

# NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA  
JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

## A TARTALOMBÓL:

Kutatásról ápolóknak 4. rész:  
Eredmények értelmezése, következtetések levonása

Agresszív cselekmények előfordulásának vizsgálata  
egészségügyi szakdolgozók körében

A székletinkontinencia kezelése végbél katéterrel



2014. 27. ÉVFOLYAM 2. SZÁM  
<http://www.meszk.hu/nover>

# 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*, 2014, 27 (2), 1–44.

## TARTALOMJEGYZÉK

### ÁPOLÁSKUTATÁS

Kutatásról ápolóknak 4. rész:

Eredmények értelmezése, következtetések levonása

*Kovácsné Dr. Tóth Ágnes, Lukács Réka*

3

### MAGYAR ÁPOLÁSTUDOMÁNYI TÁRSASÁG ROVATA

Munkaelégedettség és jól-lét alakulása ápolók körében

*Németh Anikó, Dr. Lampek Kinga, Dr. Betlehem József*

11

### EREDETI KÖZLEMÉNY

Agresszív cselekmények előfordulásának vizsgálata egészségügyi szakdolgozók körében

*Ivánka Tibor, Irinyi Tamás, Dr. Rudisch Tibor*

19

Hazai egészségügyi szakdolgozók véradással kapcsolatos ismeretei

*Rajki Veronika, Hirdi Henriett Éva, Balogh Zoltán, Phd, Mészáros Judit Dr.*

26

### KITEKINTÉS

A székletinkontinencia kezelése végbél katéterrel

*Stela Gilanová Phdr, Livia Kollárová Phdr, Papp Katalin Phd*

38

### GRATULÁLUNK

42

### SZERKESZTŐI LEVÉL

44

## CONTENTS

### NURSING RESEARCH

Research for Nurses 4. part:

Interpretation of the results and deduction of the conclusions

*Ágnes Kovácsné Tóth, Réka Lukács*

3

### COLUMN OF THE HUNGARIAN SCIENTIFIC SOCIETY OF NURSING

Job satisfaction and well-being among nurses

*Aniko Németh, Kinga Lampek, József Betlehem*

11

### ORIGINAL CONTRIBUTION

Occurrences involving aggression among healthcare workers

*Tibor Ivanka, Tamás Irinyi, Tibor Rudisch*

19

Awareness of Blood donation-related issues among paramedical professionals in Hungary

*Veronika Rajki, Henrietta Éva Hirdi, Zoltán Balogh, Judit Meszaros*

26

### OUTLOOK

Managing faecal incontinence with a rectal catheter

*Stela Gilanová, Livia Kollárová, Katalin Papp*

38

### CONGRATULATIONS

42

### LETTER FROM THE EDITOR

44

A *Nővérben* megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja és a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskolája elismeri és beszámítja.

## KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

A *NŐVÉR* folyóirat az ápolás független orgánuma. Célja az, hogy tudományos igényű készített írások megjelentetésével az elméleti ismeretek átadása mellett a szakemberek gyakorlati tevékenységét is elősegítse. A *NŐVÉR* a folyamatos önképzés támogatásával hozzá kíván járulni a helyes és hatékony betegellátáshoz, valamint a XXI. század kihívásainak és követelményeinek megfelelni 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  
KIADÓ KFT.

**Nyomdai munka:** Pauker Nyomda, Budapest.  
ISSN szám: 0864-7003

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. Csernus Mariann (PhD)

**Szerkesztő/Editor**

Hirdi Henriett Éva

**Szerkesztőbizottság/Editorial Board**Dr. Betlehem József (PhD), *egyetemi docens, dékán*Kárpáti Zoltán, *ápolási menedzser*Dr. Oláh András (PhD), *egyetemi docens, dékán-helyettes*Pápai Tibor, *centrumvezető ápoló*Szloboda Imréné, *igazgató***Szakértők/Experts**Arany Ida, *megyei vezető ápoló*Jakab Judit, *osztályvezető főnővér*Dr. Papp Katalin (PhD), *főiskolai docens*Dr. Papp László (PhD), *főiskolai docens*Tóth Andrea, *osztályvezető*Dr. Tulkán Ibolya (PhD), *főiskolai docens***Tanácsadó testület/Advisory Board**Bagosi Gabriella, *országos vezető ápoló*, GYEMSZI-ETFBoldogné Csurik Magdolna, *osztályvezető*,

Országos Tisztifőorvosi Hivatal

Dr. Helembai Kornélia, *tanszékvezető főiskolai tanár*  
SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar  
Ápolási Tanszék, SzegedMészáros Magdolna, *elnök*, Egészségügyi Szakmai  
Kollégium Ápolás Szakmai TagozatProf. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár*, MTA  
doktora, a MTA rendes tagja, Pécsi Tudományegyetem  
Szentágotthai János KutatóközpontRauh Edit, *mb. főigazgató-helyettes*, GYEMSZI-ETTDr. Velkey György, *elnök*

Magyar Kórházszövetség

Sövényi Ferencné, *szaktanácsadó*Tóth Ibolya, *főtanácsos*,

Nemzeti Erőforrás Minisztérium

Prof. PhDr. Valérie Tóthova PhD, *dékán*,Dél-Csehországi Egyetem, Egészségügyi Szociális Kar,  
Cseh Köztársaság**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 tárgyából 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 CD-n (NŐVÉR Szerkesztőség, MESZK, 1450 Budapest, Pf.: 74.) vagy e-mail útján juttassák el a [nover@meszk.hu](mailto:nover@meszk.hu) címre. Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton) „Szerzői nyilatkozat”-ot is.

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

A szerkesztőség a beérkezett kéziratokkal (elfogadott vagy nem elfogadott) kapcsolatosan biztosítja az érintettek-re 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 kéziratrészt.

A cikkekből 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: Mariann Csernus PhD. Editor: Henriett Hirdi. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungarian with english summaries. Editorial office: PoB 214., H-1450 Budapest, Hungary. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Mátésné Horváth. Phone/Fax (36-1) 323-2070

Lapunkat rendszeresen szemlézi Magyarország legnagyobb médiafigyelője az



1084 Budapest, Auróra u. 11.  
Tel.: 303-4738, Fax: 303-4744  
E-mail: [marketing@observer.hu](mailto:marketing@observer.hu)  
<http://observer.hu>

# Kutatásról ápolóknak 4. rész:

## Eredmények értelmezése, következtetések levonása

(A „Győri Járműipari Körzet, mint a térségi fejlesztés új iránya és eszköze” kutatás eredményei alapján)

KOVÁCSNÉ Dr. TÓTH Ágnes, LUKÁCS Réka

### Összefoglalás

*A tudományos munka hasznosságát az eredményeken keresztül minősítik. A kutatás nem mechanikus tevékenység. A statisztikai módszereket sokoldalúan fel tudják használni a kutatást végzők, de gyakran szembesülnek azzal, hogy értékes munkát végeztek-e? Az adatok definiálása szubjektív folyamat és a kutatónak szem előtt kell tartania azt, hogy az adatok által kijelölt határok között mozogjon és következtetései kapcsolódjanak a kutatáshoz. A tudományos kutatómunkát az eredményeken túl jellemzi az erkölcsi értéke is.*

**Kulcsszavak:** ápoláskutatás, következtetés

**Research for Nurses 4. part: Interpretation of the results and deduction of the conclusions**

Ágnes KOVÁCSNÉ TÓTH PhD, Réka LUKÁCS

#### Summary

*The usefulness of the scientific work is classified through the results. The research is not a mechanical activity. The researchers can use the statistical methods versatile ways, but they are often faced, that their work is valuable or not? Data defining is a subjective process and the researcher must keep in mind: always to move within by the data indicated limits and their conclusions must be related to the research. The scientific research is not just characterizes by the result but also the moral value.*

**Key words:** nursing research, conclusion

Felkérésre érkezett: 2014. március 20.

### Bevezetés

A kutatás következő fázisához érkezett a kutató, amikor az eredményeket értékelnie kell és az adatokat jelentéssel kell felruházni. A kutatás előtt megfogalmazott céloknak megfelelően elvégzi az adatok értel-

mezését. Gyakran feltett kérdések: „Mit ér az eredmény?” „Mire lehet felhasználni a kapott eredményeket?” „Van-e gyakorlati haszna az eredményeknek?” Az adatok definiálása szubjektív folyamat és a kutatónak szem előtt kell tartania azt, hogy az adatok által kijelölt határok között mozogjon és kö-

KOVÁCSNÉ Dr. TÓTH Ágnes egyetemi docens, Széchenyi István Egyetem Petz Lajos Egészségtudományi és Szociális Képzési Intézet

LUKÁCS Réka PhD hallgató, Széchenyi István Egyetem Kautz Gyula Gazdaságtudományi Kar

Levelező szerző (correspondent): KOVÁCSNÉ Dr. TÓTH Ágnes, elérhetőség: 9028, Győr, Szent Imre u. 26-28., Tel.: +36-30/389 4886; e-mail: tagnes@sze.hu

vetkeztetései kapcsolódjanak a kutatáshoz. (Dempsey, 1999)

A tudományos munka hasznosságát az eredményeken keresztül minősítik. A mennyiség nem a legjobb mérce, nem a közlemények darabszámára és ívekben mért terjedelmére kell törekedni, hanem minőségére. A kutatási munka minősíti egyben a kutatót is. Már Descart is írt a kutatók eredményességéről: „akik eredményesek a tudományban egyre könnyebben érik el az eredményeiket”. (Tomcsányi, 2000)

## A kutatás eredményeinek értékelése, értelmezése

A kutatási eredmények értékelésénél kulcsfontosságú elem a racionális gondolkodás. Az eredmények értelmezésének az a szerepe, hogy a kutató illetve az olvasó is a lehetőségek szerinti legtárgyilagosabb, legegzaktabb, legalaposabb és legtartalmasabb képet kapjon a kutatás tárgyáról, úgy hogy a tudomány és a gyakorlat számára fontos részek ne maradhassanak ki belőle, olyat viszont ne lehessen kiolvasni, amelyre az eredmények nem adnak alapot. Az eredmények értékelésénél fontos figyelembe venni, hogy az olvasó kevésbé ismeri a vizsgált helyzetet, mint a kutató és saját tapasztalatai és ítéleteivel közelíti meg a témát. Az eredmények interpretálásának tartalmaznia kell: az adatok értelmezését (mit jelentenek az összefüggések, tendenciák mutatók), az adatok elemzését (összefüggések, magyarázatok, ok-okozati kapcsolat), az adatok értékelését (megbízhatóság, (reliabilitás) érvényesség, (validitás), befolyásoló körülmények), a következtetéseket különválasztva az objektív és az intuitív következtetéseket, az adatok általánosíthatóságát és a javaslatokat. (Falus, 1996)

Amennyiben a kutató várt eredményeket tud értelmezni, arra kell figyelnie, hogy ne vonjon le olyan következtetéseket, melyek nem egyértelműek, túlzottak, ismernie kell a vizsgálat korlátait, a statisztikai szignifikancia fogalmát. Ha a kutató a hipotézisének ellentmondó eredményt kap, szigorúan ellenőriznie kell a kutatás megbízhatóságát és érvényességét, át kell értékelnie a megelőző elméletet, ki kell derítenie az el-

lentmondások okait és az általánosíthatóság korlátait. Ha a vizsgálat során előre nem feltételezett összefüggéseket talál a kutató, akkor ezeket a legszigorúbb ellenőrzés alá kell vetni. Ha a null hipotézis nem vethető el, és utólag nem lehet megállapítani, hogy ennek mi az oka, akkor a kutatónak meg kell állapítania, hogy a következtetések levonására nincsenek megfelelő bizonyítékok. (Falus, 1996)

Gyakran kapnak a kutatók negatív- vagy váratlan eredményeket, amelyek ellentmondásban állnak a kutatás elméleti és fogalmi kereteivel. A kutatónak fel kell készülnie ezekre a buktatókra is és tudósként tisztában kell lennie, hogy ezek az eredmények is jelentősek és hozzájárulnak az ismeretekhez. (Dempsey, 1999) Az elemzés és az értelmezés akkor jó, ha a tanulmány a nem várt és statisztikailag nem szignifikáns eredményeket is megmagyarázza, érzékelteti a statisztikai és gyakorlati haszon közötti eltérést, összekapcsolja a szakirodalom és a kutatási eredmények által megfogalmazott elméleteket, a problémára vonatkoztatja az eredményeket, vizsgálja az eredmények jelentőségét, rávilágít az adatgyűjtés és az eredmények korlátaira, gyengéire, következő felméréseket jelöl ki, túlzott általánosításokat és nem megfelelően igazolt következtetéseket nem von le, az értékelés előítéletektől és szubjektív véleményektől mentes.

A kutatási beszámolókkal szemben támasztott követelmények közé tartozik; hogy az eredmények tárgyalásakor a valós eredményeket kell figyelembe venni. Az eredményeknek és az azokból levont következtetéseknek egyértelműen el kell különülni egymástól. Ahol az adatok alapján lehet általánosítani, ott ezt szavakba kell önteni, és ezeknek az adott kutatásra, s nem a megelőző szakirodalomra kell vonatkoznuk. Az adatok által alá nem támasztott általánosításokat azonban nem tanácsos megfogalmazni. A következtetéseket úgy kell megfogalmazni, hogy az összegyűjtött adatokra támaszkodjon, egyértelműnek kell lennie az empirikusan bizonyított tények és a következtetések kapcsolatának, a kutatónak minden jelentős tényhez meg kell fogalmazni a következtetéseket. (Falus, 1996)

Az objektivitásnak tehát a kiértékelés-



nél is érvényre kell jutnia, a kutatónak nem szabad előzetes elképzelései alapján jó vagy rossz adatokra osztania a mért értékeket. Az adatok számszerű kiértékelése során érdemes az első lépéseket mechanikusan elvégezni, így kisebb lesz az esély arra, hogy az eredményeket a kutató szubjektív értékítélete eltorzítsa. Az adatok kiértékeléséhez időre és türelemre van szükség. A kutató feladata az adatok kritikus értékelése, a bizonyítottan téves értékeket a következő következtetésekből mellőzni lehet, de a mérési jegyzőkönyvben szerepeltetni kell a bizonyított hiba okával együtt. A kiugró adatok ellenőrzésére célszerű matematikai statisztikai módszereket alkalmazni. (Csermely, Gergely, Koltay, Tóth, 1999)

## A kutatás matematikai értékelése

A primer kutatások eredményeinek értékelése általában statisztikai, matematikai. A matematikai-statisztika (biometria) a kutatások alapvető részévé vált, és rávilágított az ismétlés jelentőségére a kísérletekben, vagyis annak fontosságára, hogy a vizsgálatot több helyen, több éven át, különböző személyekkel és körülmények között is elvégezzék. (Tomcsányi, 2000)

A matematikai statisztika modelljeit természet- és műszaki tudományokban, számos társadalomtudományban is alkalmazzák. A statisztikai programcsomagok segítségével a kutató elképesztő, ám nem feltétlenül tudományosan megalapozott összefüggéseket is felfedezhet, erre egy egyszerű példa hogy megfelelő adatok gyűjtésével olyan összefüggést is kimutathatunk, hogy minél kevesebb fűtőanyagot használunk annál melegebb lesz (hiszen nyári melegen pl egyáltalán nem kell fűteni...). Persze ha a kutató alaposan tisztában van a módszerek alkalmazási feltételeivel és az eredmények értelmezésének módjával, akkor méréseit a matematikai statisztikai módszerek segítségével gazdaságosabban tudja felhasználni. (Csermely, Gergely, Koltay, Tóth, 1999)

A statisztikai módszerek tehát nem gondolkodnak helyettünk, ez a kutató feladata. Erre utal a következő idézet is melyet

Murphy törvénykönyvében olvashatunk; „Kellő számú adatból - statisztikai módszerekkel - bármit be lehet bizonyítani.” (Blosch, 1988)

## A következtetések levonása

A következtetésnek két formáját különböztetjük meg: a deduktív és az induktív következtetést.

A deduktív eljárás a már ismert általános törvényszerűségből következtet - ad magyarázatot - az egyedi esetekre. Az induktív következtetés esetén az egyes eredményekből, adatokból következtetünk az általános törvényszerűségekre, melyek egyben az egyedi esetek magyarázatai is lesznek. Fontos hangsúlyozni, hogy ez a kétféle következtetés nem úgy viszonyul egymáshoz, mint helyes a helytelenhez. Mindkettő helyes eljárás, ha adekvát módon használjuk.

A problémamegoldó gondolkodás folyamatának szakaszai:

⇒ A feladat megértése. Ez jelenti a probléma újrafogalmazását.

⇒ Tervkészítés, megoldási javaslat kidolgozása. Szűkülnek a megoldási lehetőségek, azok mérlegelése.

⇒ Kivitelezés, megoldás.

⇒ Az eredmény felülvizsgálása, ellenőrzése.

Ha nem vagyunk sikeresek újra kezdődnek a lépések előlről.

A fenti szakaszok az egyes alcélok elérése során éppúgy megjelennek, mint a probléma egészét illetően.

A problémamegoldás folyamatában vannak segítő és gátló tényezők. Ezek lehetnek:

⇒ *Megoldási sémák*: a megoldási sémák segítenek és akadályozhatják a gondolkodási folyamatot.

⇒ *Beállítódás*: A beállítódás magába foglal egy rutinszerű cselekvést, amely szintén gátolhatja gondolkodásunkat. Például biztosan mindenki találkozott már azzal a feladattal, hogy hogyan lehet hat gyufaszáלבól négy egyenlő szárú háromszöget építeni. A feladat megoldását gyakran az a beállítódásunk gátolja, hogy két dimenzióban gondolkodunk, míg ha felhívják a figyelmünket a térben való gondolkodásra könnyedén megoldjuk a feladatot.

⇒ **Funkcionális rögződés:** akadályozza a szokásos felhasználási lehetőségétől való eltérő új felhasználási lehetőség észrevezését, ami adott esetben a problémamegoldáshoz vezetne. (Estefánné, 2014)

## Eredmények értékelése az SPSS program segítségével

Az SPSS (Statistical Package for Social Science) egy olyan statisztikai program, mely a mennyiségi, kvantitatív adatok elemzésére szolgál, nagyméretű és összetett adatbázisok feldolgozására alkalmas hatékonyan és gyorsan. (Sajtos, Mitev, 2007)

Az egyik leggyakrabban használt funkció az SPSS programban az egy vagy több változó értékeinek gyakorisági eloszlását mutatja meg. Ezen a példán keresztül szeretnénk bemutatni az SPSS program eredményeinek lehetséges értékelését.

A gyakorisági eloszlást eredményező parancs lefuttatása után az Output ablakban több táblázatot kell értelmeznünk. Az első táblázatban azt láthatjuk, hogy melyik változókat vontuk be a műveletbe, ezeknek hány valós és hány hiányzó értékük van. (**I. táblázat**)

A második táblázat az adott változó gyakorisági eloszlását mutatja, az első oszlopban a változó értékeivel. A második oszlop (Frequency) az abszolút gyakorisági eloszlást ábrázolja, tehát az értékek előfordulásának számát a mintában. A harmadik (Percent) oszlop a relatív gyakorisági eloszlást tartalmazza, minden értéknek az előfordulási arányát a mintában, amit úgy kapunk meg, ha az abszolút gyakoriságot elosztjuk a minta elemszámával. A negyedik (Valid Percent) oszlop a relatív gyakoriságot jelenti, amely nem a minta elemszámára, hanem a változó nem hiányzó értékeinek, tehát valós értéke-

inek számára arányosítja az abszolút gyakoriságot. Az ötödik (Cumulative Percent) oszlop a kumulált gyakoriság, mely a Valid Percent oszlopban bemutatott relatív gyakoriság összegzését jelenti. (Lázár, 2009) (**II. táblázat**)

**II. táblázat: Ön hogyan érzi, mennyit tesz meg egészsége megóvása érdekében? (N=3032)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nagyon keveset	29	1,0	2,9	2,9
	Keveset	75	2,5	7,4	10,3
	Átlagosat	649	21,4	64,3	74,6
	Sokat	224	7,4	22,2	96,7
	Nagyon sokat	33	1,1	3,3	100,0
	Total	1010	33,3	100,0	
Missing	System	2022	66,7		
Total		3032	100,0		

Nézzük konkrét példákon!:

### A kutatás előkészítése, tervezése

A mintavételt a „Győri Járműipari Körzet, mint a térségi fejlesztés új iránya és eszköze” című TÁMOP-4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0010 számú projekthez kapcsolódó kérdőív lakossági felméréssel 2013-ban végeztünk.

