

# NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA  
JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

## A TARTALOMBÓL:

Éjszakai műszak hatásai az ápolókra

Az Amyotrophias Lateral Sclerosisban  
szenvedő betegek ellátása

Az ellátó team tagjai közötti kapcsolatot  
befolyásoló tényezők vizsgálata, a vezetői  
identitás mentén



2015. 28. ÉVFOLYAM 4. SZÁM  
<http://www.meszk.hu/nover>

AZ ÉV  
ELHIVATOTT FIATAL  
SZAKDOLGOZÓJA  
2015

A tavalyi Év fiatal arca pályázat boldog nyertese vagyok. Nekem új lendületet adott munkámhoz ez az elismerés. Idén legyél TE a következő, vagy jelöld azt a kollégádat, akit érdemesnek találsz a címre!

Legyél **Te**  
a **KÖVETKEZŐ!**

Az év elhivatott fiatal szakdolgozója díj nyertese a Hivatásunk magazin idei utolsó számának címlapjára kerül, és a lapban bemutatjuk eddigi szakmai munkáját. Add be saját pályázatodat vagy ajánld kollégádat Te is. Olyan szakemberek nevezését várjuk, akik hivatásukat elkötelezetten művelik, vagy valamilyen konkrét tevékenység, kezdeményezés kapcsán lehetnek méltók e címre. A nevezett szakember felső korhatára 40 év.

Tóthné Koller Mária, Az év fiatal arca 2014 nyertese

HIVATÁSUNK



LITERATURA MEDICA  
KIADÓ KFT.

JELÖLÉSI HATÁRIDŐ: 2015. SZEPTEMBER 30.  
RÉSZLETEK ÉS AJÁNLÓLAP:

[WWW.HIVATASUNK.HU](http://WWW.HIVATASUNK.HU)

# NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA/

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével/

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

*Nővér*, 2015, 28 (4), 1–40.

## TARTALOMJEGYZÉK

### EREDETI KÖZLEMÉNY

**Éjszakai műszak hatásai az ápolókra**  
*Ofori-Attah Barbara, Németh Anikó* 3

**Az Amyotrophias Lateral Sclerosisban szenvedő betegek ellátása**  
*Palla László, Balogh Zoltán* 10

**ÁPOLÁSVEZETÉS**  
**Az ellátó team tagjai közötti kapcsolatot befolyásoló tényezők vizsgálata, a vezetői identitás mentén**  
*Tornyosné Bagosi Melinda, Csernus Mariann* 18

**ÁPOLÁSETIKA**  
**És ki a másik?**  
*Rozsos Erzsébet* 27

**KITEKINTÉS**  
**Beszámoló a IV. ETNA Nemzetközi Konferenciáról**  
*Papp Katalin* 37

**GRATULÁLUNK** 38

**SZERKESZTŐI LEVÉL** 39

**SZERZŐI ÚTMUTATÓ** 40

## CONTENTS

### ORIGINAL CONTRIBUTION

**The effects of night shifts on nurses**  
*Barbara Ofori-Attah, Anikó Németh* 3

**Care of patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis**  
*László Palla, Zoltán Balogh* 10

**NURSING MANAGEMENT**  
**Investigation of the factors influencing among members of the care team in terms of the identity of the leadership**  
*Melinda Tornyosné Bagosi, Mariann Csernus* 18

**NURSING ETHICS**  
**And who is the other?**  
*Erzsébet Rozsos* 27

**OUTLOOK**  
**Report of the 4th European Transcultural Nursing Association Conference**  
*Katalin Papp* 37

**CONGRATULATIONS** 38

**LETTER FROM THE EDITOR** 39

**INSTRUCTIONS FOR AUTHORS** 40

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 írással 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:** VAREG Nyomda Kft., 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**

Dr. Hirdi Henriett Éva (PhD)

**Szerkesztőbizottság/Editorial Board**Dr. Betlehem József (PhD), *egyetemi docens, dékán*Kárpáti Zoltán, *ápolási menedzser*Dr. Oláh András (PhD), *egyetemi docens, dékán-helyettes*Dr. Pápai Tibor (PhD), *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, *ápolási igazgató-helyettes,*

MH EK Honvédkórház

Boldogné Csurik Magdolna, *osztályvezető,*

Országos Tisztifőorvosi Hivatal

Dr. Helembai Kornélia, *tanszékvezető főiskolai tanár*

SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Ápolási Tanszék, Szeged

Mészáros Magdolna, *elnök, Egészségügyi Szakmai*

Kollégium Ápolás Szakmai Tagozat

Prof. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár, MTA*  
doktora, a MTA rendes tagja, Pécsi Tudományegyetem  
Szentágotthai János KutatóközpontRauh Edit, *elnök-helyettes, ENKK*Dr. Velkey György, *elnök*

