitis 37
Kószó Lilla, Nagy Erika, Papp Anita Tímea

KÉPZÉS, TOVÁBBKÉPZÉS

Nővér folyóirathoz benyújtott közlemények – a lektor szemszögéből 42
Dr. Németh Anikó PhD, Dr. Hirdi Henriett Éva PhD

CONTENTS

HISTORY OF NURSING

Faces from the Hungarian Nursing Hall of Fame: the exemplary career of Katalin Durgó recipient of the Henry Dunant Medal 3
Károlyné Boros, Dr. Katalin Fedineczné Vittay, Magdolna Perkó, Ferencné Sövényi

ORIGINAL CONTRIBUTION

Focus on quality of life: Reconstruction in Vascular Surgery 11
Gábor Agócs, Dr. Ágnes Váradyné Horváth, Gyula Szebeni-Kovács, Nóra Rozmann, Dr. Annamária Pakai PhD, Habil

Who helps the caregivers? – Psychosocial characteristics of nurses in dementia care 18
Judit Staller, Zsuzsanna Kovács PhD, Miklós Pálvölgyi PhD

The issue of social inclusion of the Roma minority in the Czech Republic from the viewpoint of the Model of the culturally-minded and adapted care 25
Kristýna Toumová, Valérie Tóthová, Věra Olišarová

NURSING MANAGEMENT

Efficient employee performance appraisal systems 30
Norbert Zétény SÁRGA

NURSING IN PRACTICE

A less known problem: Incontinence-Associated Dermatitis 37
Lilla Kószó, Erika Nagy, Anita Tímea Papp

NURSING EDUCATION

Submitted Manuscripts to Nővér – from the view of the Reviewer 42
Anikó Németh PhD, Henriett Éva Hirdi PhD

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja és a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskolája elismeri és beszámítja, az 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 1998

LifeTime Media Kft. egészségügyi divíziója

Nyomdai munka: Vargé 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)

Dr. Rajki Veronika (PhD)

Szobota Livia

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. PhDr. Valérie Tóthova (PhD)

Dr. Velkey György

NŐVÉR**AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.

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

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

**Lapunkat rendszeresen
szemléli a megújult**



www.observer.hu

ÁPOLÁSTÖRTÉNET

Akikre büszkék lehetünk! Durgó Katalin, a Henry Dunant emlékéremmel kitüntetett magyar ápoló életútja

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

ÖSSZEFOGLALÁS

Szerzők a magyar ápolástörténet kiemelkedő alakjait bemutató sorozatuk e részében Durgó Katalin önkéntes vöröskeresztes ápoló és szülésznő életét mutatják be, aki 83 éves korában megkapta a nemzetközi vöröskeresztes mozgalom legmagasabb kitüntetését, a Vöröskereszt alapítójáról elnevezett Henry Dunant emlékérmét a Vöröskereszt emberbaráti célkitűzéseinek egész életén át tartó szolgálataért. Ő volt a világon az ötödik, hazánkban az első kitüntetett, és a második olyan személy, aki még életében megkapta az emlékérmét. Durgó Katalin az I. világháború frontjain végzett áldozatos és félelmet nem ismerő munkáját követően falusi bábaként tette a dolgát, közel ezer gyermeket segített a világra élete során. Lelkiismeretes pontossággal, fáradtságot nem ismerő szorgalommal, elhivatottsággal és a legalaposabb szaktudással végezte munkáját, életútja és szakmai pályafutása példaként állhat a ma ápolónemzedéke előtt.

Faces from the Hungarian Nursing Hall of Fame: the exemplary career of Katalin Durgó recipient of the Henry Dunant Medal

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

SUMMARY

In this part of their series on outstanding figures in Hungary's nursing history authors present the life of Ms. Katalin Durgó, a Red Cross volunteer nurse-midwife, whose lifelong services to promote the humanitarian cause of the Red Cross were acknowledged by awarding to her, at the age of 83 years, the Henry Dunant Medal, the highest award of the Red Cross Movement. Ms. Durgó was the 5th awardee globally, the first ever Hungarian recipient and the second person to have been decorated in their lifetimes. Following her self-sacrificing and fearless work in the war theatres of WWI, Ms. Durgó worked as a local midwife in rural Hungary delivering one thousand babies as testified by her Midwife's birth logbook. She carried out her work with a strong sense of conscientiousness, punctuality, untiring diligence, devotion and solid professional knowledge and skills; her personal and professional lives are shining examples for today's nursing generation.

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

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

Beérkezett: 2019. január 16.
Elfogadva: 2019. január 19.

*„Amióta az eszemet tudom arra törekedtem,
hogy hasznosan éljek.”*

(„Durgó Katalin”, 1972)

Durgó Katalin életútja

Ebben az írásban a 130 évvel ezelőtt született **Durgó Katalin** önkéntes vöröskeresztes ápoló és szülésznő életét elevenítjük fel (**1. kép**).

Nagykanizsa palini városrészében élt két leánytestvér, **Durgó Ilona** (1886–1970) és **Durgó Katalin** (1889–1981), akiknek ápolói elhivatottsága, ember-szeretete, közösségi tevékenysége példaként állítható a ma ápolónemzedéke számára is. Mindketten végig

ott voltak az első világháborúban, az első frontvonalban, a hevenyészett kórházbarakkokban, lövészárkokban műtős vagy elsősegélyt nyújtó ápolónőként. A Durgó testvérek a rászoruló emberek megsegítésére tették fel életüket.

A szerény testvérpár önfeláldozó munkájáért és bátor helytállásáért számos hazai és külföldi magas rangú kitüntetésben részesült. Ilona 1920-ban első magyarként vehette át a Florence Nightingale emlékérmét a Vöröskereszt Nemzetközi Bizottságától. Az ő történetét az ápolástörténeti rovatban közölt „Akikre büszkék lehetünk” sorozatunk egy korábbi részében „A Florence Nightingale emlékéremmel kitüntetett magyar ápolók életútja” címmel már megírtuk (Sövényiné et al., 2018). **Katalin pedig**

1. kép: Durgó Katalin 1889-1981 (Forrás: a család fényképgyűjteményéből bocsátotta rendelkezésünkre a nagykanizsai Thúry György Múzeum.)



1972-ben, 83 éves korában kapta meg első magyarként a nemzetközi vöröskeresztes mozgalom legmagasabb kitüntetését, a Vöröskereszt alapítójáról elnevezett Henry Dunant emlékérmét. Ő volt az ötödik kitüntetett a világon, és a második olyan sze-

2. kép: Marcel Naville, a Vöröskereszt Nemzetközi Bizottságának elnöke átadja az érmet (Forrás: Hantos, 1981)



mély, aki még életében megkapta az emlékérmét. Durgó Katalin, a nyugdíjas szülésznő, aki több mint ötven éve volt tagja a Magyar Vöröskeresztnek, személyesen a Vöröskereszt Nemzetközi Bizottságának elnökétől vehette át a kitüntetést (**2. kép**).

Nyolc évtized élettörténete

A kitüntetése előtt szinte teljesen ismeretlen, csak hivatásának élő Durgó Katalin élettörténetét a kitüntetés kapcsán megjelent újságcikkek, interjúk alapján ismerhetjük meg. Az elkötelezett életutat a Népszava és a Családi lap 1972-ben közölt cikkei alapján vázoljuk fel („Durgó Katalin”, 1972; „Henri Dunant emlékérmét kapott egy magyar szülésznő”, 1972).

Durgó Katalin egy kis zalai faluban született, édesanyja 6 gyermekkel maradt özvegyen. Testvérével, Ilonával apáca akart lenni, de anyagiak híján erre nem volt lehetősége. Amikor 1911-ben a Vöröskereszt önkéntes ápolónő iskolára keresett jelentkezőket, mindketten jelentkeztek. Felvették őket, s Katalin ettől kezdve elkötelezettje volt hivatásának (**3. kép**). Soha nem ment férjhez, mert ez a fogadalom akkor feltétele volt a vöröskeresztes ápolónők képzésének. Budapesten, a mai Sportkórház területén folyt a képzés. Hamarosan azonban kitört az első világháború, a gyakorlati vizsgát már a szerb fronton tette le.

3. kép: Durgó Katalin Nemzetközi Vöröskeresztes igazolványában található fotója



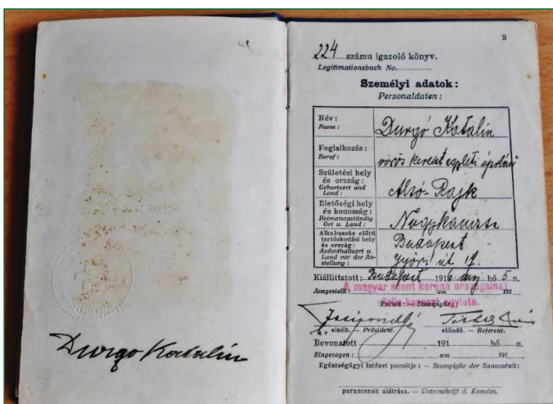
4 és 5. kép: Durgó Katalin a képek jobb oldalán lévő ápolónő (Forrás: A fényképeket Horváth György bocsátotta rendelkezésünkre. Fotóreprodukció: Boros Károlyné)



Dolgozott a szabadkai katonai kórházban, majd egy katonai kórházzal Törökországba, Konsztantinápolyba vezényelték. Itt egy volt gyárépületben működő hadikórházban török, német, szerb, magyar és arab sebesülteket ápoltak. Mai szóval holisztikus ápolásnak nevezhetnénk azt, hogy a sebesültek lelkével is foglalkoztak, vidám énekszámokkal, versekkel igyekeztek jókedvre deríteni a front borzalmait átélt és ott megsebesült katonákat. A sebesült katonának nagyon megszerették őt, és hálával köszönték meg a megkülönböztetett gondoskodást és lelkiismeretes ápolást, amellyel ellátta őket. Erre példaként — érdekességként — idézünk egy török tiszt, Sükrü effendi leveléből, amelyet felgyógyulása után szótár segítségével írt Durgó Katalin vöröskeresztes ápolónőnek: „Kedves Nene! Legjobb barátom. Kezét fogom csokolni. Jonapot, hogy eli világot?...”

Törökországból Szegedre került, majd az olasz frontra vezényelték kórházával. Ápolta a piavei nagy ütközet sebesültjeit. Éjjel is műtötték a súlyos sérülteket, és Durgó Katalin mindig talpon volt, ha hivatása szólította. Olaszországból – ahol a háború után a spanyolnáthában megbetegedetteket ápolta – gyalog jutott el az osztrák határig. Ápolói munkája

6. kép: Durgó Katalin ápolónői igazoló könyve (Forrás: A fényképeket Horváth György bocsátotta rendelkezésünkre. Fotó: Boros Károlyné)



mellett oktatta is az embereket elsősegélynyújtásra, hogy adott esetben ők is segíteni tudjanak.

Durgó Katalin és testvére Ilona, a világháború borzalmait átélt önkéntes vöröskeresztes ápolónők szerencsésen hazatértek. A háború után mindketten a **Gyermekvédő Ligában** tevékenykedtek, és e tevékenységük részeként 1919 nyarán budapesti gyermekeket vittek Hollandiába és Svájcba üdülésre. Erről később — a kitüntetése alkalmából — a vele készített egyik interjúban így vallott:

„A proletárdiktatúra alatt szegény gyerekeket kísérem hollandiai üdülésre. Azt kérde, miért tettem mindent? Amióta az eszemet tudom, arra törekedtem, hogy hasznosan éljek.” Mindezekről tanúskodik az alábbi kép, amelyen kézzel írt szöveg olvasható: „A Tanácsköztársaság idején proletár gyerekeket visznek Hollandiába üdülni, az első sorban a második Ilonka néni, a harmadik testvére, Katalin. József Attila költőnk Ilonka néni csoportjában volt.” (7. kép).

7. kép: Gyerekek üdültetése (Forrás: A fényképet Horváth György bocsátotta rendelkezésünkre. Fotó: Boros Károlyné)



Ezt követően magánkórházakban dolgozott, majd 1925-ben beiratkozott a szülésznőképzőbe (8. kép). Ezt két év alatt kitüntetéssel végezte el (9. kép). Oklevele megszerzése után visszament Zalába. Az addig mindig önkéntesként, soha nem pénzért dolgozó Durgó Katalinnak öreg szüleit is segítő

8. kép: A szolnoki magyar királyi Bábaképző Intézet 1925-1926 évben végzett növendékei és tanárai (Forrás: A dokumentumot Horváth György bocsátotta rendelkezésünkre. Fotó: Boros Károlyné)



9. kép: Durgó Katalin születésnői oklevele (Forrás: A dokumentumot Horváth György bocsátotta rendelkezésünkre. Fotó: Boros Károlyné)



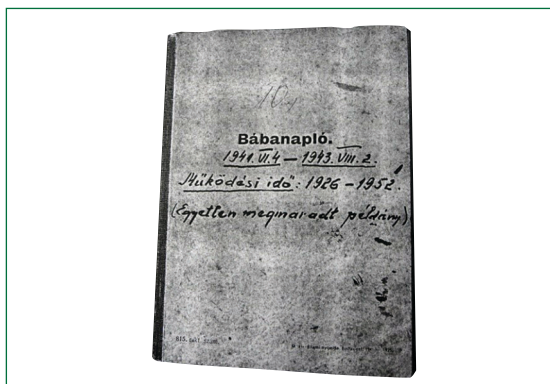
kenyérkereső tevékenységbe kellett fognia. Nagykánizsa környékén tevékenykedett körzeti szülésznőként, bábaként. Egy rozzant kerékpáron, de nem ritkán gyalog sietett a vajúdo asszonyokhoz, és gondozta huszonöt évig, nyugdíjazásáig, a falvak lakóit, uradalmi cselédeit. Kötelességét nagy hivatástudattal teljesítette. Fennmaradt naplója bizonyítja: ezer gyermeket segített a világra (10. kép).

A kitüntetés

A Magyar Vöröskereszt 1971. november 23-án kelt levelében értesítette Durgó Katalint arról, hogy a Magyar Vöröskereszt felterjesztésére a Vöröskereszt Állandó bizottsága a Henry Dunant érdeméremmel tünteti ki őt.

„A Vöröskereszt legnemesebb emberbaráti célkitűzése szolgálatának szentelte egész életét, s elhivatottságáért a Nemzetközi Vöröskereszt Állandó Bizottsága, a XXXI. Kormányzótanácsi ülés során (1971. október Mexico-City) a Magyar Vöröskereszt előterjesztésére a nemzet-

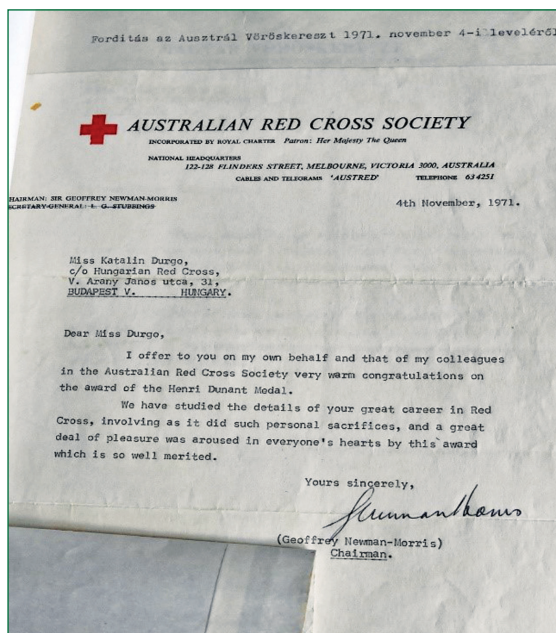
10. kép: Durgó Katalin bábnaplója (Forrás: A dokumentumot Horváth György bocsátotta rendelkezésünkre. Fotó: Boros Károlyné)



közi vöröskeresztes mozgalom legmagasabb kitüntetését, a vöröskereszt alapítójáról elnevezett Henry Dunant emlékérmét adományozta Durgó Katalinnak.” (Bokor, 1971).

Levelükhöz mellékeltek az Ausztrál Vöröskereszt tisztelgő levelét. Talán kevesen tudjuk, hogy a Nemzetközi Vöröskereszt a Henry Dunant emlékérmét az Ausztrál Vöröskereszt javaslatára alapította, így nem véletlen, hogy az első gratuláló levél is onnan érkezett. A levélben az Ausztrál Vöröskereszt elnöke gratulál a megérdemelt kitüntetéshez, amelynek híre örömmel töltötte el az ő és munkatársai szívét, és hangsúlyozza, hogy Durgó Katalin Vöröskeresztben befutott csodálatos életpályája nem kevés személyes áldozattal is járt (11. kép).

11. kép: Az Ausztrál Vöröskereszt levele (Forrás: A dokumentumot Horváth György bocsátotta rendelkezésünkre. Fotó: Boros Károlyné)



12. kép: A kitüntetés átadása (MTI fotó - Molnár Edit – felvétel K.S.)

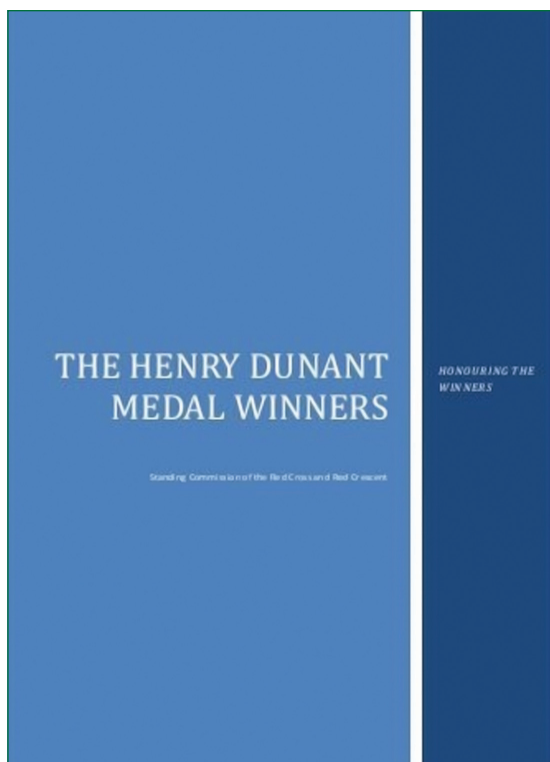


A kitüntetést 1972. június 28-án délelőtt 11 órakor a Vöröskereszt Központban, a Kistanácsteremben rendezett ünnepségen személyesen **Marcel Naville**, a Vöröskereszt Nemzetközi Bizottságának elnöke adta át. Amint megkapta a kitüntetést, az addig az ismeretlenség homályában élő Kató néni azonnal a sajtó érdeklődésének középpontjába került. Az átadásról készült fotó az országos és vidéki lapok többségében megjelent és országosan is „ismertté” tette Durgó Katalint (12. kép).

Durgó Katalin nevét, tetteit a Nemzetközi Vöröskereszt dokumentumai örökre megőrzik (13. kép).

A Henry Dunant érdeméremmel kitüntetettek életútját bemutató almanachban **Durgó Katalin** neve alatt a következőket olvashatjuk: „A magyar Durgó Katalin számos évig vett részt a Vöröskereszt mozgalomban, önkéntesként a Magyar Vöröskeresztben tevékenykedett szakképzett ápolónőként egészen nyugdíjba vonulásáig. Az I. Világháború alatt katonai

13. kép: Biographies of the Red Cross and Red Crescent Henry Dunant Medal Winners (Forrás: <https://www.yumpu.com/en/document/view/55584531/the-henry-dunant-medal-winners/7>)



kórházban dolgozott ápolónőként Szabadkán, Konstantinápolyban és Szegeden. Ezen idő alatt élete kockáztatásával mentett másokat, műtéteket végezve éjszaka és bombázások közepette. A háború után gyalog tért vissza Magyarországra Olaszországból (ahol a spanyolnáthában megbetegedetteket ápolta). A két világháború között minden erejével a Magyar Vöröskeresztért dolgozott, különösen az elsősegély oktatása terén. Műtősnői oklevele volt. Alsórajkon született 1889. április 27-én. A Henry Dunant érmet a humanitárius tevékenység elősegítésében való közreműködése és az Alapelvek és eszmények képviselése terén kifejtett munkássága elismerésképpen kapta meg.” (Ford.: Dr. Fedineczné Vittay Katalin)

A Henry Dunant emlékérem

A kis törekeny Kató néni mellkasára tűzött egyedülálló, felbecsülhetetlen eszmei értékkel bíró érdemrendet 2017 ősze óta a nagykanizsai Thúry György Múzeum őrzi. Az érem így írható le, Horváth Franciska, történész-muzeológus, Thúry György Múzeum, Nagykanizsa szóbeli közlése alapján: „A vörös színű, zománcozott görögkereszt középpontjában egy kör alakú bronzmedál látható Henry Dunant bal profiljával, körben »HENRY DUNANT, 1828–1910« felirattal. A kitüntetés hátoldalán tulajdonosának neve »MADE-

MOISELLE KATALIN DURGO, 1972« olvasható. *A kereszt felső részéhez egy kis rézgyűrűvel kapcsolódik a zöld és piros színű ripsz szalagja, tetején egy rézből készült biztosítótűvel*” (14. kép).

14. kép: A Henry Dunant emlékérem (Forrás: Thúry György Múzeum Nagykanizsa. Fotó: Boros Károlyné)



Az érdeméremből mindössze kettő van Magyarországon, de csak Durgó Katalin kitüntetése látható a nagyközönség számára is a múzeumban. A kitüntetett családjának jóvoltából került a kuriózumnak számító díj a múzeumba, sok más tárgyi emlékekkel, így például vöröskeresztes jelvényekkel, hivatalos iratokkal és azzal a százéves utazóládával együtt, amellyel Katalin és nővére, Ilona bejárta Európát az első világháború alatt (15. kép).

15. kép: „Ha ez a láda mesélni tudna!” A Durgó testvérek utazó ládája: 100X60X60 cm. (Forrás: Thúry György Múzeum Nagykanizsa. Fotó: Boros Károlyné)



Ki is volt tehát Durgó Katalin és milyen örökséget hagyott ránk?

Egy rövid mondattal kifejezve „ő a XX. század tanúinak egyike”, aki mások segítésére tette fel életét. De nemcsak szemlélődő, hanem aktív szereplő is volt. A fellelhető dokumentumokból kirajzolódnak azok a tulajdonságok, amelyek egy kivételes szakmai életút bejárásához, az ápolói hivatás magas szintű műveléséhez szükségesek. Arra a kérdésre, hogy volt-e benne félelem a háborúban, a fronton, így válaszolt: „*Sosem féltem. Amikor kiképeztek, valahogy belém vésődött, hogy segíteni kell, hogy amit teszek, az egészen természetes. Egy valamit azonban most nagyon határozottan érzek. Nem éltem hiába...*” (Zalai Hírlap, 1971.12.02)

A Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinikájának igazgatója 1922-ben legteljesebb elismerését fejezi ki a műtőterembeli teendők „*lekiismeretes pontossággal, fáradságot nem ismerő szorgalommal és a legalaposabb szaktudással*” történő elvégzéséért.

A múltban kutatva találunk olyan dokumentumot is 1933-ból, amelyben Durgó Katalin szakmai élete már közkinccsé vált, de közel négy évtizeden át, az 1972-es kitüntetéséig csendben a „Zala-vármegye Ismertető” 354. oldalán lapult (16. kép) (Bodri et al., 1933).

16. kép: Durgó Katalin (Forrás: Bodri et al., 1933)

DURGÓ KATALIN okl. szülésznő. * 1889. Alsórajk. Iskolai tanulmányait Alsórajkon és Szabadkán végezte, majd Szolnokon vöröskeresztes ápolónői oklevelet nyert 1911-ben. Ettől kezdve 1917-ig különféle kórházaknál működött mint vöröskeresztes ápolónő. 1917–1918-ig az olasz fronton hasonló beosztása volt. 1918–1923-ig szanatóriumokban, majd a szegedi klinikán volt alkalmazva. 1926-ban szülésznői oklevelet nyert és 1927 óta működik a községben. Kitüntetései: Magyar Vöröskereszt Egylet bronz érme és díszoklevele, porosz bronz érem, vitézségi szallagon, török vasfélhold és díszoklevél, Károly kereszt a koronával. A szülésznők egyesületének tagja.

Mind a kitüntetés alkalmából adott nyilatkozataiból, mind a kitüntetést megköszönő leveleiből szakmai szerénység, alázat tükröződik vissza. Saját szavait idézzük: „...A Henry Dunant kitüntetést rendkívüli dolgokért szokták adni... Úgy érzem, nem tettem semmi rendkívülit. Alighogy elvégeztem az ápolóképző iskolát, kitért a világháború. Önkéntes ápolónőnek jelentkeztem a Nemzetközi Vöröskereszt hívására. Itthon, majd Törökországban, Németországban, Olaszországban teljesítettem szolgálatot, rendszerint a harcvoal közelében.” (Zalai Hírlap, 1971.12.02).

A kitüntetése odaítélése alkalmából megfogalmazott méltató sorok a Magyar Vöröskereszt archívumában olvashatóak. Dr. Bokor László méltatásából idézünk: *„A spanyol járvány idején végezte, sokszor élete kockázatásával emberbaráti misszióját. Önfeláldozó munkájáért számos kitüntetésben részesült. 1916-ban Magyar Vöröskereszt Bronz érem, 1917-ben Törökországban Vasfélhold, 1919-ben a Német Vöröskereszt kitüntetését, s azóta is több oklevelet kapott.”* (Bokor, 1971).

A ma és a jövő ápolónemzedékei számára is tanulságosak Durgó Katalin szavai, amelyekkel a kitüntetés hírére reagált. Nem túlzás azt állítani, hogy szakmai hitvallását fogalmazta meg a kitüntetés elfogadó levelében. Álljanak itt az ő gondolatai: *„Még most sem tudok felocsúdni a meglepődöttségből, amit az Önök által közölt hír váltott ki belőlem. Úgy érzem, meg nem érdemelt kitüntetés ez az én számomra. Hiszen hányan és hányan jártuk és járják most is az emberbaráti cselekvő szeretet rögös életútját. Munkámat egész életemben valóban önzetlenül, eskümböz híven végeztem. A legszébb értéket kaptam mindig a munkámért: a bajbajutott, rászoruló embertársaim őszinte szeretetét. Életem legnehezebb része a két világháború közötti időszak volt. Szüntelenül jártam a cigánykunyhóktól, a szegényszagú, zsúfolt, egysejtű cselédlakásokon keresztül a fényes kastélyokig. Valóban vállamon éreztem az emberek közti különbség nyomasztó terbét. A társadalmi bajok gyökerét az akkori korszellem erős gátjai miatt nem ismerhettem. Ilyen irányú képzésemmre nem is volt lehetőségem. Örülök, hogy megismerhettem azt is. Egyedüli fegyverem a tanult ápolónői szakmám, valamint az egymás iránti szeretet és béke olajága volt. Testvéremmel együtt még idős korunkban is éreztünk erőt ahhoz, hogy elhagyott, beteg öreget magunkhoz vegyünk és őt élete végéig gondozzuk, ápoljuk, mint családtagot. Életünknek ez adta meg az igazi értelmét, amire aztán végül Önök tették rá a koronát a felbecsülhetetlen kitüntetéssel. És most ezúton mondok köszönetet hálás szívvel és szeretettel valamennyi vöröskeresztes testvéremnek, akiknek köze volt ahhoz, hogy ebben a magas kitüntetésben részesülhettem.”* (Durgó, 1972).