A lekérdezésben 3032 fő 18 éven felüli győri lakos vett részt. A mintaválasztás nemre, korra és városrészre vonatkozóan volt reprezentatív, amelyet a 2011-es népszámlálás eredményeiből választottuk. A lekérdezés kérdőbiztosok segítségével történt. A reprezentativitási kritériumok egyenkénti kvótáigényeitől való eltérés minimálisnak tekinthető, a városrészi megoszlást figyelembe nem vevő elemzési célok esetében az adatbá-

**I. táblázat: Információ a vizsgált adatokról**

		Iskolai végzettség	Ön hogyan érzi, mennyit tesz meg egészsége megóvása érdekében?	Megpróbálok lehetőségeimhez mérten egészségesen táplálkozni	Mennyire tartja egészségesnek saját táplálkozását?
N	Valid	3025	1010	980	988
	Missing	7	2022	2052	2044

zis súlyozása elhagyható, a legjelentősebb, egy korcsoportra vonatkoztatott eltérés 7%, ami a teljes mintára vonatkoztatva nagyjából 1%-os asszociatív hibát eredményez.

A mérőeszköz megbízhatóságának kritériumait a kutatás kezdetekor szociológus csoport végezte el. Az adatgyűjtő eszközöknek rendelkeznie kell: reliabilitással, validitással, alkalmazhatósággal (Kovácsné et al. 2007.). A mérés a társadalomtudományban a pontosságra való törekvést jelenti a természet-tudományos értelmezéssel a precizitással szemben. (Nagy & Csapó, 1994)

### A kutatási minta jellemzése

A független változóként felhasználható indikátorok köre magában foglalja az alapvető szocio-demográfiai jellemzők széles körét a kiindulópontként használt, reprezentativitást biztosító tulajdonságokon túl.

A szociodemográfia változók ismertetése lényeges része a kutatásnak.

A mintában résztvevők nem szerinti megoszlása: 46,9% férfi, 53,1% nő. A megkérdezettek átlagéletkora 48,45 év (SD=17,8 év).

A korcsoportonkénti megoszlást a **III. táblázat** tartalmazza.

III. táblázat: Megkérdezettek életkora (kategóriák) (N=3032)

		elemszám	relatív gyakoriság	abszolút gyakoriság	kumulatív gyakoriság
Valid	18-29	502	16,6	16,6	16,6
	30-39	645	21,3	21,3	37,9
	40-49	494	16,3	16,3	54,2
	50-59	466	15,4	15,4	69,7
	60-69	485	16,0	16,0	85,7
	70 felett	433	14,3	14,3	100,0
	Total	3025	99,8	100,0	
Missing	System	7	,2		
Total		3032	100,0		

A megkérdezettek többsége 63,1% középfokú iskolai végzettséggel, 12,2% alacsony és 24,7% felsőfokú végzettséggel rendelkezik. Az iskolai végzettség esetében különböző felosztásokat alkalmaztunk, a különböző kategóriák szerinti megoszlásokat a **IV. táblázat** tartalmazza. Az iskolai végzettség alapján való megoszlás a mintában illeszkedik a 2011. évi népszámlálás adatainak megoszlásához.

A foglalkozási státusz illetve pozíció besorolásához két kérdést alkalmaztunk az adat-

felvétel során. A státuszra vonatkozó kérdés a háztartás összes tagjára vonatkozóan felvételre került, míg a foglalkozási pozíciót csak a válaszadó esetében vizsgáltuk. Az **V. táblázat**ban látható a foglalkozási státusz szerinti megoszlás a válaszadók, illetve a felmért háztartások esetében. Az adatokból látható, hogy a foglalkoztatottak aránya a győri felnőtt népességen belül meghaladja az 50%-ot. Amennyiben a győri megoszlást összehasonlítjuk az országos adatokkal, látható, hogy Győrben a foglalkoztatottak aránya szignifikánsan magasabb, illetve jelentős a különbség az egyéb inaktív arányában az országos adatok „javára”. A Győrről vonatkozó megoszlási adatok a táblázat és a diagram esetében különböznek egymástól, az eltérés abból adódik, hogy az országos arányokkal való összehasonlításhoz nem a teljes mintát, hanem csak a 20 év felettieket vettük figyelembe. (**1. ábra**)

A családi állapot szerkezet alapján megállapítható, hogy a házások aránya megközelelti a teljes minta felét, az élettársi kapcsolatban lévőket hozzászámolva elmondható, hogy 57% azok aránya, akik kapcsolatban együtt élőknek számítanak.

Amennyiben megvizsgáljuk a családi állapot szerinti szerkezetet a népszámlálási adatokkal összehasonlítva, azt tapasztalhatjuk, hogy a valós helyzethez képes nem jelentősek az eltérések a mintánkban. Az elváltak, illetve az élettársi kapcsolatban élők kissé alulreprezentáltak, míg a nőtlének, hajadonok, valamint az özvegyek kissé felülreprezentáltak. (**VI. táblázat**)

A válaszadók közel 30%-a nyilatkozott úgy, hogy élete során volt már munkanél-



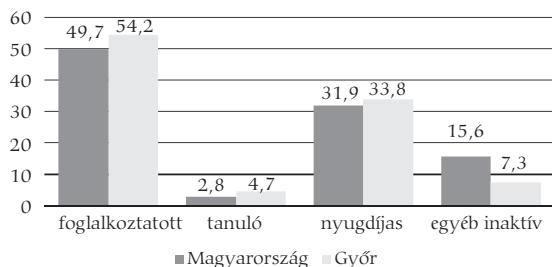
**IV. táblázat: A minta megoszlása az iskolai végzettség kategóriái alapján, különböző felosztásban (N=3032)**

	szám	arány (%)	szám	arány (%)	szám	arány (%)	szám	arány (%)
8 általános vagy kevesebb	369	12,2			369	12,2	369	12,2
legfeljebb alapfokú			369	12,2				
szakmunkásképző					674	22,3	674	22,3
középiskola érettségi nélkül	674	22,4						
szakközépiskola, középfokú technikum					891	29,5		
gimnázium					345	11,4		
középiskola érettségivel	1236	40,9						
érettségi technikum nélkül							923	30,5
közép és felsőfokú technikum							313	10,3
középfokú			1910	63,1				
főiskola					465	15,4	465	15,4
egyetem					281	9,3	281	9,3
felsőfokú	746	24,6	746	24,6				
összesen	3025	100,0	3025	100,0	3025	100,0	3025	100,0

**V. táblázat: A válaszadók, illetve a háztartások megoszlása foglalkozási státusz alapján (N=3032)**

	Válaszadók		Teljes háztartás	
	szám	arány (%)	szám	arány (%)
alkalmazott teljes munkaidőben	1401	46,6	3170	43,8
alkalmazott részmunkaidőben	62	2,1	167	2,3
GYES, GYED, GYET („főállású anya”)	92	3,1	181	2,5
önálló, vállalkozó, saját vállalkozásában dolgozik	123	4,1	266	3,7
alkalmi munkákból, megbízásokból él	18	0,6	47	0,6
munkanélküli	77	2,6	168	2,3
nyugdíjas (saját jogú, öregségi, özvegy)	900	29,9	1567	21,7
rokkantnyugdíjas (leszállékolt)	95	3,2	197	2,7
háztartásbeli	22	0,7	41	0,6
tanuló	190	6,3	1089	15,1
segítő családtag	11	0,4	21	0,3
egyéb	15	0,5	319	4,4
Összesen	3006	100,0	7233	100,0
Összevont kategóriák				
foglalkoztatott	1604	53,4		
tanuló	190	6,3		
nyugdíjas	995	33,1		
egyéb inaktív	217	7,2		
Összesen	3006	100,0		

1. ábra: A 20 évnél idősebb népesség gazdasági aktivitás szerinti megoszlása Magyarországon és Győrben (%)



Forrás: GYIK lakossági adatfelvétel; KSH Népszámlálás, 2011

VI. táblázat: A válaszadók megoszlása családi állapot szerint (N=3032)

Családi állapot	szám	arány (%)
nőtlen, hajadon	661	21,9
házas	1465	48,6
élettárral, partnerrel él	253	8,4
elvált	290	9,6
özvegy	347	11,5
Összesen	3016	100,0

VII. táblázat: Volt-e valaha munkanélküli. Megoszlások a kategóriaváltozók mentén. (N=3032)

	nem volt	volt		nem volt	volt	
Korcsoport (N=2888)			sig.	Lakóövezet (N=2854)		sig.
18-29	72,4%	27,6%	0,000	belváros	75,1%	24,9%
30-39	58,4%	41,6%	erősség	belső lakóövezet	78,2%	21,8%
40-49	58,0%	42,0%	Cramer	lakótelep	69,3%	30,7%
50-59	67,5%	32,5%	0,270	külső lakóövezet	60,9%	39,1%
60-69	77,9%	22,1%		kertes lakóövezet	71,4%	28,6%
70 felett	94,3%	5,7%		Anyagi helyzet (N=2894)		sig.
Iskolai végzettség (N=2888)			sig.	alsó kvintilis	76,5%	23,5%
legfeljebb alapfokú	67,4%	32,6%	0,000	2.	63,9%	36,1%
középfokú érettségi nélkül	64,0%	36,0%	erősség	3.	64,9%	35,1%
középfokú érettséggel	70,7%	29,3%	Cramer	4.	71,4%	28,6%
felsőfokú	76,8%	23,2%	0,099	felső kvintilis	75,1%	24,9%
Családi állapot (N=2879)			sig.	Foglalkozási státusz (N=2871)		sig.
nőtlen, hajadon	66,2%	33,8%	0,000	foglalkoztatott	64,7%	35,3%
házas	71,5%	28,5%	erősség	nyugdíjas	84,9%	15,1%
élettárs	59,3%	40,7%	Cramer	tanuló	92,6%	7,4%
elvált	62,8%	37,2%	0,157	egyéb inaktív	33,2%	66,8%
özvegy	86,8%	13,2%		Együtt	70,3%	29,7%

küli, esetleg jelenleg is az. Minden kategória-változó esetében szignifikánsak a kapcsolatok, viszonylag erősnek az életkor és a foglalkozási státusz hatása tekinthető (ahogy a foglalkozási pozíciónál, itt sincs túlzott relevanciája az utóbbinak). Azt tapasztalhatjuk, hogy a legfiatalabb korcsoportot leszámítva az életkorral előrehaladva csökkenő tendenciát mutat azok aránya, akik már voltak munkanélküliek, a 70 év felettiéknél ez az arány alig haladja meg a 20%-ot. Érdekeség, hogy az érettségi nélküli középfokú végzettséggel rendelkezők között magasabb arányt tapasztalhatunk, mint azoknál, akik legfeljebb alapfokú végzettséggel rendelkeznek, véleményem szerint ez jelentős mértékben a két csoport életkori megoszlásában mutatkozó különbségnek tudható be. (VII. táblázat)

A kutatás nem mechanikus tevékenység. A statisztikai módszereket sokoldalúan fel tudja használni a kutatást végző. Minden statisztikai módszernek van előnye és hátránya. Egy adott problémahelyzetre a legmegfelelőbb módszer kiválasztása már a tanult

ismeretek alkalmazását jelenti. A számok nem fognak tiltakozni, csak a kutató felelőségétől függ, hogy az eredményekből levont következtetések relevánsak legyenek a vizsgált problémakörre. (Falus, 1996)

A tudományos kutatómunkát az eredményeken túl jellemzi az erkölcsi értéke is. Az alkotómunka számára az etikus viselkedés elengedhetetlen. Tomcsányi szerint, aki mást félrevezet az önmagát is becsapja. A legősbibbi etikai elvre a Mózesi Tízparancsolatra hivatkozva fogalmazta meg a következőket.

- ⇒ „ne vegye el soha más eredményét, ne sajátítsa ki mások gondolatát, mert a másét magaménak mondani igazságot tagadó hazugság;
- ⇒ ne ártson senkinek eredményeivel, ne szolgálja az emberi élet pusztítását, a kultúra rombolását a gyűlöletet;
- ⇒ tisztelje azokat emlékezve és emlékeztetve rájuk, akiket témában követett, akiktől tanult, a régieket is – mert különben órá sem fog emlékezni senki.” (Tomcsányi, 2000)

## Irodalomjegyzék

1. Blosh, A. (1985). *Murphy törvénykönyve, avagy miért romlik el minden?* Budapest, Gondolat,
2. Csermely, P., Gergely, P., Koltay, T., Tóth, J. (1999). *Kutatás és közlés a természettudományokban*. Osiris Kiadó, Budapest.
3. Dempsey, PA., Dempsey, PD., (1999). *Kutatómunka az ápolásban*. Medicina Könyvkiadó RT., Budapest.
4. Estefánné, V.M. Pszichológiai alapok. Hozzáférhető: [http://www.ektf.hu/hefoppalyazat/pszielmal/a\\_problmamegold\\_gondolkods.html](http://www.ektf.hu/hefoppalyazat/pszielmal/a_problmamegold_gondolkods.html) (Letöltve: 2014. 03.01.)
5. Falus, I. (1996). *Bevezetés a pedagógiai kutatás módszereibe*. KERABAN Kiadó, Budapest.
6. Kovácsné, T.Á., Feith, H.J., Balázs, P. (2007) „Főiskolai hallgatók érték és pályaaorientációja” kutatás tervezése, a kérdőív módszertani bemutatása, a kérdőívben alkalmazott skálák megbízhatósága. *Nővér*, 21(5): 3-9.
7. Lázár, E. (2009). *Kutatásmódszertan a gyakorlatban az SPSS program használatával*. Scientia Kiadó, Kolozsvár.
8. Nagy M. Csapó B. (1994) *A természettudományos ismeretek alkalmazása: mit tudnak tanulóink az általános és középiskolavégén? Új Pedagógiai Szemle*, 1-2: 3-11.
9. Sajtos, L., Mitev, A. (2007). *SPSS kutatási és adatelemzési kézikönyv*. Alinea Kiadó, Budapest.
10. Tomcsányi P. (2000). *Általános kutatómódszertan*. Szent-István Egyetem-Országos Mezőgazdasági Minősítő Intézet, Gödöllő.

# Munkaelégedettség és jól-lét alakulása ápolók körében

NÉMETH Anikó, Dr. LAMPEK Kinga, Dr. BETLEHEM József,

## Összefoglalás

**A vizsgálat célja:** A szerzők célja volt feltárni az ápolók munkával való elégedettségének, jól-létének változását, valamint megvizsgálni, hogy a munkahelyi átalakulás miatt érzett bizonytalanság hatással van-e az ápolók jól-létére.

**Anyag és módszer:** A két keresztmetszeti vizsgálat saját szerkesztésű, önkitöltős kérdőívvel történt, mely az ország hat oktatókórházában, fekvőbeteg ellátásban, teljes munkaidőben dolgozó ápolónőket vizsgálta 2003 és 2010-ben.

**Eredmények:** A munkahelyi elismerés és a pszichológiai igénybevétel mértéke jelentősen csökkent az első felmérés óta. A munkahelyi önállóság mértéke jelentősen romlott, mely megnyilvánul a csökkent döntéshozatalban, a munkamódszerek, munkafeladatok, a munkatempó és a munka megtervezési lehetőségének jelentős csökkenésében. Romlott a munkaközösség megítélése is, viszont a közvetlen ápoló felettes megítélése nem változott az első vizsgálat óta. A pozitív jól-lét mértéke jelentősen csökkent 2003 óta, a negatív jól-lét mértéke azonban nem változott.

**Következtetések:** Az ápolók munkaelégedettsége romlott, valamint a munkahelyen érzett bizonytalanság hatással van jól-létükre.

**Kulcsszavak:** ápoló, munkaelégedettség, jól-lét, bizonytalanság

### Job satisfaction and well-being among nurses

Aniko NÉMETH, Kinga LAMPEK, József BETLEHEM

#### Summary

**Aim of the study:** To monitor the changes in job satisfaction and well-being of nurses and to investigate whether the uncertainty caused by the reorganisation of workplaces affected their well-being.

**Sample and methods:** Two cross-sectional studies were conducted in six Hungarian teaching hospitals in 2003 and in 2010 involving full time worker female inpatient care nurses who were asked to complete a questionnaire developed by the researchers.

**Results:** The degree of acknowledgement and psychological strain at the workplace decreased significantly since the first survey. The autonomy at work dropped which is reflected by the diminished decision making and fewer opportunities to plan the working methods, work tasks, pace of work and jobs. Nurses evaluate the working community as worse, but the judgement of the head nurses did not change in 7 years. The rate of positive well-being significantly decreased since 2003, although the extent of negative well-being did not change.

**Conclusions:** The job satisfaction of nurses decreased and the uncertainty at workplace affects their well-being.

**Key words:** nurse, job satisfaction, well-being, uncertainty

Érkezett: 2013. december 14. Elfogadva: 2014. január 28.

## Bevezetés

Minden ember életében jelentős szerepet tölt be a munkája, a munkahelye, ezért különösen fontos, hogy milyen körülmények között végezzük mindennapi feladatainkat, hogyan éljük meg a munkahelyen való tar-

tózkodást. Ha a dolgozónak a munkája ki-elégíti a legfontosabb szükségleteit, akkor munkahelyi elégedettségről, ellenkező esetben elégedetlenségről beszélünk. (Guiot, 1984) Az egészségügyi dolgozók között a munkaelégedettség négyszer gyakoribb, mint a más szakmákban dolgozók körében.

NÉMETH Anikó tanársegéd, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar  
Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport

Dr. LAMPEK Kinga szociológus, közgazdász, főiskolai tanár, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

Dr. BETLEHEM József egyetemi docens, tanszékvezető, intézetigazgató, dékán, Pécsi Tudományegyetem

Egészségtudományi Kar

Levelező szerző (correspondent): NÉMETH Anikó, elérhetőség: 6724 Szeged, Rókus krt. 21.

Tel.: +36-30/341-7040; e-mail: nemethaniko79@gmail.com

(Aiken et al., 2001) A munkával való elégedettség pozitív hatással van a munkateljesítményre. (Hasselhorn et al., 2005) A munkával való elégedetlenséget fokozó tényezők közé tartozik a jövedelem alacsony mértéke (Lynn & Kelley, 1997), a rossz munkahelyi légkör (Mizuno et al., 2006; Pikó & Piczil, 2007), olyan feladatok ellátása, melyek nem tartoznak az ápolók feladatai közé (takarítás, mosogatás, orvosi kompetenciába tartozó feladatok), illetve ha alacsony az autonómia és a döntési szabadság. (Sasváriné, 2003) Növekszik a munkával való elégedetlenség, ha a dolgozónak nincs lehetősége előrelépni a szervezeti hierarchiában, ha nem tud továbbképzéseken részt venni, vagy nincs lehetősége tovább tanulni. (Krasz, 2006) A munkafeladatból adódó elégedetlenség okai lehetnek a fokozott munkatempó, időhiány, irreális feladatok, szakmai bizonytalanság, monoton munkavégzés, több műszak, túlóra, gyakori veszélyhelyzet, fokozott figyelem igénye, nehéz fizikai munka. (Plette, 1994) Egy Németországban készült felmérés eredményei szerint, ha az ápolók megnövekedett igénybevételről számolnak be a munkahelyükön, akkor a munkaelégedettségük csökken. (Schmidt & Diestel, 2011) A közvetlen ápoló felettes részéről a munkatársakkal való törődés, a beosztottak iránti figyelem, a munka ellenőrzésének módja és mértéke, a munkával kapcsolatos visszajelzés megléte, az egyértelmű utasítások, a kölcsönös bizalom szintén fokozzák a munkahelyi elégedettséget. (Burke, 2002; Krasz, 2006)

A szubjektív jól-lét egy heterogén fogalom, magába foglalja a boldogságot, az élettel való megelégedettséget, valamint a pozitív érzelmi tényezőket is. (Diener, 1984) Azok az ápolók, akik munkájuk során jutalomban, szóbeli dicséretben részesültek, valamint munkájukat változatosnak, kihívást jelentőnek ítélték, megfelelő mennyiségű ellenőrzést tapasztaltak munkájuk felett, sokkal gyakrabban számoltak be munkahelyi elégedettségről, valamint pozitív jól-lét érzéséről. (Walters et al., 1997) Ha az ápolók érzik, hogy megtervezhetik a munkájukat, és képesek megtalálni az értelmet a munkájukban, akkor pozitív jól-lét érzésük is fokozódik. (Bégar et al., 2005) A munkahelyi társas támogatás szignifikáns hatást gyakorol a

pozitív jól-létre. (Betlehem et al., 2007) Egy hazai, de nem ápolók körében végzett felmérés eredményei azt mutatták, hogy a munkahelyen érzett bizonytalanság, az alacsony kontroll és szociális támogatás, a hétfévente végzett munka, a munkával és a felettséssel való elégedetlenség összefügg a negatív jól-lét érzésével. (Kopp et al., 2008)

## A vizsgálat célja

Vizsgálatunk célja volt feltárni a fekvőbeteg ellátásban dolgozó ápolónők munkával való elégedettségének valamint jól-létének változását a 2003 és 2010 között eltelt időszakban. Feltételeztük, hogy a munkával való elégedettség jelentős mértékben romlott a 2003-as felmérés óta, valamint a pozitív jól-lét mértéke is jelentős mértékben csökkent. Feltételeztük továbbá, hogy a munkahelyi átalakulás miatt érzett bizonytalanság hatással van az ápolók jól-létére.