Magyar Kórházszövetség

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

Nemzeti Erőforrás Minisztérium

Prof. PhD. Valérie Tóthova PhD, *dékán,*Dél-Csehországi Egyetem, Egészségügyi Szociális Kar,  
Cseh Köztársaság**Lapunkat rendszeresen  
szemlézi a megújult****www.observer.hu****N Ő V É R****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 tárgykból 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 bírálatásnak vetjük alá, melyet független szakértők végeznek. A szerzőt a szerkesztőség írásban értesíti a Szerkesztőbizottság döntéséről, de nem indokolja azt.

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

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 off ce: 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

# Éjszakai műszak hatásai az ápolókra

OFORI-ATTAH Barbara, Dr. NÉMETH Anikó

## Összefoglalás

**Vizsgálat célja:** Jelen vizsgálat célja feltárni az éjszakai műszak hatásait az ápolók testi-lelki egészségére, alvási szokásaira, valamint káros szenvedélyeire.

**Vizsgálati módszer és minta:** Az online adatfelvétel 2014 októberében történt egy saját szerkesztésű kérdőívvel (N=396). Az adatelemzés SPSS 19.0 program segítségével történt, leíró statisztika, Khi2-próba és független kétmintás T-próba segítségével ( $p < 0,05$ ).

**Eredmények:** Az éjszakázók jelentősen rosszabbnak ( $p=0,031$ ) értékelték saját egészségi állapotukat, hát- és derekfájás ( $p=0,019$ ), gyomorégés ( $p=0,029$ ) jelentősen gyakrabban fordult elő körükben, valamint többet dohányoznak ( $p=0,011$ ). Jelentősen stresszesebbnek érzik munkahelyüket ( $p=0,002$ ), és alvási problémákkal is küzdenek ( $p=0,006$ ). A kiegészítő mértékben ( $p=0,438$ ), illetve a krónikus betegségek megjelenésében ( $p=0,061$ ) nincs jelentős különbség az éjszaka is dolgozók, és a nem éjszakázók csoportja között.

**Következtetések:** Az éjszakai műszak több szempontból is jelentős hatással van az ápolók egészségére, káros szenvedélyeire, valamint felborítja bioritmusukat.

**Kulcsszavak:** ápolók, éjszakai műszak, kiegészítés, egészség

### The effects of night shifts on nurses

Barbara OFORI-ATTAH, Anikó NÉMETH PhD

#### Summary

**Aim of the research:** The present study aimed to investigate the effects of night shifts on the somatic and psychic health, sleeping habits and substance use of nurses.

**Research and sampling methods:** A self constructed questionnaire was administered online in October 2014 (N=396). Data were analyzed with SPSS 19.0 using descriptive statistics, chi-square and unpaired two-sample t-tests program ( $p < 0.05$ ).

**Results:** Nurses having night shifts evaluated their health as worse ( $p=0.031$ ), backache ( $p=0.019$ ) and heartburn ( $p=0.029$ ) were reported more frequent. They consume significantly more cigarettes ( $p=0.011$ ). They experience more work related stress ( $p=0.002$ ) and sleep disorders ( $p=0.006$ ). Regarding burn-out ( $p=0.438$ ) and chronic diseases ( $p=0.061$ ) there was no significant difference between nurses with and without night shifts.

**Conclusions:** Night shifts affect the health and substance use of nurses and disturb their biorhythms.

**Key words:** nurses, night care, burnout, health

Érkezett: 2015. január 11. Elfogadva: 2015. május 14.

## Bevezetés

Munkaerőhiány, többműszakos és kiszámíthatatlan munkarend, tizenkét órás műszakok, túlhajszoltság, alacsony szakmai presztízs, alacsony bérek, eszközhiány – nagyjából ezekkel kell szembe néznie ma Magyarországon azoknak, akik az ápolói hivatást választják vagy választották. Természetesen ennek a szakmának az árnyoldalán túl létezik kellemes oldala is – példá-

ul a betegek szeretete, a gyógyulás örömeiben való osztozkodás.