Szerzetesnővér nem lehetett, lett tehát vöröskeresztes nővér, akit a felebaráti szeretet és az elesettek önzetlen segítése vezérelt egész élete során. Az egymás iránt érzett felelősség tudatával élt hivatása magaslatán, és talán ez segítette abban, hogy megvalósíthassa élete célját: **Kató** néni *„hasznosan élt”*. Nevét, tetteit a Nemzetközi Vöröskereszt dokumentumai örökre megőrzik, és mostantól a magyar ápolói társadalom is megismerkedhet a nyolc évtizedet felölelő kivételes és „hasznos” életpályával. A szakmai olvasók számára hozzáférhető megemlékezések mellett Durgó Katalin emlékét ma már a nagyközönség számára is őrzi nem csak a ház falát ékesítő emléktábla, hanem Nagykanizsa egyik utcája is (**17. kép**).

És végül egy nagy tanulság is leszűrhető: éltek és élnek még kis hazánkban olyan ápolók, akikre joggal büszkéek lehetnénk, ha ismernénk élettörténetüket, ha több figyelmet szentelnénk a közvetlen környe-

15. kép: Durgó Katalinról elnevezett utca Nagykanizsán (Fotó: Boros Károlyné, 2018)



zetünkben élőkre! Vajon kik és hányan tettek még sokat az ápolói hivatásért, a betegekért, a háborúkban és békeidőben, csendben téve a dolgukat. Miért felejtjük el őket? Miért nem ismertetjük meg életútjukat a mai kor emberével?

Kató néni története is feledésbe merült volna előttünk, ha e cikk társszerzője, Boros Károlyné Iлона nem kezd kutatni Nagykanizsán és környékén, és nem tartja fontosnak a Durgó testvérek történetét, tevékenységüket, emberi hozzáállásukat megörökíteni, az utókorunk is továbbadni. Kitartó kutató és szervező munkája eredményeként összefonódtak a történet szerteágazó szálai.

Boros Károlyné Durgó Katalin és Durgó Iлона életútját először Herczegné Horváth Ilonának az elbeszéléséből ismerte meg részletesebben, aki a Durgó lányok unokahúgának, özvegy Horváth Sándornének a leánya. A testvérek életének részletes feltérképezéséhez segítséget kapott **Horváth Györgytől** (özv. Horváth Sándorné fia) és a **Thúry György Múzeumtól**, ahol betekinthezett a korabeli dokumentumokba. Horváth Sándornét a Durgó lányok nevelték fel, és az ő haláluk után nagy odaadással ápolta emléküket. Erről így vallott: *„...Ehhez igénybe vettem a Magyar és a Nemzetközi Vöröskereszt segítségét, és végül dokumentumokkal tudtam igazolni, hogy a születő vöröskeresztes mozgalomnak elkötelezett munkásai voltak. Örülök, hogy az önkormányzat nemcsak tartotta a szándékot, és ez év [2001] március 15-én sor is került néném tiszteletére egy emléktábla avatására.”* (Büki, 2001).

Sajnos ezt az emléktáblát sem kímélte az idő vasfoga, ezért Boros Károlyné levélben fordult Nagykanizsa Megyei Jogú Város polgármesteréhez engedélyt kérve az emléktábla felújításához. **Dénes**

Sándor polgármester üdvözölte a kezdeményezést, mert „*kíváltképp aktuálisnak érezzük az I. világháború sebesültjeiért végzett önkéntes, odaadó, áldozatos tevékenységre való emlékezést a világháború 100. évfordulója kapcsán is...*”, és az emléktábla felújítását engedélyezte és támogatta. **Kuzma Róbert** kőfaragónak köszönhetően **2018. április 18-án elkészült az emléktábla felújítása (18. kép).**

18. kép: A felújított emléktábla a Durgó ház falán (Fotó: Boros Károlyné, 2018)



Boros Károlyné tervei között szerepel a Durgó testvérek lakóházának, az egykori „Segélynyújtó helynek” ápolástörténeti helyé történő átalakítása (**19. kép**). Sajnos a tulajdonviszonyok miatt az elgondolás megvalósítása ma még akadályokba ütközik.

19. kép: A Durgó ház Palinban, rajta az emléktáblával (Fotó: Boros Károlyné, 2018)



Nagyon fontos lenne ápolástörténeti helyek kialakítása azokon a településeken, ahol ápolóképzés is folyik, hogy az ifjú nemzedék is megismerhesse a magyar és a helyi ápolástörténet kiemelkedő személyiségeinek életútját. A hivatásunk történetének megőrzése, továbbadása a következő nemzedéknek erkölcsi kötelességünk, a múlt ápolóinak tevékenysége, példaértékű személyes élete iránytű lehet számukra.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönettel tartoznak a még élő családtagoknak, **Száraz Csillának, a nagykanizsai Thúry György Múzeum igazgatójának** a fényképek, dokumentumok és információk rendelkezésre bocsátásáért, amelyek nélkül e cikk nem jöhetett volna létre; köszönet illeti **Dénes Sándort, Nagykanizsa Megyei Jogú Város polgármesterét; Kuzma Róbert kőfaragót és a Durgó házban bérlőként lakó ápolónő kollégát**, aki szeretettel gondozza a kis házat.

Külön hálával kell megemlékeznünk **özv. Horváth Sándornéről** (aki sajnos már nem lehet közöttünk) a dokumentumok összegyűjtéséért, megőrzéséért, a Durgó testvérek emlékének ápolásáért, kezdeményező közbenjárásáért az emléktábla állíttatása ügyében.

Irodalomjegyzék

- Büki E. (2001). Horváth Sándorné - Akinek a sors három anyát is adott. *Dél-Zalai Hetilap*, 2001. május 3. p.15.
- Bodri L., Madarász Gy., Zsadányi O. (1933). *Zalavármegye ismertetője. Személyi adattár. p. 354. Hozzáférhető: https://library.hungaricana.hu/hu/view/MEGY_ZALA_GZ_Sk_1935_Zala_vmlsmertetoje/?pg=353&layout=s&query=durg%C3%B3*
- Bokor L. (1971). Magyar Népköztársaság Nagykövetség Sajtóiroda, Bécs közleménye Durgó Katalinról, Magyar Vöröskereszt Külügyi Osztálya, 1971.11.25.
- Durgó K. (1972). Köszönőlevél a Magyar Vöröskereszt főtítkárnak. Thúry György Múzeum Nagykanizsa
- Durgó Katalin. (1972. 06. 29). *Népszava*, Szövegben hivatkozásként: („Durgó Katalin”, 1972)
- Hantos J. (1981). *Magyar Vöröskereszt 100 éve, Emberiség háborúban és békében*. Budapest: Akademia Kiadó.
- Henri Dunant emlékérmét kapott egy magyar születésű. (1972.06.29). *Magyar Nemzet*, Szövegben hivatkozásként: („Henri Dunant emlékérmét kapott egy magyar születésű”, 1972)
- Sövényi Fné., Perkó M., Fedineczné V.K., Boros Kné. (2018). Akikre büszkék lehetünk! A Florence Nightingale emlékéremmel kitüntetett magyar ápolók életútja. *Nővér* 31(4), 3-8.
- Zalai Hírlap*, 1971.12.02.

EREDETI KÖZLEMÉNY, TOVÁBBKÉPZÉS

Fókuszban az életminőség a rekonstrukciós érsebészetben

AGÓCS Gábor, DR. VÁRADYNÉ HORVÁTH Ágnes, SZEBENI-KOVÁCS Gyula, ROZMANN Nóra, DR. PAKAI Annamária PhD, habil

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: felmérni az alsóvégtagi rekonstrukciós érműtéten átesett betegek életminőségét. *Anyag és módszer:* A VascuQol kérdőíves felmérést a PTE KK Érsebészeti Klinikán végeztük a műtéti beavatkozás előtti napon és a műtétet követően 3-6 héttel (N=54). A statisztikai elemzést Microsoft Office Excel 2013 program segítségével végeztük.

Eredmények: A beavatkozást követően a vizsgált betegek életminősége jelentősen javult, mely az invazív terápiák hatékonyságát hangsúlyozza. Műtétet követően a fájdalomértékek csökkenésével javult a betegek járási képessége, általános fizikai terhelhetősége és a mindennapi házimunka elvégzéséhez szükséges erőnléte, valamint javult a betegek szociális élete, nőtt a barátokkal, családdal és az egyéb közösségekben töltött idő. A gyengeség- és fáradtságérzet enyhülésével csökkent a betegek fizikai aktivitásának és sportolási lehetőségeinek korlátozottsága.

Következtetések: A VascuQol-25 kérdőív érzékeny életminőség vizsgálati módszer, terjedelme miatt a klinikai vizsgálatok során nehezen alkalmazható. Egy társbetegségekre és műtéti típusokra is kiterjedő, rövidített kérdőív hatékonyabb mérési eszköz lehet a gyakorlatban.

Kulcsszavak: életminőség, érsebészet, rekonstrukció, VascuQol

Focus on quality of life: Reconstruction in Vascular Surgery

Gábor AGÓCS, DR. Ágnes VÁRADYNÉ HORVÁTH, Gyula SZEBENI-KOVÁCS, Nóra ROZMANN, DR. Annamária PAKAI PhD, habil

SUMMARY

The aims of the study: The aim of our research was to gain deeper insight into the quality of life of patients after reconstructive vascular surgery of the lower limb.

Material and method: The VascuQol questionnaire survey was performed at the PTE KK Vascular Surgery Clinic on the day before the surgery and 3-6 weeks after surgery (N=54). Statistical analysis was carried out with Microsoft Office Excel 2013.

Results: In summary it can be stated that following surgical intervention the quality of life of patients significantly improved, this finding emphasises the importance of invasive therapy. As the extent of pain decreased after surgery, patients' ability to walk started to improve, as well as their overall physical state and ability to carry out certain household activities. There was also an improvement in their social life, more time was spent with family and friends.

Conclusions: Although the VascuQol-25 questionnaire is a sensitive device to measure quality of life, it is difficult to apply in clinical practice because of its length.

Keywords: quality of life, vascular surgery, reconstruction, vascuqol

AGÓCS Gábor ápoló BSc hallgató, PTE Egészségtudományi Kar, Pécsi Képzési Központ, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet

DR. VÁRADYNÉ HORVÁTH Ágnes címzetes egyetemi docens, PTE Egészségtudományi Kar, Pécsi Képzési Központ, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet

SZEBENI-KOVÁCS Gyula szakoktató, PTE Egészségtudományi Kar, Pécsi Képzési Központ, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet

ROZMANN Nóra szakoktató, PTE Egészségtudományi Kar, Pécsi Képzési Központ, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet

DR. PAKAI Annamária PhD, habil egyetemi docens, tanszékvezető, képzési igazgató, PTE ETk, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet, Védőnői és Prevenációs Tanszék

Levelező szerző

(correspondent):

DR. PAKAI Annamária; E-mail: annamaria.pakai@etk.pte.hu

Beérkezett: 2018. december 3.
Elfogadva: 2019. január 31.

Bevezetés

A perifériás érbetegség az atherosclerosis következtében kialakuló állapot. Az artériákban jelentkező érszűkület csökkenti a végtagok, főként az alsó végtag vérellátását, ezáltal a szövetek oxigénellátását, melynek jellegzetes tünete a claudicatio intermittens. Ez egy terhelésre jelentkező tünet, mely a betegség előrehaladtával a járástávolság csökkenését okozza.

Magyarországon az összes halálozás több mint felét a szív- és érrendszeri megbetegedések teszik ki (Tulassay, 2011). A diagnosztizált perifériás érbetegségek 5 éves mortalitása 30% fölött van, évente több, mint 6500 eset végződik végtagi amputációval, valamint a szív- és agyi infarktus kockázatát is növeli (Till, 2010).

A betegség megelőzésében, illetve konzervatív kezelésében kiemelt jelentőséggel bír a dohányzás

mellőzése, az egészséges táplálkozás és a rendszeres testmozgás. A kardiovaszkuláris kockázati faktorok (dohányzás, hipertónia, diabetes mellitus, elhízás, magas életkor) esetén nagyobb eséllyel jelenik meg claudicatio intermittens, valamint kritikus végtagi ischaemiához vezethet, ezáltal tovább rontva a beteg életminőségét (Eraso, 2014).

Előrehaladott állapotban különböző invazív megoldások jöhetnek szóba: intervenciók radiológiai beavatkozások (angioplasztika, stent implantáció), lokális fibrinolízis, érsebészeti rekonstrukció, illetve hyperemizáló eljárás (kémiai vagy sebészeti sympathectomia). A perifériás érbetegségek terápiáinak kimenetelére vonatkozó becslések nem biztosítanak elegendő információt a betegek állapotáról, emiatt javasolt a betegek saját beszámolóit alapján történő vizsgálat alkalmazása is, hogy pontosabb képet kapjunk a betegek életminőségének változásairól (Remes et al, 2010).

A beavatkozások szükségességét leginkább a járástávolság csökkenése és a fizikai fájdalom növekedése támasztja alá, azonban a kutatások alapján a különböző terápiás módszerek (vena saphena magna (VSM) bypass, angioplasztika, felügyelt mozgásterápia) eltérő hatékonysággal javítottak az állapotukon (Conijn et al, 2016).

Ezen alacsony fizikai értékek még hangsúlyosabban teszik a korlátozott életminőséget és az érintett kiszolgáltatottságát. A krónikus alsóvégtagi fájdalom jelentősen kihat a beteg személyiségére: beszűkíti a gondolkodást, otthoni és munkahelyi szerepteljesítése csökken, korlátozza a családdal és barátokkal töltött időt illetve szociális eseményeken való részvételt. A járástávolság csökkenése a beteg mindennapi életvitelét is negatívan befolyásolja. A rendszeres fáradékonyság limitálja a fizikai aktivitást, a sportolási lehetőségeket, a ház közüli tevékenységeket, az önellátás képességét. A kiszolgáltatottság érzése szorongást, frusztrációt és további lelki problémákat okozhat, és a betegség esetleges súlyosbodásával növekszik a végtag elvesztésétől való félelem.

Anyag és módszer

Jelenlegi kutatásunk célja felmérni, hogy a Vasculer Quality of Life (VasculQoL) kérdőív segítségével pontosabb képet kapjunk az alsóvégtagi rekonstrukciós érműtéten átesett betegek életminőségéről, illetve hogy összefüggést találjunk a betegek fájdalmának mértéke és a már számszerűsített életminőséget meghatározó tényezők között.

A kvantitatív, keresztmetszeti, követéses vizsgálat 2017 szeptembere és 2018 februárja között történt. A nem véletlenszerű, kényelmi mintavétel célcsoportjába a PTE KK Érsebészeti Klinikán alsóvég-

tagi rekonstrukciós műtéten átesett betegek kerültek. Az anonim kérdőíves felmérést a klinika osztályán és ambulanciáján végeztük. A preoperatív felmérést a műtéti beavatkozás előtti napon, a postoperatív felmérést a műtétet követően 3-6 héttel, a kontrollvizsgálat során végeztük. Összesen 54 beteg töltötte ki mindkét alkalommal a kérdőívet. A vizsgálat során VasculQoL kérdőívet (de Vries M et al, 2005; Frans et al, 2012), Numerikus Fájdalom Skálát, és egy saját szerkesztésű kérdőívet alkalmaztunk, mely a szociodemográfiai adatokra, valamint a betegség rizikófaktoraira fókuszált.

A VasculQoL kérdőív 25 kérdésből áll. A kérdések arra vonatkoznak, hogy milyen hatással volt a betegre az elmúlt két hétben lábainak keringési elégtelensége és ez hogyan befolyásolta az általa tapasztalt tüneteket, mindennapi tevékenységeit, szociális életét és az általános közérzetét. Minden kérdéshez 1-től 7 pontig terjedő válaszok tartoznak, melyek közül az 1-es érték a legrosszabb, a 7-es érték pedig a legjobb választ jelenti. Így a VasculQoL-skálán elérhető legalacsonyabb érték 25 pont, a legmagasabb érték pedig 175 pont. A kérdőív 25 kérdése 5 különböző fő tartományra (domain) osztható, melyek kategorikusan vizsgálják a beteg életminőségét.

A *Fájdalom-tartomány* az alábbi 4 kérdést tartalmazta: érzett-e a beteg fájdalmat járás közben, esti lefekvés után, az elmúlt két hétben és okozott-e ez kellemetlenséget. A *Tünetek-tartomány* szintén 4 kérdést fed le, melyek a beteg lábában tapasztalt hidegérzetre, zsibbadásra, a végtag fáradékonyságára és az esetlegesen megjelenő fekélyesedésre vonatkoznak. A *Tevékenységek-tartomány* 8 kérdésből tevődik össze, melyek azt mérik fel, mennyire korlátozott a betegek járási képessége, járással megtett távolsága, sportolási lehetőségei, lépcsőkön való közlekedése. Értékeli a betegek hétköznapi tevékenységekben való részvételét, a bevásárlás és a mindennapi házimunka elvégzésének képességét, valamint a betegek általános teherbírását. A *Szociális-tartomány* két olyan kérdésre fókuszál, melyek a beteg családjával vagy barátaival együtt töltött időt, illetve a közösségi programokon való részvételeit értékeli. Rámutat, hogy mennyiben korlátozza őket a lábukban tapasztalt keringési elégtelenség. A VasculQoL kérdőív ötödik kategóriája a betegek érzelmi állapotára vonatkozik. Az *Emocionális-tartomány* a betegek aggodalmait, frusztráltságát, lehangoltságát, valamint a kiszolgáltatottság miatti lelkiismeret-furdalását és a végtag elvesztésétől való félelmét értékeli 7 különböző kérdésben.

A statisztikai elemzést Microsoft Office Excel 2013 program segítségével végeztük, Windows 10 rendszer használatával. A leíró statisztika során

abszolút- és relatív gyakoriságot, átlagértéket, szórást, minimum- és maximum értékeket számoltunk. A vizsgált változók közti kapcsolat elemzéséhez egymintás és kétmintás t-próbát, valamint lineáris regressziót alkalmaztunk. Az eredményeket megbízhatósági tartománnyal prezentáltuk. A szignifikanciaszintet $p \leq 0,05$ értéknél állapítottuk meg (Pakai & Kivés 2013).

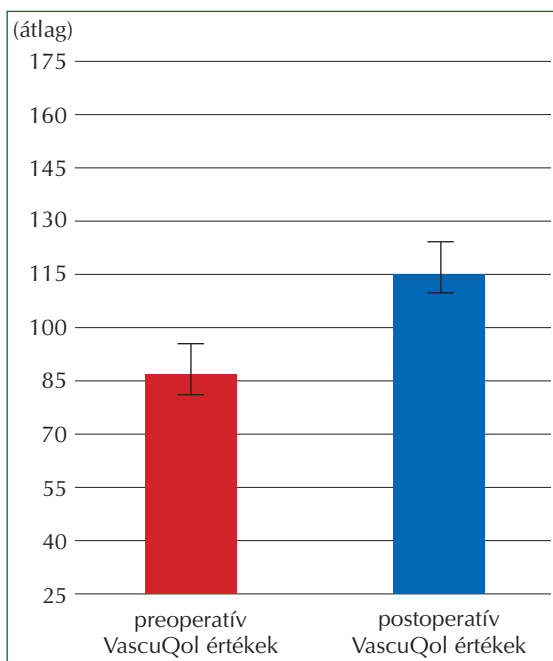
Eredmények

A vizsgált betegek 65%-a férfi (35 fő) és 35%-a nő (19 fő). Átlagéletkoruk $64,78 \pm 8,41$ év (min=41 év, max=84 év). A felmért betegek 41%-a (22 fő) dohányzott, 59%-a (32 fő) nem dohányzott, 31%-a (17 fő) diabetes mellitusban szenved.

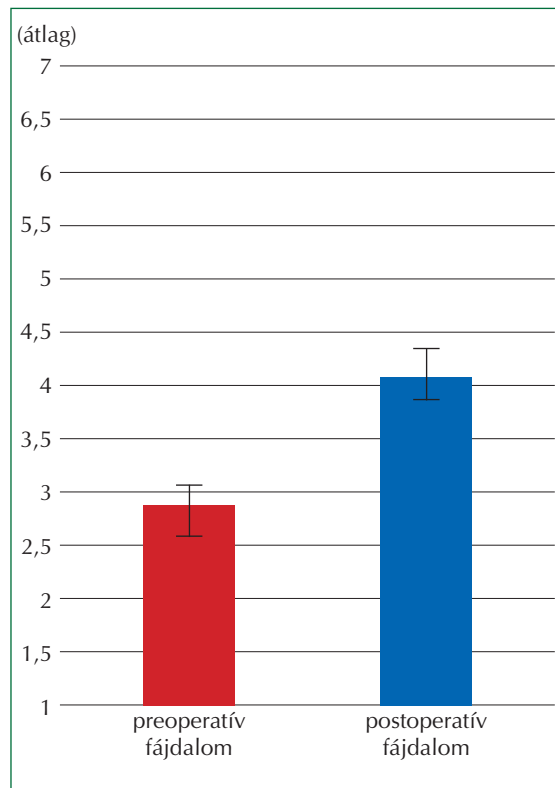
A betegek fájdalmának felméréséhez Numerikus Fájdalomfelmérő Skálát alkalmaztunk a kérdőívben. Az 1-es érték esetén nincs fájdalom, a 10-es érték esetén pedig elviselhetetlen fájdalmat jelölhettek meg a betegek. A preoperatív vizsgálatban a fájdalom átlagértéke $6,0 \pm 2,0$ pont volt, a postoperatív vizsgálat során $4,2 \pm 2,2$ pontra csökkent ($p < 0,001$).

A teljes mintát tekintve a VascuQoL kérdőív preoperatív átlagértéke $87,41 \pm 28,66$ pont, a postoperatív átlagértéke $114,80 \pm 36,33$ pont ($p < 0,001$) (1.ábra). A VascuQoL kérdőív 5 tartománya (fájdalom, tünetek, tevékenységek, szociális és emocionális) a műtét előtti és műtét utáni átlagértékekkel minden esetben szignifikáns különbséget eredményeztek ($p < 0,001$). A *Fájdalom-tartomány* vo-

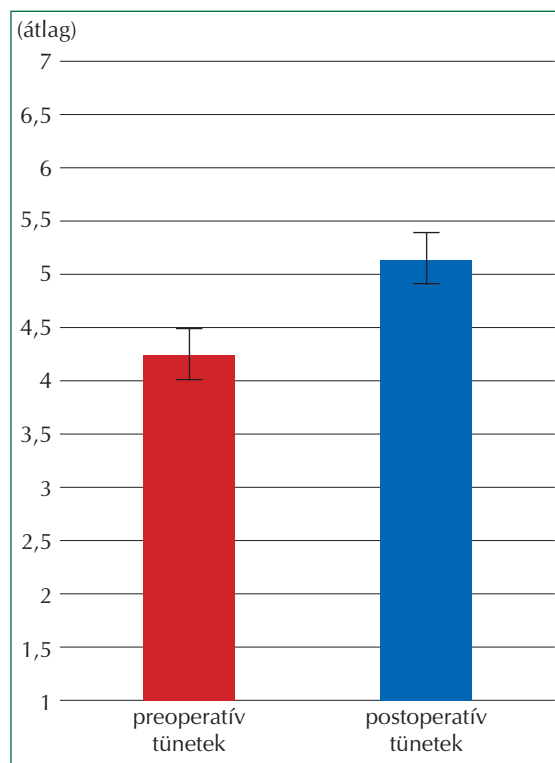
1. ábra: A VascuQoL pre- és postoperatív átlagértékeinek összehasonlítása (N=54)



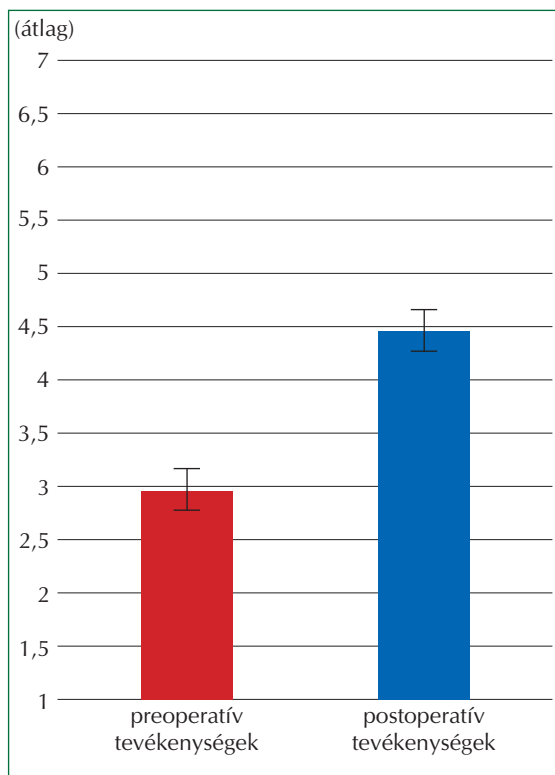
2. ábra: A betegek műtét előtti és műtét utáni Fájdalom-tartományainak összehasonlítása (N=54)



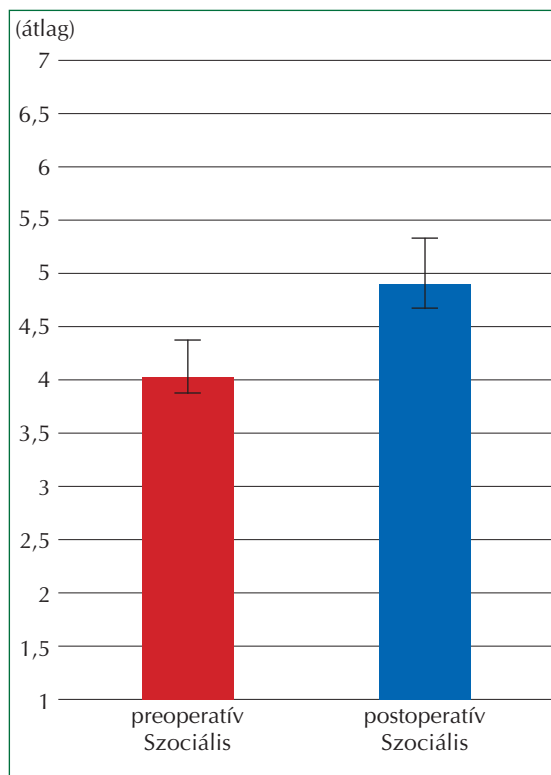
3. ábra: Pre- és posztoperatív tünetek-tartományok összehasonlítása (N=54)



4. ábra: Pre- és posztoperatív Tevékenységek-tartományok összehasonlítása (N=54)

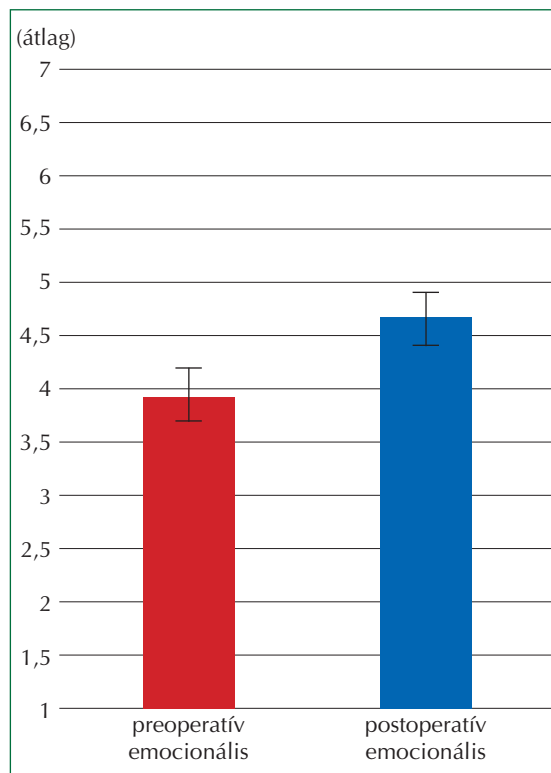


5. ábra: Pre- és posztoperatív Szociális -tartományok összehasonlítása (N=54)



natkozásában a preoperatív ($2,83 \pm 1,51$ pont) és postoperatív ($4,11 \pm 1,98$ pont) felmérésben szignifikáns különbség figyelhető meg ($p < 0,001$) (2. ábra). A műtét előtt a *Tünetek-tartományainak* átlaga $4,22 \pm 2,05$ pont, a beavatkozás utáni $5,07 \pm 1,95$ pont volt ($p < 0,05$) (3. ábra). A preoperatív felmérés során a betegek *Tevékenységek-tartományban* mért átlagértéke $2,97 \pm 1,58$ pont volt, a postoperatív vizsgálatban pedig $4,41 \pm 1,89$ pontot értek el (4. ábra). A *Szociális-tartományok* pontszámait tekintve a műtét előtti vizsgálat válaszainak átlaga $4,03 \pm 1,77$ pont, a műtét utáni felmérés átlaga pedig $4,89 \pm 1,95$ pont volt ($p < 0,001$) (5. ábra). Az *Emocionális-tartomány* műtét előtti felmérésének átlagértéke $2,89 \pm 2,0$ pont, a beavatkozást követő felmérés átlaga pedig $7,40 \pm 2,1$ pontra emelkedett ($p < 0,001$) (6. ábra).