## Anyag és módszer

Keresztmetszeti vizsgálatainkat saját szerkesztésű, önkitöltős kérdőívvel végeztük, mely tartalmazta többek között a munkaelégedettség vizsgálatára szolgáló Demand-Control-Support (D-C-S, azaz igénybevétel-ellenőrzés-támogatás) modellt (Karasek, 1979; Johnson, 1991), az Érzelmi Egyensúly Skálát (Affect Balance Scale), mely a jól-létet vizsgálja (Badburn, 1969), illetve a munkahelyi bizonytalanságot vizsgáló skálát. (Németh et al., 2013)

A kérdőíveket a bajai, gyulai, kecskeméti, nyíregyházi, székesfehérvári és szombathelyi kórházakban osztottuk ki 2003 és 2010-ben a legalább egy éve az adott kórházban, teljes munkaidőben, fekvőbeteg ellátásban dolgozó beosztott ápolónők körében. Baján egyszerű véletlen, a többi kórházban szisztematikus mintavételi eljárást alkalmaztunk. 2003-ban 1305, 2010-ben 1587 darab kérdőívet osztottunk ki. A visszaérkezett és értékelhető kérdőívek száma a 2003-as felmérés során 916 (70,2%), 2010-ben 1048 (66,03%) volt. A válaszadók válaszaikat SPSS 18.0 statisztikai programmal,  $\chi^2$ -



próbával, független kétmintás T-tesztel, páros T-próbával, korreláció analízissel (Spearman-féle rangkorreláció) és lineáris regressziós modellel elemeztük. Öt százalékos szignifikancia szinttel dolgoztunk.

## Eredmények

2010-re a válaszadók átlag életkora jelentősen ( $p < 0,001$ ) emelkedett átlag 35,19 évről 38,47 évre. Duplájára emelkedett az érettségizettek aránya (35,2%-ról 70,6%-ra), a diplomások aránya jelentősen csökkent 42%-ról 15,5%-ra ( $p < 0,001$ ). Jelentős emelkedést mutatott (6%-ról 14,8%-ra) a hosszú idejű ellátási területeken (krónikus) dolgozók aránya ( $p < 0,001$ ), valamint szignifikáns mértékben csökkent a 8 órás három műszakban dolgozók aránya 23,6%-ról 10,3%-ra, és emelkedett a 12 órás beosztásban dolgozók aránya 61,9%-ról 79%-ra ( $p < 0,001$ ).

Elmondható, hogy míg 2003-ban a munkában rejlő kihívás ( $p < 0,001$ ), a rászoruló emberek segítése ( $p = 0,005$ ), a jó munkatársi kapcsolatok ( $p < 0,001$ ) játszottak abban szerepet, hogy valaki ápolóként dolgozott, addig 2010-ben az, hogy nincs más elhelyezkedési lehetősége ( $p < 0,001$ ), és a megélhetes forrásának tekintik a munkát ( $p < 0,001$ ).

### A munkaelégedettség vizsgálata

A Demand-Control-Support modell három skála együtteséből áll. (Karasek, 1979; Johnson, 1991) A munkahelyi igénybevétel skála (Job Demand Scale) három alskálából tevődik össze. Az első alskála hat ötfokozatú kérdést tartalmaz (1=semmit; 5=rendkívül sokat), melyek a munkahelyi fizikai igénybevétellel kapcsolatosak. Ezen az alskálán egyetlen kérdés sem mutatott jelentős eltérést az első vizsgálathoz képest (**1. ábra**), és a skála átlagpontszámai között nincs jelentős eltérés a két vizsgálati évet nézve ( $p = 0,331$ ). A második alskála három ötfokozatú kérdést tartalmaz (1=semmi; 5=rendkívül sok), melyek a munkahelyi elismeréssel kapcsolatosak. 2010-ben kevésbé érzik úgy az ápolók, hogy megfizetik munkájukat más ápolókhöz viszonyítva ( $p < 0,001$ ), és kevésbé részesülnek megbecsülésben munkájukért ( $p = 0,018$ ), mint 2003-ban. A skála össz át-

1. ábra: Munkahelyi igénybevétel első alskála összehasonlítása

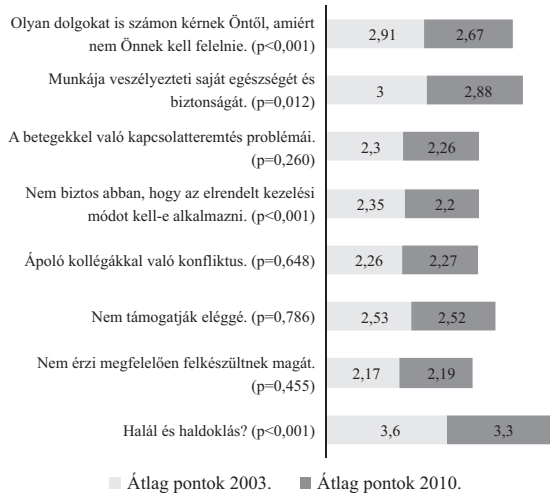


lagpontszámát tekintve elmondható, hogy a munkahelyi elismerés mértéke jelentősen csökkent 2003-hoz képest ( $p < 0,001$ ).

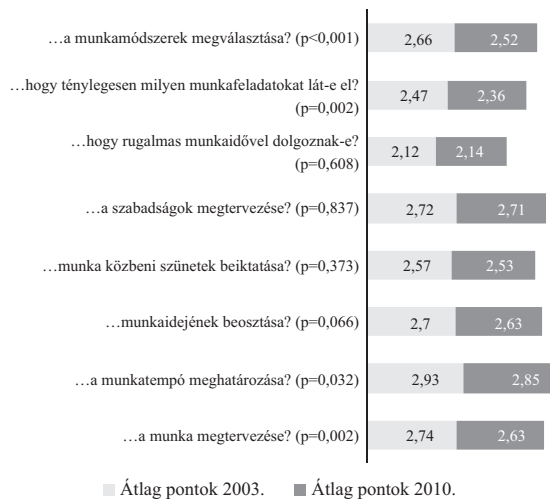
A harmadik alskála a pszichológiai igénybevételt méri nyolc ötfokozatú kérdéssel (1=egyáltalán nem; 5=rendkívül gyakran). Négy kérdés eredményeiben mutatkozott jelentős javulás a 2003-as felméréshez képest. 2010-ben kevésbé érzik úgy az ápolók, hogy olyan dolgokat is számon kérnek tőlük, amikért nem nekik kell felelniük ( $p < 0,001$ ), kevésbé érzik egészséget veszélyeztetőnek munkájukat ( $p = 0,012$ ), kevésbé érinti őket a kezelési mód bizonytalansága ( $p < 0,001$ ), és a halál, haldoklás előfordulása a munkahelyen ( $p < 0,001$ ), mint 2003-ban. (**2. ábra**) Összességében megjegyezhetjük, hogy 2010-ben jelentősen ( $p < 0,001$ ) alacsonyabb a munkahelyen a pszichológiai igénybevétel, mint 2003-ban.

A munkahelyi ellenőrzés skála (Job Control Scale) két alskálából tevődik össze. Az első szubskála egy négy, ötfokozatú itemet tartalmazó skála (1=egyáltalán nem; 5=nagyon), mely az önállósággal kapcsolatos kérdéseket tartalmazza. 2010-ben kevésbé érzik úgy a válaszadók, hogy képesek önállóan dolgozni ( $p = 0,004$ ), és kevésbé hozhatnak munkájukban döntéseket ( $p = 0,008$ ), mint 2003-ban.

A második alskála nyolc, négyfokozatú kérdést tartalmaz (1=egyáltalán nem; 4=szinte teljesen), és a munkába való beleszólási lehetőséggel foglalkozik. 2010-ben kevésbé választhatják meg az ápolók a munkamódszereket ( $p < 0,001$ ), hogy milyen munkafeladatokat látnak el ( $p = 0,002$ ),

**2. ábra: Munkahelyi igénybevétel harmadik alskála összehasonlítása**


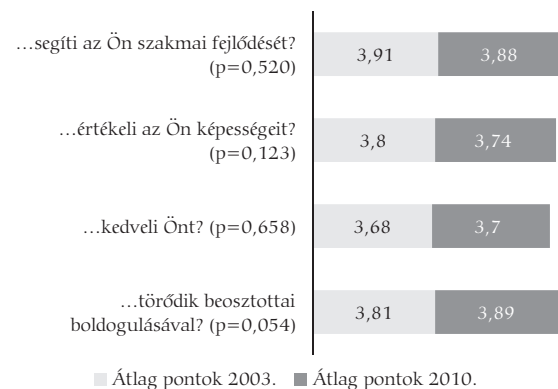
hogy milyen munkatempóval dolgoznak (p=0,032), és kevésbé tervezhetik meg a munkát (p=0,002), mint 2003-ban. (3. ábra) Összességében elmondható, hogy a 2010-es felmérés jelentősen alacsonyabb önállóság érzetet mutatott ki (p<0,001).

**3. ábra: Munkahelyi ellenőrzés második alskála összehasonlítása**


A munkahelyi támogatás (Job Support Scale) skála két, négy-négy kérdést tartalmazó ötfokozatú alskálából áll (1=egyáltalán nem; 5=nagyon). Az első alskála a munkaközösség megítélésére vonatkozik. A 2010-es felmérésben szereplők jelentősen jobbnak ítélik meg ápolótársaik felkészültségét

(p=0,004), mint 2003-ban, viszont kevésbé játszanak fontos szerepet egymás életében (p=0,020), kevésbé állnak ki egymásért (p=0,001), és kevésbé erősíti meg az ápolótársakkal való kapcsolat a válaszadókat abban, hogy jó ápolónak lenni (p<0,001). Elmondható, hogy a munkaközösség megítélése jelentős mértékben (p=0,002) romlott az első felmérés óta.

A munkahelyi támogatás második alskálája a közvetlen ápoló felettessel kapcsolatos kérdéseket tartalmazza, és egyik kérdésben sem mutatkozott jelentős eltérés az első vizsgálat átlagpontjaihoz képest. (4. ábra)

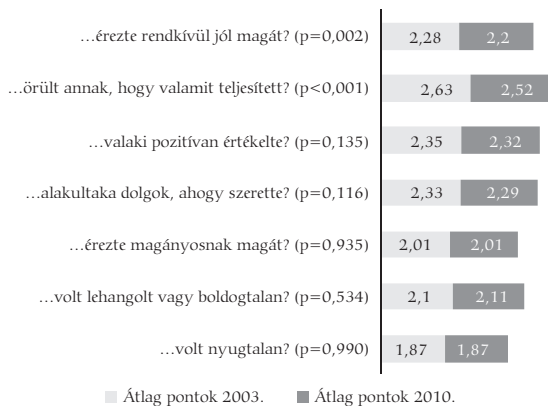
**4. ábra: Munkahelyi támogatás második alskála összehasonlítása**

**A jól-lét vizsgálata**

Az ápolók jól-létének jellemzésére well-being skálát alkalmaztunk, mely egy négy itemet tartalmazó pozitív, illetve egy három itemet tartalmazó negatív jól-lét alskálából áll. Az egyes szempontokat háromfokozatú skálán (1=soha, 2=ritkán, 3=gyakran) lehetett jellemezni, ebből következően a pozitív jól-léti skálán mért érték 4 és 12 közötti, míg a negatív jól-léti skálán mért érték 3 és 9 közötti. A pozitív jól-lét mérő alskálán magasabb pontszám nagyobb pozitív jól-létet jelez, a negatív jól-lét skálán magasabb pontszám nagyobb mértékű negatív jól-létet jelez. (Badburn, 1969)

Ezen a skálán csupán a pozitív jól-lét két állításában mutatkozott szignifikáns eltérés. A válaszadók jelentősen ritkábban érezték rendkívül jól magukat a vizsgálatot megelőző egy hónapban (p=0,002), és kevés-

bé örültek annak, hogy valamit teljesítettek ( $p < 0,001$ ), mint az első felmérés idején. Ezeknél a kérdéseknél a 2003-as átlagpontszám szignifikánsan magasabb volt a 2010-es értékhez képest. (5. ábra)

5. ábra: A jól-lét kérdéseinek összehasonlítása a két mintában



A negatív, illetve pozitív jól-léti skálán mért értékeket a két időszak között független, míg azonos időszakon belül párosított T-próbával jellemezhetjük. A pozitív jól-léti skála átlagpontszáma az előző vizsgálat 9,59 értékéhez képest 0,26-nyival alacsonyabb, mely szignifikánsnak tekinthető ( $p=0,035$ ), ezzel szemben a negatív jól-léti skála átlagpontszáma a mintában 5,97 értékről 5,99 értékre emelkedést mutat, azonban ez a növekmény nem tekinthető szignifikánsnak ( $p=0,782$ ). Azonos időszakokat vizsgálva a pozitív és negatív skála pontszámai között szignifikáns ( $p < 0,001$ ) fordított gyenge korrelációs kapcsolatot találtunk ( $r=-0,353$ ,  $r=-0,357$ ). A skálapontszámok összehasonlítása végett a skálák különböző item száma miatt az átlagpontszámot itemenkénti átlagra kell átszámolni és összehasonlítani, ez gyakorlatilag a skálaátlagok itemszámmal való osztását jelenti. Ez alapján elmondható, hogy mindkét felmérésben a pozitív jól-léti skála itemenkénti átlagpontszáma (2003: átlag: 9,59, szórás: 1,62; 2010: átlag: 9,33, szórás: 1,61) szignifikánsan magasabb (mindkét esetben:  $p < 0,001$ ), mint a negatív jól-léti skála itemenkénti átlagpontszáma (2003: átlag: 5,97, szórás: 1,48; 2010: átlag: 5,99, szórás: 1,67).

### Bizonytalanság hatása a jól-létre

A bizonytalanság vizsgálatára a 2010-es felmérésben egy saját készítésű, hat kérdésből álló, ötfokozatú Likert-skálát alkalmaztunk, ahol 1=semmit; 5=rendkívül sokat jelentéssel bírt. A hat kérdés a következő: *Mennyi gondot, problémát okozott Önnek az elmúlt években ... az előrelépési lehetőségek korlátozottsága miatti félelem? ... hogy nem tudott elmenni továbbképzésekre? ... hogy nem tudott új, magasabb végzettséget szerezni? ... a munkatársak elvesztésétől való félelem? ... félelem attól, hogy másik osztályra/részlegbe helyezik dolgozni? ... az esetleges jövedelem-csökkenéstől való félelem?* (Németh et al., 2013) Lineáris regressziós modellel megvizsgáltuk a bizonytalanság pozitív és negatív jól-létre gyakorolt hatását összefüggésben az igénybevétellel, a kontrollal és a támogatással. A pozitív jól-lét vizsgálata során elmondható, hogy az igénybevétel, a kontroll, a támogatás és a bizonytalanság együttesen szignifikáns ( $p < 0,001$ ) kapcsolatban áll a pozitív jól-lét szintjével. A modell magyarázóereje 13,81%. A magyarázóerőhöz legnagyobb mértékben (7,5%) az igénybevétel járul hozzá, azonban a bizonytalanság modellben való szerepeltetése is szignifikáns ( $p=0,003$ ) hozzáadott értékkel rendelkezik (1,4%). A munkahelyi magas igénybevétel és bizonytalanság csökkenti a pozitív jól-létet. (I. táblázat)

A bizonytalanság negatív jól-létre gyakorolt hatásának vizsgálata során is hasonló eredményre jutottunk. Az igénybevétel ( $p < 0,001$ ), a kontroll ( $p=0,019$ ) és a bizonytalanság ( $p < 0,001$ ) is szignifikáns hatással van a negatív jól-létre, azonban a támogatásról ez nem mondható el ( $p=0,306$ ). A modell magyarázóereje 10,1%. A magyarázó erő felbontása alapján megállapíthatjuk, hogy a modellben a magyarázó erőhöz legnagyobb mértékben (5,2%) továbbra is az igénybevétel járul hozzá, azonban a bizonytalanság a modellben a második legrelevánsabb tényező a magyarázó erő felbontásában (3,5%). Az igénybevétel és a bizonytalanság magas szintje a munkahelyen fokozza a negatív jól-lét érzést. (II. táblázat) Összességében elmondhatjuk, hogy a jól-lét vizsgálatok a D-C-S modell dimenziói mel-

**I. táblázat: Pozitív jól-lét vizsgálata regressziós modellel**

<b>Többszörös korreláció</b>	0,371				
<b>R-négyzet</b>	13,80%				
<b>Korrigált R-négyzet</b>	13,50%				
<b>Tényező</b>	<b>Regressziós együttható</b>	<b>p</b>	<b>Standardizált béta (fontosság)</b>	<b>Pozitív jól-léttel való korreláció</b>	<b>R-négyzet felbontás</b>
Igénybevétel	-0,045	0,000	-0,237	-0,318	7,5%
Kontroll	0,024	0,003	0,091	0,183	1,7%
Támogatás	0,043	0,000	0,129	0,249	3,2%
Bizonytalanság	-0,037	0,003	-0,087	-0,159	1,4%
<b>Összesen</b>					13,8%

**II. táblázat: Negatív jól-lét vizsgálata regressziós modellel**

<b>Többszörös korreláció</b>	0,318				
<b>R-négyzet</b>	10,10%				
<b>Korrigált R-négyzet</b>	9,70%				
<b>Tényező</b>	<b>Regressziós együttható</b>	<b>p</b>	<b>Standardizált béta (fontosság)</b>	<b>Negatív jól-léttel való korreláció</b>	<b>R-négyzet felbontás</b>
Igénybevétel	0,039	0,000	0,199	0,261	5,2%
Kontroll	-0,021	0,019	-0,074	-0,132	1,0%
Támogatás	-0,012	0,306	-0,034	-0,139	0,5%
Bizonytalanság	0,071	0,000	0,161	0,216	3,5%
<b>Összesen</b>					10,1%

lett a bizonytalanságot is célszerű a modellben szerepeltetni.

## Következtetések, javaslatok

A felmérésből az alábbi következtetések vonhatók le: a fizikai igénybevétel mértéke nem változott az első vizsgálat óta eltelt hét évben, viszont a munkahelyi elismerés mértéke jelentősen romlott. Pozitív változás, hogy csökkent az ápolók pszichológiai igénybevétele a munkahelyeken. A munkahelyi önállóság mértéke jelentősen romlott az első felmérés óta eltelt idő alatt, mely nyilvánul a csökkent döntéshozatalban, a munkamódszerek, munkafeladatok, a munkatempó és a munka megtervezési lehetőségének jelentős csökkenésében. Jelentősen

romlott a munkaközösség megítélése is, viszont a közvetlen ápoló felettes megítélése nem változott az első vizsgálat óta.

A pozitív jól-lét mértéke jelentősen csökkent 2003 óta, a negatív jól-lét mértéke azonban nem változott. Levonható az a következtetés is, hogy a munkahelyen érzett bizonytalanság hatással van az ápolók jól-létére.

A munkahelyi elégedettség növelésének egyik kulcsfontosságú mozzanata lenne a bérek további rendezése, nyugat-európai szintre történő emelése. Nagy hangsúlyt kellene fektetni a munkahelyi légkör javítására is. Az összetartás elérhető lenne rendszeres csapatépítő tréningek szervezésével, melyek elősegítenék az ápolók összetartásának, sikerélményének növekedését. Ezek hozzájárulnának ahhoz az érzéshez, hogy együtt si-



keresebbek lehetnek, magasabb színvonalú betegellátást nyújthatnak, mint külön-külön, feszült környezetben.

A kompetencia körök meghatározása nélkül nem valósítható meg, hogy mindenki a képzettségének, képességeinek megfelelő munkafeladatokat lássa el. A főiskolai, egyetemi végzettségű ápoló is ugyanazt a munkát végzi jelenleg, amit az alacsonyabb végzettséggel rendelkező kollégáik, és ez jogosan elégedetlenséggel tölti el őket, hiszen végzettségükönél fogva többre is jogosultak, képesek lennének. Természetesen a feladatok összerosódásának oka az ápolói létszám hiánya is. A másik probléma már régóta az orvos-ápoló kompetenciahatár elmosódása, hiszen gyakran az ápolóknak kell elvégezni orvosi felelősségi körbe tartozó feladatokat. Véleményünk szerint össze kellene hasonlítani a hazai ápolóképzési szintek kimeneti követelményeit a nyugati országokéval, és az egyezések alapján az ottanival megegyező kompetenciákat kellene hazánkban is meghatározni.

Szükség lenne a munkahelyi elismerés, jutalmazás országos szinten történő bevezetésére is, hiszen a kutatás eredményeiből kiderül, hogy a munkahelyi elismerés, megbecsülés csökkenését érzik a válaszadók.

Elismerés lehet a dicséret a jó munkáért, a kedves szavak a felettéstől, a betegetől vagy a hozzátartozóktól.