Az éjszakai műszak hatását számos tanulmány vizsgálta. Kimutatták, hogy a fekvőbeteg ellátásban, éjszakai műszakban dolgozó ápolók között gyakrabban alakul ki a burnout-szindróma (Pálfi, 2006; Irinyi & Németh, 2010), romlik a munkával való elégedettség (Stimpfel et al., 2012), gyakoribb a metabolikus szindróma (Pietrojusti et al., 2010) és a pajzsmirigy betegségek megjele-

OFORI-ATTAH Barbara IV. éves ápoló hallgató, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar Ápolási Tanszék

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

Levelező szerző (correspondent): OFORI-ATTAH Barbara, elérhetőség: 6723 Szeged, Sás u. 6/b. V/15., Tel.: +36-20/260-8887, e-mail: mischka1114@gmail.com

nése (Burdalak et al., 2013). Azoknál az ápolóknál, akik havonta több mint nyolc alkalommal éjszakáznak, gyakoribb a lábduzzanat kialakulása is (Burdalak et al., 2013). Ramin és munkatársai megállapították, hogy az éjszakázóknál nagyobb az esélye az elhízásnak, több koffeint és cigarettát fogyasztanak, és az alvásidőtartamuk is rövidebb, mint azoknak, akik soha nem éjszakáznak (Ramin et al., 2014). Emésztőszervi problémák is kialakulhatnak, valamint gyakori az alvászavar, a krónikus betegségek megjelenése, illetve a cigaretta és kávéfogyasztás (Fusz et al., 2014). A krónikus betegségek közül főképp a kardiovaszkuláris megbetegedés és a mellrák fordul elő gyakrabban (Wang et al., 2011). A nappali alvás 1-4 órával rövidebb, mint az éjszakai. Az éjszakázó ápolók alváshiánya összeadódik, ami hosszú távon kimerüléshez vezet (Muecke, 2005). Az éjszakai műszakban is dolgozó ápolók rosszabbnak értékelik saját egészségi állapotukat, mint a nappali műszakban dolgozók (Németh & Irinyi, 2012), leggyakrabban megjelenő panaszok a derék- és hátfájdalom, a kimerültség, ingerlékenység valamint az alvási problémák (Molnár, 2002).

## Vizsgálat célja

Vizsgálatunk célja volt feltárni az éjszakai műszakban végzett munka hatását az ápolók testi-lelki egészségére, alvási szokásaira, valamint káros szenvedélyeire. Feltételeztük, hogy az állandó délelőtt illetve nappal dolgozó kollégáknak kevesebb krónikus betegségük, káros szenvedélyük van az éjszakai műszakban is dolgozó ápolókhöz képest. Feltételeztük továbbá, hogy a stressz és a kiégés nagyobb mértékű az éjszakai műszakban is dolgozók körében, illetve alvási problémákkal is küszködnek.

## Anyag és módszer

Vizsgálatunkat 2014. október hónapban végeztük egy saját szerkesztésű online kérdőívvel, melyet a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Országos Szervezetének, valamint Csongrád Megyei Területi

Szervezetének Facebook oldalán tettük elérhetővé egy hónap időtartamra.

A mérőeszköz 35 kérdést tartalmazott. 12 kérdés vizsgálta a szociodemográfiai és munkahelyi adatokat, a többi a testi és lelki egészség, káros szenvedélyek és alvási problémák vizsgálatára irányult. Tartalmazott továbbá egy pszichoszomatikus tüneti skálát (Piko et al., 1997), és Pines és Aronson (1981) kiegészítő felmérés skáláját.

Az adatfeldolgozást és adatelemzést SPSS 19.0 statisztikai programmal végeztük. Leíró elemzésen kívül alkalmaztunk független kétmintás T-próbát (F-próbával) és  $\chi^2$ -próbát. Az egyes skálák megbízhatóságát a Cronbacha segítségével ellenőriztük. Az elemzés során minden esetben 5%-os szignifikanciaszinttel dolgoztunk ( $p < 0,05$ ).