6. ábra: Pre- és posztoperatív Emocionális -tartományok összehasonlítása (N=54)



A *preoperatív* fájdalom mértéke és a *preoperatív* Tevékenységek-tartomány közti összefüggés vizsgálatában szignifikáns volt a kapcsolat ($r = 0,51$, $p < 0,001$). A fájdalom 26%-ban befolyásolta a betegek tevékenységeire vonatkozó értékeket. A *postoperatív* fájdalom mértéke és a *postoperatív* Tevékenységek-tartomány közti összefüggés vizsgálata esetén szintén szignifikáns volt a kapcsolat ($r = 0,58$, $p < 0,001$). A fájdalom 33%-ban befolyásolta a betegek tevékenységeire vonatkozó értékeket.

A *preoperatív* fájdalom mértéke és a *preoperatív* Szociális-tartomány közti összefüggés tekintetében szintén szignifikáns az összefüggés ($r=0,47$, $p<0,001$). A fájdalom 22%-ban befolyásolja a betegek szociális életére vonatkozó átlagértékeket. A *postoperatív* fájdalom mértéke és a *postoperatív* Szociális-tartomány közti összefüggés vizsgálata esetén a fájdalom 32%-ban befolyásolta a betegek szociális életére vonatkozó átlagértékeket ($r=0,56$, $p<0,001$).

A *preoperatív* felmérésben a fizikai aktivitást értékelő kérdés és a fáradtságérzetet értékelő kérdés között pozitív, közepes erősségű kapcsolat volt ($r=0,51$, $p<0,001$). A fáradtság 26%-ban befolyásolta a betegek fizikai aktivitását. A *postoperatív* felmérésben a fizikai aktivitást értékelő kérdés és a fáradtságérzetet értékelő kérdés között pozitív, közepes erősségű kapcsolat volt ($r=0,65$, $p<0,001$). A fáradtság 42%-ban befolyásolta a betegek fizikai aktivitását.

Megbeszélés, következtetések

Számos nemzetközi kutatás foglalkozik a perifériás érbetegségben szenvedők életminőségének vizsgálatával különböző standard kérdőívek segítségével (Coninje et al, 2016; Fakhry et al, 2011; Karakoyun et, 2014; Lindgren et al, 2016; Mazari et al, 2010; Nordanstig et al, 2012;). Jelen tanulmányunk célja felmérni a Vascular Quality of Life (VascuQoL) kérdőív segítségével az alsóvégtagi rekonstrukciós érműtéten átesett betegek életminőségét, illetve összefüggést találni a betegek fájdalmának mértéke és a már számszerűsített életminőséget meghatározó tényezők között.

A követéses vizsgálatban összesen 41 és 84 év közötti, alsóvégtagi rekonstrukciós műtéten átesett betegek vettek részt (N=54). A nemek arányát tekintve a férfiak voltak többségben a nőkhöz képest (65% vs 35%), ilyen jellegű tendenciát nem találtunk a korábbi kutatásokban. A VascuQoL átlagértékek alapján kétmintás t-próbát alkalmazva nem mutatkozott szignifikáns különbség sem a *preoperatív* ($p=0,85$), sem a *postoperatív* ($p=0,33$) felmérésben.

A dohányzás komoly rizikófaktora a perifériás érbetegségeknek. A dohányzó betegek aránya alacsonyabb (41%) volt a nem dohányzókhöz képest (59%). Ez esetben is megállapítható, hogy a VascuQoL átlagértékek tekintetében nem volt szignifikáns különbség a műtét előtti ($p=0,45$) és a műtét utáni ($p=0,98$) eredményekben. Elszomorító megállapítás, hogy az invazív terápiát követően mindössze 2 fővel (9%) csökkent a dohányosok száma.

Egy másik jelentős rizikófaktor a diabetes mellitus. A vizsgált minta 31%-a szenvedett diabetes

mellitusban. A VascuQoL átlagértékek között ismét nem találtunk szignifikáns különbséget a *preoperatív* ($p=0,057$) és a *postoperatív* ($p=0,40$) felmérés során. Bár a diabetes mellitusban szenvedők száma csak egyharmada a vizsgált csoportnak, mégis kijelenthető, hogy az alsóvégtagi műtéti rekonstrukción átesett betegek jelentős hányada szenved ebben a betegségben. Ez az arány még inkább felhívja a figyelmet a prevenció jelentőségére.

Első feltételezésünk szerint a rekonstrukciós műtéten átesett betegek életminősége javul. Eredményeink alapján ez a feltételezés igazolt, mivel a vizsgált mintában az életminőséget felmérő 25 kérdéses VascuQoL kérdőív *preoperatív* átlagértékei és *postoperatív* átlagértékei között páros t-próbát alkalmazva szignifikáns különbségű javulás látható ($p<0,001$). Megállapítható, hogy műtétet követően a felmért betegek életminősége jelentősen, 27,39 ponttal javult, ami az invazív terápiák hatékonyságát hangsúlyozza.

A műtéti beavatkozáson átesett betegek VascuQoL pontszámai mind az öt fő tartományban (fájdalom, tünetek, tevékenységek, szociális, emocionális) életminőségi javulást mutattak (1-6. ábra). Feltételezésünket alátámasztja Donker et al. 2016-ban végzett érsebészeti beavatkozásokat vizsgáló kutatása, mely szerint a súlyos végtagi ischaemiában szenvedő betegek esetében a sikeres revaszkularizáció javította az életminőségi értékeket (Donker et al, 2016).

Második feltételezésünk szerint a fizikai fájdalom csökkenése kedvezően befolyásolja a beteg járási képességét, mindennapos tevékenységeit. Az eredmények ezt a feltételezést is igazolják. A vizsgált betegek fájdalmát műtét előtt és műtét után is Numerikus Fájdalom Skála segítségével mértük fel, mely szignifikáns különbséget mutatott ($p<0,001$).

A betegek járási képességét és mindennapos tevékenységeit a VascuQoL kérdőív Tevékenységek-tartományával értékeltük. A *preoperatív* átlagérték és a *postoperatív* átlagérték között páros t-próbával vizsgálva szignifikáns különbség mutatkozott ($p<0,001$). A fájdalomértékek és a Tevékenységek-tartomány átlagai közti összefüggést vizsgálva mind a *preoperatív* ($r=0,51$), mind a *postoperatív* ($r=0,58$) eredményeket tekintve szignifikáns a kapcsolat ($p<0,001$). Kijelenthető, hogy a fájdalom csökkenésével javult a betegek járási képessége, általános fizikai terhelhetősége és a mindennapi házimunka elvégzéséhez szükséges erőnléte a műtétet követően. Nordanstig et al. 2014-es kutatásában az invazív beavatkozások hatékonyságát vizsgálta claudicatio intermittensben szenvedő betegek esetében. Megállapította, hogy habár az invazív kezelés nem mutatott jelentős javulást a maximális járási kapacitást illetően, az életminőség értékek javulása azt sugallja,

hogy az invazív terápiának lehetnek másodlagos előnyei (Nordanstig et al, 2014).

Harmadik feltételezésünk szerint a fizikai fájdalom csökkenése kedvezően befolyásolja a betegek szociális életét, társasági eseményeken való részvételét. Eredményeink szerint ez a feltételezés is igazolt. A felmért betegek preoperatív és postoperatív fájdalom közti különbség szignifikánsnak bizonyult ($p < 0,001$). A VascuQoL kérdőív Szociális-tartománya a beteg családjával vagy barátaival együtt töltött idejét, illetve a közösségi programokon való részvételét értékeli. A preoperatív átlagérték és a postoperatív átlagérték között páros t -próbát alkalmazva szignifikáns a különbség ($p < 0,001$). A fájdalomértékek és a Szociális-tartomány átlagai között összefüggést vizsgálva mind a preoperatív ($r = 0,47$), mind a postoperatív ($r = 0,56$) eredményeket tekintve szignifikáns a kapcsolat ($p < 0,001$). Megállapítható, hogy műtétet követően a fájdalom csökkenésével javult a betegek szociális élete, nőtt a baráttal, családdal és az egyéb közösségekben töltött idő. Conijn et al. 2016-os kutatásában claudicatio intermittensben szenvedő betegek vettek részt. Bár javulás mutatkozott a VascuQoL kérdőív Szociális-tartományának értékeiben, ennek a javulásnak a mértéke a kutatásban megszabott korreláció határértéket nem haladta meg, ezért nem jelentették ki, hogy a terápiának tulajdonítható (Conijn et al, 2016).

Negyedik feltételezésünk szerint a rekonstrukciós műtéten átesett betegek fáradékonysága csökken, sportolási vagy egyéb megerőltető fizikai aktivitási képessége megnő. Eredményeink ezt a feltételezésünket is igazolják. A VascuQoL kérdőív 4. kérdése a megerőltető mozgás és a sportolási lehetőségek korlátozottságát, az 5. kérdés pedig a beteg lábában tapasztalt fáradtságérzetet értékeli. A vizsgált mintában a fizikai aktivitásra utaló 4. kérdés műtét előtti átlagértéke és műtét utáni átlagértéke, valamint a fáradtságérzetre utaló 5. kérdés preoperatív átlagértéke és postoperatív átlagértéke között mindkét esetben szignifikánsak a különbségek ($p < 0,001$). A két kérdés közti összefüggést vizsgálva az invazív beavatkozás előtti felmérés esetében ($r = 0,51$) és a beavatkozás utáni felmérés esetében ($r = 0,65$) is szignifikáns a kapcsolat ($p < 0,001$). Összegezve elmondható, hogy az invazív terápiás beavatkozás következtében a gyengeség- és fáradtságérzet enyhülésével csökkent a betegek fizikai aktivitásának és sportolási lehetőségeinek korlátozottsága. Mazari et al 2010-es kutatásában összefüggést keresett az életminőség-értékek és az alsóvégtagi ischaemia klinikai jelei között. Eredményeiben a legerősebb korreláció a fizikai funkcióra vonatkozó részek közül a futópádon megtett távolság esetén mutatkozott (Mazari et al, 2010).

Az eredmények rávilágítanak arra, hogy széleskörű összefogás indokolt azokon a színtereken, ahol a prevenció érvényesíthető. A jelen kihívása, hogy az egészségügyi alapellátás praxis közösségekben működő szakdolgozói olyan beteg edukációs programokon vegyenek részt, ahol korszerű technikákat képesek elsajátítani az egészségmagatartás attitűd formálása céljából, ezáltal képesé válnak minimalizálni a rizikótényezőket, és pozitív modellként szolgálhatnak a gyakorlatban. A kiterjesztett hatáskörű közösségi szakápoló holisztikus reflektív szemlélete alkalmassá teszi az egészségfejlesztési programok kidolgozására és a lebonyolításuk koordinálására (Oláh et al 2015). A kezelések eredményességét javíthatja az egészségügyi team ismereteinek folyamatos bővítése, ezért a kötelező szakmacsoportos továbbképzések ez irányú tartalmi bővítését is indokoltnak látjuk. Az egészségtudomány területén magas színvonalú kutatások valósulnak meg (Betlehem et al, 2014; Oláh et al 2007; Oláh et al 2008, Oláh et al 2012, Szabó et al 2013, Csima et al, 2018, Újvári et al, 2011), ezért a témában való oktatás, a rendszeres, bizonyítékokon alapuló, releváns szakirodalomra épülő kutatás és publicitás révén szemléletformálás érhető el.

Kutatásunk több lehetséges szempont figyelembevételével is folytatható. A 25 kérdésből álló VascuQoL klinikai alkalmazásának legfőbb problémája a kérdőív hosszúsága. A vizsgálat során a betegek sok esetben félbehagyták a kérdőív kitöltését vagy szóban jelezték, hogy túl sok a kérdés. Hasonló külföldi kutatásokban erre próbáltak megoldást találni, elkészítve a VascuQoL 6 kérdéses svéd változatát. A válaszok számát lerövidítették 7-ről 4-re, majd a tesztelés során a hat leginformatívabb kérdést kiválasztották és összehasonlították az eredeti kérdőívvel. Ez végül nagyobb pontosságot és könnyebben kiértékelhető válaszokat eredményezett. (Nordanstig et al, 2014, Larsen et al 2017) Tömörítése, egyszerűsége megkönnyítené a gyakorlati alkalmazást a magyarországi klinikákon is.

Véleményünk szerint egy nagyobb elemszámú, hosszabb időtartamú vizsgálat során érdemes lenne vizsgálni a perifériás érbetegségek egyéb rizikófaktoraikat is, mint például a hypertónia, magas BMI-érték, hyperlipidaemia vagy a mozgásszegény életmód. A betegdokumentációk elemzésével megkülönböztethetők lennének az invazív beavatkozások típusai, melyek hatékonyságát különállóan is értékelni lehet. A kérdőív mellett érdemes lenne egy mentális állapotot értékelő tesztet is alkalmazni, melynek köszönhetően a csökkent kognitív képességekkel rendelkező betegek kiszűrésével pontosabb válaszokat kaphatnánk.

Irodalomjegyzék

- Betlehem, J., Horvath, A., Jeges, S., Gondocs, Z., Nemeth, T., Kukla, A., Olah, A. (2014). How healthy are ambulance personnel in Central Europe? *Eval Health Prof*, 37(3), 394-406. doi: 10.1177/0163278712472501.
- Conijn, AP., Bipat, S., Reekers, JA., Koelemay, MJ. (2016). Determining the Minimally Important Difference for the VascuQoL Sumscore and Its Domains in Patients with Intermittent Claudication. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 51(4),550-6. doi: 10.1016/j.ejvs.2015.12.012.
- Conijn, AP., Loukachov, VV., Bipat, S., Koelemay, MJ. (2015). Test-retest Reliability and Measurement Error Are Excellent for the Dutch Version of the VascuQoL Questionnaire in Patients with Intermittent Claudication. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 50(4), 502-5. doi: 10.1016/j.ejvs.2015.07.007.
- Csima, M., Fináncz, J., Nyitrai, Á., Podráczky, J. (2018). Research on the health literacy of professionals working in early childhood education. *Kontakt*, 20(4), e356-e362. <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2018.10.002>
- de Vries, M., Ouwendijk, R., Kessels, AG., de Haan, MW., Flobbe, K., Hunink, MG., ... Nelemans PJ. (2005). Comparison of generic and disease-specific questionnaires for the assessment of quality of life in patients with peripheral arterial disease. *J Vasc Surg*. 41, 261-8.
- Donker, J., de Vries, J., Ho, GH., Gonçalves, FB., Hoeks, SE., Verhagen, HJ., van der Laan, L. (2016). Review: Quality of life in lower limb peripheral vascular surgery. *Vascular*, 24(1), 88-95. doi: 10.1177/1708538115578961.
- Eraso, LH., Fukaya, E., Mohler, ER., Xie, D., Sha, D., Berger, JS. (2014). Peripheral arterial disease, prevalence and cumulative risk factor profile analysis. *Eur J Prev Cardiol*. 21(6), 704-11. doi: 10.1177/2047487312452968.
- Fakhry, F., Spronk, S., de Ridder, M., den Hoed, PT., Hunink, MG. (2011). Long-Term Effects of Structured Home-Based Exercise Program on Functional Capacity and Quality of Life in Patients With Intermittent Claudication. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(7), 1066-73. doi: 10.1016/j.apmr.2011.02.007.
- Frans, FA., van Wijngaarden, SE., Met, R., Koelemay, MJ. (2012). Validation of the Dutch version of the VascuQoL questionnaire and the Amsterdam linear disability score in patients with intermittent claudication. *Quality of Life Research*, 21(8), 1487-93. doi: 10.1007/s11136-011-0060-z.
- Karakoyun, R., Köksoy, C., Şener, Z., Gündüz, U., Karakaş, B., Karakoyun, M. (2014). Comparison of quality of life in patients with peripheral arterial disease caused by atherosclerosis obliterans or Buerger's disease. *Cardiovascular Journal Of Africa*, 25(3), 124-9. doi: 10.5830/CVJA-2014-017.
- Larsen, ASF., Reiersen, AT., Jacobsen, MB., Kløw, NE., Nordanstig, J., Morgan, M., Wesche J. (2017). Validation of the Vascular quality of life questionnaire - 6 for clinical use in patients with lower limb peripheral arterial disease. *Health Qual Life Outcomes*, 22;15(1),184. doi: 10.1186/s12955-017-0760-3.
- Lindgren, H., Gottsäter, A., Qvarfordt, P., Bergman, S. (2016). All Cause Chronic Widespread Pain is Common in Patients with Symptomatic Peripheral Arterial Disease and is Associated with Reduced Health Related Quality of Life. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 52(2), 205-10. doi: 10.1016/j.ejvs.2016.05.004.
- Mazari, FA., Carradice, D., Rahman, MN., Khan, JA., Mockford, K., Mehta, T... Chetter, IC. (2010). An analysis of relationship between quality of life indices and clinical improvement following intervention in patients with intermittent claudication due to femoropopliteal disease. *J Vasc Surg*, 52(1),77-84. doi: 10.1016/j.jvs.2010.01.085.
- Nordanstig, J., Karlsson, J., Pettersson, M., Wann-Hansson, C. (2012). Psychometric properties of the disease-specific health-related quality of life instrument VascuQoL in a Swedish setting. *Health Qual Life Outcomes*. 10, 45. doi: 10.1186/1477-7525-10-45.
- Nordanstig, J., Wann-Hansson, C., Karlsson, J., Lundström, M., Pettersson, M., Morgan, MB. (2014). Vascular Quality of Life Questionnaire-6 facilitates health-related quality of life assessment in peripheral arterial disease. *Journal of Vascular Surgery*, 59(3):700-7. doi: 10.1016/j.jvs.2013.08.099.
- Pakai, A., Kívés, Zs. (2013). Kutatásról ápolóknak, Minta-vétel és adatgyűjtési módszerek az egészség tudományi kutatásokban. *Nővér*, 26(3), 20-43.
- Oláh, A., Betlehem, J., Kriszbacher, I., Boncz, I., Bódis, J. (2007). Re: the clinical nursing competences and their complexity in Belgian general hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 58(3), 301-2. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04245.x
- Oláh, A., Betlehem, J., Müller, A., Józsa, R. (2008). Possible application of animal models for the long-term investigation of shift work of healthcare professionals. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 22(3), 175-176. doi: 10.1097/01.
- Oláh, A., Katona, Gy., Gál, N., Müller, A., Damasdi, M., Boncz, I., Betlehem, J. (2012). The comparison of two minimal invasive surgeries, the tension-free vaginal tape (TVT) and the transobturator tape (TOT) in terms of efficiency and the complications. *South Eastern Europe Health Sciences Journal*, 2(2), 82-87.
- Oláh, A., Máté, O., Betlehem, J., Fullér, N. (2015). Advanced Practice Nurse (APN) MSc képzés bevezetése Magyarországon. *Nővér*, 28(2), 3-10.
- Remes, L., Isoaho, R., Vahlberg, T., Viitanen, M., Rautava, P. (2010). Quality of Life Among Lower Extremity Peripheral Arterial Disease Patients who have Undergone Endovascular or Surgical Revascularization: A Case-control Study. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 40(5), 618-625. doi: 10.1016/j.ejvs.2010.03.028.
- Szabó, J., Gerevich, J. (2013). Alcohol dependency, recovery, and social words. *Journal of Applied Social Psychology*, 43, 806-810.
- Till, A. (2010). Amputáció és rehabilitáció idős korban. *Családorvos Fórum*, 10(2), 28-30.
- Tulassay, Zs. (2011). A belgyógyászat alapjai 2, Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Ujváriné, AS., Zrínyi, M., Tóth, H., Zékányiné, IR., Szögedi, I., Betlehem, J. (2011). The role of faculty and clinical practice in predicting why nurses graduate in Hungary. *Nurse Education Today*, 31(1),94-101. doi: 10.1016/j.nedt.2010.04.003.

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!

EREDETI KÖZLEMÉNY

Ki segít a segítőknek? – Demens betegeket gondozó ápolók pszichoszociális jellemzői

STALLER Judit, DR. KOVÁCS Zsuzsanna, DR. PÁLVÖLGYI Miklós

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: A demens betegek számának növekedése a magyar ellátórendszert is kihívás elé állítja. A tanulmányok zöme a demens embert ápoló családtagok megküzdési terheivel foglalkozik. Az ágazat fejlődése érdekében fontos megvizsgálni a szakosított demens ellátásban dolgozó ápolók pszicho-szociális helyzetét és jellemzőit.

Anyag és módszer: A demens ellátásban dolgozó ápolók (n=130) önkéntes kérdőívet töltöttek ki 2017 januárjában. A vizsgálatban alkalmazott egészségpszichológiai kérdőívek: Élettel való elégedettség, Élet értelme kérdőív, Beck-féle depresszió kérdőív, Vitális kimerültség skála, Freudenberg-féle kiégés kérdőív.

Eredmények: Az ápolókra jellemző a túlterheltség, elégedetlenség és a pályaelhagyás gondolata. Magas szintű a kiégés, a vitális kimerültség és a depresszió, melyek együttmozgást mutatnak. A depressziós ápolóknál magasabb szintű a vitális kimerültség: $r=0,549$, a depresszió és a kiégettség korrelációja: $r=0,528$. Az élettel való elégedettség ellentétesen korrelál a vitális kimerültséggel: $r=-0,366$. A koherencia és az életelégedettség skála statisztikailag jelentős együttmozgást mutat ($r=0,455$).

Következtetések: Az ápolók veszélyeztetett állapotban vannak. A munkahelyi elégedettség fokozása, az ápolók pszicho-szociális gondozása, a stresszkezelő tréningek alkalmazása elengedhetetlen.

Kulcsszavak: ápolók, élettel való elégedettség, élet értelme, depresszió, kiégés

Who helps the caregivers? – Psychosocial characteristics of nurses in dementia care

Judit STALLER, Zsuzsanna KOVÁCS PhD, Miklós PÁLVÖLGYI PhD

SUMMARY

The aim of the study: Studies underline the increasing burden of dementia people. Hungarian social care system is also facing dementia care challenge. In case of developing of social sector, it is beneficial to research the psychosocial status of nurses working in dementia care.

Material and method: N=130 professional caregivers in dementia care filled out self-administered questionnaires. Standardized health-psychological scales were evaluated: SWLS, Rahe's Life Meaning, Beck's Inventory of Measuring Depression, Maastricht Vital Exhaustion, Freudenberg's Burn Out Inventory.

Results: Caregivers have fatigue, dissatisfaction and tendency of quitting profession. Scales show high burn-out, exhaustion and depression and show correlations. Depression correlates with vital exhaustion ($r=0,549$), depression moves with burn out $r=0,528$. SWLS correlates opposite with Vital Exhaustion: $r=-0,366$. Coherence and SWLS shows statistically significance correlation: $r=0,455$.

Conclusion: Indicators apply nurses are in risk conditions. More focus on workplace satisfaction, psychosocial care and stress management training is essential.

Keywords: Nurses, Satisfaction with Life Scale, Rahe's Life Meaning Scale, depression, burn-out

STALLER Judit
BSc ápoló,
Semmelweis Egyetem,
Egészségtudományi Kar

DR. KOVÁCS Zsuzsanna
adjunktus, Semmelweis
Egyetem, Egészségtudományi
Kar, Alkalmazott pszichológia
tanszék

DR. PÁLVÖLGYI Miklós
adjunktus,
Semmelweis Egyetem, Egész-
ségtudományi Kar, Társadalom-
tudományi tanszék

Levelező szerző
(correspondent):
STALLER Judit, E-mail: judit.
staller@gmail.com

Beérkezett: 2017. szeptember 2.
Elfogadva: 2019. január 18.