A felmérés bebizonyította, hogy a munkahelyi támogatás növekedése, valamint a kontroll (a munkakörülményekbe való beleszólás) növekedése hozzájárul a pozitív jól-lét érzet emelkedéséhez. A mindennapi munkavégzés során ezt is szem előtt kellene tartani a vezetőknél, mivel más vizsgálat is hasonló eredményre jutott (Escribá-Agüir & Tenías-Burillo, 2004). A munkahelyi önállóság növelésére is szükség lenne, hiszen ha a dolgozó nagyobb szabadságot, rugalmasságot kap a munkájában, az nemcsak a munkaelégedettségre, hanem az egészségi állapot önértékelésére is pozitív hatással van (Pisljar et al., 2011), valamint csökkenti a munkahelyi stressz szintjét is (Chang et al., 2007). Mivel a bizonytalanság jelentős hatással bír az ápolók jól-létére, ezért mindenképpen jelentős csökkentésre kell törekedni az egészségügyben. Ez többek között a munkahelyi változásokkal, átalakításokkal kapcsolatos információk megfelelő átadásával, felettesi támogatással, a továbbtanulás és továbbképzéseken való részvétel támogatásával és a munkahelyi önállóság növelésével, valamint stabil és megélhető bérézzel valósítható meg.

## Irodalomjegyzék

1. Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J.A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A.M., Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20 (3), 43-53. doi: 10.1377/hlthaff.20.3.43
2. Badburn, N.M. (1969). *The structure of Psychological Well-Being*. Chicago: Aldine.
3. Bégat, I., Ellefsen, B., Severinsson, E. (2005). Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being—a Norwegian study. *Journal of Nursing Management*, 13 (3), 221-230. doi:10.1111/j.1365-2834.2004.00527.x
4. Betlehem, J., Tahin, T., Warne, T., Oláh, A., Kriszbacher, I., Boncz, I., Bódis, J. (2007). A munka hatása a kórházi ápolók jóllétére Magyarországon az EU csatlakozáskor. *Nővér*, 20 (6), 3-13.
5. Burke, R.J. (2002). Work experiences and psychological well-being of former hospital-based nurses now employed elsewhere. *Psychological Reports*, 91 (3), 1059-1064. doi:10.2466/pr0.2002.91.3f.1059
6. Chang, E.M.L., Bidewell, J.W., Huntington, A.D., Daly, J., Johnson, A., Wilson, H., Lambert, V.A., Lambert, C.E. (2007). A survey of role stress, coping and health in Australian and New Zealand hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (8), 1354-1362. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.06.003
7. Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575. doi:10.1037/0033-2909.125.2.276
8. Escribá-Agüir, V., Tenías-Burillo, J.M. (2004). Psychological well-being among hospital personnel: the role of family demands and psychosocial work environment. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 77 (6), 401-408. doi:10.1007/s00420-004-0525-2



9. Guiot, J.M. (1984). Szervezetek és magatartásuk. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 172-193.
10. Hasselhorn, M.H., Tackenberg, P., Buescher, A., Simon, M., Kuemmerling, A., Mueller, B.H. (2005). Work and health of nurses in Europe: results from the NEXT-Study. <http://www.next.uni-wuppertal.de/EN/index.php?articles-and-reports> Letöltés dátuma: 2011.01.15.
11. Johnson, J. (1991). Social support and job strain. In: Johnson J, Johannson G, (1991). Psychosocial work environment: work organization, democratization and health. Amityville (NY): Baywood Publishing
12. Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24 (2), 285-308.
13. Kopp, M., Stauder, A., Purebl, Gy., Janszky, I., Skrabski, Á. (2008). Work stress and mental health in a changing society. *European Journal of Public Health*, 18 (3), 238-244. doi:10.1093/eurpub/ckm077
14. Krasz, K. (2006). A munkahelyi elégedettséget befolyásoló tényezők. [http://erg.bme.hu/oktatas/fleir/gt52m006/munkahelyi\\_elegedettseg.pdf](http://erg.bme.hu/oktatas/fleir/gt52m006/munkahelyi_elegedettseg.pdf) Letöltés dátuma: 2009.04.21.
15. Lynn, M.R., Kelley, B. (1997). Effects of case management on the nursing context-perceived quality of care, work satisfaction, and control over practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 29 (3), 237-242. doi:10.1111/j.1547-5069.1997.tb00991.x
16. Mizuno, M., Yamada, Y., Ishii, A., Tanaka, S. (2006). A human resource management approach to motivation and job stress in paramedics. *International Congress Series*, 1294, 167-170. doi:10.1016/j.ics.2006.02.021
17. Németh, A., Betlehem, J., Lampek, K. (2013). Egészségügyi változások hatása az ápolók mindennapjaira. *Nővér*, 26 (6), 18-25.
18. Pikó, B., Piczil, M. (2007). A saját egészség megítélése és a pszichoszociális munkakörnyezet. *Leg Artis Medicinae*, 17 (1), 65-69.
19. Pisljar, T., Van der Lippe, T., Den Dulk, L. (2011). Health among hospital employees in Europe: A cross-national study of the impact of work stress and work control. *Social Science & Medicine*, 72 (6), 899-906. doi:10.1016/j.socscimed.2010.12.017
20. Plette, R. (1994). Az ember-gép-környezet rendszer szabályozásának zavarai. *Ergonómia*, 92 (1)
21. Sasváriné, B.A. (2003). Az ápolás társadalmi és kulturális összefüggései. *Nővér Praxis*, 6 (3), 7-14.
22. Schmidt, K-H., Diestel, S. (2011). Differential effects of decision latitude and control on the job demands-strain relationship: A cross-sectional survey study among elderly care nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*, 48 (3), 307-317. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.04.003
23. Walters, V., French, S., Eyles, J., Lenton, R., Newbold, B., Mayr, J. (1997). The effects of paid and unpaid work on nurse's well-being: the importance of gender. *Sociology of Health and Illness*, 19 (3), 328-347. doi:10.1111/j.1467-9566.1997.tb00022.x

## Felhívás

Meggyőződésünk, hogy a magyar sebkezelés területén megérett az idő az összefogásra, paradigmaváltásra.

Találkozzunk a [www.sebkezeles.hu](http://www.sebkezeles.hu) weboldalon!



# Agresszív cselekmények előfordulásának vizsgálata egészségügyi szakdolgozók körében

IVÁNKA Tibor, IRINYI Tamás, Dr. RUDISCH Tibor

## Összefoglalás

**A vizsgálat célja:** Agresszív cselekmények gyakoriságának verbális, illetve fizikális mintázatainak, továbbá emócióra kifejtett hatásának vizsgálata egészségügyi szakdolgozók körében.

**Anyag és módszer:** A felmérés 453 egészségügyi szakdolgozó bevonásával készült keresztmetszeti kutatás keretein belül, önkitöltős kérdőívek használatával. Az eredmények értékelése SPSS 19.0 program felhasználásával, leíró statisztikai módszerek, Khi négyzet, illetve Wilcoxon próba alkalmazásával történt. Statisztikailag szignifikáns  $p < 0,05$  érték.

**Eredmények:** Az egészségügyi szakdolgozók ( $n=453$ ) 86,1%-a élt át valamilyen (verbális, fizikális) agresszív cselekményt amióta az egészségügy területén dolgoznak. Az agresszív cselekmények és a szakdolgozók szociodemográfiai paramétereinek vizsgálatakor szignifikáns különbségeket találtak a szerzők az életkor vonatkozásában, ami az incidensek következtében kialakult negatív hatást is befolyásolta ( $p < 0,001$ ). Mindemellett feltárásra került, hogy a kollégák az elszenvedett agresszív cselekmény után több segítségnyújtást kaptak közvetlen kollégáiktól, mint saját intézményüktől ( $p < 0,001$ ).

**Következtetések:** Az agresszív cselekmények előfordulása az egészségügyi szakdolgozók körében gyakori jelenség. A kapott eredmények rámutatnak arra, hogy a probléma megléte mellett sürgető szükség van egy agresszió megelőzését célzó továbbképzés kidolgozására egészségügyi szakdolgozók körében, mivel agresszív magatartást mutató páciensekkel az egészségügy bármely területén találkozhatnak.

**Kulcsszavak:** agresszív cselekmények, negatív emocionális hatás, segítségnyújtás

### Occurrences involving aggression among healthcare workers

Tibor IVÁNKA, Tamás IRINYI, Tibor RUDISCH MD

#### Summary

**Aim of the study:** Evaluation of prevalence and manner of verbal and psychological aggression, as well as measuring its emotional impact on the healthcare workers.

**Sample and methods:** A total of 453 healthcare workers were involved in a national cross-sectional study using self-administrative questionnaires. Data were analyzed by descriptive methods, Chi square and Wilcoxon test using SPSS 19. A  $p$ -value of  $< 0,05$  was accepted as statistically significant.

**Results:** 86,1% of the participating healthcare workers ( $n=453$ ) have reported being subject of aggression (verbal and/or psychological) during their work. Of the participants' sociodemographic parameters, age was found to be a significant factor in incidents involving aggression, which had a statistically significant negative emotional impact. It was also established, that those healthcare workers who have been subject to aggression received more support from their colleagues than from their institution after the incident.

**Conclusions:** Occurrences involving aggression in healthcare is a common phenomenon. The authors's results show that there is an urgent need to develop an aggression management programme for all healthcare workers since they can encounter aggressive patients on all fields of medicine.

**Key words:** aggression, negative emotional impact, support.

Érkezett: 2013. október 28. Elfogadva: 2014. február 12.

IVÁNKA Tibor Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum Pszichiátriai Klinika  
 IRINYI Tamás Szegedi Tudományegyetem Pszichiátriai Klinika, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád Megyei Területi Szervezet  
 Dr. RUDISCH Tibor Szegedi Tudományegyetem Pszichiátriai Klinika  
 Levelező szerző (correspondent): IVÁNKA Tibor, elérhetőség: e-mail: ivanka@med.uni.deb.hu

## A probléma ismertetése

Az egészségügyi dolgozóknak munkájuk során számos negatív stresszt okozó tényezővel kell szembenéznük, melyek mind pszichológiailag, mind fizikailag megterhelőek számukra. (McVicar, 2003, Needham et al., 2005) Ezek közül is az egyik legdemoralizálóbb a dolgozók ellen irányuló agresszió, erőszak, melynek mértéke világszerte növekvő tendenciát mutat az egészségügy területén (Rippon, 2000). A sürgősségi osztályon dolgozók 82 %-a a pszichiátriai osztályon dolgozó 70%-a találkozik munkája során agresszív megnyilvánulás verbális vagy súlyosabb esetben fizikális formájával. Áldozataik leggyakrabban szakdolgozók azon tagjai, akik fiatalabbak, alacsonyabb képzettséggel rendelkeznek, valamint az éjszakai műszakban dolgozók (Camerino, 2007). A jelenség megléte mellett hazánkban eddig még nem született felmérés, amely ezen hiányzó terület kutatására fókuszált volna. Jelen publikáció az első, amely az egészségügyi szakdolgozó körében elszenvedett agresszív cselekmények vizsgálatára irányul.

## Elméleti háttér

Az agresszió olyan szándékos cselekvés (fizikai, vagy verbális), melynek célja más ember bántalmazása nyílt, vagy szimbolikus formában. Kialakulására vonatkozóan számos teória létezik, melyek közül leggyakrabban az agresszió bio-pszichoszociális modelljét állítják középpontba. Biológiai megközelítése szerint az agresszió a központi idegrendszer bizonyos területeinek (limbikus rendszer, hipotalamusz, prefrontális cortex, agytörzs) szabályozása alatt áll. Mindemellett neuropeptidek

### Rövidítések

MESZK (Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara)  
 IMPACS (Impact of Patient Aggression on Careers Scale)  
 EViPRG (European Violence in Psychiatry Research Group)  
 Horatio (European Psychiatric Nurses)  
 SD (standard deviáció)

(vasopresszin, kortizol, tesztoszteron), neurotranszmitterek (szerotonin, dopamin, acetylcholin), valamint bizonyos gének (catechol-o-methyltransferase) zavart működése játszhat még szerepet agresszív megnyilvánulás kialakulásában. Pszichológiai irányzatok az ösztön (mint a fajfenntartás kulcstényezője egyike), a tanulás-, a kötődés elméletei mellett, az agresszió frusztrációs modellje mellett foglalnak állást, mint lehetséges előidéző tényező. Szociológiai elméletek a társadalom mikro- és makrotényezőire fókuszálnak, melyek meghatározzák, befolyásolják, alakítják személyiségünket. Összességében elmondható, hogy az agresszió komplex jelenség, melynek előfordulása mindezen tényezők megléte mellett személyhez, környezethez, szituációhoz kapcsolódó tényezők tovább módosíthatják, illetve befolyásolhatják az egészségügy területén. (**I. táblázat**)

## A vizsgálat céljai

Felmérni az egészségügyi szakdolgozók körében az agresszív cselekményeket, gyakoriságuk, illetve mintázatuk figyelembe vételével. Továbbá összefüggések vizsgálata az elszenvedett agresszív cselekmények és a szakdolgozók szociodemográfiai paramétereik figyelembe vételével. Mindemellett fel-

**I. táblázat: Agresszív cselekmények lehetséges előidézői az egészségügyi ellátás területén**

Agresszív viselkedés lehetséges előidézői		
Beteghez kapcsolódó faktorok	Környezethez kapcsolódó faktorok	Szituációkhoz kapcsolódó faktorok
Kórelőzmény Demográfiai jellemzők Diagnózis Kóros pszichopatológia	Kezelőszemélyzet viselkedése Betegtársak viselkedése Kórterem atmoszférája Hozzá tartozó provokációja	Autonómia elvesztése Sürgősségi felvétel Dinamikusan változó tényezők

mérésre kerültek az agresszív beteggel való találkozás következtében kialakult negatív emocionális hatások, valamint az elszenvedett incidens után kapott segítségnyújtás mértéke, melyet a szakdolgozó kapott.

## Anyag és módszer

Keresztmetszeti kvantitatív kutatásunkat két város (Budapest, Veszprém) szakdolgozóinak bevonásával 2012. március és április hónapjaiban végeztük. 650 kérdőív került kiosztásra, melyből 453 értékelhető kérdőív került feldolgozásra. A statisztikai elemzéseket SPSS 19.0 programmal, a MESZK segítségével készítettük. Az agresszív cselekmény előfordulásának, illetve a gyakoriságának meghatározásához leíró statisztikai elemzést végeztünk. A szakdolgozók szociodemográfiai adataik, és az elszenvedett agresszív cselekmények mintázatai közötti összefüggéseinek feltárására Khi négyzet próbát alkalmaztunk. Az incidens következtében kialakult negatív emocionális hatások leíró statisztikai módszerrel, illetve Khi négyzet próbával lettek elemelve. Az elszenvedett agresszió utáni segítségnyújtás mértéke Wilcoxon próba felhasználásával történt. Statisztikailag szignifikánsnak  $p < 0,05$  vettük alapul. Felmérésünk a kutatás etikai szabályok figyelembe vételével történt (anonimitás, önkéntesség, engedély).

## Eredmények

453 egészségügyi szakdolgozó kérdőíve került feldolgozásra. Átlagéletkoruk 44,64 (SD 9.661) év volt. Nemük szerinti eloszlása tekintetében a válaszadók 93,8% (425) nő, 21 fő (4,5% férfi, 7 esetben (1,5%) nem került megjelölésre. Egészségügyben eltöltött éveik száma átlagosan 22,41 (SD 11.482) év volt. Iskolai végzettségüket tekintve egészségügyi szakiskolát végzett 59 fő (13%), szak-középiskolát/gimnáziumot 247 (54,5%), főiskolát/egyetemet 142 fő (31,3%), míg 5 fő (1,1%) nem jelölt meg iskolai végzettséget. A kérdőívet kitöltők 27,5%-a az alapellátásban, 24,2%-a a járóbeteg ellátásban, és 48,3%-a a fekvőbeteg ellátásban dolgozik. **(II. táblázat)**

**II. táblázat: Az egészségügyi szakdolgozók szociodemográfiai adatai: N=453**

Kor (átlag; SD)	44,64 (9.661)
Nem, Nő (%)	93,8% (425)
Mióta dolgozik az egészségügyben (átlag; SD)	22,41 (11.482)
Iskolai végzettség, középiskola, gimnázium (%)	54.5% (247)
Milyen ellátásban dolgozik, fekvőbeteg ellátás (%)	48,3% (220)

Az agresszív cselekmények gyakoriságának, illetve mintázatainak felmérésére önkitöltős, saját szerkesztésű kérdőívet használtunk, melyet a nemzetközileg elfogadott Overt agresszió skála alapján állítottunk össze (Yudofsky et al., 1986). A kérdőívben elkülönítettük az agresszív cselekmények verbális, illetve fizikális mintázatait, továbbá az elkövetett agresszív megnyilvánulások súlyosságuk szerint kategorizáltuk. A legenyhébb verbális agresszív megnyilvánulástól („A beteg emelkedett hangon beszélt velem”) a legsúlyosabb fizikális agresszív incidensig („A beteg súlyos sérülést, vagy funkcionális károsodást okozott nekem, szükség volt kórházi befevésre (8 napon túl gyógyuló sérülés) terjedt. Az agresszív cselekmények mintázataira vonatkozóan elmondható, hogy a szakdolgozók – amióta az egészségügy területén dolgoznak – leggyakrabban a verbális agresszió különböző súlyosságú mintázataival találkoztak. Ezen belül is leggyakrabban az agresszivitás legenyhébb verbális formájával „a beteg emelkedett hangon beszélt velem”, 86,1 %-ban. Tárgyra irányuló fizikális agresszió esetében – amely közvetlen előfutára a személyre irányuló fizikai bántalmazásnak – 64,7%-ban volt fellelhető. Ettől súlyosabb fizikai bántalmazást „a beteg megragadta ruhámat, vagy megrángatott” a kollégák 19,9%-a szenvedett. Sajnos ettől is magasabb arányban (21%) fordult elő „a beteg enyhe sérülést, vagy funkcionális károsodást okozott nekem, de nem volt szükség egészségügyi ellátásra”. **(III. táblázat)**

Keresztábra elemzés kapcsán, amely az agresszív cselekmények mintázatainak szakdolgozók életkora, valamint az egészségügyben eltöltött évek összefüggésében vizsgálta a következő eredményeket kaptuk. Khi-

III. táblázat Az agresszív cselekmények mintázatainak előfordulása szakdolgozók körében (amióta az egészségügy területén dolgoznak) N=453

		Teljes mintában (n=453)	Agressziót már átéltek körében (n=400)
	fő (n)	%	%
Agresszív megnyilvánulások verbális mintázatai			
A beteg emelkedett hangon beszélt velem.	390	86,1	98,4
A beteg csúnya szavakkal illetett, vagy átkokat szórt rám.	252	55,6	69,1
A beteg megfenyegetett.	201	44,4	56,1
A beteg hangosan kiabált velem és egyértelművé tette, ha nem teszem amit mond, fizikailag bántalmazni fog.	124	27,4	35,8
Agresszív megnyilvánulások fizikális mintázatai			
A beteg agressziója tárgyra irányult.	293	64,7	77,2
A beteg megragadta ruhámat, vagy megrángatott.	90	19,9	30,9
A beteg enyhe sérülést, vagy funkcionális károsodást okozott nekem, de nem volt szükség egészségügyi ellátásra.	95	21,0	31,7
A beteg közepes sérülést vagy funkcionális károsodást okozott nekem, szükség volt egészségügyi ellátásra, de nem volt szükség kórházi befekvésre.	18	4,0	9,8
A beteg súlyos sérülést vagy funkcionális károsodást okozott nekem, szükség volt egészségügyi ellátásra, de nem volt szükség kórházi befekvésre.	8	1,8	4,1
A beteg súlyos sérülést, vagy funkcionális károsodást okozott nekem, szükség volt kórházi befekvésre.	4	0,9	0,8

négyzet próba elemzés feltárta, hogy a kollégák életkora és az agresszív cselekmények bizonyos mintázatai között összefüggéseket fedezhetők fel. Elmondható, hogy az 50 év feletti dolgozók kevesebb verbális agressziót, szenvedtek el, mint a fiatalabb korcsoportban lévő kollégáik ( $p=0,000$ ). Mindemellett a fizikális agresszió bizonyos mintázatai („A beteg enyhe sérülést, vagy funkcionális károsodást okozott nekem, de nem volt szükség egészségügyi ellátásra”) is ritkábban fordultak elő fiatalabb kortársaikhoz képest ( $p=0,005$ ). Amíg életkor vonatkozásában találtunk összefüggéseket az agresszív cselekmények mintázatainál, abban a tekintetben, hogy hány éve dolgoznak a kollégák az egészségügy területén, nem találtunk szignifikáns különbségeket ( $p < 0,05$ ). (IV. táblázat)