## Eredmények

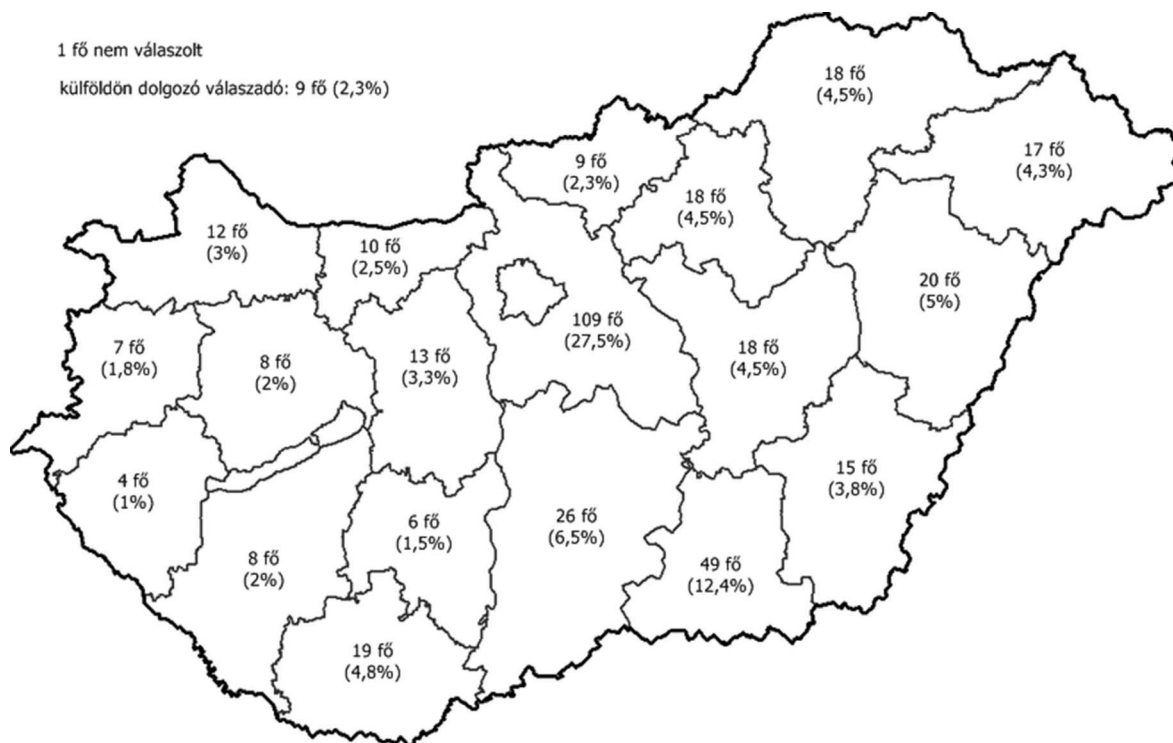
A kérdőívet 406 kolléga töltötte ki, melyből 10 főt kizártunk dupla válaszadás, illetve nem ápolói végzettség miatt, így 396 válaszadó válaszait elemeztük. A válaszadók 94,9%-a (376 fő) nő, 5,1%-a (20 fő) férfi. Átlag életkoruk 41,64 év ( $SD=8,58$ ). 43,4%-uk (172 fő) városban, 21,2%-uk (84 fő) megyeszékhelyen, 18,2%-uk (72 fő), 16,7%-uk (66 fő) a Fővárosban, 2 fő (0,5%) pedig tanyán él. A válaszadók megyék szerinti megoszlását az 1. ábra szemlélteti, mely szerint a válaszadók döntő többsége (27,5%) Pest megyéből került ki, a második legtöbb válasz pedig Csongrád megyéből érkezett (12,4%). Mindegyik megyéből, és külföldről is érkeztek válaszok. (1. ábra)

Az iskolai végzettséget tekintve a többség (49,7%; 197 fő) OKJ-s végzettséggel, 25,3% (100 fő) főiskolai/egyetemi végzettséggel, 15,4% (61 fő) szakközépiskolai, 5,3% (21 fő) szakiskolai és 4,3% (17 fő) gimnáziumi végzettséggel rendelkezik.

A kérdőívet kitöltők többsége (47,2%) házaspár, 22,7% egyedülálló, 14,9% él élettársi kapcsolatban, 12,4%-nak van párkapcsolata, a többi válaszadó elvált, özvegy, különélő vagy távkapcsolatban él.

10,1% (40 fő) alapellátásban, 15,9% (63 fő) járóbeteg-ellátásban, 74% (293 fő) fekvőbeteg-ellátásban dolgozik. Több mint

1. ábra: Válaszadók megyék szerinti megoszlása (N=396)



1/3-uk (34,8%) 25 évnél régebb óta dolgozik az egészségügyben, 18,7% 21-25 éve, a többi válaszadó ennél kevesebb ideje. A felmérésben résztvevők 72%-a (285 fő) többműszakos munkarendben dolgozik 8 vagy 12 órás műszakbeosztásban. Állandó délelőtti munkarendben (6-14-ig; 7-15-ig; 8-16-ig) dolgozik 69 fő (17,4%), állandó nappal (6-18-ig; 7-19-ig) pedig 28 fő (7,1%). (2. ábra)