Bevezetés

A modern nyugati társadalmak elöregedésével párhuzamosan egyre több krónikus, ill. időskorhoz köthető megbetegedéssel kell számolnunk. Az Alzheimer Betegségek Nemzetközi Egyesülete arra hívja fel a figyelmet, hogy évente 4,6 millió új demencia

esetet állapítanak meg a világon, tehát 7 másodpercenként újabb beteget regisztrálnak (Alzheimer's Disease International, 2008). Az epidemiológiai előrejelzések riasztóak: 2050-re a demencia kórral rendelkező emberek száma világviszonylatban el fogja érni a 100 milliót (World Alzheimer Report, 2016).

Magyarország is hasonló problémákkal szembe-sül: az átlagéletkor növekedésével, a demográfiai kor-fák elmozdulásával, a csökkenő népességgel itthon is robbanásszerűen fog növekedni a demenciával küz-dő emberek száma, jelentős kihívás elé állítva az el-látó rendszert - mind a humán erőforrások, mind az anyagi ráfordítások tekintetében. Mennyire vagyunk felkészülve ezekre a kihívásokra? Mennyire felkészült az intézményi rendszer, milyenek a humán erőforrá-saink? Mi jellemzi a demens betegellátásban dolgozó ápolókat? Magyarországon a szociális ágazat elkülö-nül az egészségügyi ágazattól, ami komoly nehézséget jelent. Ennek következménye, hogy a szociális és az egészségügyi alapellátás, az otthoni szakápolás és a szociális szakosított ellátás nincs megfelelő összhang-ban, sem a kormánypolitika szintjén, sem a szakem-berek úgynevezett inter-professionális szintjén. A szakosított ellátások közül arányaiban kevés fenntartó rendelkezik demens betegek ellátására szakosított intézménnyel, vagy demens részleggel, ugyanakkor ezekre a férőhelyekre hosszú a várakozási idő.

Az otthonápolás átmenetileg megoldást jelent, Szabó (2011) és Jeszenszky (2006) azonban arra hívja fel a figyelmet, hogy az nem valósítható meg hosszú távon. A gondozó családtag fizikai és lelki teherbíró képessége korlátozott, a hozzátartozók életébe nem fér bele a 24 órás ápolás, így a család előbb-utóbb kénytelen bentlakásos idősotthoni ellá-tást igénybe venni. A szakosított ápolást-gondozást nyújtó intézményekre nincs törvény által meghatáro-zott szakdolgozói létszámfeltétel, erre vonatkozóan csak ajánlások vannak (Gyarmati, 2010), ugyanak-kor a bentlakásos ellátásba kerülő idős emberek demencia kórképe rendszerint már előrehaladott stádiumban van. Mindez fokozott terhet ró az ápoló, gondozó személyzetre.

A kutatások az egészségügyi dolgozókat az ér-zelmi kimerülés szempontjából speciálisan veszé-lyeztetett csoportnak minősítik. A foglalkoztatá-si csoportok között az ápolók munkahelyi stressz mértéke kiemelten magas. A testi-lelki állapotot, ill. a pszichoszociális jellemzőket vizsgáló kutatások tömege igazolja, hogy azok az ápolók, akik súlyos betegeket gondoznak, akik viszonylag hosszú időn át állandó koncentrációt és érzelmi igénybevételt követelő munkát végeznek, akik munkájuk során ritkán számíthatnak egyértelmű, látványos és gyors eredményekre, - speciálisan veszélyeztetett csoport-ként definiálhatók. A vizsgálatok azt hangsúlyozzák, hogy a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók körében kiugróan, számos esetben szigni-fikánsan magasabb a kimerültség, kiégés, lehangolt, reményvesztett hangulati állapot, és egyéb, a stressz-hez kapcsolható tünetegyüttes (Hegedűs, Szabó, Szabó & Kopp, 2008).

Az érzelmi distressz háttértényezőit, ill. predik-torait vizsgálva, egy országos felmérésben, megállá-pították, hogy a partnerkapcsolatban élők és a gye-rekkel rendelkezők között alacsonyabb az általá-nos lehangoltság, reményvesztettség prevalenciája (Ádám, Nistor, Nistor, Cserháti & Mészáros, 2015). Pálfi (2007) tanulmányában arra hívja fel a figyel-met, hogy a szociodemográfiai jellemzők összefüg-gésben lehetnek számos megjelenő tünettől, de nem feltétlenül prediktorai a burn-out szindrómának. A kiégés jelentős mértékben függ a munkahelyi körülményektől és az osztály ellátási formájától, és nem korrelál az iskolázottsággal. Németh, Betlehem és Lampek (2013) eredményei szerint a munkahelyi bizonytalanság érzése korrelál az egészségi állapottal és a krónikus betegségek jelenlétével.

Az ápoló betegek kórképi súlyosságát és az ápo-lók kiégési mintázata közötti összefüggést vizsgálva, Németh és Irinyi (2012) azt állapította meg, hogy az alapellátásban dolgozók testi-érzelmi kimerülé-se szignifikánsan alacsonyabb, mint a fekvőbeteg intézményekben dolgozó ápolóké, akiknél az idő előrehaladtával tovább súlyosbodik az állapot. Sza-bó, Hegedűs, Szabó és Kopp (2008) általuk, két különösen veszélyeztetettnek nevezett egészségügyi csoportnál végeztek kutatást: a hospice ápolók és idős betegeket ápolók körében. A felmérésben töb-bek között vizsgálták a két csoport vitális kimerültsé-gét, munkahelyi stressz szintjét. Az eredmények azt mutatták, hogy az idős betegeket ápolók munkahelyi stressz-szintje magasabb volt, mint a hospice ápolóké. A szerzők magyarázata szerint az idős betege-ket ápolók magasabb stressz értéke leginkább abban kereshető, hogy míg a hospice ápolók interdiszcipli-náris teammunkában dolgoznak, magasabb szintű a munkahelyhez köthető társas támogatás, nagyobb szerepet kap a pszichés és szociális támogatás, rend-szeres az estmegbeszélés, szupervízió - vagyis az ápolók lelki gondozása, addig az idős betegeket ápo-lóknál ezek a stresszt csillapító hatások nem érvé-nyesülnek.

Vajon mi jellemzi az idős, demens betegeket gondozó ápolókat? Magyarországon a szakosított, bentlakásos demens ellátásban dolgozók átfogó egészségpszichológiai vizsgálata még nem történt meg. A nemzetközi tudományos térben nagyszámú közlemény látott napvilágot. Az összefoglaló tanul-mányok kiemelik a distressz hangsúlyos jelenlétét, mind a szakápolók körében, mind a beteg embert gondozó családtagoknál. Megemlekedett depresszió, elhatalmasodó reménytelenség, fáradtság, szorongás, érzelmi kimerülés, kiégés (Pitfield, Shahriyarmolki & Livingston, 2010). Az általános ápolói terhelésen túl, a demens emberek gondozása nagyobb türelmet igényel, fokozottabb érzelmi igénybevételt jelent,

nem, vagy csak igen ritkán tapasztalható látványos javulás, gyógyulás, sokkal inkább a fokozatos leépülés dominál.

Tekintve, hogy nem rendelkezünk hazai adatokkal a demens embert ápolók testi/lelki egészségének alakulásáról, ugyanakkor ismertek a demenciával kapcsolatos riasztó epidemiológiai adatok, – fontos ezt a hiányt pótolni, – megvizsgálni, az idősellátásban hivatásszerűen dolgozó ápolók pszichoszociális jellemzőit és egészségmutatóit.

Anyag és módszer

Tanulmányunk célja, hogy láttelepet készítsünk, feltárjuk a szakosított ellátásban dolgozó, demens embereket gondozó ápolók helyzetét, és a nemzetközi kutatási gyakorlatban alkalmazott validált egészségpszichológiai kérdőívvel feltérképezzük lelki-mentális egészségüket. Célunk, hogy felhívjuk a figyelmet a demencia professzionális szintű ápolásának fontosságára, hiszen ennek az ápolási területnek a demens emberek számának növekedésével egyre kiemeltebb társadalmi jelentősége lesz.

Hipotézisünk szerint az egészségügy területén általánosan jelen lévő, gyakran publikált problémák (kevés a magasán kvalifikált szakember, a dolgozók mellékállásokkal egészítik ki jövedelmüket, alacsony az elégedettség szint, jelen van a pályaelhagyás gondolata) jellemzik a szociális bentlakásos időszonthoni ellátásban dolgozó ápolókat is. A szakirodalmi adatok alapján feltételeztük a magas szintű érzelmi terheltséget – a depressziós tünetek, a vitális kimerültség és a kiégés jelenlétét. Vizsgáltuk továbbá az étellel való elégedettség szintjét, valamint az élet értelmébe vetett bizalom mutatóit, vagyis, hogy a vizsgált ápolók mennyire képesek a kihívásokkal megküzdeni, erőforrásokat mobilizálni. Feltételeztük a negatív tüneteket mérő skálák együttmozgását, illetve, hogy a magasabb szintű étellel elégedettség és az élet értelmébe vetett hit kevesebb negatív tünettől (depresszióval, kimerültséggel, kiégéssel) jár együtt. A vizsgálatban átlag, százalék és szórás mutatókat, Pearson korrelációt számítottunk. Szignifikancia szint: $p < 0,05$, $p < 0,01$.

Az adatfelvételre 2015 decemberében és 2016 januárjában került sor, demens, és fokozott ápolási részlegekkel rendelkező bentlakásos szakosított időszonthonokban. Az adott intézményekben dolgozó ápolók valamivel több mint fele, összesen 130-an vettek részt. Az alkalmazott kérdőív első része saját készítésű, a kutatás céljaira szerkesztett, önkitöltős kérdésekből, (szocio-demográfia, munkahelyi elégedettség, bérezés, a munkahelyi légkör és körülmények, pályaelhagyás), második része a nemzetközi kutatási szakirodalomban széles körben alkalmazott, egészségpszichológiai kérdőívkből áll.

A kutatásban felhasznált kérdőívek

A *Beck-féle depresszió kérdőív* (Beck, Ward, Mock & Erbauch, 1961) magyarországi, rövidített változata bizonyítottan jól alkalmazható a még nem depresszióknak tekinthető, de már az életminőséget befolyásoló hangulati zavarok kimutatására (Rózsa, Szadóczky & Füredi, 2001; Balajti, 2010). A teszt 9 kérdésből áll és négyféle válaszadás lehetséges, ahol a válaszok 1-4-ig terjedő Likert-skálán adhatók meg, az alacsony értékek jobb, míg a magasabb értékek rosszabb állapotot jelentenek. A teszt megbízhatósági értéke: Cronbach-alfa=0,86 (Rózsa et al., 2001).

Vitális kimerültség kérdőív – Kopp és Skrabski (1995) megfogalmazása szerint a krónikus stressz legmegfelelőbb mérőeszköze – a munkaképesség-csökkenést, fáradtságot, reménytelenség- és tehetlenségérzést, tartós lehangoltságot, hypochondriát és az alvászavarokat vizsgálja. A vitális kimerültség energiahányból, fokozott irritált lelkiállapotból összeálló státusz, amely kapcsolatban áll az egyén általános közérzetével. Az önkitöltős kérdőívet a Maastricht Vitális Kimerültség Skála rövidített változatoként használták fel magyarországi kutatásokra. Az itemcsoport belső megbízhatósága (Cronbach-alfa=0,78) megfelelő (Susánszki, Konkoly, Stauder & Kopp, 2006).

A *Freudenberger-féle kiégés kérdőív* (Freudenberger & Richelson, 1980), – „Burn Out Questionnaire” BOQ, tizenöt kérdéssorból áll, a kimerültséget, az ingerlékenységet, az energiahányból fakadó pszichés állapotot modellezi, 1-5-ig terjedő Likert-skálán adható meg a válasz. Minél több pontszámot kap az illető, annál nagyobb a kiégettségi mutató. Magyarországi változatát széles körben használják.

Az „*Étellel elégedettség skála*”, 'Satisfaction with Life Scale', (SWLS) a pszichológiai jól-lét mérésére készített skála (Diener, Emonds, Larsen & Griffin, 1985). Fontos mutató a mentális egészség feltérképezésében. Az SWLS jellemzője, hogy hosszú időintervallumra vonatkozik, és három komponense van: az elégedettség, a kellemes érzések és a kellemetlen érzések hiánya. Martos, Sallay, Désfalvi, Szabó és Ittész (2014) validálta a magyar változatát. Hét fokozatú Likert-skálából áll, a tételek alacsony száma és viszonylagos egyszerűsége miatt széles körben használható. Megbízhatósága megfelelő (Cronbach alfa=0,85).

„*Élet értelme*” Rahe és Tolles (2002) kérdőív, melyet Skrabski, Kopp, Rózsa és Réthelyi (2004) alkalmazott a Hungarostudy 2002 és 2006 követéses vizsgálatában. Az „élet értelmébe vetett bizalom” élmény magában foglalja a sikeres megküzdés, megbirkózás képességét. Kopp et al. (1995) szerint azt a képességet és biztonságot jelenti, mely szerint a személy bí-

zik benne, hogy változó körülmények között mindig képes lesz megfelelő erőforrásokat mobilizálni.

Eredmények

Szociodemográfiai jellemzők és elégedettség

A szakosított bentlakásos ellátásban élő demens embereket gondozó ápolók átlagéletkora 46 év, magas a 40 év felettek aránya. A legtöbb ápolónak (71%) érettségije van, azonban a kitöltők közel 20%-a csak általános iskolai bizonyítvánnyal rendelkezik, főiskolai vagy egyetemi végzettségű ápolók száma mindösszesen 3%. Az érettségi bizonyítványhoz kötött OKJ 54/55-ös és a régi típusú szakápolói képzettség, valamint a diplomás és egyetemi ápolók aránya összesen 21,2%, azaz a dolgozó ötöde felsőfokú szakirányú vagy annál magasabb végzettségű.

Sokatmondó adat, hogy a vizsgált ápolók 53%-ának nincs egészségügyi, vagy szociális szakképzettsége, azonban ebből 49,8 %-uk rendelkezik érettségivel. A pályán eltöltött idő átlagosan 15 év. A kitöltők több mint fele tartós kapcsolatban, illetve házasságban él, az ápolók többségének (80,3%) van gyermeke, közülük az egygyermekesek aránya a legmagasabb (32,3%). Jellemző, hogy a jövedelmüket mellékállásokkal egészíti ki, a vizsgált minta kétharmada mellékállásban dolgozik (62,1%), ebből 27% fizikai munkát végez. A szociális bentlakásos időszobai ellátásban dolgozók 53%-a foglalkozik a pályaelhagyás gondolatával, míg 47%-uk, elsősorban a 45 évnél fiatalabb ápolók, közülük is a szakmai végzettséget figyelembe véve a szakirányú felsőfokú szakmai képesítéssel és diplomával rendelkező ápolók és szakirányú végzettség nélküliek (általános iskolai végzettség) azok, akik nem terveznek pályaelhagyást. Az ápolók munkabérral való elégedettsége jelentősen elmarad a munkahelyi légkörrel és a munkahelyi körülményekkel való elégedettségtől. A munkahelyi légkört és körülményeket a vizsgált személyek kielégítőnek tekintik (több mint 80% legalább részben, vagy teljesen elégedett), a munkabérral viszont kétharmaduk elégedetlen (29% részben, 33% teljesen elégedetlen).

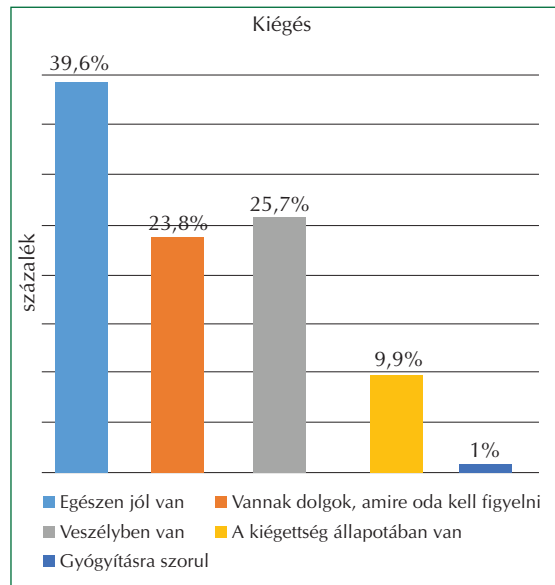
Egészségmutatók

A Beck-féle depresszió kérdőív rövidített, kilenc tétel változatának felvételével a következő eredményeket kaptuk: az ápolók meghatározó többsége, 82%-a, valamilyen fokozatú depresszióban szenved, míg 18%-ára nem jellemző a depressziós tünetegyüttes. Különös figyelmet érdemel, hogy a vizsgált ápolók között olyanok is vannak (3 fő), akik elérik a klinikai szintű depressziós tüneteket. **(I. táblázat)** A minimális pontszám a 9, a maximális 27, a szórásérték 4 pont volt. Az átlagpontérték 13, ami a kiértékelési kategóriák szerint az enyhe depressziós tüneteket jelöli.

Második lépésben a vitális kimerültséget vizsgáltuk, mely fáradtságból, energiahányból, fokozott irritált lelkiállapotból összeálló státusz, és kapcsolatban áll az egyén általános közérzetével. A kutatási eredmények szerint a kérdőív érzékeny indikátora a krónikus stressz állapotnak. Az ápolók vizsgálatában elért átlagpontszám 3,32, szórásérték: 2,64.

Harmadik lépésben a kiégettség mutatóit vizsgáltuk (Burn-out Questionnaire; BOQ). Felmérésünk-

1. ábra: A burnout/kiégés kérdőív kiértékelése



I. táblázat: A Beck-depresszió kiértékelése

		Gyakoriság	Százalék	Halmozott százalék
Érvényes	nem depressziós	22	16,9	18,2
	enyhén depressziós	89	68,5	91,7
	közepesen depressziós	7	5,4	97,5
	súlyosan depressziós	3	2,3	100
	Total	121	93,1	
Hiányzó		9	6,9	
Összes		130	100	

ben az átlag 32, a szórásérték 13 pont volt. A vizsgált ápolók mintegy 40%-a van jól, 50%-a viszont már veszélyben van, illetve, oda kell, hogy figyeljen a kezdődő kiégés jeleire. A fennmaradó 10% már segítségre szorul, mivel elérte a kiégettség állapotát. (**I. ábra**)

Az Élettel Való Elégedettség Skála az élettel való globális elégedettséget méri, hét fokozatú Likert skálán, a rendkívül elégedettől a rendkívül elégedetlenig. A skála kérdéseire kapott minimális pontszámérték 5, a maximális 35 volt. Az átlag pontszám: 19,4 volt, a szórásérték: 7. A skála kiértékelése szerint ez kevéssel az enyhén elégedett eredmény felett van, de nem éri még el az elégedett értékszintet.

Az élet értelmébe vetett hit vizsgálatában, a Rahe-féle, *Az élet értelme* kérdőívén a következő eredményeket kaptuk: átlagpontérték: 8,94, minimum pontszám 3, maximum 14, szórás 2,47.

Az egészségpszichológiai felmérésekben a három korrelátum (megélt vitális kimerültség, a depresszió és a kiégés) vizsgálata összefüggést mutatott. A magasabb depressziós tünetekkel rendelkező ápolóknál magasabb szintű a vitális kimerültség. A két változó kapcsolatát jelző korrelációs együttható értéke $r=0,549$ ($p<0,01$). Úgyisntén, azok az ápolók, akikre jobban jellemző a depressziós tünetegyüttes, nagyobb fokú kiégettséget mutatnak $r=0,528$ ($p<0,01$). Vizsgálatunk fontos eleme volt annak meghatározása, vajon az élet értelmébe vetett hit, illetve az élettel való elégedettség mennyire tudja csillapítani,

ellenpontoszni az érzelmi terheltséggel, kiégettséggel, reménytelenséggel kapcsolatos tüneteket. Az életelégedettség (SWLS) ellentétes irányú, de csak tendenciaszintű együttmozgást mutat a depresszió tüneteivel ($r=-0,131$, $p<0,01$). Szintén ellentétes irányú korrelációt mutat a vitális kimerültséggel ($r=-0,366$, $p<0,01$). Tehát azok a vizsgált ápolók, akik elégedettebbek az életükkel, kevésbé élik meg a vitális kimerültség tüneteit. A kiégettséggel azonban nem mutat statisztikailag jelentős korrelációt az életelégedettség. A Rahe-féle koherencia kérdőívén kapott eredmények alapján az ápolóknál mutatott élet értelmébe vetett hit ellentétes irányú, tendencia szintű, de statisztikailag nem jelentős együttmozgást mutat a vitális kimerültség skálával. Hasonló eredményeket kaptunk a depressziós tünetek és a kiégés skála értékeinek összehasonlításában is. Tehát önmagában a magasabb szintű koherencia-érzés nem járt együtt a vizsgált személyeknél a vitális kimerültség, a depressziós és a kiégettségi tünetek csökkenésével. (**II. táblázat**)

Megbeszélés és következtetések

Kapott eredményeink imperatív jellegűek, rávilágítanak a demens betegellátásban dolgozó ápolók súlyosan veszélyeztetett állapotára. Az ápolók több mint 80%-a valamilyen depressziós tünetet mutat, az enyhétől a súlyos, – egyes esetekben már a klinikai szintű – depresszióig. Az ápolók közel kétharmada

II. táblázat: Pearson korreláció

		Korreláció				
		Depresszió	SWLS	Koherencia	Vitális kim.	Burn out
Depresszió	Pearson Correlation	1	-,131	-,177	,549	,528
	Sig. (2-tailed)		,164	,065	,000	,000
	N	121	115	110	119	97
SWLS	Pearson Correlation	-,131	1	,455	-,366	-,099
	Sig. (2-tailed)	,164		,000	,000	,336
	N	115	122	114	117	97
Koherencia	Pearson Correlation	-,177	,455	1	-,218	-,036
	Sig. (2-tailed)	,065	,000		,020	,735
	N	110	114	118	113	92
Vitális kimerültség	Pearson Correlation	,549	-,366	-,218	1	,559
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,020		,000
	N	119	117	113	125	99
Burn out	Pearson Correlation	,528	-,099	-,036	,559	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,336	,735	,000	
	N	97	97	92	99	101

a kiégettség határán, vagy annál súlyosabb burn-out szindrómában szenved. Eredményeink nagymértékű hasonlóságot mutatnak a korábbi vizsgálatokkal, megerősítik a témában publikált adatokat (Ádám et al., 2015; Pikó & Piczil, 2006; Szabó et al., 2008; Pitfield, 2010). Imperatív jellegű a vitális kimerültség-index is, - ami a krónikus stressz, a munkaképesség-csökkenés, a fáradtság, kimerültség mutatója. Vizsgálatunkban a vitális kimerültség magasabb értéket mutat, mint a Szabó et al. (2008) által felmért idősellátásban dolgozóké, és magasabb, mint a hospice ápolóké. Egyetértünk a szerzőkkel, miszerint a magas kimerültségi, kiegészi szint egyfajta munkahelyi depressziónak tekinthető.

Eredményeink, és a kapcsolódó kutatások arra is rávilágítanak, hogy a súlyos betegekkel foglalkozó osztályok egészségügyi dolgozói a magas kimerültség-, és stressz értékek miatt, speciálisan veszélyeztetett csoportot képviselnek: munkájuk állandó koncentrációt, türelmet, erőteljes érzelmi igénybevételt, bevonódást követel, ugyanakkor nem jelenik meg a pozitív visszacsatolás, - alig tapasztalnak látványos eredményeket. Az általuk gondozott idős emberek nem olyan betegek, akik a kórházban átmeneti ideig maradnak. Az ellátottak otthona az intézmény, ahova életük alkonyán beköltöznek, és halálukig maradnak. Az ápolók a személyiségükkel dolgoznak, de a munkaeszköz „karbantartása” nem valósul meg. Kulcsfontosságú lenne a tünetek enyhítése, a depresszió, a kimerültség, a kiegészi kezelése, nem csak a megélt szenvedésnyomás okán, de a lelki diszfunkciók kifejezett mértékben csökkenthetik a munkateljesítményt, a betegellátás hatékonyságát, rontják az interperszonális kommunikációt, a társas kapcsolatokat.

A kutatók a társas támogatottság fontosságát hangsúlyozzák, amely a kiegészi és a kimerültség egyik legfontosabb védőfaktora. Hasonlóan Szabó et al. (2008) véleményéhez, megállapításunk szerint a család támogató ereje ebben a csoportban nem tud teljesen megvalósulni, mivel az ápolók leterheltek, folyamatos munkarendben dolgoznak, kétharmaduk másodállásban is, így a családra kevés idejük marad. Szociális és gazdasági státuszuk alacsony, ebből fakadóan a megküzdési erőforrások is szűkösebbek. A fiatalabb korcsoport több mint fele gondolkodik azon, hogy elhagyja a pályát.

Vizsgálatunk arra is rámutatott, hogy a demens embereket ápolók zömére kevésbé jellemző az étellel való elégedettség, és a magas szintű koherencia-érzés, bár más ápolókhoz viszonyítva például Szabó et al. (2008) eredményeihez hasonlítva: idősellátásban dolgozók 8,6; hospice ápolók 8,1 értékénél valamivel jobb: 8,94-os értéket kaptunk. Azok a vizsgált személyek, akikre jellemzőbb az étellel való elégedett-

ség, kisebb mértékben élék meg a vitális kimerültség tüneteit, viszont a kiegészi járó tünetegyüttest a koherencia úgy tűnik, nem ellensúlyozza.

Fontos ugyanakkor hangsúlyozni, hogy az étellel való elégedettség alacsony szintje az egészségi állapot romlásának fontos mutatója (Pikó et al. 2006), ami rámutat a szakosított ellátásban dolgozó ápolók egészségének veszélyeztetettségére.

Vizsgálatunk arra is felhívja a figyelmet, hogy a szociális ágazatban dolgozó ápolók szakképzettsége alacsony, munkájuk feszített tempójú és erősen megterhelt. Az idősellátásba egyre több középsúlyos és súlyos demens ember érkezik, akiket az ápolók a napi protokollnak megfelelően látnak el, azonban nem marad idejük az ápolási feladatok mellett a demens ember érzelmi-mentális gondozására. Az 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet (2011) nem szabályozza a bentlakásos demens ellátás szakdolgozói létszám normáit. A szociális ellátás jogalkotói folyamatába még nem került bele olyan jogszabály, amely előírná a demens ellátás minimum ápolói létszámkeretét. A demens embereket ápolók kevesen vannak, és sokat dolgoznak, munkájukat alulfizetettnek ítélik meg. Az ápolói munka lassítása, a megfelelő és elegendően magasán kvalifikált szakember képzése, a munkahelyi támogatottság, valamint az interdiszciplinális teammunka elengedhetetlenül fontos lenne a dolgozók jobb közérzetének biztosításához. Ahogyan az ápolók pszichoszociális státuszát vizsgáló korábbi tudományos közlemények is hangsúlyozták, a szociális ágazatban is fontos lenne a munkahelyi körülmények és a munkahelyi hangulat jelentős mértékű javítása. Szükséges lenne az ápolói munka elismerése jutalmazással, premizálással, ágazati szinten a szociális bértábla további emelésével. A krónikus stresszt, mely sok esetben a kiegészi előszobája, nagyrésztben a folytonos fejlődés biztosításával is meg lehetne előzni. Fontos lenne, hogy a kiegésziről a szociális dolgozók ne csak pontszerző kurzusokon halljanak, hanem támogatott tréningeken el is sajátíthassák a kiegészi megelőző technikákat. A szervezeti elköteleződés, az azonosságtudat fejlesztésének egyik meghatározó tényezője az ápolási munka professzionális szintre emelése, az ápolók kompetenciáinak növelése. A felmérésben résztvevő ápolók több mint 70%-a rendelkezik érettségivel, ami követelmény a felsőfokú szakképzettség megszerzéséhez. Ehhez elengedhetetlen a szociális fenntartók anyagi és érzelmi támogatása és egy szélesebb körű társadalmi összefogás.