Agresszív incidens következtében kialakult negatív emocionális hatások felmérése az Impact of Patient Aggression on Careers Scale (IMPACS) nemzetközileg is elfogadott mérőeszköz felhasználásával történt. Használatához engedélyt kértünk és kap-

tunk a szerzőtől. A skála tükörfordítása és nyelvi közegben való harmonizálása a debreceni egyetem angol tanszék munkatársaival segítségével készült. A mérőeszköz három alskálát tartalmaz – „a = kapcsolatromlás a beteg és az ellátó között, b = súlyos negatív emocionális hatás az ellátóra, c = elengedhetetlenül fontos érzelmek a külvilággal szemben” –, melyek megfelelő pszichometriai jelzőkkel bírnak (Chronbach alfa: 0,78, 0,68, és 0,60). Pontozása 1-5 Likert skála alapján történik, ahol az 1=soha, 2= ritkán, 3= néha, 4= gyakran 5= majdnem mindig. Értékelésénél a magasabb pontszám agresszív cselekmény utáni súlyosabb negatív emocionális hatást jelöl. (V. táblázat)

Az elszenvedett agresszív cselekmény következtében kialakult negatív emocionális hatás és a szakdolgozók életkorának figyelembe vételével elmondható, hogy a fiatalabb szakdolgozók kevésbé tudják kezelni az agresszív beteget, mint más korcsoportban lévő kollégáik. Kapcsolatuk az incidens után gyakrabban válik zavarttá a beteggel szemben ( $p=0,000$ ), valamint kevésbé ér-



**IV. táblázat: Agresszív cselekmények előfordulása egészségügyi szakdolgozók életkor eloszlását figyelembe véve (N=453)**

	22-30 éves	31-40 éves	41-50 éves	50- éves	Szign. (p)
A beteg emelkedett hangon beszélt velem.	6,7%	26,4%	38,3%	28,5%	,041
A beteg csúnya szavakkal illetett, vagy átkokat szórt rám.	6,8%	30,8%	40,4%	22,0%	,000
A beteg megfenyegetett.	6,0%	33,7%	37,2%	23,1%	,002
A beteg hangosan kiabált velem és egyértelművé tette, ha nem teszem amit mond, fizikailag bántalmazni fog.	4,9%	29,5%	43,4%	22,1%	,099
A beteg agressziója tárgyra irányult.	5,2%	28,3%	38,6%	27,9%	,091
A beteg megragadta ruhámat, vagy megráncgatótt.	10,1%	31,5%	37,1%	21,3%	,105
A beteg enyhe sérülést, vagy funkcionális károsodást okozott nekem, de nem volt szükség egészségügyi ellátásra.	7,5%	37,6%	37,6%	17,2%	,005
A beteg közepes sérülést vagy funkcionális károsodást okozott nekem, szükség volt egészségügyi ellátásra, de nem volt szükség kórházi befekvésre.	5,9%	29,4%	47,1%	17,6%	,720
A beteg súlyos sérülést vagy funkcionális károsodást okozott nekem, szükség volt egészségügyi ellátásra, de nem volt szükség kórházi befekvésre.	,0%	25,0%	50,0%	25,0%	,822
A beteg súlyos sérülést, vagy funkcionális károsodást okozott nekem, szükség volt kórházi befekvésre.	,0%	75,0%	25,0%	,0%	,147
Életkor összesen	6,6%	26,0%	37,9%	29,5%	

**V. táblázat: Agresszív cselekmény következtében kialakult negatív emocionális hatás (N=453)**

	átlag	szórás	N
1, Az adott beteggel kerülöm a kapcsolatot.	2,21	1,21	381
2, Nem érzem, magam biztonságban miközben a beteggel dolgozom.	2,14	1,13	380
3, Nem érzem magam biztonságban a munkahelyemen.	1,73	0,96	381
4, A beteggel való kapcsolatomban zavarttá válik.	2,20	1,14	379
5, Lelkiismeret-furdalásom van a beteggel szemben.	2,18	1,07	379
6, Sajnálatot érzek a beteg iránt.	2,81	1,19	379
7, Szégyellem magam a munkám miatt.	1,32	0,76	382
8, Úgy érzem, sikertelen vagyok.	1,80	0,92	382
9, Haragot érzek a munkahelyemmel szemben.	1,64	0,92	381
10, Úgy érzem, társadalmi problémákkal kell foglalkoznom.	2,70	1,30	377

1-4: Kapcsolatromlás a beteg és az ellátó között; 5-8: Súlyos negatív emocionális hatás az ellátóra; 9-10: Ellenséges érzelmek a külvilággal szemben

zik, magukat biztonságban miközben dolgoznak, mint idősebb kollégáik ( $p=0,001$ ). Mindemellett kerülnek a kapcsolatot a beteggel, valamint ritkábban érznek sajnálatot a beteg iránt, valamint lelkiismeret furdalás

is kevésbé gyötri őket, bár ezek között nem szignifikánsak a különbségek. A többi „negatív emocionális érzetnél” egyáltalán nincs szignifikáns különbség életkor szerinti eloszlás alapján. (VI. táblázat)

**VI. táblázat: Az agresszió negatív hatásának vizsgálata a szakdolgozók életkorának figyelembe vételével (N=453)**

	22-30 éves	31-40 éves	41-50 éves	51 év felett	Teljes mintában	Szig. (p)
1, Az adott beteggel kerülöm a kapcsolatot.	2,58	2,34	2,20	2,01	2,21	,095
2, Nem érzem magam biztonságban, miközben a beteggel dolgozom.	2,77	2,34	2,10	1,87	2,15	,001
3, Nem érzem magam biztonságban a munkahelyemen.	1,54	1,83	1,81	1,58	1,73	,130
4, A beteggel való kapcsolatom zavarttá válik.	2,69	2,49	2,15	1,85	2,20	,000
5, Lelkiismeret-furdalásom van a beteggel szemben.	1,85	2,30	2,19	2,14	2,18	,274
6, Sajnálatot érzek a beteg iránt.	2,35	2,72	2,97	2,82	2,82	,064
7, Szégyellem magam a munkám miatt.	1,27	1,31	1,40	1,26	1,33	,551
8, Úgy érzem, sikertelen vagyok.	1,58	1,80	1,86	1,78	1,80	,537
9, Haragot érzek a munkahelyemmel szemben.	1,50	1,73	1,65	1,57	1,64	,522
10, Úgy érzem, társadalmi problémákkal kell foglalkoznom.	2,77	2,70	2,58	2,88	2,71	,363

Az átélt agresszív incidens után kapott segítségnyújtás mérésére egy 5 fokozatú Likert skálát alkalmaztunk ahol 1-től, 5-ig lehetett pontozni (1=egyáltalán nem foglalkoztak velem, 5= nagyon támogatóak voltak) Wilcoxon próba elemzéssel feltárássra került, hogy az elszenvedett agresszív cselekmény után a kollégák szignifikánsabb több segítséget kaptak közvetlen munkatársaiktól, mint saját egészségügyi intézményüktől ( $p < 0,000$ ). (VII. táblázat)

Megjelenését tekintve a verbális agresszió gyakoribb jelenség, mint a fizikális agresszió. Előfordulása, gyakorisága súlyos, negatív hatással bírnak a dolgozókra, (különösen a fiatalabb kollégákra) mely kedvezőtlenül befolyásolja mindennapjaikat, életük minőségét, mindamelllett szakmai munkájukra is romboló hatással van. Mindemelllett az incidens átélése után munkáltatójuktól kevés segítséget kaptak problémájuk megoldására, tovább növelve a kiegész kockázatának lehe-

**VII. táblázat: Az agresszív incidens átélése után kapott segítségnyújtás mértéke, N=453 (1-5 pontok átlagai)**

	átlag	SD	N
Kollégától kapott segítség	3,5	1,3	373
Egészségügyi intézménytől kapott segítség	2,3	1,3	351

SD=standard deviáció; Wilcoxon próba ( $p < 0, 05$ )

## Következtetések

Jelen publikáció összegzéseként elmondható, hogy az agresszív cselekmények előfordulása hazánkban is gyakori jelenség. A felmérésben részt vett kollégák 86,1 %-a szenvedett már el agresszív cselekményt amióta az egészségügy területén dolgoznak, melynek spektruma a trágár szavak használatától, a súlyos akár életet veszélyeztető fizikai agresszióig széles skálán mozoghat.

tőségének, amely munkateljesítmény csökkenésében, elszemélytelenedésben és érzelmi kimerültségben nyilvánulhat meg.

A probléma megléte miatt kijelenthető, hogy gyökeres szemléletváltásra van szükség, ahol a munkáltatónak kiemelten fontos szerepe van a biztonságos munkahely megteremtése szempontjából. Ennek egyik kulcsfontosságú eleme, hogy köteles felmérni a lehetséges kockázatokat, valamint lépéseket tenni annak kiküszöbölését. Cél, hogy

**VIII. táblázat: Agresszió megelőzését célzó továbbképzés elemei (elméleti és gyakorlati szinten)**

A továbbképzés tartalmi elemei	⇒ Kockázatfelmérés ⇒ Agresszív viselkedés korai felismerése (verbális, nonverbális jelek) ⇒ Kommunikáció agresszív beteggel ⇒ Deeszkalációs technika ⇒ Agresszív beteg megfigyelése ⇒ Korlátozások használata (kémiai, fizikai, komplex) ⇒ Agresszív beteg farmakoterápiás kezelése ⇒ Agresszív incidens utáni teendők
--------------------------------	---

kialakítsák a „biztonságos” munkahelyeket azon területeken, ahol magasabb kockázattal fordulnak elő agresszív cselekmények. Mindemellett a munkáltató automatikusan tegyen jogi lépéseket minden súlyos agresszív viselkedővel szemben, hangsúlyozva a „zéró tolerancia elvét”, amely számos európai országban bevezetésre került

(Wittington, 2002). A kollégák részére tartanak agresszió megelőzését célzó tréningeket, mellyel önismeretük, agresszív beteggel szembeni magabiztosságuk növelhető, valamint kiégettségük csökkenthető, vagy megelőzhető. **(VIII. táblázat)** Ennek elsődleges célja, hogy a szakdolgozó – ha nem is tudja elkerülni – tudjon valamit kezdeni abban az első percben az agresszív beteggel. Hasznosnak tartanánk, ha lehetőség lenne a továbbképzés rendszeres időközönkénti ismétlésére, később pedig a tananyag oktatásba való beillesztésére. Mivel a személyzet jó lelki állapota, felkészültsége, alacsony frusztrációs szintje, csökkentheti az agresszió előfordulásának kockázatát és az esetleges eszkalációját. A továbbképzés elméleti és gyakorlati tematikájának megtervezésében hatalmas segítséget adhatnak olyan nemzetközi szervezetek, mint az EViPRG (Erőszak az Európai Pszichiátriában) vagy a Horatio (Pszichiátriai Ápolók Európai Szövetsége).

## Irodalomjegyzék

1. Camerino, D. (2007). Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal cohort study. *International Journal of Nursing Studies* 45 (2008): 35–50. doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.01.013
2. Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R.J.G., Dassen, T., Haug, H.J., Fischer, J.E. (2005). The Impact of Patient Aggression on Carers Scale: instrument derivation and psychometric testing *Scandinavian Journal of Caring Science*; 19: 296–300. doi: 10.1111/j.1471-6712.2005.00344.x
3. McVicar A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal Advanced of Nursing*, 44(6): 633–642. doi:10.1046/j.0309-2402.2003.02853.x
4. Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R.J., Fischer, J.E., Dassen, T. (2005). Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *Journal Advance of Nursing*. 49(3): 283–296. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03286.x
5. Rippon, T.J. (2000). Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2): 452–460. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01284.x
6. Wittington, R. (2002) Attitudes toward patient aggression amongst mental health nurses in the “zero tolerance” era: association with burn out and length of experience. *Journal of Clinical Nursing*, 11(6): 819–825. doi:10.1046/j.1365-2702.2002.00659.x
7. Yudofsky, S.C., Silver, J.M., Jackson, W., Endicott, J., Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*. 143(1): 35–39.

# Hazai egészségügyi szakdolgozók véradással kapcsolatos ismeretei

RAJKI Veronika, HIRDI Henriett Éva, BALOGH Zoltán, PhD, MÉSZÁROS Judit dr.

## Összefoglalás

**A kutatás célja:** Magyarország területén a Felnőtt ápolás és gondozás, Sürgősségi ellátás, Műtéti ellátás, és Szülészeti ellátás szakmacsoportokban dolgozó egészségügyi szakdolgozók véradással kapcsolatos ismereteinek felmérése.

**Anyag és módszer:** A felmérés során alkalmazott anonim, önkitöltős kérdőív alapját az „Eurobarometer 41.0 (1995): Az európaiak és a vér” felmérésnél alkalmazott kérdőív adta, amely a szerzők saját kérdéseivel egészült ki. A szerzők webes felmérést végeztek. A felmérés 2012. július 15. és szeptember 15. között zajlott, 4 különböző szakmacsoportba tartozó szakdolgozók körében, kényelmi mintavételi módszer alkalmazásával. A szerzők az IBM SPSS Statistics 20 szoftver és a Kingsoft Office Spreadsheet (2012) program segítségével elemezték az összegyűjtött adatokat, leíró statisztikai módszer és Khi-négyzet próba segítségével.

**Eredmények:** A felmérés 312 fő egészségügyi szakdolgozó részvételével történt. A felmérés eredményei alapján megállapítást nyert, hogy valamennyi szakmacsoport esetében vannak hiányosságok a véradással kapcsolatos ismeretek terén. A válaszadók 86,19% rendelkezett helyes ismeretekkel a véradással kapcsolatban. Az egyes szakmacsoportok ismeretszintje között nem található lényeges eltérés.

**Következtetések:** Az eredmények részben szignifikáns, részben nem szignifikáns összefüggéseket, valamint a részsokaságokon belüli megoszlások kapcsán sztochasztikus kapcsolatot mutatnak. Az egyes kérdések kapcsán feltárt ismeretbeli hiányosságok megszüntetése érdekében a szerzők hangsúlyozzák a szakdolgozók továbbképzésének szükségességét a véradással kapcsolatban.

**Kulcsszavak:** véradás, transfúzió, ápolás, véradással kapcsolatos ismeretek

### Awareness of Blood donation-related issues among paramedical professionals in Hungary

Veronika RAJKI, Henrietta Éva HIRDI, Zoltán BALOGH, Judit MESZAROS

#### Summary

**Aim of the research:** To assess the blood donation-related knowledge of paramedical professionals working in the fields of nursing and care-giving, emergency care, surgical care and obstetric care in Hungary.

**Sample and method:** The anonymous, self-completion questionnaire used in the survey was based on the „Eurobarometer 41.0 (1995): Europeans and Blood” survey, which the authors supplemented with their own questions. The authors conducted a web-based survey. The survey took place between 15 July and 15 September 2012, among paramedical professionals in four different professional groups, using a convenience sampling method. The authors analysed the collected data with IBM SPSS Statistics 20 software and the Kingsoft Office Spreadsheet (2012) program, using a descriptive statistical method and chi square test.

**Results:** The survey took place with the participation of 312 paramedical professionals. Based on the results of the survey it was established that all the professional groups displayed gaps in their knowledge regarding blood donation. 86.19% of respondents have a correct understanding of blood donation. No significant differences can be observed between the levels of knowledge in the individual professional groups.

**Conclusions:** The results display some significant and some non-significant correlations, as well as stochastic relationships relating to the distribution within the submanifolds. In the interest of eliminating the gaps in knowledge that were revealed in respect of the individual issues, the authors highlight the need for further training of paramedical professionals regarding blood donation.

**Key words:** blood donation, transfusion, nursing, blood donation-related knowledge

Érkezett: 2013. szeptember 16. Elfogadva: 2014. február 10.

RAJKI Veronika tanársegéd, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Budapest,

doktorjelölt, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Budapest

HIRDI Henriett Éva alapellátásért felelős országos alelnök, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, doktorjelölt,

Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Budapest

BALOGH Zoltán, PhD elnök, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, tanszékvezető főiskolai docens, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Budapest

MÉSZÁROS Judit dr. főiskolai tanár, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar

Levelező szerző (correspondent): RAJKI Veronika, elérhetőség: Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, 1088,

Budapest, Vas utca 17., telefon: +3620/250-1712,

e-mail: rajkivera@gmail.com

## Bevezetés

A véradás a donációs lehetőségek között feltehetőleg a legismertebb. Laikusok körében is nagy valószínűséggel jól tudott a véradás lényege, azaz, hogy önkéntes véradótól – alapos orvosi kivizsgálást követően – felügyelet alatt nagyobb műtétekhez, egyes életmentő kezelésekhez/beavatkozásokhoz, terápiás vérkészítmények előállításához és a további feldolgozáshoz szükséges vért vagy vérösszetevőt vesznek le, meghatározott kritériumok alapján.

Elmondhatjuk, hogy 2013. júniusában a hazai vérellátottság hazánkban „megfelelő”, vagy „éppen elég” volt. („Hungarian National Blood Transfusion Service”, 2013) Időszakonként az egyes régiókban előforduló „készlethiányról” is lehet értesülni. Mindezek alapján megállapítható, hogy sajnos általában a rendelkezésre álló vérkészlet mennyisége pótlásra szorul(na) a zavartalan és biztonságos betegellátás érdekében.

Márpedig véradókra, vérré szükség van, hiszen jelenlegi ismereteink szerint a vér semmivel sem pótolható, és mert évente 400 ezer vérré, vérkészítményre szoruló beteg van. Továbbá azért is, mert a vörösvérsejt-koncentrátum legfeljebb 35 napig tárolható, illetve mert a folyamatos és kiegyensúlyozott vérellátást a véradók biztosítják. Valamint azért is, mert 4 millió lehetséges véradóból csupán 250 ezer a rendszeres donor. („Véradás, a véradás története”, 2013) Mindezekből kiindulva nagyon fontos, nélkülözhetetlen a szakdolgozók szerepe az egészséges, a véradási kritériumoknak megfelelő egyének, a potenciális donorok motíválásában.

A véradással kapcsolatos tájékoztatók alapján a következő ismereteket lényeges kiemelni:

Véradó lehet bárki, aki egészséges és betöltötte a 18. életévét, de még nincs 65 éves, valamint a testsúlya meghaladja az 50 kg-ot. Nők évente háromszor, férfiak évente négyszer-ötször adhatnak vért. Két véradás között minimum 56/60 napnak el kell telnie. Ennél gyakrabban csak akkor adhat, ha csak plazmát vagy vérlemezkét ad az egyén, mert akkor akár hetente kétszer is lehet. A véradás alkalmával steril vérvételi zsákba, egy-

szer használatos tű segítségével 4,5 deciliter (egységnyi) teljes vért vesznek le, illetve egy kevés vért még a vizsgálatához mintacsövekbe. („Ki lehet véradó?”, 2013), („Tájékoztató a véradásról”, 2013)

Az OVSZ szervezésében az egészségügyi szakdolgozóknak országszerte lehetőségük van továbbképzéseken, tanfolyamokon történő részvételre. Ilyen továbbképzések gyakorlatilag havi szinten szerveződnek országszerte, különböző témákban, különböző célcsoportok részére. Ezek közül a leggyakoribb tanfolyamok a következők: Orvosi transzfúziós tanfolyam, Transzfuziológiai továbbképzés, A vér útja, Transzfúziós gyakorlat aktuális kérdései - Tanfolyam transzfúziós felelősöknek, A transzfúzió szabályai, A klinikai transzfuziológia és jogi vonatkozásai.

Az Európai Bizottság 2009-es Eurobarométer 72.3 felmérése eredményei alapján a magyarok 51%-a biztonságosabbnak, 24%-a ugyanolyan biztonságosnak, 13%-a kevésbé biztonságosnak ítélte meg, míg 12%-a „nem tudja megítélni” a vérátömlesztések biztonságának elmúlt 10 évben bekövetkező változását. A 27 tagállamra kiterjesztett felmérés eredményei alapján közel tízből hatan (57%) egyetértettek azzal az európai polgárok közül, hogy a vérátömlesztés biztonságosabb, mint 10 évvel ezelőtt. Ez a viszonylag magas pozitív arány különösen azért is érdekes, mert figyelembe kell venni azt a tényt, hogy az EU27 átlag a véradásoknál kevesebb, mint 40%, a felmérés alapján. („European Commission (EC). 2010. Blood donation and blood transfusion. Eurobarometer 72.3.”, 2012)

2009-ben Zabol-ban (Irán) 122 egészségügyi szakdolgozó (ápolók, szülésznők, műtéti ellátás szakmacsoportban dolgozók) vérátömlesztéssel kapcsolatos ismerete került felmérésre. A szerzők munkája alapján ismeretes, hogy abban a felmérésben résztvevő, gyakorlatban dolgozó kollégák 26,2%-a alacsony, 22,1%-a közepes, míg 51,6%-a elfogadható ismeretekkel rendelkezett ezen a téren. Nem találtak szignifikáns korrelációt a szakdolgozók ismeretei/tudása és a szakterületükön eltöltött idő, a továbbképzéseken való részvétel, a napi transzfúziók száma, az életkor, a nem és egyéb tényezők között.