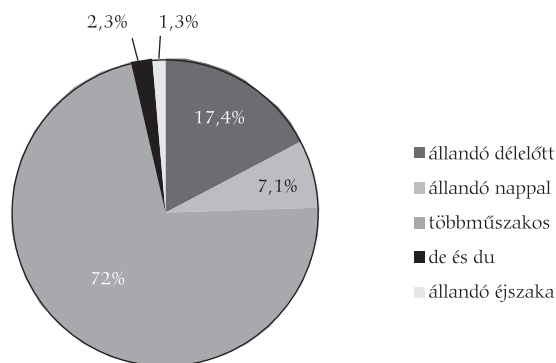
Mivel felmérésünkben az éjszakai műszak hatásait vizsgáltuk, így a válaszadókat

két csoportba osztottuk a műszakbeosztásuk alapján. A „nem éjszakázók” csoportját képezték az állandó délelőttösök és az állandó nappalosok (mivel ők maximum este 7-ig dolgoznak, így őket nem érinti az éjszakai munka), összesen 97 fő (a válaszadók 24,5%-a). Az „éjszakázók” csoportját pedig a többi válaszadó alkotja, összesen 299 fő (a válaszadók 75,5%-a). A továbbiakban ezen két csoport összehasonlítását mutatjuk be a különböző vizsgált területeken.

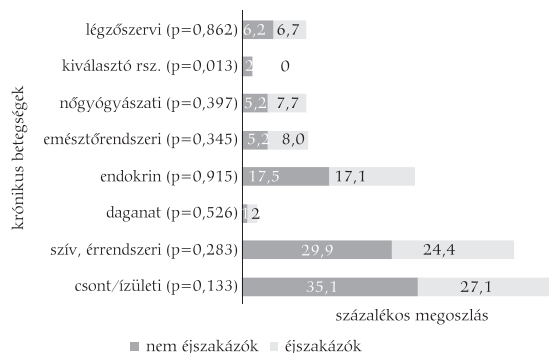
### Egészségi állapot vizsgálata

Az egészségi állapot önértékelését egy négyfokozatú Likert skálával mértük, ahol 1=nagyon rossz; 2=inkább rossz; 3=inkább jó; 4=kiváló jelentéssel bírt. A „nem éjszakázók” átlag 2,99 pontot (SD=0,637), az „éjszakázók” átlag 2,83 pontot (SD=0,630) értek el, mely jelentős különbségnek bizonyult ( $p=0,031$ ;  $t=2,171$ ). A krónikus betegségek meglétében nem találtunk jelentős különbséget a két csoport válaszadói között. A „nem éjszakázók” 66%-nak (64 fő), míg az „éjszakázók” 55,2%-nak (165 fő) van krónikus betegsége ( $p=0,061$ ). Leggyakrabban a szív- és érrendszeri, csont- és ízületi, va-

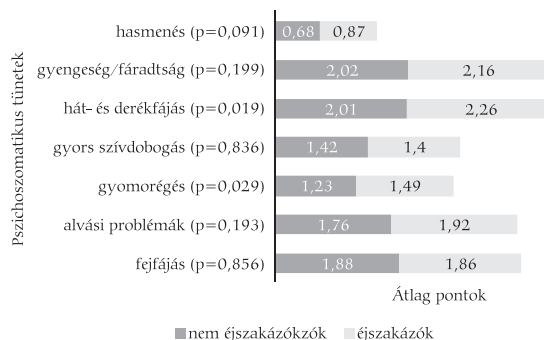
2. ábra: Műszakbeosztás megoszlása a válaszadók körében (N=396)



3. ábra: Krónikus betegségek megoszlása a két csoportban



4. ábra: Pszichoszomatikus tünetek átlagpontjainak összehasonlítása (N=396)



lamint endokrin szervrendszeri betegségek fordulnak elő mindkét csoportban. Az egyes krónikus betegségek előfordulásának gyakorisága között egy kivétellel nincs jelentős különbség a két csoport között. (3. ábra) Az ábrán látható, hogy az emésztőrendszeri és a nőgyógyászati megbetegedések ugyan 2,5-2,8%-kal gyakrabban fordulnak elő az éjszakai műszakban is dolgozóknál, de a különbségek nem jelentősek a nem éjszakázókhoz képest. Egy-egy esetben jelöltek még bőrgyógyászati, központi idegrendszeri, autoimmun és pszichés megbetegedést is.