Az egészségügyi dolgozók koherencia-érzésének fejlesztésére is lehetne támaszkodni, amely a meglévő erőforrásokat tudná erősíteni. *„Az élet értelmébe vetett bizalom a személyiség fejlettségének, önazonosságának, kompetenciájának, sikeres megbirkózásnak, a környezettel kialakított harmóniának jó mérőeszköze”*

(Skrabski et al. 2004). Konkoly (2008) fogalmazása szerint, a szalutogenetikus modell általános megküzdési eszköztárára lehetne koncentrálni, amelyhez mind egyéni, mind szociokulturális elemek is tartoznak. Ilyen például a vallásosság, az intelligencia, a társas támogatottság, az anyagi javak és végül a kulturális stabilitás. A kiégés csökkentésében a pszichoszociális klíma javítása is fontos: a fizikai környezet szebbé tétele, emocionális támogatás, a szervezeti elkötelezettség erősítése (Pikó et al. 2007).

Összefoglalva elmondhatjuk, az egészségügy területén általánosságban jelen lévő nehézségek a vizsgált demens betegeket ellátó osztályokra is érvényesek: kevés a magasán kvalifikált szakember, a dolgozók mellékállással egészítik ki a jövedelmet, alacsony az elégedettségszint, jelen van a pályaelhagyás gon-

dolata. Az idősellátásban hivatásszerűen dolgozó ápolók pszichoszociális jellemzői és egészségmutatói rosszak. Magasfokú a testi-érzelmi terheltség – a depressziós tünetek, a vitális kimerültség és a kiégés. Eredményeink felvetik olyan további kutatások szükségességét, melyek átfogóbban vizsgálnák a rossz szomato-pszichés egészségi állapot ok-okozati tényezőit, továbbá megfelelő, az egészségi állapot fenntartását célzó pszichoszociális intervenciók kidolgozásának fontosságát, és ezek hatékonyságvizsgálatát.

Tanulmányunkkal szeretnénk felhívni a figyelmet a demencia professzionális szintű ápolásának fontosságára, mivel ennek az ápolási területnek a demens emberek számának növekedésével, egyre kiemeltebb társadalmi jelentősége lesz.

Irodalomjegyzék

1. Alzheimer's Disease International (2008). *Globális Alzheimer Charta*. Visszakeresés 2017.febr.25. <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/alzheimers-charter-hungarian.pdf>
2. 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0000001.SCM
3. Ádám, Sz., Nistor, A., Nistor, K., Cserháti Z. & Mészáros, V. (2015). A kiégés és a depresszió diagnosztizálásának elősegítése demográfiai és munkahelyi védő- és kockázati tényezők feltárásával egészségügyi szakdolgozók körében. *Orvosi hetilap*, 156(32), 1288-1297. doi: 10.1556/650.2015.30220
4. Balajti, V. I. (2010). *Egyetemi hallgatók egészségi állapota és egészségmagartatása*. Doktori (PhD) értekezés, Debreceni Egyetem, Egészségtudományok Doktori Iskola.
5. Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). *An inventory for measuring depression*. *Archive of General Psychiatry*, 4(6), 561-71.
6. Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R.J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
7. Freudenberg, H. & Richelson, G. (1980). *Burn Out: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it*. New York: Bantam Books.
8. Gyarmati, A. (2010). Demensek a szociális ellátórendszerben. *Kapocs*, 45(9), 36-47. Retrieved from http://www.macsgyoe.hu/downloads/szakmai_anyagok/kapocs45-3zip.pdf
9. Hegedűs, K., Szabó, N., Szabó, G. & Kopp M. (2008). Egészségesebbek e az egészségügyi dolgozók? Összehasonlító vizsgálat (2002-2006). *Nővér*, 21(1), 3-9.
10. Jeszenszky, Z. (2006). Demenciával küzdő idős emberek ellátásának irányelvei. *Kapocs*, 5(6), 2-15.
11. Konkoly, T. B. (2008). A szalutogenetikus megközelítés lehetőségei az esélyteremtésben. In: Kopp, M. *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyteremtés és életminőség a mai magyar társadalomban* (pp. 59-65). Budapest: Semmelweis Kiadó.
12. Kopp, M. & Skrabski, Á. (1995). *Magyar lelkiállapot*. Hét szabad művészet könyvtára. Göd: Végeken K.
13. Martos, T., Sallay, V., Dészalvi, J., Szabó, T. & Ittész, A. (2014). Az életteli való Elégedettség Skála magyar változatának (SWLS-H) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(3), 289-303. DOI:10.1556/mental.15.2014.3.9
14. Németh, A., Betlehem, J. & Lampek, K. (2013). Egészségügyi változások hatása az ápolók mindennapjaira. *Nővér*, 26(6), 18-25.
15. Németh, A. & Irinyi T. (2012). Egészségügyi szakdolgozók testi és lelki egészségének összehasonlítása Csongrád megyében: 2008-2012. *Nővér*, 25(4), 28-35.
16. Pálfi, F. (2007). *Ápolói és gondozói magartások alakulása különböző ellátási helyzetekben különös tekintettel a kiégés jelenségére*. Doktori (PhD) értekezés, Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar.
17. Pitfield C., Shahriyarmolki K., Livingston G. (2010). A systematic review of stress in staff caring for people with dementia living in 24-hour care settings. *International Psychogeriatric*, 23(1), 4-9. doi: 10.1017/S1041610210000542.
18. Pikó, B. & Piczil, M. (2006). A pszichoszociális munkakörnyezeti jellemzők összefüggése az életelegedettséggel nővérek körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(4), 301-310. doi: 10.1556/Mental.7.2006.4.3
19. Rahe, R. H. & Tollés, R. L. (2002). The brief stress and coping inventory: a useful stress management instrument. *International Journal of Stress Management*, 9(2), 61-70.
20. Rózsa, S., Szádóczky, E. & Füredi, J. (2001). A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői a hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16(4), 379-397.
21. Skrabski, A., Kopp, M., Rózsa, S. & Réthelyi, J. (2004). A koherencia mint a lelki és testi egészség alapvető meghatározója a mai magyar társadalomban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5(1), 7-25. doi: 10.1556/Mental.5.2004.1.1
22. Susánszki, E., Konkoly Thege B., Stauder, A. & Kopp, M. (2006). A Who jóllét kérdőív rövidített (NBI-5) magyar változatának validálása a Hunagrostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 3, 247-255. doi:10.1556/Mental.7.2006.3.8
23. Szabó, L. (2011). *Időskori demenciák családi, társadalmi és pszichológiai vonatkozásai*. Budapest: Akadémia Kiadó.
24. Szabó, N. Hegedűs, K., Szabó, G. & Kopp, M. (2008). Egészségügyi dolgozók munkahelyi stressz-állapota és társas támogatottsága. *Nővér*, 21(1), 10-17.
25. World Alzheimer Report. (2016). *Improving healthcare for people living with dementia. Coverage, quality and costs now and in the future*. London: Alzheimer's Disease International.

The issue of social inclusion of the Roma minority in the Czech Republic from the viewpoint of the Model of the culturally-minded and adapted care

Kristýna TOUMOVÁ, Valérie TÓTHOVÁ, Věra OLÍŠAROVÁ

SUMMARY

Objective: The aim of the research was to map out the area of social inclusion of the Roma minority according to the Model of culturally-minded and adapted care. Above all to find out the subjective opinion of the Roma on their lives in the Czech Republic, the distribution of family roles or the respect of Roma traditions and customs.

Methods: Data collection was carried out using a quantitative survey, in the form of a non-standardised questionnaire. The research group consisted of 600 members of the Roma minority across the Czech Republic.

Results: The results show that the Roma minority feels some intolerance, in some cases even discrimination from the majority of society. Although in a Roma family the traditional division of the roles of the mother - maternal role, the father - the family breadwinner persists, these roles change slightly depending on the style of family upbringing and cohabitation with the older generations. The life of a Roma according to Roma traditions and customs subsides slightly into the background. Younger and single Roma no longer follow traditions like their parents. Therefore, there is an obvious large influence from the majority of society towards the Roma minority.

Conclusion: The Roma minority is a group of people with many specifics. To coexist with a majority society, therefore, there is a need for understanding and tolerance on both sides. For a better understanding of this minority, the conceptual model of the following authors J. N. Giger and R.E. Davidhizar can help us, as it complexly approaches the specific needs of an individual with a different culture or religion.

Keywords: Roma, Socialisation, culturally unique individual

Abbreviations:

p = Independence test

SASD = Statistical Analysis of Social Data

Kristýna TOUMOVÁ

Assistent, University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Sciences, Institute of Nursing, Midwifery and Urgent Care

Valérie TÓTHOVÁ

Professor, dean, University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Sciences, Institute of Nursing, Midwifery and Urgent Care

Mgr. Věra OLÍŠAROVÁ, Ph.D.

Assistant Professor, University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Sciences, Institute of Nursing, Midwifery and Urgent Care

Levelező szerző

(correspondent):

Mgr. Kristýna TOUMOVÁ

E-mail: toumok00@zsf.jcu.cz

Beérkezett: 2018. október 19.

Elfogadva: 2019. február 10.

Introduction

According to Ivanová et al. (2005), it is always necessary to take the patient's ethnic and cultural values into account, as well as opinions and practices related to the care of their health in the provision of healthcare. As stated by Dušičková (2017), the conceptual models that improve care provided help nurses to gain this data. Conceptual models exist since Florence Nightingale began to promote the ideas of nursing for the first time (Pavlíková, 2005). According to Tóthová (2017), the conceptual models

provide a theoretical and philosophical framework for providing nursing care. There are many different models in nursing and medicine. However, it is always important to choose the most appropriate one according to the patient's individual needs.

Transcultural models are used to obtain data from patients from different cultures or religions. As Maňhalová (2016) points out the models dealing with the cultural component of a patient in the nursing field are indispensable today. The basics of transcultural nursing have been put forward by Madeleine Leininger, who said that the main goal is to provide

culturally appropriate healthcare during health as well as illness (Leininger, McFarland, 2002). The work of Leininger has been followed by a number of authors around the world. In particular, J. N. Giger and R. E. Davidhizar, who created the Model of culturally-minded and well-adapted care. This model is based on the original work of Leininger and attempts to simplify the nurses' collection of nursing anamnesis in patients from a different culture or religion (Giger, Davidhizar, 2008).

According to available data, the Roma are the largest ethnic minority living in the Czech Republic. Data in the Report on the Roma Minority's Condition in the Czech Republic indicate that 245,800 Roma lived in the Czech Republic in 2016, representing 2.3% of the total population. In the previous year it was 226,300 Roma minority members. However, according to the report, this figure cannot be interpreted as population growth, but above all it is a refinement of methodological procedures (the Czech Republic, Government Office 2017).

Linking the Roma minority with the Model of the culturally-minded and adapted care can help nurses to understand this group of people better. According to Giger (2014), we are evaluating a culturally distinct individual within this conceptual model, in this case a person from a Roma minority. We find the place of their birth, race, culture, or length of stay in that country. Then, there are 6 areas of evaluation. These include communication, the concept of time and space, biological differences, the influence of environment and education and last but not least, social inclusion.

Methodology

A quantitative survey was used, using the non-standardised questionnaire method to obtain the necessary data. In order to compile the questionnaire, the findings of the Model of culturally-minded and adapted care authored by J. N. Giger and R. E. Davidhizar were used.

The first part of the data collection was conducted in the form of interviews with 8 members of the Roma minority. Questions about this pre-research were based on the model and it was primarily about checking whether the respondents understood the questions.

From the data obtained, a non-standardised questionnaire was created that focused on all 6 areas of the culturally distinct individual in the culturally-minded and adapted care model. These were areas of social inclusion, communication, conception of time, space, influence of environment and education and biological differences.

The research group consisted of 600 members of the Roma minority. This was a quota selection of respondents, where the criterion of age, gender, residence and belonging to the Roma minority was given. Overall, 294 men (49%) and 306 women (51%) aged 15 to 65+ took part in the research survey across all regions of the Czech Republic.

The actual research was conducted from February to December 2016. The questionnaire was distributed through organisations associating the Roma community and the snowball method.

The obtained data were processed using SASD (statistical analysis of social data), where absolute and relative frequency calculations were performed with their calculation of mean values and variability rate. Subsequently, in the second grading, the Chi-square test of good agreement (Pearson Chi-Square) and the Independence test were used. The testing was performed at a significance level ($\alpha = 0.05, 0.01, 0.001$).

Results

The area of social inclusion can be divided into several smaller parts. In the first place, we can include the position of the Roma within the family and the respect of Romani traditions. Roma consider children as the most important member of the family (49.2%), parents (23%) and spouse (19%). Others (8.8%) mostly indicated siblings, cohorts or friends. The results have shown a high degree of consensus among whom they consider the most important family member and the greatest family authority. Therefore, the family member considered to be the most important is also considered to be the largest authority in the family except for children ($p < 0.001$).

According to the respondents, a woman role is primarily a purely maternal role, i.e. she is responsible for raising children (74.3%), looking after the household (59.3%) and securing the generation of offspring (58.8%). Her other roles include decision-making (23.3%) and, in isolated cases, family funding (11.7%). Interestingly, the respondents who reported that parenting is less likely affecting them, more often stated that the woman is primarily involved in raising children ($p < 0.05$). The man acts primarily as the breadwinner and the head of the family. His main task is family financing (79.3%) and decision-making (57.8%). To a lesser extent, they are involved in raising children (29.0%) or households (13.0%). The respondents who have reported that parents are less likely affecting them, more often stated that the male participates in the household (cooking, cleaning) ($p < 0.05$).

The father is the highest authority in the family (30.2%), followed by a spouse (27.5%), a mother

(17.5%), a mother-in-law (5.2%) and a father-in-law (2.3%). When asked whether members of the Roma minority have friends also outside their community, they answered unambiguously yes 26.3% of the respondents, rather yes 19.8%, rather no 36.8% and 15.8% of the Roma have no friends outside the Roma community.

Most respondents 25.2% are proud of their origin, 33.3% are quite proud of their origin and on average 23.7% of the survey participants are proud of their origin. 13.3% of the respondents are not proud of their origin, and 4.5% of them are certainly not proud of them. The majority of Roma minority members are interested in Roma history, namely 57.4% and 42.4% of the respondents have no interest in it. What is interesting is the age of respondents and their interest in Roma history link. Results showed that a statistically significant link between age and interest in the history of Roma culture in the Roma minority was demonstrated. It is true that the higher age the higher interest in the history of Roma culture ($p < 0.001$).

8.8% of the respondents totally live according to Roma traditions, 14.7% generally do, 20.0% on average, 37.8% more than likely do not live by Roma traditions and 18.7% do not follow Roma traditions at all. They consider the main Roma tradition to honour the family (3.7%). The results showed a statistically significant link between the family status and the respect of family traditions in the Roma community. Single and divorced people respect the family traditions much less, and traditions are observed more by widowed respondents or married couples ($p < 0.05$). Roma traditions are also respected more by those who live with parents or a wider family than others who live alone ($p < 0.001$).

In the part for co-existence of the majority and minority society, these results were obtained. As far as the subjective views of the Roma on life in the Czech Republic are concerned, the largest number (59%) of respondents are satisfied or very satisfied (6.8%) with life in the Czech Republic. However, on the other hand 4.8% are not satisfied and 3.7% are very dissatisfied. Others responded neutral, i.e. they were neither satisfied nor dissatisfied (25.2%) (Toumová, 2007).

In the Czech Republic, 71.0% feel discriminated against and only 28.7% of the respondents do not feel discriminated against. The Roma mostly feel restricted in the labour market (49.3%), social support (44.0%), education (25.7%) and healthcare (25.2%) (Toumová, 2017). The area of discrimination significantly affects whether a respondent is employed or not. The unemployed suffer the feeling of discrimination significantly more than employed individuals ($p < 0.001$).

When questioned whether the Roma minority members think that the majority of society is incompatible with them, most respondents answered moderately (35.5%). 26.3% of respondents answered Rather yes, 17.7% said yes, rather not 16.8%, and not was the reply of 3.2% of respondents (Toumová, 2017).

As far as healthcare is concerned, interesting results have also emerged here. When hospitalised, the respondents want healthcare professionals to communicate health information directly to the person concerned (62.5%) or husband or wife (13.8%). 65% of respondents want health professionals to respect cultural specifics, but 34.5% do not have this need (Toumová, 2017). 42.0% of respondents also wish their faith to be respected while hospitalized, 11% do not feel this need, and 46.7% say they do not believe. According to respondents, healthcare professionals respect their cultural differences completely (6.5%), mostly yes (23.3%), moderately (42.0%), rather not (22.7%) and not at all (4.8%).

The respondents clearly consider the physicians (68.2%) to be the greatest authority in healthcare. Some said that nobody (15.3%) or nurses (14.3%). When asked whether these authorities are recognised by them, 38.0% of respondents replied mostly yes, 21.2% completely yes and 20.3% moderately. On the contrary, these authorities are not recognised by 8.3% of respondents at all and usually not by 10.7%. The positive finding is that 84% of respondents trust the Czech healthcare workers. Only 15.6% of the respondents do not trust Czech healthcare workers.

Regarding the observance of certain rituals and rituals during an illness, only 4.0% of respondents said they fully adhered to them. Mostly yes (11.0%), moderately (10.0%), mostly not (13.2%), not at all (8.5%) and no rituals 53.0%. If the respondents have some rituals during an illness, they usually do not follow them during hospitalisation. However, with respect to rituals at the death of a family member, 42.7% said to have these rituals and 56.7% said they did not. Most often it is singing (5.0%). It is true that people who do not live in accordance with Roma traditions, do not keep rituals and ceremonies during stay at a hospital ($p < 0.001$).

During nursing, only 3.5% of respondents have had care that was, in their view, contrary to their cultural habits and rituals. But most do not have this experience and say they have never met such care (96%). A similar result was also found when questioned whether the Roma met with the provision of care that would be contrary to their religious customs and rituals. Here, 98.7% said that not and only 0.5% that they have met with such care.

Discussion

As far as the socio-economic position of Roma in society is concerned, this minority can be distinguished into two groups. Based on the estimates, roughly half of Roma living in the Czech Republic represent Roma who are integrated into society. The second half is represented by Roma who are socially excluded or threatened by social exclusion (the Czech Republic, Government Office, 2017). According to current data, the Roma face persistent prejudice, intolerance and discrimination from the majority society. According to the latest nationwide study of the Analysis of Socially Excluded Sites in the Czech Republic, the most socially excluded localities were in the regions of Karlovy Vary, Ústí nad Labem, Olomouc and Moravian-Silesian in 2014. They are mostly including Roma, but there are also many non-Roma exclusion issues, especially unemployed or elderly (Čada et al., 2015). This fact is confirmed by our research survey results. According to the subjective opinion of members of the Roma minority, a large proportion (44%) of respondents are convinced that the Czech majority society is intolerant towards them. Even 71% of respondents feel discriminated against in different areas of life. This fact is unfortunately confirmed by data provided by the Roma minority representatives. From this data it follows that up to 86% of the majority Roma society directly rejects and demands their segregation (Klicperová - Baker, Košťál, 2012). Most often, Roma feel that they are being discriminated against on the labour market (49.3%). This result is confirmed by the Report on the Condition of the Roma Minority in the Czech Republic in 2016. This is mainly due to the fact that some of the employers approach the Roma at the beginning with considerable prejudices and allegedly poor experiences and collectively attribute to this group of inhabitants characteristics such as unwillingness to work and bad previous experience. Therefore, they do not even give a specific Roma candidate the opportunity to prove their working capacity (the Czech Republic, Government Office, 2017). Discriminatory issues mainly on the labour market were also confirmed by other researches. According to Lidová, Kajanová and Tovtová (2015), the prejudices against this minority stem from the primary identification when the Roma are evaluated on the basis of skin colour.

According to another finding by the Czech Republic, Government Office (2017), the majority of the Czech population has expressed long-term negative attitudes towards the Roma. The Roma minority has long been ranked as the most unpopular minority living in the Czech Republic. In 2017, Arabs became

the nation's most antipathic group. Although it is a long-term task, the government has not yet succeeded in improving the perception of the Roma minority among the Czech Republic inhabitants.

The position of a woman and a man in a family basically depends on the family characteristics and the way of life. In principle, it is possible to say that the more traditional distribution of roles remains among families living isolated in the environment of Roma settlements compared to families living dispersed among other populations (Davidová et al., 2010). Our research survey showed a more traditional division of roles. According to respondents, a woman's main task is the upbringing of children (74.3%) and the concern for the household (59.3). A man should mainly secure the family financially (79.3%) and participate in family decision-making (57.8%). However, a certain shift can be seen in the distribution of household roles. The woman also participates in family decisions (23.3%) and man, for example, in the household (13.0%). Authority in the family belongs to both women and men. Father represents authority for 30.2% of respondents and mother for 27.5% of Roma. This slightly changes the position of a woman within a family, where in the recent past, a woman had more inferior position (Davidová, et al., 2010). As a result, the primary provision of information to family members is changing within healthcare. Most respondents agree that first they want to know the information themselves (62.5%), only 13.8% wants information to be passed to the spouse first.

Health for the Roma is at the forefront of life values after family (Toumová, 2017). Therefore, if Roma are hospitalised, they do not usually refuse treatment or diagnosis (Nováková, 2012). Research conducted by Nováková and the team (2012) revealed that, in connection with hospitalisation, members of the Roma minority do not require any special measures and trust the Czech healthcare professionals. Similar findings have also emerged from our research. Here respondents reported that 96.0% of them did not encounter care that would be contrary to their cultural habits and traditions, and 98.7% said they did not even experience care that would be contrary to their religious conviction. They actually appreciate the work of health care professionals, they acknowledge healthcare authorities (79.5%) and trust Czech healthcare staff (84.0%). According to Nováková (2012), Roma even stated in one of the research surveys that they assess the behaviour of nurses and physicians as kind, dignified and friendly to both the patients themselves as well as their families.

Requiring respect for cultural or religious customs and traditions by healthcare professionals at

the time of hospitalisation depends primarily on a particular Roma family. According to Kajanová and Dvořáčková (2013), we can say today that we still have traditional Roma families in the Czech Republic that adhere to Roma customs and traditions, have a clear division of roles between women and men and mostly use Roma language than Czech in common communication. However, on the other hand, there are Roma families that are already abandoning the traditional division of family roles, as well as respecting Roma traditions. They more tend to the traditions of the majority society that they are trying to get closer to. Our survey shows that only 23.5% of respondents live according to Roma traditions. Those who live in a marital relationship with parents or a wider family stick to the traditions far more than those who live alone or with only a partner. The interest of the Roma in their origins is related to age and again depending on the community the individual is brought up to. The older the individual, the more proud they are of their origins and interested in the history of Roma culture ($p < 0.001$). According to Blasco (2008), lack of interest in the Roma's past may be due to the fact that Roma are primarily oriented to the present. *"Understanding how the Gypsies are dealing with the past is key to understanding the processes through which they continue to act as a group in the midst of non-gypsy society"* (Blasco, p. 73, 2008).

References

- Blasco P G (2008). „Neznáme svtj původ“: Jak Cikáni z Jarany zacházejí s minulostí. In: Jakoubek M. Cikáni a etnicita. Praha: Triton.
- Čada K, et al (2005). Analýza sociálně vyloučených lokalit v ČR. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.
- Davidová E, et al (2010). Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České republice a Slovenské republice. Praha: Triton.
- Dušičková T (2017). Colorectal cancer and nutrition in relation to a nursing model by M. E. Levine. Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation. 8/3-4: 109 – 113.
- Giger J N (2014). Transcultural Nursing: Assessment and Intervention. St. Louis: Elsevier Health Sciences.
- Giger J N, Davidhizar E R (2008). Transcultural nursing assesment and intervention. St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Ivanová K, et al (2005). Multikulturální ošetrovatelství I. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1212-1.
- Kajanová A, Dvořáčková O (2013). Jak ovlivňuje udržování romských tradic život současných romských komunit v České republice a na Slovensku? Kontakt. 15/3: 276-281.
- Klicperová – Baker M, Košťál, J (2012). Diversity or behavioral deviance? Social distance from Roma, gays, people with AIDS and other minorities. Československá psychologie. 56/4: 297-314.
- Leininger M M, McFarland M R (2002). Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division.
- Lidová L, Kajanová A, Tovtová Š (2015). How can prejudices and stereotypes affect everyday life of Roma women? Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation. 6/1-2: 40-45.
- Maňhalová J (2016). Možnosti využití koncepčních modelů kulturních kompetencí v ošetrovatelské profesi. Kontakt. 12/2: 78 – 84.
- Nováková D. (2012). Romská minorita. In: Tóthová V, et al. Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin. Praha: Triton.
- Pavlíková S (2005). Modely ošetrovatelství v kostce. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1211-6.
- Šlechtová D, Bürgerová O (2009). Specifika romského etnika ve vztahu k poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče. Kontakt. 6/1: 187-192.
- Toumová K (2017). Aplikace Modelu kulturně ohleduplné péče u romské minority. IN: Tóthová V, Olišarová V. Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství. Praha: NLN.
- Tóthová V, Olišarová V (2017). Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství. Praha: NLN.
- Úřad vlády České republiky (2017). Zpráva o stavu romské menšiny v České republice za rok 2016. Praha: Oddělení kanceláře Rady vlády pro záležitosti romské menšiny a sekretariátu Rady vlády pro národnostní menšiny.

Conclusion

Nowadays, linking conceptual models to nursing care is absolutely necessary. Tothová (2017) states that nurses should be aware that the distance between theory and practice will gradually diminish even though the nursing staff will use the knowledge that science brings and start applying them even more to practice. However, it is important to realise that it is always necessary to look at the individual needs of the individual and adapt the nursing care. That's where the conceptual nursing models can help us.