(Piri Ali Reza, Shahraki Vahed Aziz, Taghavi Mohammad Reza, 2009)

## A vizsgálat célja

A transzfuziológiai alapismeretek mellett a véradási ismeretek megléte is nélkülözhetetlen az egészségügyi szakdolgozók körében, különösen az olyan szakterületen dolgozók esetében, akik szinte mindennapi munkájuk során kapcsolatba kerülnek/kerülhetnek ezzel a tevékenységgel. Mindezekből kiindulva kíváncsiak voltunk az ilyen jellegű ismereteikre, ebből adódóan kutatásunk célja volt, hogy felmérjük a magyar egészségügyi szakemberek egy csoportjának véradással kapcsolatos alapvető tudását a különböző szakmacsoportokban. Fel kívántuk tární a különbségeket és a hasonlóságokat ezen a téren.

### Hipotézisek

1. Feltételezzük, hogy az egészségügyi szakdolgozók véradással kapcsolatos ismerete/tudása több, mint 90%-os.
2. Feltételezzük, hogy az egyes szakmacsoportokban az egészségügyi szakdolgozók véradással kapcsolatos ismerete/tudása között nincs különbség.
3. Feltételezzük, hogy az általunk vizsgálatba bevontak pozitívan ítélik meg a vérátömlesztések biztonságának az elmúlt 10 évben bekövetkező változását.
4. Feltételezzük, hogy az általunk vizsgálatba bevont szakdolgozók kevésnek, nem elegendőnek ítélik meg a rendelkezésre álló hazai vérkészletet.

## Anyag és módszer

A felmérésünkhöz összeállítottunk egy kérdőívet, amelyhez felhasználtuk a validált „Eurobarometer 41.0 (1995): Az európaiak és a vér” kérdőív kérdéseit. („European Commission (EC). 1995. Europeans and Blood, Eurobarometer 41.0”, 2011) Ezen kérdéseket egészítettük ki a saját kérdéseinkkel. Az ún. saját kérdéseinket a laikusok számára is különböző forrásokból (OVSZ, Medcover) hozzáférhető, véradásokkal kap-

csolatos általános tájékoztatók tartalmi elemei alapján állítottuk össze.

A keresztmetszeti, kvantitatív felmérésre 2012. július 15. és szeptember 15. között került sor, 4 különböző (Felnőtt ápolás és gondozás, Sürgősségi ellátás, Műtéti ellátás, és Szülészeti ellátás) szakmacsoportba tartozó egészségügyi szakdolgozók körében. Az adatgyűjtés web-alapú anonim, önkitöltős kérdőív alkalmazásával, kényelmi mintavételi technikával történt.

Kérdőívünk kérdéscsoportjai a következők voltak:

1. Szocio-demográfiai kérdések (nem, életkor, iskolai végzettség, lakóhely régiója, település jellege, szakmacsoport, szakképesítés)
2. Saját egészségi állapot megítélése, saját véradási szokások, véradások általános motivációi
3. Véradásra, annak kritériumaira vonatkozó ismeretek
4. Véradás gyakorlatára vonatkozó kérdések

Kérdőívünk összesen 26 főkérdést tartalmazott, az egyes kérdéseinken belül azonban több alkérdést kellett megválaszolniuk, igaznak/hamisnak értékelniük a résztvevőknek.

Az összegyűjtött adatok az IBM SPSS Statistics 20 szoftver, valamint a Kingsoft Office Spreadsheet (2012) program segítségével kerültek elemzésre, leíró statisztikai módszer, egyváltozós elemzésként gyakorisági megoszlások, összefüggés-vizsgálatként keresztábrák alkalmazásával. Pearson-féle Khi-négyszet-, szignifikancia-, és valószínűségi arány számítást végeztünk. (Marston, 2012; Barna, 2013)

A könnyebb összehasonlíthatóság végett az egyes eredményeinket főben és %-ban is megadtuk, annak ellenére, hogy csak a Felnőtt ápolás és gondozás szakmacsoportban érte el a 100 főt a válaszadók száma, a további 3 szakmacsoport esetében nem.

A felmérés során gyűjtött adatokat az adatvédelmi törvény és a statisztikai törvény előírásainak szigorú betartásával kezeltük, kizárólag statisztikai célra használtuk fel, egyéni azonosítást kizáró módon.

### A vizsgálat korlátai

Az online felmérés hátránya a mintavételi és lefedettségi torzítás, mivel a mintavéte-

I. táblázat: A minta szocio-demográfiai jellemzői

Nemenkénti és régiókénti megoszlás		Szakmacsoport szerinti megoszlás						Legmagasabb állami iskolai végzettség szerinti megoszlás								
		Férfi	Nő	Összesen	Felnőtt ápolás és gondozás	Műtéti ellátás	Sürgősségi ellátás	Szülészeti ellátás	Összesen	egészségügyi szakiskola	érettségi/egészségügyi szakközépiskola	OKJ végzettség	főiskolai végzettség nem tanúsító felsőfokú szakképzés	főiskola	egyetem	Összesen
Dél-Alföld	fő	6	42	48	32	3	8	5	48	1	9	10	8	16	4	48
	%	1,9%	13,5%	15,4%	10,3%	1,0%	2,6%	1,6%	15,4%	0,3%	2,9%	3,2%	2,6%	5,1%	1,3%	15,4%
Dél-Dunántúl	fő	2	31	33	24	1	1	7	33	0	5	7	4	13	4	33
	%	0,6%	9,9%	10,6%	7,7%	0,3%	0,3%	2,2%	10,6%	0,0%	1,6%	2,2%	1,3%	4,2%	1,3%	10,6%
Észak-Alföld	fő	1	13	14	7	2	2	3	14	0	3	3	0	7	1	14
	%	0,3%	4,2%	4,5%	2,2%	0,6%	0,6%	1,0%	4,5%	0,0%	1,0%	1,0%	0,0%	2,2%	0,3%	4,5%
Észak-Magyarország	fő	1	48	49	36	3	3	7	49	1	3	14	4	23	4	49
	%	0,3%	15,4%	15,7%	11,5%	1,0%	1,0%	2,2%	15,7%	0,3%	1,0%	4,5%	1,3%	7,4%	1,3%	15,7%
Közép-Dunántúl	fő	0	22	22	13	1	3	5	22	0	4	5	3	9	1	22
	%	0,0%	7,1%	7,1%	4,2%	0,3%	1,0%	1,6%	7,1%	0,0%	1,3%	1,6%	1,0%	2,9%	0,3%	7,1%
Közép-Magyarország	fő	3	92	95	68	9	7	11	95	3	14	21	13	38	6	95
	%	1,0%	29,5%	30,4%	21,8%	2,9%	2,2%	3,5%	30,4%	1,0%	4,5%	6,7%	4,2%	12,2%	1,9%	30,4%
Nyugat-Dunántúl	fő	7	43	50	36	3	8	3	50	0	4	23	0	22	1	50
	%	2,2%	13,8%	16,0%	11,5%	1,0%	2,6%	1,0%	16,0%	0,0%	1,3%	7,4%	0,0%	7,1%	0,3%	16,0%
Összes	fő	20	291	312	216	22	32	41	312	5	42	83	32	128	21	312
	%	6,4%	93,3%	100,0%	69,2%	7,1%	10,3%	13,1%	100,0%	1,6%	13,5%	26,6%	10,3%	41,0%	6,7%	100,0%

Melyik régióban él?

lezés az internethasználók körében történik, így a felmérésből kimaradhatnak az internet hozzáféréssel nem rendelkező egészségügyi szakdolgozók. Az adatok elemzésekor tisztában voltunk azzal is, hogy a vizsgált minta elemszáma viszonylag alacsony, így csupán figyelemfelhívó jellege lehet. A kapott eredmények széles körű általánosításra jelen formában nem alkalmasak, azonban a vizsgálat további folytatása az eredmények ismeretében rendkívül fontos lehet, hisz az egészségügyi szakdolgozók szerepe az egyének véradási hajlandóságában meghatározó.

## Eredmények

A felmérés eredménye a mintavételi módszerből adódóan nem reprezentatív, azonban tájékoztató jellegű következtetések levonására alkalmas. Jelen kéziratunkban csak részeredményeket közlünk felmérésünkben, így csak a szocio-demográfiai jellemzők, a véradásra, annak kritériumaira vonatkozó ismeretek, valamint a véradás gyakorlatára vonatkozó kérdések egy része kerülnek bemutatásra.

### I. Minta szocio-demográfiai összetétele

A MESZK honlapján elhelyezett elektronikus kérdőívet 312 egészségügyi szakdolgozó töltötte ki. A választ adó kollégák átlagéletkora 40 év, a standard deviáció (SD) kerekítve 8,94. Medián: 39 év (1973), módusz: 38 év (1974). Az életkorral kapcsolatban 307 fő válaszait tudtuk értékelni, 5 esetben hiányos, vagy értelmezhetetlen adatok szerepeltek a kitöltött adatok között. 1 fő nem jelölte be, hogy melyik szakmacsoportba tartozik, így azon kérdéseknél, ahol az egyes szakmacsoportokat is figyelembe akartuk venni, a mintánk nagysága ténylegesen 311 fő. (I. táblázat)

### II. Véradásra, annak kritériumaira vonatkozó ismeretek elemzése

Felmérésünk jelentős részét a véradásra, annak kritériumaira vonatkozó ismeretek felmérése, megismerése jelentette.

Alapvető kritérium, hogy véradásra három-négy hónaponként lehet jelentkezni, de legalább 56-60 napnak kell eltelti két vér-

adás között. Általánosságban elmondható, hogy a válaszolók 85,5%-a (266 fő) ismerete volt helyes a véradások gyakoriságára vonatkozóan. Mint az a II. táblázatban is látható, arányaiban ezt a legtöbben (90,6%) a Sürgősségi ellátás szakmacsoportban tudták helyesen.

### II. táblázat: Véradásra való jelentkezés gyakoriságának helyes ismerete szakmacsoportonkénti megoszlásban

Szakmacsoport	Helyes választ adott	Helytelen választ adott
Felnőtt ápolás és gondozás	85,6% (185 fő)	14,4% (31 fő)
Műtéti ellátás	81,8% (18 fő)	18,2% (4 fő)
Sürgősségi ellátás	90,6% (29 fő)	9,4% (3 fő)
Szülészeti ellátás	82,9% (34 fő)	17,1% (7 fő)
Összesen	85,5% (266 fő)	14,5% (45 fő)

Azt a szabályt, hogy a nők évente háromszor, a férfiak évente négyszer-ötször adhatnak vért, a válaszadók a nőkre vonatkozóan csupán 50,3%-ban (157 fő), férfiakra pedig 47,1%-ban (147 fő) adták meg helyesen.

Nyitott kérdés formájában vizsgáltuk a szakdolgozók ismereteit a véradások életkori korlátozásáról, vagyis azt, hogy véradó az lehet, aki már betöltötte a 18. életévét, de még nincs 65 éves. Az alsó korhatárral a felmérésben részt vett egészségügyi szakdolgozók 95,5%-a volt tisztában. A felső korhatárral kapcsolatban azonban a válaszadóknak csak 37,3%-a tudta konkrétan a helyes életkort. A Felnőtt ápolás és gondozás szakmacsoport tagjai közül 35,2%, a Műtéti ellátás szakmacsoportból 40,9%, a Sürgősségi ellátás szakmacsoportból 46,9% és a Szülészeti ellátás szakmacsoportból 39,9% írt be válaszként 65 éves életkort. Megjegyezzük azonban, hogy a válaszadók háromnegyede (74,3%) helyesen a felső korhatárt a 60 és 70 év közötti intervallumba helyezte.

Felmértük, hogy az egyes szakmacsoportok képviselői hallottak-e már a következő speciális véradási formákról: irányított véradás/direkt vagy személyre szóló véradás, terápiás vérlebcsoport, autotranszfúzió, vérlemezke-ferezis, őssejtferézis. A felmérésben résztvevők több választ is megjelölhettek. Az egyszerre megjelölt véradási formák

maximális száma öt volt, tehát valamennyi a lehetséges alternatívák közül.

Az adott válaszok alapján megállapítható, hogy a válaszadók 93,9% (292 fő) hallott már az irányított véradás (más néven direkt vagy személyre szóló véradás) lehetőségéről. A szakdolgozók körében 76,5%-kal (238 fő) a második legismertebb az autotranszfúzió. Ezt követi a vérlemezke-ferezis (214 fő, 68,81%), majd a terápiás vérlebecsátás (211 fő, 67,84%). A legkevésbé ismert véradási forma a szakdolgozók körében az összejtferézis (182 fő, 58,52%).

A megadott öt véradási forma mindegyikéről a Felnőtt ápolás és gondozás szakmacsoport tagjainak 37%-a, a Műtéti ellátás szakmacsoport tagjainak 31,8%-a, a Sürgősségi ellátás szakmacsoport tagjainak 46,9%-a, és a Szülészeti ellátás szakmacsoport tagjainak 29,3%-a hallott már korábban.

A kérdéscsoportban az utolsó nagy egységet a véradásra, és annak kritériumaira vonatkozó ismeretek felmérése jelentette. Ennek az eredményeit, az eredmények megoszlását az egyes szakmacsoport minitáblákban a **III. táblázatban** foglaltuk össze. Itt 26 igaz-hamis állítást gyűjtöttünk össze. Valamennyi állítás a vérrel, véradással, annak gyakorlatával kapcsolatos általános téma/ismeret volt. Összességében megállapítható, hogy átlagosan a válaszadók 86,2%-a rendelkezik helyes ismeretekkel és az egyes szakmacsoportok ismeretszintje között nem található lényeges eltérés.

Teljes „összhang” az egyes szakmacsoportoknál a következő állítás esetén volt: „Mindenki kaphat mindenkitől vért.” – Ezt az állítást kivétel nélkül valamennyi szakmacsoport tagjai 100%-ban hamisnak ítélték meg.

Szinte teljes „összhangot” találtunk ezekkel az állításokkal kapcsolatban: „A véradás során gyűjtött vér nem tárolható, azt azonnal fel kell használni.”, „A véradáskor levett vért minden alkalommal kivizsgálják (HIV, Hepatitis-B-C, szifilisz, stb.) függetlenül attól, hogy a véradó hányszor adott vért.”, „A véradás örökre lecsökkenti a szervezetben keringő vérmennyiséget.”, „Különböző vércsoportok léteznek.”, „Magyarországon a véradás önkéntes és térítésmentes.”

Tehát a most felsoroltakkal kapcsolatban

rendelkeznek a szakdolgozók a legbiztosabb ismeretekkel.

A következő csoportba tudjuk sorolni azon ismereteket/állításokat, amelyek esetében szintén kicsi, de az előzőekhez képest már nagyobb (4%, 5,5%, 7%, 7,6%, 8%, 9%, 10%) különbségeket találtunk azok véleményezésében az egyes szakmacsoportok között. „A tudomány mai állása szerint a vér élő szövet, amely semmi mással nem pótolható.”, „A plazma a vér alkotórésze.”, „A vér különböző alkotóelemekből áll, melyekből különböző készítményeket lehet előállítani.”, „A hemophiliás beteg vére azonnal megalvad.”, „A véradás megszünteti a magas vérnyomás betegségét.”, „A levett vérmennyiség 450 ml, az egészséges szervezet számára nem megterhelő, ez tartalék.”, „A véradásnak nincs felső korhatára.”, „A véradó által szedett gyógyszerek nem befolyásolják a véradásra való alkalmasságot.”, „A terhesség, a szoptatás, valamint a szülés után fél évig nem lehet vért adni.” (nagyon magas arányban (97,6%) a Szülészeti ellátás szakmacsoport tagjai ezt az állítást igaznak tudják!), „Az egy véradás alkalmával levett vérmennyiség nem haladhatja meg a teljes vértérfogat 10%-át.”, „A véradás 30-45 percet vesz igénybe, adatfelvétellel és kivizsgálással együtt.” – Ezt az állítást viszont a Sürgősségi ellátás szakmacsoport tagjai vélték a legmagasabb arányban (9,375%) hamisnak. Az ebbe a csoportba sorolhatókkal kapcsolatban már kevésbé biztos ismeretekkel rendelkeznek a szakdolgozók.

A harmadik csoportba gyűjtjük össze azon állításokat, amelyekre az adott válaszok eltérése terén az előzőekhez képest nagyobb (14%, 15%, 17% és 18%-os) különbséget látunk. „Egy egység levett, kivizsgált vérről 3 ember életét mentheti meg.”, „Két véradás között minimum 100 nap várakozási időnek kell eltelnie.”, „A véradás előtt étkezni kell, sok folyadékot kell fogyasztani.”, „1 éven belüli tetoválás, füllyukasztás, testékszer behelyezése, akupunktúrás kezelés nem befolyásolja a véradásra való alkalmasságot.”, „A vérben jelen lévő gyógyszerek, kórokozók semmilyen eljárással nem távolíthatók el teljesen.”, „A donorok anamnesztikus adatainak elfogadása kimondottan bizalmi elven alapul.”, „A vér-

III. táblázat: Vértadásra, és annak kritériumaira vonatkozó kérdésekre adott helyes válaszok megoszlásának százalékos aránya az egyes szakcsoportokban

	Felnőtt ápolás és gondozás		Műtéti ellátás		Sürgősségi ellátás		Szülészeti ellátás	
	IGAZ	HAMIS	IGAZ	HAMIS	IGAZ	HAMIS	IGAZ	HAMIS
<b>Állítások</b>								
A tudomány mai állása szerint a vér élő szövet, amely semmi mással nem pótolható.	60,3%	9%	6,1%	1%	9%	1,3%	12,5%	0,6%
Mindenki kaphat mindenkitől vért.	0	69,2%	0	7,5%	0	10,25%	0	13,14%
A plazma a vér alkotórésze.	67,3%	1,9%	6,4%	0,6%	9,9%	0,3%	12,8%	0,3%
A véradás során gyűjtött vér nem tárolható, azt azonnal fel kell használni.	1,3%	67,9%	0	7,1%	0	10,3%	0	13,1%
A vér különböző alkotóelemeiből áll, melyekből különböző készítményeket lehet előállítani.	67,6%	1,6%	6,4%	0,6%	10,3%	0	13,1%	0
Egy egység levett, vizsgált vérről 3 ember életét mentheti meg.	61,9%	7,4%	5,4%	1,6%	8,7%	1,6%	12,5%	0,6%
Két véradás között minimum 100 nap várakozási időnek kell eltelnie.	47,8%	21,5%	5,1%	1,9%	6,1%	4,2%	10,3%	2,9%
A hemophiliás beteg vére azonnal megalvad.	3,8%	65,4%	0,3%	6,7%	0	10,3%	0,3%	12,8%
A véradáskor levett vért minden alkalommal kivizsgálják (HIV, Hepatitis-B-C, szifilisz, stb.) függetlenül attól, hogy a véradó hányszor adott vért.	68,3%	1%	7,1%	0	10,3%	0	13,1%	0
A véradás örökre lecsökkenti a szervezetben keringő vérmennyiséget.	0,3%	68,9%	0	7,1%	0	10,3%	0	13,1%
A véradás előtt étkezni kell, sok folyadékot kell fogyasztani.	65,4%	3,8%	6,1%	1%	9,3%	1%	13,1%	0
A levett vérmennyéti a magas vérnyomás betegségét.	3,2%	66%	0,6%	6,4%	0,3%	9,9%	0,3%	12,8%
A levett vérmennyiség 450 ml, az egészséges szervezet számára nem megterhelő, ez tartalék.	66,3%	2,9%	6,7%	0,3%	9,6%	0,6%	12,5%	0,6%
Különböző vércsoportok léteznek.	68,27%	1%	7,5%	0	10,25%	0	13,14%	0
A véradásnak nincs felső korhatára.	13,1%	56,1%	1,6%	5,4%	1,9%	8,3%	3,5%	9,6%
A véradó által szedett gyógyszerek nem befolyásolják a véradásra való alkalmasságot.	4,5%	64,7%	0,3%	6,7%	0,3%	9,9%	0,3%	12,8%
A terhesség, a szoptatás, valamint a szülés után fél évig nem lehet vért adni.	6,7%	2,2%	6,4%	0,6%	9,9%	0,3%	12,8%	0,3%
A donorok anamnezisük adatainak elfogadása kimondottan bizalmi elven alapul.	50,6%	18,6%	6,4%	0,6%	8%	2,2%	10,9%	2,2%
Az egy véradás alkalmával levett vérmennyiség nem haladhatja meg a teljes vértérfogat 10%-át.	66%	3,2%	6,7%	0,3%	9,6%	0,6%	11,9%	1,3%
A szezonális allergiás tüneteket mutató donorkok nem adhatnak vért.	36,9%	32,4%	3,8%	3,2%	5,1%	5,1%	4,2%	9%
A véradást követő 12 órában nem kell tartózkodni a fizikai megterheléstől, lehet úszni, futni, stb.	17,9%	51,3%	1,9%	5,1%	2,6%	7,7%	1,6%	11,5%
A véradás 30-45 percet vesz igénybe, adatfelvétellel és kivizsgálással együtt.	68,3%	1%	6,7%	0,3%	9,3%	1%	12,8%	0,3%
A véradás anonim.	28,8%	40,4%	1,9%	5,1%	3,2%	7,1%	4,5%	8,7%
Magyarországon a véradás önkéntes és térítésmentes.	68,9%	0,3%	7,1%	0	10,3%	0	13,1%	0



adást követő 12 órában nem kell tartózkodni a fizikai megterheléstől, lehet úszni, futni, stb.", „A véradás anonim.”.