The coexistence of the Roma minority with the majority will probably never be without certain misunderstandings. Given that the Roma are a very specific community, with different principles and rules that seem incomprehensible to others. Even so, or because of that, it is necessary to start looking for the way to get closer to them. As stated by Šlechtová and Bürgerová (192, 2009) *"... seeking mutual understanding and consensus is the only way to secure the future existence of mankind."*

Acknowledgments

This contribution is a part of the grant research project number 048/2015/S, which is being conducted thanks to the financial support of the Grant Agency of the University of South Bohemia in České Budějovice.

ÁPOLÁSVEZETÉS

A hatékony dolgozói teljesítményértékelési rendszerek

SÁRGA Norbert Zétény

ÖSSZEFOGLALÁS

A jól működő teljesítményértékelési rendszer (TÉR), és az abból származó információk bármely vezetői döntés meghozatalához támogatást nyújtanak. A TÉR kidolgozásakor nemcsak a teljesítmény definiálása kulcsfontosságú, hanem annak kialakítási lépései is; úgy mint milyen célra használjuk a TÉR-t, milyen módszerrel értékeljük, kik legyenek az értékelési rendszer szereplői. Jelen tanulmányban bemutatásra kerülnek a különböző értékelési technikák, módszerek; az írásbeli és szóbeli értékelések, valamint az értékelő interjú fontossága, hatékony alkalmazása. Ismertetésre kerülnek továbbá az értékelések során felmerülő nehézségek, értékelési hibák is.

Kulcsszavak: emberi erőforrás, teljesítménymenedzsment, dolgozói teljesítményértékelés, kórház

Efficient employee performance appraisal systems

Norbert Zétény SÁRGA

SUMMARY

A well-functioning performance appraisal system and information obtained from it will provide support for executive decisions. Developing the performance appraisal system, not only the definition of performance is a key factor, but also the steps to be taken to shape it; such as the purpose for which the performance appraisal system is to be used, the method of evaluating who the members of the evaluation system are. This paper presents the various evaluation techniques and methods; the importance and effective application of the written and oral evaluations as well as the evaluation interview. Furthermore, the difficulties encountered in the evaluations and the evaluation mistakes are described.

Keywords: human resource, performance management, employee performance appraisal, hospital

SÁRGA Norbert Zétény
Gyógytornász, egészségügyi menedzser, Nagykőrösi Rehabilitációs Szakkórház és Rendelőintézet
PhD hallgató, Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, 4/3 Doktori Program

Levelező szerző

(correspondent):

SÁRGA Norbert Zétény,

E-mail cím:

sargazeteny@gmail.com

Beérkezett: 2018. november 3.

Elfogadva: 2018. november 26.

Bevezetés

Jelen publikáció a MESZK IV. Országos Ápolás-innováció és Ápolásmenedzsment Tudományos Konferenciáján elhangzott előadás nyomtatásban megjelenő változata. 2015 őszén a Semmelweis Egyetem EMK Egészségügyi menedzser MSc programjában projektmunka kapcsán a Nagykőrösi Rehabilitációs Szakkórház és Rendelőintézet Központi Fizioterápiás Osztályán kidolgoztuk és bevezettük a dolgozói teljesítményértékelési rendszert (TÉR). Ezt követően, 2016-ban egy kutatás keretében felmértük a Dél-Alföldi Térség kórházait is. Ehhez a projekthez is kapcsolódó szakirodalom kutatás képezi összefoglaló tanulmányom vázát.

A tervezés minden menedzsment tevékenység szerves része, így a stratégiai emberi erőforrás menedzsment megköveteli az előregondolkodást, hogy a szervezeti és az egyéni szükségletek jobban találkozzanak. Ez a fajta (újyszerűbb) megközelítés

lehetővé teszi, hogy a szervezet stratégiai partnerként tekintsen alkalmazottaira, az ő tudásukat versenyelőnyként használja fel a piaci környezetben (Kariithi & Ogutu, 2016). Ez a szemléletmód nemcsak a teljesítménymenedzsment (TM) területét érinti, de a képzés-fejlesztés, vagy a toborzás-kiválasztás alrendszerét is.

„Mért van, az hogy bizonyos szervezetek sikeresebbek, mint mások?” – teszi fel a kérdést Aguinis a teljesítménymenedzsment alapvető ismeretét adó tankönyvében (Aguinis, 2005). Noha könyve az üzleti világban dolgozók számára íródott, válaszából a közsférában lévők is profitálhatnak. A szerző szerint a TM az a kulcsfontosságú, amely átalakítja az egyén tehetségét és motivációját a szervezet stratégiai, üzleti előnyévé. Ehhez szorosan kapcsolódik a TM meghatározása, amely Karolinyné szerint a TM „megegyezéssel teljesítménytervezés, célkitűzés, a teljesítmény nyomon követés, mérés, értékelés, minősítés, visszacsatolás és elismerés olyan folyamata, melynek célja az

egyéni teljesítmények és a szervezeti stratégiai célok közötti összhang megteremtése, valamint azok folyamatos javulásának biztosítása” (Karolinyné & Poór, 2010).

A TÉR az egyik legfontosabb eszköze az emberi erőforrás menedzsmentnek, de egy nem jól felépített és megvalósított TÉR károsabb lehet, mint amennyire hasznos (Misiak, 2010). Mitől lesz hatékony egy TÉR? A teljesítmény mérésére szolgáló rendszer azokat a teljesítménymutatókat méri, amelyekről érdemi információt kívánunk szerezni, mindezen információkat pedig a legmegfelelőbb csatornán gyűjti be. Ezért elsődleges, hogy a teljesítmény mérésére szolgáló rendszert céljainknak megfelelően alakítsuk ki. A helyes kialakításhoz szorosan kapcsolódik annak megfelelő működtetése is. Az elmondottak alapján szükségesnek tartom ismertetni a szakirodalom által feldolgozott és ajánlott rendszereket, ugyanakkor tisztában kell lennünk a használt TÉR korlátaival, esetleges mérési nehézségeivel, problémáival. Bármely teljesítményértékelő rendszer kialakítása az alábbi kérdések megválaszolásával épül fel, amelyeket a következőkben tekintünk át.

Milyen cél elérésének támogatására használjuk a TÉR-t?

A TM rendszerek hatékony működésének első és talán legfontosabb feltétele annak eldöntése, hogy mely TM cél mentén dolgozzuk ki a teljesítmény értékelésére szolgáló rendszert (Bakacsi et al., 1999). A szakirodalom az alábbi célokat különbözteti meg: stratégiai/üzleti, fejlesztési és adminisztratív/kompenzációs célok (Bokor et al., 2009, Karolinyné & Poór, 2010, Takács, 2000, Cleveland et al., 1989, Boswell & Boudreau, 2002). Bokor és szerzőtársai szerint *„stratégiai célon azt értjük, hogy a hatékony TM rendszer a szervezet stratégiai, üzleti céljait elősegítő, vállalati kultúráját támogató magatartásra, viselkedésre ösztönzi a szervezet tagjait*” (Bokor et al., 2009). A szerzők kiemelik a kommunikáció fontosságát, amely kritikus tényezője az ilyen felépítésű teljesítményértékelő rendszereknek. A fejlesztési jellegű célok alkotják a TM rendszerek következő csoportját. Bokor és szerzőtársai szerint *„a fejlesztési célt szolgáló értékelés során – általában az értékelő interjú folyamán – az értékelő és az értékelt közösen megvitatják a lehetőségeket, meghatározzák a vállalat és az egyén szempontjából szükséges jövőbeli fejlesztési irányokat*” (Bokor et al., 2009). Karolinyné és szerzőtársa elmondják, hogy *„az erősségek és gyengeségek feltárása az értékeltnél reális(abb) önértékeléshez vezet, a hibák ismerete megteremti a javítás lehetőségét*” (Karolinyné & Poór, 2010). Az ebből származó információk a képzés és fejlesztési rendszer alapjául szolgálhatnak. Az ilyen szemléletű rendszerben történő fejlesztési

célokat az értékelttel együtt, a munkavállalóval közösen fogalmazzák meg, mivel az ő fejlesztéséhez az ő aktív részvétele nélkülözhetetlen. Ez egyben a magasabb rendű motivációk kielégítéséhez is hozzájárul. A TM célok harmadik nagy csoportja Bokor és szerzőtársai szerint az adminisztratív célok, míg Karolinyné a jutalmazásai célok fogalmát használja. Bokor és szerzőtársai szerint *„a TM rendszerek adminisztratív célja, hogy megalapozza és támogassa a szervezet kapcsolódó HR alrendszerének döntéseit, kielégítse információigényüket*” (Bokor et al., 2009). Példának hozza fel a javadalmazás és kompenzáció, belső kiválasztás, és a képzés és fejlesztés alrendszerét. Mivel a jutalmazás és a fejlesztés eltérő értelmezést kívánnak: a kompenzáció kapcsán az értékelt a hibátlan, míg a fejlesztés kapcsán a fejlesztendő gyengeségeket feltáró értékelésben érdekelt. Emiatt a teljesítményértékelési rendszer egyszerre nem tudja teljesíteni ezt a két szempontot (Boswell-Boudreau, 2002), javasolt szétválasztani ezt a két típusú értékelést és két egymástól különböző időpontban lefolytatni.

Mit értékelünk?

A TM rendszer második lépése annak eldöntése, hogy mit tekintünk teljesítménynek; mi az, amit értékelni fogunk. Karolinyné az alábbi három nagy csoportot különbözteti meg: tulajdonság, magatartás és eredmény alapú információ, új megközelítésnek említi a kompetencia alapú információkat (Karolinyné & Poór, 2010), míg Bokor és társai alapvetően két, eredmény és kompetencia alapú teljesítményértékelésről beszélnek (Bokor et al., 2009). Az ő megfogalmazásukban az eredmény alapú teljesítményértékelés *„a szervezetek jelentős része az értékelt munkájának tényleges outputját, elért számszerűsíthető (vagy legalábbis objektívan mérhető) eredményeit kívánja mérni és értékelni*” (Bokor et al., 2009). A nehézséget az objektív mérőszámok definíálása, illetve az egyértelműen a munkavállaló által befolyásolható célok meghatározása okozza. Különösen igaz ez az egészségügyi tevékenységekre, hiszen ha eredménynek tekintjük a beteg gyógyulását, akkor annak elérése részben nem csak a kezelőszemélyzet munkájától függ, hanem a betegség lefolyásától, a beteg egészségi állapotától, valamint terápiás együttműködésétől is.

Bokor és társai szerint a *„kompetencia alapú értékelések azokra az alapvető és megbízhatóan mérhető személyes tulajdonságokra, jellemzőkre koncentrálnak, amelyek az adott munkakörben különböző szituációkban és feladatoknál a lehető legjobb teljesítményre vezetnek*” (Bokor et al., 2009). Megkülönböztetnek tudás (készségek, képességek), motiváció és attitűd (értékek, személyes önkép) jellegű kompetenciákat. A tudás (rendszerezett információ), készségek (ta-

nult gyakorlat), képességek (testi-lelki adottság, jellemző) konkrétan észlelhető, viszonylag egyszerűben mérhető és fejleszhető kompetenciák. Az egyén magatartását alakító, meghatározott irányba terelő motivációkra csak indirekt módon, a magatartáson keresztül következtethetünk, és fejlesztésük sem egyértelmű. A harmadik csoportba sorlják az attitűdöt, értékeket, személyes önképet, amelyekre szintén csak a magatartásból tudunk következtetni, és megváltoztatásuk, fejlesztésük ugyancsak nem egyszerű (Bokor et al., 2009). A Karolinyné által megfogalmazott három nagy csoport, a tulajdonság, magatartás és eredmény alapú információ. A tulajdonság alapú információk alapjai az emberek, a munkavállalók általános tulajdonságait tárják fel (példának említi a kreativitást, a kezdeményezőkézséget). Ugyanakkor mivel nem veszi figyelembe a munkavállalók cselekedeteit, emiatt használata korlátozott. A magatartás alapú információkhoz egyes jól megragadott magatartástípusokat vizsgálnak (például együttműködési hajlandóság, verbális meggyőzőerő). Ez az értékelés a munkatárs szándékától függ, ezért fejlesztési célú értékeléseknél jól használható. Az eredmény alapú információk a munkatársak munkájának közvetlen teljesítményéről adnak tájékoztatást. A szerző elmondja, hogy azon munkakörök esetében, ahol jól kifejezhető kategóriákkal mérhető az eredmény, ott viszonylag objektíven mérhető azok elérése, teljesülése; abszolút módon például árbevétel, vagy relatív módon: mutatószámokkal (például egy teljesítménykritérium %-os teljesülése, vagy másokhoz viszonyított teljesítményszint). Az egyén teljesítményének megítélése kapcsán merül fel az a kérdés, hogy a kórházak, az egyes intézmények hogyan definiálják magát a teljesítményt, az elérni kívánt eredményt? Az egészségügyben – az ágazat specialitásából adódóan – ugyan megfogalmazhatók elvárt eredmények, azok kvantifikálása és mérése azonban nehezebb. A mérési nehézségek közé sorolható az „*információs aszimmetria*”: az egészségügyi ellátást igénybevevő nehezen tudja megítélni a kezelés eredményességét (Iványi, 2014), ugyanakkor egy terápia sikeressége a páciens terápiás együttműködésétől (compliance) is függ. További értékelési problémák forrása lehet az is, hogy bizonyos fekvőbeteg osztályokkal rendelkező kórházak eltérő teljesítendő feladatokat vagy elérendő állapotokat tekintenek eredménynek. Az elérendő teljesítmény különböző egy akut sebészeti osztályon, egy mozgásszervi rehabilitációs osztályon vagy egy krónikus belgyógyászati osztályon. Az életmentő, azonnali vagy az elektív beavatkozások kapcsán pontosabban definiálható az eredmény, azonban a rehabilitáció területén már nehezebben. Ott eredménynek tekinthető az állapot romlásának megelőzése vagy az elért állapot megőrzése is. Az

értékelést megnehezíti az is, ha az egyik munkavállaló teljesítménye egy másik munkavállalótól függ, vagy ha a munkafeladat végrehajtását több mint egy fő végzi. Ilyen esetekben a csoportos teljesítményértékelés jöhet szóba, annak minden nehézségével és kockázatával.

Milyen módszerekkel értékeljük?

A szakirodalom az alábbi formális értékelési gyakorlatokat különbözteti meg (Bokor et al., 2009, Karolinyné & Poór, 2010). Osztályozó skálák (Karolinyné & Poór, 2010). „*Az egyik legnépszerűbb módszer, amelyben először a teljesítmény-információ típusok fontosnak tartott elemeit (például a munka mennyisége, minősége, együttműködés, pontosság) választják ki. A kiválasztott kritériumok jelentését esetlegesen tömören definiálják (például kommunikáció: érthetően, strukturáltan és tömören kommunikál egyéni és csoport-megbeszéléseken), vagy csak megnevezik. Ez után következik a különböző teljesítményszinteket megjelenítő skálák kiválasztása. A skálafokokatok száma általában háromtól kilencig terjed. A skála lehet páros vagy páratlan számú, a legnépszerűbb az iskolai osztályzatok öt fokozatának használata*” (Karolinyné & Poór, 2010.). Bokor és szerzőtársai ugyanezt grafikus értékelési skálák módszerének nevezik (Bokor et al., 2009). Ugyanők a következő módszereket sorolják fel:

- Vegyes értékelési skálák módszere. Bokor szerint a grafikus értékelési skálák továbbfejlesztéseként több dimenzióban értékelik, hogy a teljesítmény átlag feletti, átlagos, vagy átlagon aluli (Bokor et al., 2009).
- Ellenőrző lista. „*Teljesítményre, magatartásra vagy kompetenciára vonatkozó állítások közül kell kiválasztani, melyik jellemző az értékeltre*” (Bokor et al., 2009).
- Kötetlen formájú jelentés, esszé. Az értékelő feladata, hogy szabadon fogalmazza meg írásban észrevételeit, javaslatait, gyengeségeit, ill. erősségeit. Mind a terület, mind a szempontok kiválasztása az értékelőre vannak bízva. Karolinyné szerint ez a módszer leginkább csak fejlesztési célra használható, további korlátja az értékelők írásbeli kifejezőkézsége lehet.
- Munkanorma. Leginkább a termelőmunkát végzők munkájának megítéléséhez ad segítséget, a ténylegesen elkészült munkadarabok, vagy azok előállítására felhasznált idő és az ezeket meghatározó sztenderdek, normák összehasonlítása révén. Használata a mai modern szervezeteknél már nem annyira gyakori, de kiegészítő alkalmazása előfordul.
- Kritikus esetek módszere. A módszer lényege, hogy az értékelők a megfigyelési időszak alatt gyűjtés és jegyezzék le az értékeltek munkamagatartásának kiemelkedően jó, illetve nagyon rossz, tehát

kritikus eseteit, tényezőit, azok megjelenési módját. Előnye a munkakör-specifikussága, és a sok konkrét magatartásminta használata mellett, hogy kevésbé vádolható az értékelő elfogultsággal. Hátránya, hogy időigényes és összehasonlításra nehezen használható. Önálló technikaként manapság ritkán használják.

- Magatartásformákkal jellemzett osztályozó skála (MJS). „*Ez a viszonylag új módszer azáltal csökkenti a tradicionális osztályozó skálák problémáit, hogy a kritikus esetek módszerével kombinálja azokkal, úgy, hogy az új osztályozó skála fokozatait az értékelt munkakörének magatartáselemeivel definiálja*” (Karolinyné & Poór, 2010.). A skálák közvetlenül a vizsgált munkakörhöz igazíthatóak, ezáltal precízebbek, mint a hagyományos skálák. A kifejlesztése idő- és költségigényes, ugyanakkor egyértelműen definiálhatóak az egyéni képzés-tervezés alapjául szolgáló magatartásbeli hiányosságok. A magatartásformákkal jellemzett osztályozó skáláknak többféle továbbfejlesztett változata létezik, ezek egyike a magatartás-megfigyelő skála.

- Magatartás-megfigyelő skála (MMS). Ahogyan az előbb is említésre került, ez a skála is épít a kritikus esetek technikára. „*Úgy, hogy leírja azokat a magatartásokat, amelyek a munkakör legfontosabb elemeit képezik. A két módszer közötti fő különbség az, hogy itt az értékelt magatartásformáinak azonosítása helyett az értékelőnek azt kell megjelölnie, hogy milyen gyakran figyelhette meg az adott magatartástelemt a vizsgálati időszakban, esetleg, hogy milyen mértékben volt az megfigyelhető*” (Karolinyné & Poór, 2010). Ennek a technikának a kifejlesztése is idő- és költségigényes.

- Célközpontos vezetés – Management by Objectives (MbO). A magyar szakirodalomban használatos neve a Megegyezéses Eredménycélokkal történő Vezetés (MEV) (Karolinyné & Poór, 2010). Ebben a technikában a hangsúly a jövőbeli teljesítményelváráson van. Összeköti az egyéni és szervezeti célokat, illetve aktív részvételt biztosít az értékeltnek a vele szemben támasztott teljesítményelvárások megfogalmazásában. Ezek mellett a közösen megfogalmazott célkitűzés lehetővé teszi az értékeltnek az önértékelést is, vagyis a munkavállaló és az értékelő előre közösen fogalmazza meg azokat a célokat, amiket az értékeltnek a következő időszakban el kell érnie. Itt fontos továbbá a motivációs hatás: a saját tevékenység feletti kontroll megélése, a célok megfogalmazásába való beleszólás lehetősége egyben a magas rendű motivációk (elismertség, önmegvalósítás) kielégítéséhez is hozzájárulnak.

Az eddig megnevezett technikák, módszerek csak egy-egy személy, munkavállaló egyéni teljesítményének a mérése szolgáltak. Az alábbiakban van mód több alkalmazott összehasonlítására. Ilyen a rangsorolás: az értékelő feladata, hogy az értékelteket a leg-

jobbtól a legrosszabbig sorba állítsa. Nehézség akkor jelentkezik, ha az értékelendők száma meghaladja a húsz főt (Karolinyné & Poór, 2010). Ezt segíti a páros összehasonlítás, amelyben a munkavállalókat páronként hasonlítják össze, ill. a válogató sorbaállítás, amikor az értékelő először a legjobbat, ill. a rangsor végére a leggyengébb beosztottat választja ki, majd a következő legjobbat, ill. a leggyengébbet, így közelítve a közép felé (Karolinyné & Poór, 2010). Kényesített szétosztás Bokor és szerzőtársai szerint „*ez a módszer előre meghatározott számú és nagyságú kategóriába sorolja, általában több dimenzió figyelembevételével a munkavállalókat*” (Bokor et al., 2009).

Kik legyenek az értékelési rendszer szereplői?

Az értékeléshez szükséges információ több mindenkéntől származhat. A teljesítménnyel kapcsolatos információk lehetséges forrásai között az első számú szereplő az értékelt főnöke, közvetlen felettese, munkahelyi vezetője. Pozíciójából kifolyólag neki van a legjobb lehetősége arra, hogy rálásson az értékelt munkavégzésére, teljesítményére, valamint a munkavállaló számára kijelölt kötelezettségekkel és a felé támasztott elvárásokkal is tisztában van (Bokor et al., 2009, Boncz et al., 2011, Karolinyné & Poór, 2010). Előfordulhat azonban olyan munkakör, tevékenység, ahol a felettes nem lát bele a munkavégzésbe, vagy nem tudja munka közben ellenőrizni a munkavállalót (Bokor et al., 2009). Ilyenkor fontos más értékelők bevonása.

- Önértékelés. Az önértékelés mellett szóló érvek egyike, hogy a munkavállaló pontosan tisztában van motivációjával, saját munkavégzéséről kellő információval rendelkezik (Bokor et al., 2009). Ugyanakkor az önértékelésnél felmerülhet a saját teljesítményünkkel kapcsolatos elfogult értékelés: nem mindig tudjuk, vagy nem akarjuk tisztán, objektíven látni saját teljesítményünket. Az attribúciós elmélet szerint továbbá hajlamosak vagyunk a sikereket önmagunknak, míg a kudarcokat másoknak tulajdonítani (Bakacsi, 2015, Bokor et al., 2009, Bakacsi et al., 1999).

- Munkatársak általi értékelés. A közvetlen munkatársak által nyújtott információk értékesek, hiszen nekik is van rálátásuk az értékeltek tevékenységeire, munkavégzéseire, magatartásukra (Bakacsi et al., 1999). Bakacsi és szerzőtársai szerint azonban a hazai gyakorlatban – több okból kifolyólag sem – sem terjedt el a használata. Az egyik ok a hatalmi- és státushierarchia megváltozásától való félelem, a másik ok pedig, hogy a munkatársi értékelés torzításokra épül, amely torzítások további két lehetséges okra vezethetőek vissza (személyes szálak, barátságok a

kollégák között, illetve a kiemelkedő egyéni teljesítmények a csoport számára hátrányosan változtatják meg a teljesítménynormákat) (Bakacsi et al., 1999).

- HR-részleg. Az EEM részleg munkatársai nemcsak a TÉR kidolgozásában, hanem annak működtetésében is részt vállalnak. Kiemelkedő tevékenységük az értékelő vezető munkájának az adminisztratív támogatása, a képzés-fejlesztések előkészítése (Karolinyné & Poór, 2010). Ehhez kapcsolódóan Karolinyné elmondja, hogy a szervezetek gyakran külső tanácsadói segítséget igényelnek a TÉR ki- illetve átalakításakor.

- Bokor és szerzőtársai a külső értékelő szerepét is kiemelik, hiszen különösen a szolgáltatási szektorban, az ügyfél közvetlen információval, tapasztalattal rendelkezik az alkalmazott munkájával, magatartásával (Bokor et al., 2009). Ehhez kapcsolódóan megfontolandó, hogy a kórházakban használatos beteg-elégedettségi felmérések – mintegy vevő elégedettség mérés – értékes információk hordozója lehet. Mi több: a beteg (ügyfél) elégedettsége önmagában is a teljesítmény értékelésére alkalmas kritérium. Bokor a külső értékelés belső változatának nevezi az adott munkavállalóval munkakapcsolatban álló más szervezeti egység, például a HR-részleg általi értékelést.

- Értékelő bizottság. A közvetlen felettesből és 3-4 tagból álló bizottság több dimenzióból látja az értékelt munkáját. A bizottság összetétele vegyes: tagja lehet akár az értékelt által delegált tag is, de felső vezető, kolléga, ügyfél, szakértő is lehet tagja. Az így nyert értékelés általában hiteles, de idő és erőforrás igényes (Karolinyné & Poór, 2010). A TM-ben egyre népszerűbb a többfázisú vagy többforrású – azaz, több értékelő véleményére együttesen építő – 360°-os visszajelzés (Bokor et al., 2009, Karolinyné & Poór, 2010, Bakacsi et al., 1999). Ennek a módszernek a lényege, hogy az értékelt munkájáról a lehető legobjektívabb és a legteljesebb képet kapja hasonlóan az értékelő bizottsághoz, úgy, hogy az értékelők teljes körét bevonja az értékelési folyamatba. Bokor kiemeli, hogy leginkább fejlesztési célú értékelési rendszerben hatékony, hiszen ez a módszer eléggé energia és adminisztráció igényes. Ehhez kapcsolódóan megfontolandó, hogy a kórházakban használatos beteg-elégedettségi felmérések – mintegy vevő elégedettség – értékes információk hordozója lehet.

A TM és a dolgozói elkötelezettség

Az értékelés nemcsak kognitív folyamat, mert rendelkezik egy szociológiai és egy szervezeti kontextussal is (Jenkins, 2005). Az értékelést jellemzően egy individualizációs folyamat hatja át. Az értékelésnek – hiszen emberek munkáját mérlegeljük, ítéljük meg – pszichológiailag is átgondoltnak kell lennie.

Az emberi tőke kezelésének az Achilles-sarka a TM (Gruman & Saks, 2010). A dolgozói elkötelezettséget gyakran úgy tartják számon, mint egy szervezet sikerének és a versenyképességének legfontosabb tényezőjét. A teljesítményértékelések kapcsán Hermel-Stănescu tanulmánya jól szemlélteti az egyéni és az intézményi célok összehangoltságának fontosságát (Hermel-Stănescu, 2015). A szerző elmondja, hogy a helyesen felépített és megvalósított TÉR az üzleti világban a cégek, szervezetek kritikus sikertényezője. A TM a jövő felé irányul; a fejlesztések, fejlődések irányába, nem szimplán a múltbeli értékelésen. Ez egy folyamatos és evolutív folyamat, amelynek révén idővel javul a teljesítmény. Ezt nevezi a szerző teljesítménymenedzsment ciklusnak. Ezen ciklus szakaszai: teljesítmény és fejlesztési tervezés, a teljesítmény mérése, a célok valamint a célok integrációja.

A folyamat lényeges momentuma a teljesítményértékelés munkavállalók általi elfogadása, annak elősegítése. Az értékelés elfogadását befolyásolja többek között az értékelő és az értékelt kapcsolatának minősége; az értékelési folyamatban való részvétel lehetősége (egyetértés az elérendő teljesítményben); a felhatalmazás (*empowerment*) dolgozói észlelése, a célkitűzések észlelése (Kim, 2014). Ha a vezetői döntések az elvégzett munkát tisztességes és igazságos jutalmazással, valamint előrelépéssel honorálják, akkor az növeli az alkalmazottak elkötelezettségét és hűségét a szervezetben (Salau et al., 2014). Ugyanebben a szellemben, ha a dolgozók kellően motiváltak voltak a szükséges és megfelelő képzések irányában, akkor a munkával kapcsolatos innováció fokozódik, ezáltal a szervezetet versenyelőnyhöz segíti. Ezen túlmenően, a munkavállalók egyetértettek abban, hogy ha rendszeresen visszajelzést kapnak a munkahelyi teljesítményükről, akkor ez a szervezet versenyképességét tartóssá teheti. Ez egyben segíti őket abban, hogy azonosítsák erősségeiket és gyengeségeiket.

Az értékelések során felmerülő nehézségek

Kondrasuk (2011) egy ideális értékelésről ír tanulmányában. Elmondja, hogy bár szükségesnek tartják az értékelést, mégis sok vezető problémaként éli meg: nemcsak a felépített rendszer, de maga az értékelés megvalósítása is számtalan hibát tartalmazhat. A hibák kiküszöbölése végett elsődleges eldöntenünk, hogy mi az értékelés célja. Az ideális TÉR-t két szemszögből kell megvizsgálunk: az egyik a vezetői, a másik a beosztott nézőpontja. Fontos tisztában lenni, hogy melyik fél mit is vár el az értékeléstől.

A szerző összesíti a szakirodalomban található, a TÉR-rel kapcsolatos több mint 70 problémát és azokat négy kategóriába rendszerezi, melyek az alábbiak:

- az értékelés célja,
- az értékelésben résztvevők;
- a mit és hogyan mérnek,
- valamint a rendszer és megvalósítása.

Az értékeléshez javasolja az alábbi módszereket: fogalmazzanak meg több mérhető célt, a munkavállaló gyakrabban kapjon visszajelzést, az értékelés során csökkentsék a torzításokat, az értékelők kapjanak jobb felkészítést, valamint legyen rendszeres az értékelő rendszer felülvizsgálata. Rendszeres legyen a visszajelzés, ne csak az évenként egyszeri formális értékelés során történjen meg. A munkavállaló egy-egy nagyobb projekt vagy munka után kapjon lehetőséget a megbeszélésre és az egyeztetésre, akár az elévült munka közös értékelésére. Akár pozitív, akár negatív az értékelés, azzal ne várjunk, mert akkor az értékelést egyrészt időben tud korrigálni, másrészt az emlékezet idővel torzulhat. Az időben adott dicséret, elismerés pedig ösztönzően hat a beosztottra. Az ideális TÉR-ről a szerző elmondja, hogy az nem egy forma, hanem egy formátum. Egy olyan folyamat, amely magába foglalja az elvárások beállítását (mind a vezetőét, mind a beosztottét), az elvárások elérését, azok teljesülését, vagyis az elért eredményeket, oly módon, hogy az előnyös legyen mind a szervezet, mind a vezető, mind a munkavállaló számára. Az értékelő rendszer felülvizsgálata, karbantartása is elengedhetetlen. Ehhez kapcsolódik a munkaköri leírások frissítése, aktualizálása is.

A teljesítményértékelésekben rejlenek tudattalan torzítások, nem tudatos mechanizmusok, amelyek befolyásolják az értékelések objektivitását (Traub, 2013). Pozitív és negatív torzításokról, elfogultságról egyaránt lehet szó, amelyek nemcsak az alkalmazottak karrierjére hatnak, hanem a cég kapacitására is. Az alábbi torzításokat kell figyelembe vennünk: vezetői, önértékelési, strukturális/szervezeti és kalibrációs/összehasonlításbeli. Fontos annak is tudatában lennünk, hogy ezek a torzítások léteznek, értsük meg a megnyilvánulásait és következményeit, valamint azonosítsunk olyan stratégiákat, amelyekkel mérsékelni lehet ezeket a torzításokat.

Ideális esetben, a teljesítményértékelés pontos és objektív. Az etikus értékelés megvalósítása rendkívül nehéz feladat, de lehetséges. Az értékelésekkel mind az egyén, mind a szervezet gazdagodik. Lunenburg megjegyzi ugyanakkor, hogy a teljesítményértékelési folyamat még távolról sem pontos és objektív, időnként értékelési hibákat tartalmaz (Lunenburg, 2012). A négy leggyakoribb értékelési, minősítési hiba az

alábbi: a szigorúság vagy engedékenységek, a közép-re húzás jelleg, a halo hatás, és a friss események hibája. Néhány értékelő hajlamos minden beosztottat következetesen alacsonyan vagy magasán értékelni. Ezek nevezik szigorúság és engedékenységek hibáinak. Ezzel szemben, egyes értékelők vonakodnak nagyon magas vagy nagyon alacsony értékelést adni. Ők nem szeretnek túl szigorúak lenni senkivel sem, ugyanakkor lehet olyan meggyőződésük, hogy a lehető legmagasabb minősítést soha senki nem érheti el. Az ilyen típusú hozzáállás eredménye, hogy mindenkit átlag körül értékelnek (középre húznak). Halo hatás: amikor a beosztott egyetlen pozitív vagy negatív dimenziója alapján ítélik meg az összteljesítményét, figyelmen kívül hagyva az értékelés más aspektusait. Gyakran előfordul, az értékelő erősebben veszi figyelembe a legutóbbi teljesítményt, mint a korábbi viselkedést; ezt nevezik a friss események hibájának.

A megfelelő teljesítményértékelési interjú

A megfelelő teljesítményértékelési interjú három lépcsőfoka az előkészítő szakasz, az értékelés és a követés szakasza (Opatha, 2013). Az előkészítés során megtörténik a megfelelő módszer, a helyszín és az idő kiválasztása. Az interjú során biztosítani kell a megfelelő légkört, és fel kell készülni rá. A következő szakasz, maga az értékelő interjú, amelynek van egy kezdő és egy befejező része, és e kettő között történik az információcsere. Itt fogalmazódik meg az egyéni, személyre szabott fejlesztési terv. A követés fázisában megtörténhet magának az értékelő interjúnak az értékelése; mennyire ment jól, rosszul; amennyiben szükséges, akkor tanácsadás. Opatha kiemeli az interjúra való felkészülés fontosságát.

Ahogy a TÉR felépítése során már kiemelésre került, érdemes különválasztani az értékelő és a fejlesztő beszélgetéseket (Krullaars & Visbeen, 2015). Legyenek gyakoribb, akár havi, visszajelzések.

Összegzés

A TM az a kulcstényező, amely átalakítja az egyén tehetségét és motivációját a szervezet stratégiai, üzleti előnyévé. A jól működő teljesítményértékelési rendszer, és az abból származó információk bármely vezetői döntés meghozatalához támogatást nyújtanak. A TÉR kidolgozásakor nemcsak a teljesítmény definiálása kulcstényező, hanem annak kialakítási lépései is. Az etikus értékelés igazságos és objektív. Ez az etikus értékelés megvalósítása rendkívül nehéz feladat, de lehetséges. Az értékelésekkel mind az egyén, mind a szervezet gazdagodik.

Irodalomjegyzék

1. Aguinis, H. (2005). *Performance Management*. Edinburgh Business School. PE-A1-engb 1/2011 (1033).
2. Bakacsi, Gy. (2015). *A szervezeti magatartás alapjai*. Semmelweis Kiadó, Budapest p. 12-20.
3. Bakacsi, Gy., Bokor, A., Császár, Cs., Gelei, A., Kovács, K., Takács, S. (1999). *Stratégiai emberi erőforrás menedzsment*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest p. 45-46., p. 181-238.
4. Bokor, A., Szóts-Kovács, K., Csillag, S., Bácsi, K., Szilas, R. (2009). *Emberi Erőforrás Menedzsment*. AULA Kiadó Kft. Budapest p. 239-260.
5. Boncz, I., Ágoston, I., Gábor, K., Illei, Gy., Kriszbacher, I., Sándorné Szabó, I., Sebestyén, A. (2011). *Egészségügyi finanszírozási, menedzsment és minőségbiztosítási alapismeretek*. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest p. 106-108.
6. Boswell, W. R., Boudreau, J.W. (2002). Separating the developmental and evaluative performance appraisal uses. *Journal of Business and Psychology*, Vol. 16, No. 3, Spring 2002, p. 391-412.
7. Cleveland, J.N., Murphy, K.R., Williams, R.E. (1989). Multiple uses of performance appraisal: prevalence and correlates. *Journal of Applied Psychology*. Vol. 74., 1989, p. 130-135.
8. Gruman, J. A., Saks, A. M. (2011). Performance management and employee engagement. *Human Resource Management Review* 21 (2011) 123-136. doi:10.1016/j.hrmr.2010.09.004
9. Hermel-Stănescu, M. (2015). The Role Of Performance Appraisal In The Context Of Performance Management Systems. *SEA - Practical Application of Science* Volume III, Issue 1 (7) / 2015.
10. Ivády, V. (2014). *Az egészségügy közgazdaságának alapismeretei*. Oktatási Segédanyag. Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ.
11. Jenkins, A. (2005). Performance Appraisal Research: A Critical Review of Work on "The Social Context and Politics of Appraisal". *Ecole Supérieure des Sciences Economiques et Commerciales (ESSEC)*, France. DR 05004.
12. Kariithi, J. W., Odongo Ogotu, M. (2016). Impact of Strategic Human Resource Management Practices on Organizational Performance (A Case Study of Safaricom). *Journal of Human Resource and Leadership*. Vol.1, Issue No.1, pp 26 - 43, 2016.
13. Karoliny, Mné., Poór, J. (2010). *Emberi erőforrás menedzsment kézikönyv*. CompLex Kiadó Jogi és Üzletitartalom Szolgáltató Kft, Budapest p. 283-323.
14. Kondrasuk, J. N. (2011). So What Would An Ideal Performance Appraisal Look Like? *Journal of Applied Business and Economics*. Vol. 12(1) 2011.
15. Krullaars, T., Visbeen, J. (2015). The changing performance management paradigm: evolution or revolution? Is there a future for performance management? *PricewaterhouseCoopers Belastingadviseurs N.V.* (KvK 34180284).
16. Lunenburg, F. C. (2012). Performance Appraisal: Methods and Rating Errors. *International Journal Of Scholarly Academic Intellectual Diversity*. Volume 14, Number 1, 2012.
17. Misiak, S. (2010). Ethical System For Employee Performance Appraisal In Practice. *Economics & Sociology*, Vol. 3, No 2, 2010, pp. 101-113.
18. Opatha, H.H.D.N.P. (2013). Towards a Sound Performance Appraisal System: An Agenda for Action. *Sri Lankan Journal of Human Resource Management*. Vol.4, No.1, 2013.
19. Salau O, P., Oni-Ojo, E. A., Falola, H., Dirisu, J. (2014). Modelling The Relationship Between Performance Appraisal And Organizational Productivity In Nigerian Public Sector. *International Journal of Research in Management*. Issue 4, Vol. 6 (Oct.-Nov. 2014).
20. Kim, T. (2014). *Performance Appraisal: Determinants Of Public Employee's Acceptance*. Dissertation.
21. Traub, L. (2013). *Bias In Performance Management*. Review Process. Cook Ross Publication.

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 rendezvényt.

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

Egy kevésbé ismert probléma: az Inkontinencia Asszociált Dermatitis

KÓSZÓ Lilla, NAGY Erika, PAPP Anita Tímea

ÖSSZEFOGLALÁS

Bevezetés: Az Inkontinencia Asszociált Dermatitis (IAD) egy olyan bőrelváltozás, mely csupán az elmúlt évtizedben került a figyelem előterébe. Az inkontinens betegek száma világszerte folyamatosan növekszik, és ebben a csoportban az IAD megjelenése igen magas. A betegek többségénél az elváltozás a kórházban való tartózkodás alatt alakult ki. A nyomási fekélytől való elkülönítése komoly problémákat okoz a mindennapi gyakorlat számára, és az ismeretek hiánya szuboptimális ápoláshoz vezethet.

Célkitűzések: Az összefoglaló célja, hogy ismertesse az IAD-t, annak felismerési és elkülönítési lehetőségeit, valamint a megelőzési és terápiás lehetőségeket a legfrissebb rendelkezésre álló szakirodalom felhasználásával.

Eredmények: Az összefoglalóban az IAD definícióját, patomechanizmusát tisztáztuk, valamint a klasszifikációját, nyomási fekélytől való elkülönítésének szempontjait, ezen kívül prevencióját és terápiáját foglaltuk össze rövideen, az utóbbi 5 évben megjelent szakirodalmak alapján.

Kulcsszavak: széklet inkontinencia, vizelet inkontinencia, dermatitis

A less known problem: Incontinence-Associated Dermatitis

Lilla KÓSZÓ, Erika NAGY, Anita Tímea PAPP

SUMMARY

Background: Incontinence-Associated Dermatitis (IAD) is a tissue integrity problem receiving more and more attention in the last 10 years. The number of incontinent patients is increasing. In this group IAD prevalence is high. In most cases patient acquire IAD during their hospital care. However, diagnosis with IAD appears to be difficult due to its symptomatic similarities with pressure ulcer, often leading to suboptimal nursing.

Objectives: This review is based on the latest studies and was written for nurses in order to clarify IAD definitions, causes and preventions, and therapeutic alternatives in Hungarian language.

Results: The definition and the patomechanism of IAD is given. The study introduces the newest classification system, and the main points that help nurses in differentiating IAD from pressure ulcer. Prevention and therapy are also integral parts of the review.

Keywords: Dermatitis, Incontinencia fecal, Incontinencia urinary

KÓSZÓ Lilla

ápoló hallgató, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, ápolás és betegellátás alapszak, ápoló szakirány (BSc)

NAGY Erika

mesteroktató, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék

PAPP Anita Tímea szakoktató, Szegedi Tudományegyetem Szent Györgyi Albert Klinikai Központ Ápolásvezetési és Szakdolgozói Oktatási Igazgatóság

Levelező szerző

(correspondent):

KÓSZÓ Lilla;

E-mail: koszoliilla96@gmail.com

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma UNKP-18-1 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának támogatásával készült

Beérkezett: 2018. december 6.
Elfogadva: 2019. február 10.

Bevezetés

A bőrintegritás fenntartása és annak visszaállítása a minőségi ápolás egyik fontos tényezője. Az Inkontinencia Asszociált Dermatitis – IAD – az ápolás minden területén jelen lévő, és az inkontinens betegek számának növekedése miatt egyre nagyobb jelentőségű problémává válik. A hazai szakirodalomban keveset lehet róla olvasni, de nemzetközi szinten egyre többet kutatott témáról beszélünk.

Az inkontinens betegek száma mind a hazai, mind a nemzetközi szinten is folyamatosan növekszik. A nemzetközi felmérésekben az inkontinencia prevalenciája nőknél 4,6%-tól 58,5%-ig, míg férfiak-

nál 1,6%-tól 24%-ig mozog („Egészségügyi szakmai irányelv”, 2016). Az IAD pontos prevalenciája nem ismert, azonban egy 2018 februárjában megjelent, 5342 páciens vizsgáló kutatás szerint az inkontinens betegek között az IAD megjelenése 45,7%. Szintén ebben a kutatásban állapították meg, hogy az IAD a betegek 73%-nál a kórházban való tartózkodás alatt alakult ki (Gray & Giuliano, 2018). Az IAD-val rendelkező betegekkel készült interjúk során azt találták, hogy az érintettek jelentős része diszkomfort érzésről, fájdalomról, égő, csípő érzésről és viszketésről számolt be. Ezek közül a legjobban a fájdalomra panaszkodtak, valamint arra, hogy véleményük szerint a betegség tabuként van kezelve (Van Damme et al., 2015).

Világszerte jelentős ismeretbeli és megértésbeli hiányosságokat tártak fel az IAD-val kapcsolatban, egy 1452 főt bevonó 5 EU-s országban készült kutatás alapján az ápolók 95%-a nem, vagy rosszul ismeri fel az elváltozást és annak megfelelően rossz kezelésben részesül a beteg (Gray & Giuliano, 2018).

A fenti tényezők miatt az elmúlt évtizedben jelentősen megnövekedett az IAD-ról szóló kutatások, értekezések száma nemzetközi szinten, valamint számos IAD-t fókuszpontba állító konferenciát szerveztek az utóbbi időben (Gray & Giuliano, 2018).

Mit értünk IAD alatt?

Az IAD egy olyan bőrgyulladás, mely bőrpírként jelenik meg, kísérhetik hólyagok, illetve eróziók, a bőr védőfunkciójának vesztesége okozza, mely a krónikus vizelettel vagy széklettel való kölcsönhatás következtében alakul ki (Gray et al., 2007).

Nem egyenlő a közismertebb pelenkadermatitis fogalmával, mely alatt az irritáció okozta bőrgyulladásnak egy olyan fajtáját értjük, mely a pelenkával kontaktusba kerülő és esetlegesen hosszan vizelettel, széklettel, szappannal vagy mosószerrel érintkező területen alakul ki. A pelenkadermatitis fogalom felnőtt emberek esetében nem használható (Beeckman, 2017).

Patomechanizmus

Az IAD keletkezése összefügg a bőrbarrier folytonos kémiai és fizikai irritációjával, mely kiváltja a gyulladást és az újabb bőrkárosodást (Beeckman, 2017).

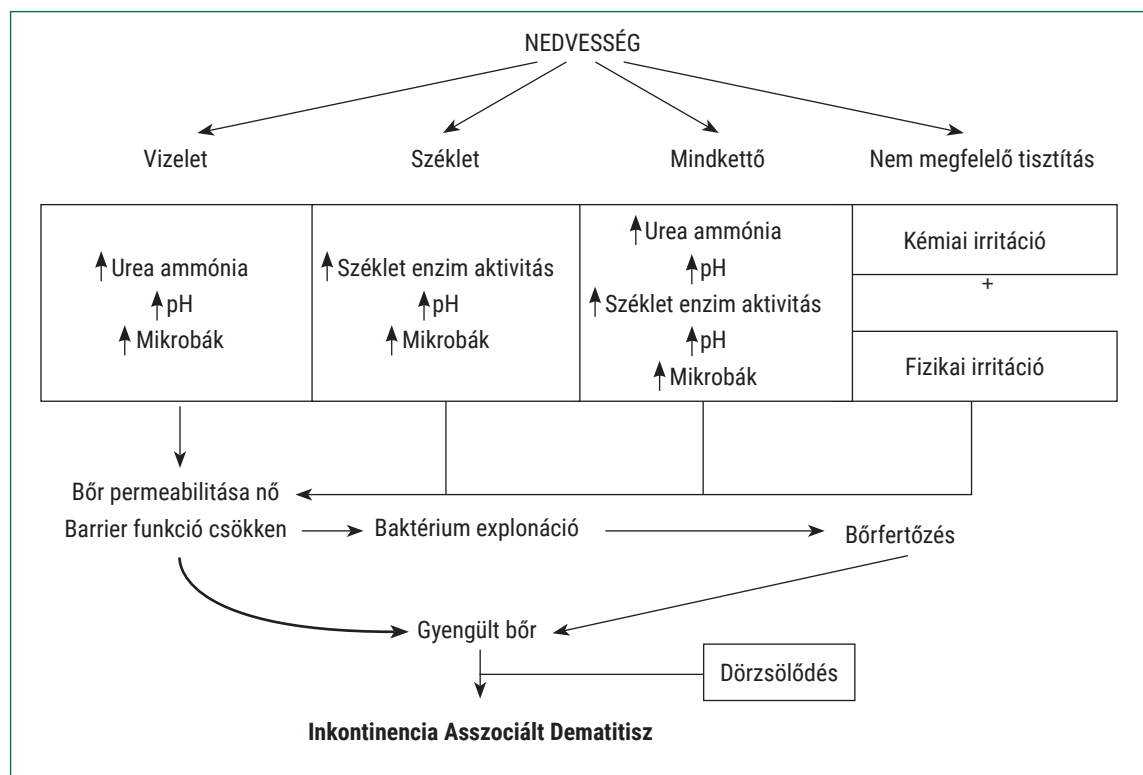
A kialakulásának ideje változó. Az Egyesült Államokban egy költséghatékonysági vizsgálat keretein belül készült, időotthonokban végzett kutatás szerint (n=1918) az IAD 6-42 nap alatt jelent meg, medián ideje 13 nap volt. A mintában összesen 981 IAD-s elváltozást figyeltek meg (Bliss et al., 2007).

Intenzív (sebészeti és trauma) osztályon a folyamat jóval gyorsabban lezajlik. A kutatók itt 45 kritikus állapotú beteget vizsgáltak. A betegek 36%-ának alakult ki IAD, leggyorsabban 1, leglassabban 6 nap alatt, medián ideje 4 nap volt. Ezek alapján elmondható, hogy az IAD nem csak az idősek betegsége, hiszen ebben a mintában a betegek életkora 18,5 és 48,5 év között mozgott (Bliss et al., 2011).





Stratum corneum és bőrbarrier funkció

A corneocyták inkontinencia esetén a vizeletből és/vagy székletből származó vizet beszívják és magukban tartják. Az ilyen módon kialakult túlhidrálás a sejtek duzzadásával és a stratum corneum struktúrájának diszrupciójával jár, mely látható bőrelválto-

1. ábra: Az IAD kialakulása (Beeckman és mtsai 2007 ábrája alapján szerkesztve)



I. táblázat: Az IAD osztályozása (Forrás: Beeckmann, 2017)

	Állandó bőrpír		Bőrhíány	
	Állandó bőrpír fertőzésre utaló klinikai jel nélkül (1A)	Állandó bőrpír fertőzésre utaló klinikai jellel (1B)	Bőrhíány fertőzésre utaló klinikai jel nélkül (2A)	Bőrhíány fertőzésre utaló klinikai jellel (2B)
Meghatározó kritérium	Bőrpír, melynek többféle variációja is ismert, fehérbőrű egyéneknél rózsaszíntől a vöröség minden árnyalat lehetséges, sötétbőrűeknél világosodás, esetleg lilás szín fordulhat elő.	Bőrpír, melynek többféle variációja is ismert, fehérbőrű egyéneknél rózsaszíntől a vöröség minden árnyalat lehetséges, sötétbőrűeknél világosodás, esetleg lilás szín fordulhat elő. <i>Fertőzés jele:</i> fehér hámlás a bőrön (gombás fertőzésre utal) vagy körülvevő léziók, gennyes pattanások (Candida albicans fertőzésre utal)	A bőrhíányt erózió illetve a vezikulák és bullák sérülése okozhatja esetleg a denaturálódott bőr horzsolódása, egyéb sérülése, mely az inkontinencia termékekkel, illetve a nem kellő óvatossággal végzett tisztítással hozható összefüggésbe.	A bőrhíányt erózió, illetve a vezikulák és bullák sérülése okozhatja, esetleg a denaturálódott bőr horzsolódása, egyéb sérülése, mely az inkontinencia termékekkel, illetve a nem kellő óvatossággal végzett tisztítással hozható összefüggésbe. <i>Fertőzésre utaló jelek:</i> fehér hámlás a bőrön (gombás fertőzésre utal); körülvevő léziók, gennyes pattanások (Candida albicans fertőzésre utal); elhanyagolt esetben a sebágy sárgás, barnás, szürkés zöld színű a sebágyban bakteriális fertőzésre utal (leggyakrabban Pseudomonas aeruginosa); excesszív exudátum, mely lehet purulens.
Egyéb kritériumok	<ul style="list-style-type: none"> • jellegzetes színű terület vagy elszíntelenedés régebbi bőrelváltozásokhoz képest; • a bőr fényes, macerálódott; • intakt vezikulák és bullák; • a bőr lehet feszes, duzzadt tapintatú; égő, csípő, viszkető érzés, fájdalom 	<ul style="list-style-type: none"> • jellegzetes színű terület vagy elszíntelenedés régebbi bőrelváltozásokhoz képest; • a bőr fényes, macerálódott; • intakt vezikulák és bullák; • a bőr lehet feszes, duzzadt tapintatú; égő, csípő, viszkető érzés, fájdalom 	<ul style="list-style-type: none"> • jellegzetes színű terület vagy elszíntelenedés régebbi bőrelváltozásokhoz képest; • a bőr fényes, macerálódott; • intakt vezikulák és bullák; • a bőr lehet feszes, duzzadt tapintatú; égő, csípő, viszkető érzés, fájdalom 	<ul style="list-style-type: none"> • jellegzetes színű terület vagy elszíntelenedés régebbi bőrelváltozásokhoz képest; • a bőr fényes, macerálódott; • intakt vezikulák és bullák; • a bőr lehet feszes, duzzadt tapintatú; égő, csípő, viszkető érzés, fájdalom
				

záshoz vezet. Ennek eredményeképpen az irritánsok könnyebben hatolnak át a stratum corneumon, így súlyosítva a gyulladást. A túlhidratált bőr epidermisze fogékonyabb a ruhákkal, betétekkel és ágyneművel való kontaktussal járó súrlódási sérülésre (Beeckman et al., 2015).

PH és bőrbarrier funkció

A pH értékeknek fontos szerepük van a bőr barrier funkciójának fenntartásában. Az egészséges bőr pH-ja 4 és 6 között mozog. A pH érték emelkedése a bőr duzzanatával jár, és ez permeabilisabbá teszi a bőrt, ami a bakteriális fertőzésnek egy fontos rizikótényezője lesz. Ezen kívül a széklet lipolitikus és proteolitikus enzimeji további bőrkárosodást okoznak.

A kórházakban a híg széklet leggyakoribb oka a Clostridium difficile fertőzés, mely a bőr normál flóráját is megváltoztatja. Ugyan a hiperhidráció nem változtatja meg a bőr pH-ját, de az urea transzfor-

máció és ammónia transzformáció közben a pH értéke emelkedik (Beeckman et al., 2015).

Bőrön kívüli okok

A bőr csökkent barrier funkciója és a mikroorganizmusok jelenléte a subcutan rétegben degenerációt okoz. Ezen kívül a nem megfelelő bőrtisztítási technikák, termékek, valamint a durva felületű törülközők fizikai irritációt okoznak a már gyenge bőrön.

A túlhidratált, nem megfelelő pH-jú bőr nem képes ellenállni a macerációnak, mely az IAD kialakulásához vezet. Tehát az epidermis felső rétege felől kiindulva alakul ki, mely a mélyebb rétegek felé terjed, ellentétben a nyomási fekélyvel, ahol a bőrsérülés az alsóbb rétegekben keletkezik (Beeckman et al., 2015).