Végül kiemelünk egy állítást, amelyik esetében a legnagyobb különbségeket kaptunk az egyes szakmacsoport tagjainak a válaszaik kapcsán, tehát ezzel kapcsolatban a legváltozatosabbak, tehát a minta tekintetében a legbizonytalanabbak a szakdolgozók ismeretei. „A szezonális allergiás tüneteket mutató donorok nem adhatnak vért.”.

Ebben a kérdéscsoportban a véradás lehetséges szövődményeire is rákérdeztünk. Nem kértük, hogy példákat soroljanak fel a szövődményekre vonatkozóan, pusztán eldöntendő kérdésként tettük fel, hogy „Felléphetnek-e szövődmények a véradással kapcsolatban?”. A következő válaszokat kaptuk erre a kérdésünkre: A Felnőtt ápolás és gondozás szakmacsoport 216 tagjai közül 151 fő (69,9%) szerint igen, míg 65 fő (30,1%) szerint nem. A Műtési ellátás szakmacsoport 22 tagjai közül 16 fő (72,72%) szerint igen, míg 6 fő (27,28%) szerint nem. A Sürgősségi ellátás szakmacsoport 32 tagjai közül 28 fő (87,5%) szerint igen, míg 4 fő (12,5%) szerint nem. A Szülészeti ellátás szakmacsoport 41 tagjai közül 31 fő (75,61%) szerint igen, míg 10 fő (24,39%) szerint nem.

A véradással kapcsolatos tudásuk saját értékelése kapcsán kapott válaszokat szemléltetjük. A Felnőtt ápolás és gondozás szakmacsoport tagjai legnagyobb arányban (105 fő, 33,7%) jónak, 70 fő (22,4%) nem rossznak, 18 fő (5,8%) kiválónak, 16 fő (5,1%) gyengének ítélte meg saját tudását és közülük 7 fő (2,2%) nem tudta ezt megítélni. A Műtési ellátás szakmacsoportban a legtöbben (13 fő, 4,2%) szintén jónak, 5 fő (1,6%) nem rossz-

nak, 2 fő (0,6%) kiválónak, 1 fő (0,3%) gyengének ítélte meg ismereteit. Közülük 1 fő (0,3%) nem tudta megítélni azt. A Sürgősségi ellátás szakmacsoportban is a legtöbben (18 fő, 5,8%) jónak, 8 fő (2,6%) nem rossznak, 6 fő (1,9%) kiválónak értékelte önmagát. Ebben a szakmacsoportban más választ nem kaptunk, tehát ez a szakmacsoport a legbiztosabb a tudásában, és összességében pozitívnak értékelte azt. Végül a Szülészeti ellátás szakmacsoportban megint a legtöbben, 23 fő (7,4%) jónak, 15 fő (4,8%) nem rossznak, és 3 fő (1%) gyengének vélte ismeretét.

Összességében tehát szakmacsoportos bontástól függetlenül a legtöbben, 160 fő (51,3%) jónak, 98 fő (31,4%) nem rossznak, 26 fő (8,3%) kiválónak, 20 fő (6,4%) gyengének értékelte saját tudását a véradással kapcsolatban, míg összesen 8 fő (2,6%) nem tudta ezt megítélni.

#### Khi-négyzet próba és szignifikancia vizsgálat néhány eredményének bemutatása

Khi-négyzet próbával vizsgáltuk, van-e összefüggés az egészségügyi szakdolgozó véradással kapcsolatos tudásának önértékelése és az igaz-hamis állításoknál adott válaszok helyessége között. A kapott eredmények alapján elmondható, hogy nem mutatható ki szignifikáns összefüggés. (IV. táblázat)

Vizsgáltuk továbbá az egyes igaz-hamis állításokra adott válaszok összevetésével a köztük lévő kapcsolatot. A „véradás 30-45 percet vesz igénybe, adatfelvétellel és kivizsgálással együtt” állítást összevetve a „véradás anonim” állítással elmondható, hogy 114 fő szerint anonim a véradás, de ugyanakkor szintén igaz, hogy a véradás 30-45

IV. táblázat: Egy egység levett, kivizsgált vérral 3 ember életét mentheti meg

„Egy egység levett, kivizsgált vérral 3 ember életét mentheti meg”		igaz-hamis állításra adott válasz		Khi-négyzet	Szignifikancia szint	Valószínűségi arány
		Helytelen(N=35) n (%)	Helyes(N=276) n (%)			
Véradással kapcsolatos tudás önértékelése	kiváló	3 (8,57)	23	3 684	0,158	0,195
	jó	19 (54,3)	140	163 221	0,000	0,052
	nem rossz	8 (22,8)	90	5 390	0,145	0,145
	gyenge	4 (11,4)	16	0,599	0,741	0,686
	nem tudja megítélni	1 (2,8)	7	0,163	0,686	1,0

percet vesz igénybe, adatfelvétellel és kivizsgálással együtt. A „hamis” válaszok esetében a Khi-négyzet értéke 0,889, a szignifikancia 0,828, a valószínűségi arány 0,715 volt. A „igaz” válaszok esetében a Khi-négyzet értéke 4,636, a szignifikancia 0,200, a valószínűségi arány 0,187. Az összes válasz esetében a Khi-négyzet értéke 315,131, a szignifikancia 0,000, a valószínűségi arány 0,034.

A következőkben röviden leírjuk azon eredményeinket, amelyeket az „Ismeretei szerint maximum hány éves koráig adhat az ember vért?” kérdés és „A véradásnak nincs felső korhatára” állítás összevetésével kaptunk. Összesen 63 fő gondolta úgy, hogy a véradásnak nincs felső korhatára, ennek ellenére közülük 37 fő megjelölt valamely maximális korhatárt (60, 65, 70, 90, 99, 100) az adott kérdésnél. A „hamis” válaszok esetében a Khi-négyzet értéke 78,680, a szignifikancia 0,199, a valószínűségi arány 0,840 volt. A „igaz” válaszok esetében a Khi-négyzet értéke 58,898, a szignifikancia 0,623, a valószínűségi arány 0,958. Az összes válasz esetében a Khi-négyzet értéke 452,057, a szignifikancia 0,000, a valószínűségi arány 1,000.

A „Kért-e már Öntől véradással kapcsolatban valaki tájékoztatást?” kérdést is összevetettük a „A terhesség, a szoptatás, valamint a szülés után fél évig nem lehet vért adni.” állítással. (V. táblázat) 300 egészségügyi szakdolgozónak helytelen ezzel az állítással kapcsolatos ismerete, mert ezt igaznak gondolták. Közülük 199 főtől kértek már tájékoztatást a véradással kapcsolatban.

A „Kért-e már Öntől véradással kapcsolatban valaki tájékoztatást?” kérdést továbbá összevetettük a „1 éven belüli tetoválás, füllyukasztás, testékszer behelyezése, akupunktúras kezelés nem befolyásolja a véradásra való alkalmasságot” állítással is. 224 egészségügyi szakdolgozónak helytelen ezzel az állítással kapcsolatos ismerete, közülük 153 fő adott már tájékoztatást a véradással kapcsolatban. (VI. táblázat)

A „Kért-e már Öntől véradással kapcsolatban valaki tájékoztatást?” kérdés és „A véradó által szedett gyógyszerek nem befolyásolják a véradásra való alkalmasságot” állítás közötti összefüggéseket is megnéztük. 17 szakdolgozónak válaszolt helytelenül, közülük 8 személytől már kértek a véradással kapcsol-

V. táblázat: „A terhesség, a szoptatás, valamint a szülés után fél évig nem lehet vért adni.” válasz összefüggésvizsgálata

„A terhesség, a szoptatás, valamint a szülés után fél évig nem lehet vért adni.”		igaz-hamis állításra adott válasz		Khi-négyzet	Szignifikancia szint	Valószínűségi arány
		Igaz	Hamis			
Kért-e már Öntől véradással kapcsolatban valaki tájékoztatást?	Igen(N=204)n (%)	199 (97,55)	5 (2,45)	1 881	0,597	0,567
	Nem(N=107)n (%)	101 (94,4)	6 (5,60)	2 090	0,554	0,466

VI. táblázat: „1 éven belüli tetoválás, füllyukasztás, testékszer behelyezése, akupunktúras kezelés nem befolyásolja a véradásra való alkalmasságot.” válasz összefüggésvizsgálata

„1 éven belüli tetoválás, füllyukasztás, testékszer behelyezése, akupunktúras kezelés nem befolyásolja a véradásra való alkalmasságot.”		igaz-hamis állításra adott válasz		Khi-négyzet	Szignifikancia szint	Valószínűségi arány
		Igaz	Hamis			
Kért-e már Öntől véradással kapcsolatban valaki tájékoztatást?	Igen(N=204)n (%)	51 (25,0)	153 (75,0)	4,029	0,258	0,261
	Nem(N=107)n (%)	36 (33,65)	71 (66,35)	0,467	0,926	0,927

latban tájékoztatást. Most az „igen” válaszok esetében a Khi-négyzet értéke 3,720, a szignifikancia 0,293, a valószínűségi arány 0,109 volt. A „nem” válaszok esetében a Khi-négyzet értéke 0,366, a szignifikancia 0,947, a valószínűségi arány 0,957. Az összes válasz esetében a Khi-négyzet értéke 313,538, a szignifikancia 0,000, a valószínűségi arány 0,055.

### III. Véradás gyakorlatára vonatkozó kérdések

Utolsó kérdéscsoportunk a véradás gyakorlatára vonatkozott. Bemutatjuk azon eredményeinket, amelyeket a „Mit gondol Ön, a vérátömlesztések biztonsága milyen irányban fejlődött az elmúlt 10 évben?” és a „ Mit gondol a rendelkezésre álló hazai vérkészlet mennyiségéről?” kérdéseinkre kapott válaszok összevetésekor kaptunk. Kíváncsiak voltunk arra, hogy milyen összefüggés van a vérátömlesztések biztonságának, valamint a vérkészlet mennyiségének megítélése között.

A válaszoló kollégák közül a legtöbben, 280 fő biztonságosabbnak, 29-en ugyanolyannak, és csupán 2 fő értékelte kevésbé

biztonságosnak a vérátömlesztések biztonságának az elmúlt tíz évben történő változását. A „biztonságosabb”-nak megítélők legnagyobb aránya, 212 fő a rendelkezésre álló hazai vérkészlet mennyiségét a szükségesnél kevesebbnek, 50 fő elegendőnek, 1 fő „több, mint szükséges”-nek ítélte meg. Azon kollégák közül, akik szerint a vérátömlesztés biztonsága nem változott az elmúlt tíz évben, 21 fő szerint a rendelkezésre álló hazai vérkészlet mennyisége a szükségesnél kevesebb, 5 kolléga szerint ez a mennyiség elegendő, 3 fő nem tudta ezt megítélni. Azon két szakdolgozó közül, akik szerint manapság a vérátömlesztés kevésbé biztonságos, 1 személy elegendőnek tartotta, a másik nem tudta a mennyiséget megítélni. A Khi-négyzet, a szignifikancia és a valószínűségi arány szemléltetésére a **VII. táblázat** szolgál.

### Megbeszélés

Kapott eredményeink alapján először a hipotéziseink értékelésével kezdve szeretnénk következtetéseket levonni.

**Első hipotézisünkben** feltételeztük, hogy az egészségügyi szakdolgozók véradással

**VII. táblázat: A vérátömlesztések biztonságának és a vérkészlet mennyiségének megítélése közötti összefüggések**

Khi-négyzet próba				
Mit gondol Ön, a vérátömlesztések biztonsága milyen irányban fejlődött az elmúlt 10 évben?	Érték	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
	Khi-négyzet	.b		
	Valid esetek száma	1		
biztonságosabb	Khi-négyzet	5,176c	9	,819
	Valószínűségi arány	5 277	9	,810
	Valid esetek száma	280		
kevésbé biztonságos	Khi-négyzet	.d		
	Valid esetek száma	2		
ugyanolyan, mint volt	Khi-négyzet	4,665e	6	,587
	Valószínűségi arány	5 085	6	,533
	Valid esetek száma	29		
Összesen	Khi-négyzet	315,152a	16	,000
	Valószínűségi arány	16 784	16	,400
	Valid esetek száma	312		

kapcsolatos ismerete/tudása legalább 90%-os. Sajnos egyes esetekben nagyon súlyos ismeretbeli hiányosságokat fedeztünk fel jelen felmérésünkkel a véradással kapcsolatos általános ismeretek terén. Továbbá van különbség az egyes szakmacsoportokba tartozó egészségügyi szakdolgozók véradással kapcsolatos ismerete/tudása, egyben felkészültsége között. Így az eredményeink alapján az **első és a második hipotézisünket nem tekintjük igazoltnak.**

**Harmadik hipotézisünkben** feltételeztük, hogy az általunk vizsgálatba bevontak pozitívan ítélik meg a vérátömlesztések biztonságának az elmúlt 10 évben bekövetkező változását. Mivel nagyon magas arányban (89,7%, 280 fő) született pozitív megítélés ebben a kérdésben, továbbá másik 29 személy (9,3%) szerint ennek biztonsága nem változott (tehát nem is romlott), így elmondhatjuk, hogy kb. 99%-ban biztonságosabbnak ítélte meg a vizsgált populáció a vérátömlesztéseket napjainkban, így a **harmadik hipotézisünket igazoltnak tekintjük.**

Végül a **negyedik hipotézisünkben** azt feltételezzük, hogy az általunk vizsgálatba bevont szakdolgozók kevésnek, nem elegendőnek ítélik meg a rendelkezésre álló hazai vérkészletet. Ezen feltételezésünk értékelésére a kérdésre legnagyobb arányban bejelölt választ használjuk fel elsőként. A feltételezésünkkel ellentétben így is csak 80,07%-uk (233 fő a 291 fő közül) gondolja a szükségésnél kevesebbnek a vérkészletünket, ezért a **negyedik hipotézisünket nem tekintjük igazoltnak**, közel 20%-ot (ha a tényleges 312 fős mintát nézzük, akkor több mint 25%-ot) tévedtünk ebben.

A hipotéziseink értékelésén kívül egyéb következtetéseket is le tudunk vonni az eredményekből. Ezeket a következőkben foglaljuk össze.

A **mintánk szocio-demográfiai összetétele kapcsán** annak életkori és nemenkénti megoszlása teljes mértékben várt eredményt adott, ismerve az egészségügyi szakdolgozók ezen jellemzők szerinti megoszlását. A válaszadók régióenkénti megoszlása egyenlőtlenséget mutatott, tehát a szakdolgozók részvételi aktivitása különbözött. Egyenlőtlenség volt továbbá az egyes szak-

macsoportokon belül is a résztvevők számát tekintve. A legmagasabb iskolai végzettség megoszlása tekintetében szintén aránytalanságokat találtunk. Tartózkodási hely/település jellege szerinti megoszlásban ekkora mértékű aránytalanságot nem találtunk.

A **véradásra, annak kritériumaira vonatkozó ismeretek** terén meg tudjuk említeni, hogy összességében a Sürgősségi ellátás szakmacsoport „szerepelt” a legjobban a felmérésünk ezen részében. A másik három szakmacsoportban hasonló számban találtunk helytelen megoldásokat, azonban a helytelen válaszok arányát, valamint a tudásbeli hiányosságok súlyát figyelembe véve úgy gondoljuk, hogy a Szülészeti ellátás szakmacsoport tagjai eredménye lett itt a leggyengébb.

Negatívumként kell kiemelnünk, hogy egyik szakmacsoportban sem kaptunk egybehangzóan helyes választ arra a kérdésünkre vonatkozóan, hogy véradással kapcsolatban felléphetne-e szövődmények.

A véradásra, annak kritériumaira vonatkozó ismeretek értékelése után sajnos elmondhatjuk, hogy a kollégák összességében túlértékelték saját ismereteiket ezen a téren. 20 fő (6,4%) tartotta a tudását gyengének ezen a téren, 8 fő (2,6%) nem tudta megítélni, azonban a többi 284 kolléga „nem rossz”-nak, „jó”-nak, illetve „kiváló”-nak vélte azt.

Eredményeinkben a részsokaságokon belüli megoszlások kapcsán a legtöbb esetben sztochasztikus kapcsolatot találtunk, azaz nem minden feltételes eloszlás volt egyforma és a feltételes megoszlásokon belül volt szóródás.

Eredményeink alapján elsődlegesen szeretnénk újra felhívni a figyelmet a mintánkban önkéntesen szereplő egészségügyi szakdolgozók véradással kapcsolatos ismeretének/tudásának néha apró, kevésbé jelentős, más-  
kor viszont nagyon komoly hiányosságaira! Noha a véradás és a transzfúziós terápia az ápolás együttműködő funkciói közé tartozik, de ezek a kollégák nagy valószínűséggel vesznek (vehetnek) részt, vannak (lehetnek) jelen az egyes tevékenységekben, mint a véradások megszervezése, véradások lebonyolítása, transzfúziós terápia, vércsoport-meghatározás (vérminta vétel, tárolás), klinikai vércsoport-meghatározás, vér-, vér-



készítmény beadás, biológiai próba végzése, betegek folyamatos megfigyelése, észlelése, mindezek dokumentálása, betegek és hozzátartozóik oktatása, nem várt események felismerése, elhárítása, elhárításukban való közreműködés.

A tevékenység összetettségének, sokrétűségének (is) köszönhetően a jelenlegi tudásszintet nem tartjuk elegendőnek/megfelelően, ezért javasoljuk az önképzést, továbbképzéseken való mielőbbi részvételt, amelyre jelenleg is meglehetősen sok lehetőség áll a rendelkezésre.

A véradásra, annak kritériumaira vonatkozóan az ismeretek bővítését, elmélyítését elengedhetetlennek és halaszthatatlannak tartjuk a biztonságos betegellátás, a felelőségteljes tájékoztatás érdekében. A hiányszágokra történő rávilágítással segítséget kívánunk nyújtani mindehhez.

Említésre méltó a kollégák részéről a vérátömlesztések biztonságának nagyon pozitív megítélése, de ne felejtjük el, hogy az ő megítélésük/véleményük mellett a betegek is legalább ennyire fontos (ha nem fontosabb), és hasonlóan pozitív értékelést csak akkor kaphatunk tőlük, ha az egészségügyi szakdolgozók munkájának a minősége is magas szintű. Ezen szempontokat is szem előtt tartva javasoljuk a magasabb szakmai igényességet a véradással, vérátömlesztéssel kapcsolatos tevékenységek esetében.

A rendelkezésre álló vérkészlettel kapcsos-

latos tájékozottság terén is nagyobb aktivitást javaslunk a továbbiakban a kollégáink részéről.

Jól tudjuk, hogy a felvetett problémák megoldása összetett feladatot, együttes részvételt igényel mind az egészségügy gyakorlata, mind pedig a különböző egészségügyi képzések/továbbképzések részéről. Lényegesnek tartjuk felhívni a szakmapolitika, a gyakorlat, a képzés, és az illetékes országos szakmai intézmények figyelmét a közös, összehangolt együttműködés szükségességére, esetlegesen a véradás/transzfúziós terápia jelenlegi kompetenciaköreinek módosítására, alakítására, a szakdolgozók továbbképzéseken való részvételi lehetőségeinek javítására.

Ismereteink szerint korábban hazai felmérés hasonló témában az egészségügyi szakdolgozók között nem történt. Így jelen felmérésünket és eredményeinket ebből adódóan hiánypótlónak és újszerűnek érezzük.

Reméljük, hogy a felmérésünk eredményivel hozzájárulhatunk az ápolás és a többi szakterület minőségének további növekedéséhez!

### Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönettel tartoznak a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara szakmai tagozatának, továbbá köszönetet mondanak azon egészségügyi szakdolgozóknak, akik jelen kutatásban részt vettek.

## Irodalomjegyzék

1. Barna, I. Bevezetés a kvantitatív adatelemzésbe. (2013.) Hozzáférhető: <http://mondi.web.elte.hu/kereszttabla-elemzes.pdf>, Letöltve: 2013.07.24.
2. European Commission (EC). 1995. Europeans and Blood, Eurobarometer 41.0 (2011). Hozzáférhető: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_083\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_083_en.pdf), Letöltve: 2011.07.29.
3. European Commission (EC). 2010. Blood donation and blood transfusion. Eurobarometer 72.3. (2012). Hozzáférhető: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_333b\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_333b_en.pdf), Letöltve: 2012.01.18.
4. Hungarian National Blood Transfusion Service, Hozzáférhető: <http://www.hnbs.hu/>, Letöltve: 2013.03.22.
5. Ki lehet véradó? 2011-04-15 (2013). Hozzáférhető: <http://www.ovsz.hu/ver/ki-lehet-verado>, Letöltve: 2013.02.14.
6. Marston, L. (2012). Introductory Statistics for Health and Nursing Using SPSS, SAGE
7. Piri A. R., Shahraki V. A., Taghavi M. R. (2009). Evaluation of knowledge of healthcare workers in hospitals of Zabol city on proper methods of blood and components transfusion. Hozzáférhető 2013-09-03 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920477/>
8. Tájékoztató a véradásról. Magyar Hemofília Egyesület. (2013). Hozzáférhető: [http://mhe.hu/veradas/tajekoztato\\_a\\_veradasrol](http://mhe.hu/veradas/tajekoztato_a_veradasrol), Letöltve: 2013.05.06.
9. Véradás, a véradás története. (2013). Hozzáférhető: <http://veradas.dnr.hu/>, Letöltve: 2013.03.22.