A kialakulás etiológiáját az **1. ábrán** szemléltetjük, melyet (Beeckman és mtsai, 2007) ábrája alapján készítettünk.

Rizikófaktorok

Az IAD-nak számos rizikófaktor van. Egy részük megegyezik a nyomási fekély rizikófaktorával, de a fő rizikótényezők nem azonosak, így a nyomási fekély megelőzésében használatos skálák, mint Braden vagy Norton itt nem használhatóak (Beeckman, 2017).

Valójában minden vizelet vagy székletinkontinenciával rendelkező egyén a rizikó csoportba tartozik. Az életkor előrehaladtával nő az előfordulás gyakorisága (Beeckman, 2017), ezen kívül az immobilizáció szignifikánsan megnöveli az IAD esetek számát (39,9% vs 7,4%;) (Gray & Giuliano, 2018).

Rizikótényezők még az okkluzív termékek használata, a durva bőrtisztítási technikák, a rossz bőrállapot, a rossz mentális státusz, a nem megfelelő tápláltsági állapot, egyes gyógyszerek: antibiotikumok, szteroidok, higiénés feladatok ellátásának képtelensége és a láz (Beeckman et al., 2015).

Felosztása

2017 előtt 2 stádiumát különböztettük meg az IAD-nak.

1. kategória: Bőrpír a folytonosság megszakadása nélkül. Jelei: erythema és/vagy ödéma.

2. kategória: Bőrpír bőrsérüléssel, melyhez az egyes kategória jelein kívül vezikulák, bullák, eróziók és bőrfertőzés is társulhatnak (Beeckman et al., 2015).

2017-ben egy új, nemzetközi kategorizációs rendszert vezettek be, melyben 2+2 kategóriára osztották az IAD-t. Az új osztályozási rendszert az **I. táblázatban** szemléltetjük, melyet tartalmilag Beeckmann, 2017 cikkje alapján állítottunk össze, valamint az egyes kategóriákhoz tartozó képek is az említett cikkből származnak.

Nyomási fekélytől való elkülönítés

A nyomási fekélytől való elkülönítése komoly problémákat okoz a mindennapi gyakorlat számára. Egy felmérésben, melyet 5 európai országban,

1452 ápoló bevonásával végeztek, a vizsgálati alanyok azt a feladatot kapták, hogy 20 fotót azonosítsanak be, melyeken a nyomási fekély négy stádiuma, és az IAD két stádiuma, valamint kevert seb és egészséges bőr volt látható. Az eredményeket százalékos arányban jelölték. A vizsgálatban részt vevő ápolók mindössze 5,1% tudta 60% fölé beazonosítani az IAD-t, a nyomási fekélytől elkülönítve. A résztvevők legnagyobb arányban (37%-ban) 20-40% közötti eredményeket értek el. A felismerési arány átlaga 33% lett (Beeckman et al., 2007).

Az **II. táblázatban** szemléltetjük a fő különbségeket a két elváltozás között, mely a mindennapi gyakorlatban segítség lehet a szakdolgozók számára (Beeckman et al., 2015).

Prevenció és kezelés

Mind a prevenció, mind a kezelés 3 alappillérré épül: az okkluzív termékek elhagyásán, a finom, alapos bőrtisztításon és a bőrvédelmen, melyek védőréteget hoznak létre a túlhidratáció megelőzésére és az irritáció kivédésére (pl. barrier termékek). Elfogadott terápiás hatású termékek a cink-oxid tartalmú termékek, a dexapentanol és az antimikotikumok (felülfertőzés esetén). Elfogadott még a petrolatum, a dimentikone és az akrilát terpolymer (acrylate terpolymer) tartalmú krémek (Beeckman et al., 2015).

Bár az utóbbi évtizedben számos kutatás készült, és jelenleg is folyamatban van, még egységes evidencia nem áll rendelkezésünkre az IAD kezelésére és megelőzésére vonatkozóan (Beeckman, 2017).

Elmondható, hogy megelőzéssel kapcsolatban egységesen ajánlott a vizes lemosás minden széklettel és vizelettel történő expozíció után. Ez kiváltható a 3:1-ben inkontinencia termékekkel, melyek kendők, krémek, illetve habok formájában találhatóak meg, használatukkal az ápolási idő és az IAD előfordulása szignifikánsan csökken (Bliss et al., 2007). Szükség van költséghatékonysági vizsgálatokra az egyes termékek és hatóanyagok használatával kapcsolatban (Beeckman, 2017).

II. táblázat: Az IAD elkülönítése a nyomási fekélytől (Beeckman és mtsai, 2015)

Jellemzők	IAD	Nyomási fekély
Anamnézis	Vizelet-, és/vagy székletinkontinencia	Nyomásérő, nyíróerő
Tünetek	Fájdalom, égő viszkető érzés	Fájdalom
Lokalizáció	Perineum, farpofák, gluteális hajlat, combok hátsó felszíne, hát alsó része	Csontos kiemelkedések felett vagy egészségügyi eszközzel összefüggésben
Alak/szélek	Diffúz, elmosódott szélek	Jól definiálható szélek
Szövődmény	Szekunder felszínes bőrfertőzés	Szekunder légyszöveti infekció

Összegzés

Az IAD egy mindig is jelen lévő probléma volt az ápolók életében, ugyanakkor a jelenlegi kutatások új lehetőségeket nyújtanak számunkra a fájdalmas bőr-elváltozás kivédéséhez és kezeléséhez. Ehhez szükséges kialakulásának minél mélyebb megismerése és oki kezelése, mely teljes mértékben ápolói kompetencián belül történhet, és kell, hogy történjen.

Mint minden területen, itt is elmondható, hogy a prevencióra érdemes időt és pénzt szánni, hiszen a kezelésének költsége sokkal nagyobb és ideje hosszabb, mint a megelőzése. Szükséges figyelmet szentelni az ápolás minden területén erre a problémára, hiszen az elváltozás 73%-ban kórházban alakul ki, melynek megelőzése rajtunk, ápolókon múlik.

Az átlagéletkor növekedése magában foglalja az inkontinens betegek számának növekedését, így az IAD előfordulásának növekedésével is számolnunk kell. Ezért szükség lenne a hazai osztályokon az egységes IAD megelőzési protokoll bevezetésére, mely egyrészt a betegek érdekében történne, másrészt lehetővé tenné a gazdaságilag hatékonyabb működést is.

Az átlagéletkor növekedése magában foglalja az inkontinens betegek számának növekedését, így az IAD előfordulásának növekedésével is számolnunk kell. Ezért szükség lenne a hazai osztályokon az egységes IAD megelőzési protokoll bevezetésére, mely egyrészt a betegek érdekében történne, másrészt lehetővé tenné a gazdaságilag hatékonyabb működést is.

Irodalomjegyzék

1. Beeckman, D. (2017). A decade of research on incontinence-associated dermatitis (IAD): evidence, knowledge gaps and next steps. *Journal of tissue viability*, 26(1), 47-56. (szövegben: Beeckman, 2017)
2. Beeckman D et al. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence associated dermatitis: moving prevention forward. *Wounds International 2015*. Available to download from www.woundsinternational.com
3. Beeckman, D., Schoonhoven, L., Fletcher, J., Furtado, K., Gunningberg, L., Heyman, H., ... & Defloor, T. (2007). EPUAP classification system for pressure ulcers: European reliability study. *Journal of advanced nursing*, 60(6), 682-691.
4. Beeckman D., Van den Bussche K., Alves P., Beele H., Ciprandi G., Coyer F., de Groot T., De Meyer D., Dunk A.M., Fourie A., Garcia-Molina P., Gray M., Iblasi A., Jelles R., Johansen E., Karadag A., LeBlanc K., Kis Dadara Z., Long M.A., Meaume S., Pokorna A., Romanelli M., Ruppert S., Schoonhoven L., Smet S., Smith C., Steininger A., Stockmayr M., Van Damme N., Voegeli D., Van Hecke A., Verhaeghe S., Woo K. and Kottner J. The Ghent Global IAD Categorisation Tool (GLOBIAD). *Skin Integrity Research Group - Ghent University 2017*. Available to download from www.UCVVGent.be (szövegben: Beeckman és mtsai 2017)
5. Bliss, D. Z., Savik, K., Thorson, M. A., Ehman, S. J., Lebak, K., & Beilman, G. (2011). Incontinence-associated dermatitis in critically ill adults: time to development, severity, and risk factors. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 38(4), 433-445.
6. Bliss, D. Z., Zehrer, C., Savik, K., Smith, G., & Hedblom, E. (2007). An economic evaluation of four skin damage prevention regimens in nursing home residents with incontinence: economics of skin damage prevention. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 34(2), 143-152.
7. Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelve a vizeletinkontinenciáról. Egészségügyi szakmai irányelv – A felnőttkorban előforduló nem neurogén eredetű. (2016.03.30.) *Egészségügyi közlöny*.
8. Szövegben hivatkozásként: („Egészségügyi szakmai irányelv”, 2016)
9. Gray, M., Bliss, D. Z., Doughty, D. B., Ermer-Seltun, J., Kennedy-Evans, K. L., & Palmer, M. H. (2007). Incontinence-associated dermatitis: a consensus. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 34(1), 45-54.
10. Gray, M., & Giuliano, K. K. (2018). Incontinence-Associated Dermatitis, Characteristics and Relation ship to Pressure Injury: A Multisite Epidemiologic Analysis. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 45(1), 63.
11. Van Damme, N., Vanryckeghem, E., Verhaeghe, S., & Beeckman, D. (2015). Incontinence-associated dermatitis in elderly: a qualitative phenomenological study on patient experiences. In *18th Annual meeting of the European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP 2015)* (pp. 65-65). EPUAP Business Office.

Nővér folyóirathoz benyújtott közlemények – a lektor szemszögéből

DR. NÉMETH Anikó PhD, DR. HIRDI Henriett Éva PhD

A mostmár több, mint 30 éve kéthavonta – évente 6 lapszámmal – megjelenő Nővér tudományos és továbbképző szakfolyóirat Szerkesztőségéhez évente 35-50 kézirat érkezik be, melyeket a főszerkesztő vesz nyilvántartásba.

A kézirat beérkezésekor először arra vonatkozóan születik döntés, hogy a megküldött témakör illik-e a folyóirat arculatába. Elutasítás esetén a szerzőt a Szerkesztőség arról értesíti, hogy tanulmányát lektorálás nélkül nem közölhetőnek minősítették.

A lektorálásra alkalmasnak ítélt, benyújtott közleményeket a Szerkesztőség szakmai bírálóknak veti alá. A benyújtott kéziratot két független, szakmailag releváns bíráló értékeli meghatározott szempontok alapján. A bírálók nem ismerik, hogy kinek a közleményét olvassák, és személyük is rejtve marad a szerző előtt. Amennyiben a benyújtott közlemény nem felel meg a formai követelményeknek, úgy azt tartalmi értékelés nélkül visszaküldik a szerzőnek átdolgozásra.

Az első vélemények a a kézirat benyújtásától számítva kb. 45 napon belül készülnek el, melyet a szerző e-mail-ben kap meg. A bírálók összesen 13 értékelési szempont figyelembevételével alkotnak véleményt egy űrlap kitöltésével. A szempontok egyrészt a formai kritériumoknak való megfelelésre, másrészt a kézirat tartalmának aktualitására, a vonatkozó szakirodalom bemutatására, a kutatási módszer megfelelőségére, valamint az elemzések eredményeinek ismertetésére fókuszálnak. Ezenfelül az elmúlt években – a Nővér folyóirat pontszerzővé minősítése óta – hangsúlyossá vált annak eldöntése is, hogy az adott kézirat megjelentethető-e továbbképzési anyagként. *„A kézíratról a szakértők véleményének figyelembe vételével a Szerkesztőbizottság dönt az alábbiak szerint: - elfogadja közlésre, - javításokat, korrekciókat javasol, és ezek megtörténte esetén elfogadja közlésre, - a javítások, korrekciók után megismételi a bírálattási eljárást, - nem fogadja el közlésre.”* (Nővér folyóirat Szerzői útmutató, 2019).

A közlésre elfogadott közleményeket általában már nem szükséges a szerzőnek javítani. Azonban a bíráló dönthet úgy is, hogy módosításokat javasol a szerzőnek, melyek végrehajtása esetén

a közlemény megjelenik. A javítások elvégzése után a lektor visszakapja a kéziratot, és ismételten áttekinti azt, majd elfogadja közlésre, amennyiben a javítások megtörténtek. Átdolgozást is kérhet a szakértő, ebben az esetben a szerzőnek a megadott szempontok alapján át kell írni a közleményét. Az átdolgozott cikket ismételten megkapja az a lektor, aki az első bírálatot is végezte, majd elkészíti az újabb véleményezést.

A véleményezést végezheti másik szakértő is, ekkor az elsőként bíráló véleményét névtelenül kapja meg. Elvétve előfordul olyan eset is, amikor a két független bíráló egymásnak ellentmondó véleményt alkot, ez esetben egy harmadik bíráló is felkérésre kerül. A szerzőt a Szerkesztőség értesíti a Szerkesztőbizottság döntéséről, de nem indokolja azt (Nővér folyóirat Szerzői útmutató, 2019).

A beküldött kéziratoknak átlagosan a 76%-a kerül elfogadásra (beleértve a kisebb-nagyobb módosításokat igénylő publikációkat is), ezek átfutási ideje – az első változat beküldésétől a megjelenésig – általában a szerző együttműködési, módosítási hajlandóságától függően 3-6 hónap. Számos esetben előfordul, hogy a szerző emlékeztetőt kap a főszerkesztőtől a módosított kézirat mielőbbi beküldése és a lektorálási folyamat folytatása érdekében.

A teljes átdolgozásra és újbóli benyújtásra visszaküldött kéziratok aránya relatíve alacsony kb. 16%, jóváhagyásukig esetenként 1 év is eltelik. Az átdolgozás alapjául mindenképp érdemes figyelembe venni a lektori véleményeket és újra áttanulmányozni a szerzői útmutató előírásait. Az átdolgozott kéziratok véleményezését általában ugyanazok a lektorok végzik. E körben található a legnagyobb „lemorzsolódási” arány, mivel a átdolgozásra visszaküldött kéziratok szerzőinek fele nem nyújtja be újra tanulmányát.

Mindemellett meg kell említeni azt is, hogy a kéziratoknak kb. 8%-a kerül elutasításra, vagy azért mert témájuk nem az ápolástudománnyal, az ápolás gyakorlatával, ápolóképzéssel foglalkozik, vagy pedig azért mert túl rövidek, nem szerepelnek benne szakirodalmi hivatkozások, illetve nem felelnek meg a Nővér folyóirat formai és stílusi előírásainak.

A bírálatra beküldött közlemények leggyakoribb hibái

Figyelemmel arra, hogy a beküldött kéziratok jelentős részét a szerzők az Eredeti közlemény rovatba küldik és elfogadás esetén ott is jelenik meg (**I. táblázat**) a következőkben az itt jellemző hibák kerülnek ismertetésre.

A Nővér folyóirat **eredeti közleményeinek tagolása** kötött (bevezetés, anyag és módszer, eredmények, következtetések), melyet esetenként figyelmen kívül hagynak a szerzők. Első lépésként legfontosabb lenne, hogy a szerzők alaposan tanulmányozzák át a szerzői útmutatót, mely minden fontos előírást tartalmaz, többek között a közlemény típusok szerkesztését, elvárt hosszát is.

Sok szerző használ **rövidítéseket** közleményében, melyek egy más szakterületen dolgozó olvasónak ismeretlenek lehetnek. Gyakran elmarad ezen rövidítések ismertetése, mely nélkülözhetetlen a megértéshez. Erre alkalmas a cikk elején elhelyezett rövidítések jegyzéke, vagy az adott rövidítés első előfordulási helyén a rövidítés után zárójelbe tett magyarázat.

A közlemény **címének** mindig összhangban kell állnia a tartalommal, azonban nem szabad túl terjedősnek lennie. A cím angol fordítása gyakran hiányzó eleme a benyújtott kéziratoknak.

Az összefoglalók hosszúsága korlátozott (150 szó), melyet sem magyarul, sem angolul nem szabad túllépni. Ezek biztosítják a cikk megismerését, mivel az olvasók ezek alapján döntenek el, hogy elolvassák-e az egész közleményt. Eredeti közlemény esetében az alábbi tagolást kell alkalmazni az összefoglaló írá-

kor: vizsgálat célja, anyag és módszer, eredmények, következtetések, ezt gyakran nem tartják be a szerzők. Nagyon fontos, hogy az eredmények szakaszban valóban eredmények legyenek közölve, ne egyéb, kevésbé fontos információk (pl. a minta csoportokra bontásának szempontjai). Az angol nyelvű összefoglaló tartalmilag nem térhet el a magyartól. Gyakori hiba, hogy az összefoglalókat nem egyes vagy többes szám 3. személyben fogalmazzák meg a szerzők (helyesen: a vizsgálat célja volt, vagy a szerzők célja volt...). Gyakran használják a „kutatásom célja” vagy „kutatásunk célja” szófordulatokat, melyek kerülendők.

Az összefoglalók után szerepelnek a **kulcsszavak**, melyekből maximum ötöt lehet megadni. Gyakran a szerzők kevésbé fontos kulcsszavakat választanak.

Gyakori hiba a **bevezető** alcímekkel való tagolása, illetve gondolatjelekkel történő felsorolás alkalmazása. Ezek nem szerencsések, mindenképpen az összefüggő szövegben való közlésre kell törekedni. Felsorolást csak akkor alkalmazunk benne, ha elkerülhetetlen! A bevezető a kutatás tárgyához szorosan kapcsolódó, legfontosabb szakirodalmi hivatkozásokat tartalmazza. Kerülni kell a túl terjedős megfogalmazást, mert elvonja a figyelmet a kutatásról, és annak eredményeiről. 1,5–2 oldal bőven elegendő bevezetőnek a megfelelő szakirodalmi hivatkozások alkalmazásával.

A szerzői útmutató tartalmazza azt is, hogy a szövegben milyen módon kell szerepelni zárójelben ezeknek a **szakirodalmi hivatkozásoknak**, pl: (Mónus, 1999); (Magyar Vöröskereszt, 2006); (Buda & Kopp, 2001); (Beyer-Westendorf et al., 2010). Leggyakoribb hiba, amikor sok szerző esetén kiírják az összes vezetéknevét, és nem az et al. megjelölést

I. táblázat: A Nővér folyóiratban 2014-2018 között megjelent kéziratok száma rovat szerinti bontásban

Rovatok	2014	2015	2016	2017	2018
Szerkesztői levél	1	2	3	2	1
MÁTT	4	1			
Ápolástörténet				5	4
Összefoglaló közlemény	1		1	3	
Eredeti közlemény	14	12	18	16	16
Az ápolás gyakorlata	4	5	6	3	6
Ápoláselmélet			1		
Ápoláskutatás	1			1	
Ápolásvezetés		1			
Ápolásetika	1	1			
Esetismertetés					3
Képzés, továbbképzés		2	2	1	1
Kitekintés	3	7	4	4	3
Névjegy				1	
Gratulálunk	3	4	2	3	3
Szemelvények				1	1
Olvasói levél	1				
Nekrológ					1
Összesen	33	35	37	40	39

alkalmazzák. Még gyakoribb, amikor a keresztnév kezdőbetűjét is feltüntetik.

A **helyesírás** egy kényes pontja a benyújtott kéziratoknak. Az esetek nagy részében a szerzők nem tulajdonítanak neki nagy jelentőséget, felületesen ellenőrzik, vagy egyáltalán nem. Egybe-különírás, vesszőhibák, nem megfelelő ragok, értelmetlen mondszerkezetek fordulnak elő, melyek halmozódása rontja a cikk összképét, és minden esetben megjegyzik a lektorok. A szerzők felelőssége és kötelessége a helyesírás ellenőrzése, melyre nem alkalmas a szövegszerkesztő program helyesírás ellenőrzője. Lehetőleg nyomtatásban olvassuk újra a cikket, illetve adjuk oda ismerősöknek, akik hamarabb észreveszik a hibákat, elütéseket.

A Nővér folyóiratban **nyolc ábra és/vagy táblázat** nyújtható be összesen egy közleményhez. A legtöbb hibát ezek szerkesztésekor követik el a szerzők. Az ábrák és a táblázatok külön számoznak: 1. ábra; I. táblázat. Az ábrák esetében gyakran elmarad a tengelyek (oszlop vagy sáv diagram esetén) elnevezése, illetve előfordultak már értelmetlen számértékek is. Az is gyakori, hogy a szövegben feltüntetett eredmény nem egyezik az ábrán szereplő eredménnyel.

Szerkesztésnél ügyelni kell az esztétikára. Megesik, hogy az ábra címe magában az ábrában is szerepel, ami teljesen felesleges. Olyan is előfordult, hogy az ábra címe az ábra jelmagyarázatában volt feltüntetve, mely meglehetősen rontotta az esztétikát. A cím legyen egyértelmű, nem túl terjedős (hiba, ha az ábra vagy táblázat címe a kérdőívben szereplő kérdés), de tartalmaznia kell az adott kérdésre válaszoló elemzését (N=...).

A szövegben minden egyes ábrára és táblázatra utalni kell. Előfordult már olyan eset, hogy a szerző elfelejtette megtenni az utalásokat, vagy az ábra nem azt tartalmazta, amit a szövegben írt róla. Ezek olyan hibák, melyek megakadályozzák a cikk megjelenését. Előfordul az is, hogy a szerzők rosszul tüntetik fel az adatokat az ábrán vagy a táblázatban. Kétféle próba esetén gyakori az, amikor rossz adatsort másolnak ki az SPSS statisztikai program által elkészített táblázatból.

A legszembetűnőbb esztétikai hiba a táblázatok szerkesztésénél fordul elő, amikor a szerzők egyszerűen átmásolják az SPSS statisztikai program által kreált táblázatot a kéziratba. Ez nem elfogadható. Az is gyakran megesik, hogy elfelejtik külön file-ba

menteni az elkészített ábrákat és táblázatokat. 8 ábra vagy táblázat 8 külön file!

A tudomány rohamos fejlődésével már szinte furcsának hat az az eredeti közlemény, amely nem tartalmaz **statisztikai próbákat**. Ezeket az alkalmazott próbákat mindig meg kell nevezni a publikációban, illetve a szignifikancia értéket (p), valamint az adott statisztikai próbához tartozó számértékeket (r, t, Chi-square, U, Z) három tizedesjegy pontossággal fel kell tüntetni, melyek gyakran elmaradnak. Amikor a szerzők szembesülnek ezzel a problémával, előfordul, hogy egyszerűen törlik a szövegből a statisztikai próbára utaló megjegyzéseket, adatokat, ahelyett, hogy körültekintően kijavítanák. Ez nagyban megkérdőjelezi a cikk hitelességét (Németh, 2018).

A szerzői útmutató pontosan felsorolja, hogy az **irodalomjegyzékben** hogyan kell felsorakoztatni a felhasznált szakirodalmakat. A szerzők vezetőkéneve szerinti alfabetikus felsorolást kéri, és amelyik közleménynek van DOI azonosítója, azt fel kell tüntetni. Minden pontnak, dőlt betűnek jelentősége van, pontosan úgy kell szerkeszteni, ahogy a szerzői útmutatóban a példa mutatja.

Folyamatos számozású folyóirat esetén: Fehér, J. (1994). Antall József, az orvostörténész (1932-1993). *Orvosi Hetilap*, 135, 475-476.

Szerkesztett könyv esetén: Buda, B., Kopp, M. (szerk.), (2001). *Magatartástudományok*. Budapest: Medicina.

Könyvrészlet esetén: Mackintosh, N. J. (2007). Az IQ örökletessége. In N. J. Mackintosh. *Az IQ és az emberi intelligencia* (pp. 95-147). Budapest: Kairosz

Gyakran a szerzők figyelmen kívül hagyják ezen előírásokat, és egészen egyedi szerkesztési módokkal lehet találkozni.

A közlemény megjelenését meggátolja, ha a szakirodalmi források, hivatkozások nem tisztázottak. Minden, felhasznált irodalmi forrást meg kell jelezni az irodalomjegyzékben. Az irodalomjegyzék csak olyan szakirodalmakat tartalmazhat, amelyekre hivatkozás történt a szövegben. Ha ezek nem teljesülnek, akkor a cikk biztosan nem kerül elfogadásra (Németh, 2018).

Ezen rövid közleményben igyekeztünk összefoglalni azokat a leggyakoribb hibákat, amelyekkel a benyújtott kéziratok bírálatakor szerkesztőként, főszerkesztőként szembesülünk. Bízunk benne, írásunkkal segítséget nyújtunk a jövőben publikálni kívánó kollégák számára!

Irodalomjegyzék

1. Németh Anikó: Kutatómunka alapjai dentálhigiénikusoknak II. Felsőoktatási jegyzet, Szegedi Tudományegyetem, 2018.
2. Nővér folyóirat Szerzői útmutató, 2019. http://www.meszk.hu/upload/meszk/document/nover_szerzoi_utmutato_2018.pdf?web_id=Hozzáférhető:2019.02.13.

Fizessen elő a Nővér folyóiratra, ezután töltsse ki a tesztet: 40 továbbképzési ponttal lesz gazdagabb!



2019. ÉVI NŐVÉR FOLYÓIRAT ÁRAK

Papír alapú előfizetés ✓ 5. 400. Ft ✓6 darab lapszám/év + hozzáférés a teszthez

Online előfizetés ✓ 4. 200. Ft ✓6 darab lapszám/év + hozzáférés a teszthez

A Kamara gondozásában megjelent Nővér szakfolyóirat 2017. és 2018. évi lapszámaiban megjelent publikációk minősítésre kerültek, azaz beleszámítanak a szakdolgozók szabadon választható pontértékének megszerzésébe. Az alábbi táblázat részletesen tartalmazza, hogy az egyes évfolyamokban megjelent publikációkhoz tartozó tesztkérdések megválaszolásával, mely szakmacsoportba tartozó előfizetők szerezhetnek továbbképzési pontokat.

Szakmacsoport	2017. évi lapszámok	2018. évi lapszámok
felnőt看 ápolás és gondozás	✓	✓
gyermekápolás és gondozás	✓	✓
sürgősségi ellátás	✓	✓
általános és elektrofiziológiai asszisztencia	✓	✓
mozgásterápia és fizioterápia	✗	✓
közegészségügyi és népegészségügyi	✓	✓
egészségügyi menedzsment	✓	✓
rehabilitációs és életvezetést támogató	✗	✓
Szerezhető pontok	20 pont	20 pont

MEGRENDELÉS, BŐVEBB INFORMÁCIÓ:

E-MAIL: NOVER@MESZK.HU

HONLAP: MESZK.HU/KIADVANYOK/NŐVÉR

TELEFON: +361 323 20 70