# A székletinkontinencia kezelése végbél katéterrel

Stela GILANOVÁ PhDr, Lívia KOLLÁROVÁ PhDr, Papp Katalin PhD

## Összefoglalás

Minden betegnek joga van az egészségi állapota által indokolt megfelelő kezelésre és kényelemre a kórházi tartózkodás ideje alatt. A minőségi ápolás alapvető feltételei közé tartozik a testi higiénia biztosítása és a humánus ellátás. Cikkünkben szeretnénk bemutatni a végbélkatéterezést, amely széklet-inkontinenciával rendelkező betegek ellátásában immár széles körben alkalmazott eljárás Szlovákiában. Továbbá konkrét adatokat közlünk a rektális katéter használatának gazdasági előnyeiről.

**Kulcsszavak:** ápolás, egészségügyi személyzet, fekvőbeteg, inkontinencia, végbélkatéter

### Managing faecal incontinence with a rectal catheter

Stela GILANOVÁ PhDr, Lívia KOLLÁROVÁ PhDr, Papp Katalin PhD

#### Summary

All patients have the right to the appropriate treatment and level of comfort during their stay in hospital. One of the basic requirements of quality nursing is the assurance of bodily hygiene and humane treatment. In our paper we would describe rectal catheterisation, which is now a widely used procedure in the care of patients with faecal incontinence in Slovakia. Moreover, we cite specific data on the economic benefits of using a rectal catheter.

**Key words:** nursing, healthcare personnel, in-patient, incontinence, rectal catheter

Érkezett: 2013. november 11. Elfogadva: 2014. február 3.

A kórházi ellátás ideje alatt a betegek megváltozik többek között a szociális helyzete. Jelentősen változik a környezete, ami lényegesen eltér a normális élethez képest. A kórházban korlátozott a kapcsolat a külvilággal, továbbá a beteg gyakran az ápolószemélyzet segítségére szorul. (Bártlová, Matulay, 2009)

Az egészségügyi személyzet individuálisan kezel minden beteget, különösen az ágyhoz kötött, mozdulatlan és inkontinens betegeket. Az ilyen betegről való gondoskodás fizikailag és pszichikailag is kimerítő a személyzet számára. A beteg bizalmának elnyeréséhez szükséges a szakértelem, az empátia és a türelem. Fontos, hogy tiszteltben

tartsuk az adott betegség által kiváltott fizikai és szellemi állapotváltozását. (Kontrová, Kristová, 2006)

Az inkontinencia jelentősen megváltoztatja nemcsak a beteg, de a családtagok életminőségét is. Különösen a mozgásképtelen, székletinkontinenciával rendelkező beteg ellátása jelent nagy terhet a róla gondoskodóra. „A székletinkontinencia a székletürítés feletti kontroll elvesztését jelenti, ami a széklet folyamatos szivárgását idézi elő szociálisan elfogadhatatlan körülmények között” (Poledníková, 2006, 76.o.). Normál esetben a széklettartási képesség fenntartásában a végbél záróizmai, a gátizomzat, a medencefenék izmai, a végbél helyzete, a nyálka-

Stela GILANOVÁ PhDr Szent Erzsébet Egészségügyi és Szociális Munka Főiskola, Bratislava  
Lívia KOLLÁROVÁ PhDr Szent Erzsébet Egészségügyi és Szociális Munka Főiskola, Bratislava  
Papp KATALIN PhD főiskolai docens, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar  
Levelező szerző (correspondent): Lívia KOLLÁROVÁ, elérhetőség: e-mail: livia.kollar@gmail.com

hártya alatti visszér párnácskák vesznek részt. A képesség fenntartásáért ezeken belül nagyrészt a belső záróizom a felelős.

A széklettartási zavar megjelenésének igen változatos etiológiája és súlyos pszichoszociális következményei vannak. Egy olyan fizikai és pszichoszociális helyzet, ami progresszív elszigeteltséghez vezethet és jelentősen csökkenti az egyén fizikai és pszichoszociális állapotát. A székletinkontinencia nem ritka állapot. Tévhit azonban azt állítani, hogy csak az idős emberek betegsége. (Korček, 2008)

Az egészségügyi személyzet munkakörülményeinek javítása és az ápolás könnyítése érdekében a székletinkontinenciában szenvedő betegek kezelésében javasolt egy új módszer, mégpedig a végbélkatéter alkalmazása. **(1-3. kép)** Összehasonlítva a hagyományos segédeszközökkel, mint a pelenka, alátét stb., a végbél katéter a legmegfelelőbb arra, hogy eltávolítsa a fertőző és a hasmenéses székletet, ezzel biztosítva a fekvő beteg higiénikus és szakszerű ellátását. Egyúttal lehetővé teszi a kórházak beszerzési költségeinek ellenőrzését illetve megtakarítását. A katétert egy betegnél legfeljebb 29 napig lehet használni, egyébként már implantátumnak kellene minősíteni. A katétert mindig a megadott utasításoknak megfelelően javasolt használni, követve az előírt eljárást. **(3. kép)** A betegek kezelése a bevezetett rektális katéterrel könnyű és jelentősen javítja az ápolás minőségét azokon az osztályokon, ahol főként fekvő betegek fordulnak elő:

1. kép: Végbélkatéter



(Forrás: Hartmann-Rico)

1. kép: A bevezetésre előkészített végbélkatéter



Forrás: Gilanová, Kollárová

2. kép: Bevezetett végbélkatéter fekvőbetegnél



Forrás: Gilanová, Kollárová

Aneszteziológiai és intenzív terápiás osztály

- ⇒ Elfekvő osztály
- ⇒ Baleseti sebészet
- ⇒ Általános sebészet
- ⇒ Fertőző osztály
- ⇒ Nőgyógyászat.

„A rektális katéter hosszabb alkalmazása lehetővé teszi a széklet higiénikus elvezetését azoknál a betegeknél, akiknél az emésztőrendszer zavartalanul működik, de nem tudják hatékonyan használni az ágytálat, illetve a WC-csészét. Ide tartoznak többek között a következők betegek:

- ⇒ bél inkontinencia előfordulása, 2-3 hasmenéses széklettel naponta
- ⇒ betegek, akiknél végbélen keresztül javulót a gyógyszer beadása

- ⇒ nagy kiterjedésű égési felületekkel vagy transzplantációs területekkel rendelkező betegek, akiknél nagy a fertőzési hajlam
- ⇒ fertőző hasmenések előfordulása
- ⇒ elhúzódó szedáció, gépi lélegeztetés
- ⇒ sérülés a végbélnyílás területén
- ⇒ betegek, akiknél alkalmatlan a gyakori áthelyezés (a kötszerek helyzeti elmozdulása végett)
- ⇒ betegek húgyúti katéterrel, akiknél fennáll a bélsárral való szennyeződés rizikója.“ (www.actiflo.sk)

Amint a fentebb leírtakból is kitűnik, a rektális katéter javallot krónikus, hosszantartó, immobilis és székletinkontinenciával rendelkező betegeknél. Használatának számos előnye van nem csak az ápoló személyzet, hanem a beteg számára is. Ez a korszerű megoldás, amit a fertőző és folyékony széklet eltávolítására használhatunk, megszünteti a fertőzés kockázatát. Megkönnyíti a széklet gyűjtését, ezáltal biztosítja a bélrendszer működésének ellenőrzését. Ezen felül a rektális katéter úgy van kialakítva, hogy minimálisra csökkentjen a széklet érintkezése a bőrrel. „A mindennapi ellátásnál gondoskodnunk kell arról, hogy a bőr legyen tiszta, jó kondícióban és tökéletesen védve az irritációtól” (Otrubová, 2012, 28. o.). A katéter bentléte alatt a beteg tiszta és száraz környezetben van és ezáltal biztosítjuk számára a lehető legméltyőbb körülmények kialakítását. A katéter további előnye, hogy használatával kiküszöböljük a kellemetlen szagokat, továbbá a zárt rendszer minimalizálja, vagy teljesen kizárja az ápolószemélyzet érintkezését a fertőző széklettel. A beteg kezelése a rektális katéterrel egyszerű és időtakarékos. A rektális katéter bevezetése, tisztítása és eltávolítása nagyon egyszerű. Nem elhanyagolható tényező, hogy használata nagymértékben csökkenti az ápolószemélyzet fizikális terhelését.

A rektális katéter lehetővé teszi a higiénikus bélsárminta vételét. A széklet elvezetésére kétféle zacskó áll rendelkezésre, mégpedig zárt és nyitott. A széklet konzisztenciájának megváltoztatása érdekében ún. irrigációs-zacskót vehetünk igénybe.

„A zárt zacskót a fertőző és folyékony széklet eltávolítására tervezték. Miután a zsák megtelt, tartalmát könnyen és higiéní-

kusan tudjuk ártalmatlanítani a többi egészségügyi hulladékkal együtt. Az egyedülálló nyitott zacskó lehetővé teszi a tartalom ürítését a WC-re, illetve a zacskó ismételt használatát. Az irrigációs zacskó a tartozékokkal lehetővé teszi a vastagbél könnyű és hatékony irrigációját”. (www.actiflo.sk)

Minden betegnek joga van a minőségi egészségügyi ellátásra, a megfelelő kórházi kényelemre, az általános higiéniai előírások betartására és az emberi jogok érvényesítésére. Mindezt tökéletesen biztosíthatja a rektális katéter használata. Ezen kívül nagymértékben hozzájárul a nővérek munkájának megkönnyítéséhez és a higiénikus munkakörülmény biztosításához.

Az alábbi táblázatokban bemutatjuk saját eredményeinket a rektális katéter használatával kapcsolatban. Az adatok a 2012-es évből valók. (I-IV. táblázat)

**I. táblázat: Egyszeri higiéniai ellátás egy betegnél (hasmenés-igen, dekubitusz-nincs) rektális katéter használata nélkül (2012)**

Felhasznált eszközök	11,90 €
A munka ára	10,16 € €
Összkiadás	22,09 € €

**II. táblázat: Egyszeri higiéniai ellátás egy betegnél (hasmenés-igen, dekubitusz-igen, 3. stádium) rektális katéter használata nélkül (2012)**

Felhasznált eszközök	11,90 €
A munka ára	15,24 € €
A dekubitusz ellátása	12,52 € €
Összkiadás	39,66 € €

A végbélkatéter használatának számos előnye van nemcsak a beteg, de az ápoló személyzet számára is. A katéter maximális kihasználásának céljából mindig az utasítások szerint kell eljárunk. Fontos, hogy a bevezetés során gyakran ellenőrizzük a katéter helyzetét a végbélben, valamint ügyeljünk arra, hogy a katéter ne legyen eltömítve vagy megsodorva. A használat folyamán rendszeresen öblítjük, és a felhalmozódott székletet azonnal eltávolítjuk. Helyes alkalmazással és kezeléssel biztosítjuk az

**III. táblázat: Ár-összehasonlítás egyszeri higiéniai ellátásnál egy betegnél (hasmenés-igen, dekubitusz-nincs) (2012)**

	Rektális katéter használata nélkül	Rektális katéter használatával*
Összkiadás 1 napra	110,45 €	334,52 €*
Összkiadás 2 napra	220,90 €	44,12 €
Összkiadás 7 napra	773,15 €	378,64 €
Összkiadás 17 napra	1877,65 €	839,29 €
Összkiadás 29 napra	3 203,05 €	1 430,41 €

\* A kiadásba az első napon beleszámítódik a rektális katéter ára.

**IV. táblázat: Ár-összehasonlítás egyszeri higiéniai ellátásnál egy betegnél (hasmenés-igen, dekubitusz-igen, 3. stádium) (2012)**

	Rektális katéter használata nélkül	Rektális katéter használatával*
Összkiadás 1 napra	198,30 €	334,52 €
Összkiadás 2 napra	396,60 €	69,00 €
Összkiadás 7 napra	1 032,85 €	512,75 €
Összkiadás 17 napra	3 371,11 €	1 262,25 €
Összkiadás 29 napra	5 750,07 €	2 151,93 €

\* A kiadásba az első napon beleszámítódik a rektális katéter ára.

inkontinenciával rendelkező fekvőbetegek minőségi ellátását és az egészségügyi szakdolgozók munkakörülményeinek javítását.

Nem elhanyagolandó tény mindemellett az összkiadás jelentős csökkenése a betegek ellátása folyamán.

## Irodalomjegyzék

- BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S. 2009. Sociológia zdravia, choroby a rodiny. (Az egészség, betegség és a család szociológiája) 1. vyd. Martin: Osveta, 2009. 142 o. ISBN 978-80-8063-306-6.
- DRYDEN, H. 2003. Body image, in Faithfull S and Wells M (editors) Supportive care in radiotherapy, Edinburgh 2003.
- KONTROVÁ, L., KRISTOVÁ, J. a kol. 2006. Základy ošetrovania a asistencie. (Az ápolás és asszisztencia alapjai) 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 296 s. ISBN 80-8063-235-9.
- KORČEK, J. 2008. Diagnostika a terapia análnej inkontinencie. (Az anélis inkontinencia diagnosztikája és terápiája) 1. vyd. Nitra: Environment, 2008. 178 s. ISBN 978-80-969120-7-0.
- KOZIEROVÁ, B. A KOL. 1995. Ošetrovatelstvo I, II. (Ápolás I., II.) 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 o. ISBN 80-217-0528-0
- OTRUBOVÁ, J. 2012. Úloha sestry v starostlivosti o hygienu kože. (A nővér feladata a bőr higiénijánál) In: Revue medicíny v praxi. Vydavateľ: Mauro Slovakia s.r.s Bratislava. č.1. 2012.o. 28,32. ISSN 1336-202X.
- POLEDNÍKOVÁ, L. a kol. 2006. Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo. (Geriatric és gerontológiai ápolás) 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 216 o. ISBN 80-8063-208-1.
- SCANELL, E., ALLEN, F., BURTON, J. 2002. Meaning in life and positive and negative wellbeing. North American Journal of Psychology, 2002, Vol. 4 Issue 1, p 93, 20p. AN 8586524
- www.actiflo.sk



# Gratulálunk!

A Magyar Ápolási Egyesület 2014. február 19-én immár negyedik alkalommal ünnepelte meg a Magyar Ápolók Napját, mely Kossuth Zsuzsanna, az első magyar főápoló születésnapjához kötődik. Az ünnepi eseményre Budapesten, a Magyar Tudományos Akadémia Dísztermében került sor. A Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet és a Magyar Ápolási Egyesület felterjesztése alapján 26 egészségügyi szakdolgozó vehetett át miniszteri kitüntetést.

**Batthyány-Strattmann László díjban** részesült kimagasló szakmai munkásságának elismeréseként:

**Tóth Lajosné**, a Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház helyettes ápolási igazgatója.

**Kiemelkedő szakmai tevékenysége elismeréseként Pro Sanitate díjban** részesült:

**Bergyár Viola**, a Debreceni Egyetem Kli-nikai Központ Gyermekgyógyászati Intézet Neonatológiai Tanszék osztályvezető ápolója,

**Ilyésné Nagy Ibolya**, a Magyarországi Zsidó Hitközségek Szövetsége Szeretetkórház osztályvezető ápolója,

**Bartha Barna**, a Gróf Tisza István Kórház diplomás ápolója,

**Jakobovits Ferencné**, a gyöngyösi Bugát Pál Kórház ápolási igazgatója.

**Az Emberi Erőforrások Miniszterének Elismerő Oklevele elismerésben** részesült eredményes, példamutató tevékenysége elismeréseként:

**Afonyiné Kaló Tünde**, a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei és Egyetemi Oktató Kórház Koraszülött - Újszülött Pathológiai Osztály vezető ápolója,

**Ábelné Kövér Andrea**, a balassagyarmati Dr. Kenessey Albert Kórház – Rendelőintézet gyógytornásza,

**Berkes Krisztina**, a SOTE Kútvölgyi Klinikai Tömb, 3 sz. Belgyógyászati Klinika diplomás ápolója, osztályvezető főnővér helyettese,

**Botos Katalin**, a Magyar Honvédség Egészségügyi Központ ápolási igazgatója,

**Dunai Márton Tiborné**, a Bács-Kiskun Megyei Kórház vezető ápoló-helyettese,

**Kappéter Brigitta**, a PTE KK Gyermek-gyógyászati Klinika Sebészeti Osztály osztályvezető ápolója,

**Kelemen Éva**, a Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház – Rendelőintézet Kardiológiai Haemodinamikai Részleg vezető ápolója,

**Kerek Lászlóné**, az Albert Schweitzer Kórház

(Hatvan), Traumatológiai Osztály felnőtt szakápolója,

**Keserű Piroska**, a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház Kardiológiai Osztály vezető ápolója,

**Kónya Anikó**, az Állami Szívkórház Balatonfüred ápolási igazgatója,

**Liptákné Idul Mária**, a SZTE SZAKK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek Egészségügyi Központ Onko-Haematológiai Osztály osztályvezető ápolója,

**Máténé Söveg Zsuzsanna**, a Semmelweis Egyetem II. sz. Gyermekgyógyászati Klinika Immunológia – Reumatológia Osztály osztályvezető ápolója,

**Schulmann Csabáné**, a Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház Higiénés Osztály közegészségügyi és járványügyi felügyelő vezető asszisztense,

**Simon Éva**, a Petz Aladár Megyei Oktató Kórház műtéti szakasszisztense,

**Szilágyi Gáborné**, a SZ-SZ-B Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház Mátészalkai Kórház asszisztense,

**Takács Éva**, a Nagykőrösi Rehabilitációs Szak-kórház és Rendelőintézet röntgenvezető szakasszisztense, ápolási igazgató-helyettese,

**Talabér Andrea Katalin**, a Heim Pál Gyermek-kórház Toxikológia és Belgyógyászati Osztály csecsemő- és gyermekápolója,

**Udvardi Béláné**, Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet Pszichiátriai Osztály osztályvezető ápolója,

**Dr. Zoltánné Csorba Éva**, az Országos Onkológiai Intézet vezető asszisztense.

**Az Emberi Erőforrások Miniszterének Elismerő Oklevele elismerésben** részesültek felelősségteljes, példamutató munkájuk elismeréseként:

**a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház Projekt-iroda dolgozói,**

**a Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Szülészeti Osztály dolgozói.**

A miniszteri kitüntetések átadását követően Bugarszki Miklós a Magyar Ápolási Egyesület elnöke adta át kitüntéseit **Schmittné Makray Katalin** és a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara elnöke, **Dr. Balogh Zoltán** részére az ápolás és az ápolók, valamint ápolói közösségek létrehozása érdekében kifejtett, kiemelkedő tevékenységük elismeréseként.



# Gratulálunk!

2013. decemberében Baja Város Önkormányzat Képviselő-Testülete a Bajai Szent Rókus Kórház szakdolgozóinak munkáját Baja Város Egészségügyéért kitüntető díjjal ismerte el. A hazánkban adományozott ezen egyedülálló elismerésért tisztelettel gratulálunk.





# FELHÍVÁS

## Főiskolát és Egyetemet Végzett Ápolók XI. Országos Találkozója

Budapest, 2014. október 2-4.  
Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar  
1088 Budapest, Vas u. 17.

A Találkozó fő témakörei:

- ❖ *Hatáskörök, kompetenciák az ápolásban*
- ❖ *Az ápolói munka szervezésének, vezetésének kérdései*
- ❖ *Az ápoló, mint az ellátó team tagja*
- ❖ *Új eljárások és technikák az ápolásban*
- ❖ *Bizonyítékok az ápolásban*
- ❖ *Vészhelyzet vagy veszélyek az ápolásban*
- ❖ *Ápolók új utakon (ittthon és külföldön)*
- ❖ *Szemelvények a 25 éves főiskolai szintű ápolóképzésből*
- ❖ *Az ápolók képzése és oktatása napjainkban, a jövő kihívásai*
- ❖ *Bemutatkoznak a jövő ápolói*
- ❖ *Alumni mozgalom*

***A Nővér folyóirat a rendezvény szakmai támogatója.***

Az ápolástudományi kritériumoknak megfelelő összefoglalók feltölthetők

2014. április 15 és május 15 között

a ***www.meszk.hu*** elérhetőségen.

**Szervezők**