A pszichoszomatikus tünetek megjelenését egy hét kérdésből álló, négyfokú Likert skálával mértük (0=soha; 1=ritkán; 2=időnként; 3=gyakran), melyen összesen 21 pontot lehetett elérni (Piko et al., 1997). A skála megbízhatónak bizonyult: Cronbacha=0,748 (item=7; M=11,71; SD=4,285). A „nem éjszakázók” átlag 11 pontot, az éjszakai műszakban is dolgozó válaszadók átlag 11,95 pontot értek el ezen a skálán. A különbség nem jelentős (p=0,059; t=-1,897). Leggyakrabban gyengeség- és fáradtság, hát- és derékfájás, alvási problémák és fejfájás fordultak elő a válaszadók között. A „nem éjszakázók” és „éjszakázók” csoportját összehasonlítva csupán két tünet megjelenési gyakoriságában mutatkozott jelentős eltérés: a hát- és derékfájás (p=0,019; t=-2,362) valamint a gyomorégés (p=0,029; t=-2,194) szignifikánsan gyakrabban jelenik meg pszichoszomatikus tünetként az „éjszakázók” csoportjában. (4. ábra)

**Káros szenvedélyek vizsgálata**

A felmérésben részt vevő ápolók káros szenvedélyeinek illetve gyógyszerze-

desi szokásainak megoszlását az I. táblázat szemlélteti. Feketekávét és energiált az éjszakai műszakban is dolgozó kollégák fogyasztanak gyakrabban saját bevallásuk szerint, és gyakrabban szednek antidepresszánt és altatót is, valamint közülük többen fogyasztanak rendszeresen alkoholt, bár egyik esetben sem találtunk jelentős eltérést a két csoport között. Az alkoholfogyasztás tekintetében fontos megemlíteni, hogy az „éjszakázók” magasabb arányban (31,4%) absztinensek, mint a „nem éjszakázók” (27,8%). Nyugtatószedésük közel fele a „nem éjszakázó” ápolókének. (I. táblázat)

A dohányzás rendszerességében jelentős különbséget (p=0,011) tapasztaltunk a két vizsgált csoport között. Rendszeresen dohányzik a „nem éjszakázók” 23,7%-a, az „éjszakázók” 39,5%-a. Korábban dohányzott, de már leszokott a „nem éjszakázók” 32%-a, az „éjszakázók” 21,4%-a. Soha nem dohányzott a „nem éjszakázók” 44,3%-a, és az „éjszakázók” 39,1%-a. A naponta elszívott cigaretta mennyiségben is szignifikáns (p=0,033) különbséget találtunk a két csoport között, mégpedig az éjszakai műszakban is dolgozók naponta több szál cigarettát szívnek (11%-uk 6-10 szálát; 8,7%-uk 11-15 szálát; 11,7%-uk 16-19 szálát; többet napi egy doboznál 2%-uk). Ezzel szemben az éjszakai műszakban nem dolgozók 5,2%-a 6-10 szálát, 6,2%-a 11-15 szálát, 4,1%-a 16-19 szálát, és 3,1%-a több mint egy dobozzal szív el naponta.

**Munkahelyi stressz és lelki egészség vizsgálata**

A munkahelyi stressz mértékét egy négyfokú Likert skálával mértük: „Mennyire érzi



I. táblázat: Szerfogyasztás gyakorisága a válaszadók körében (N=396)

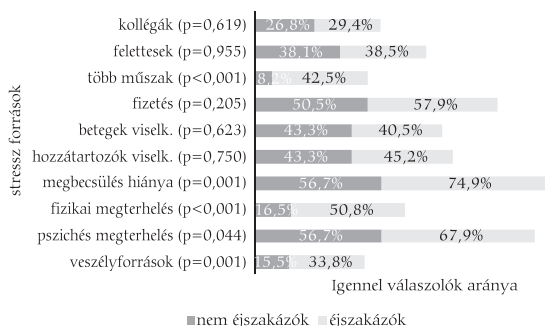
Fogyasztott szer		Fogyasztás gyakorisága					p
		Soha	Napi egyszer	Napi kétszer	Napi többször	Hetente 1-2-szer	
Feketekávé	nem éjszakázók	13,4%	15,5%	36,1%	28,9%	6,2%	0,502
	éjszakázók	11,4%	15,7%	28,4%	37,8%	6,7%	
Energiaital		Soha	Hetente 1-2-szer	Napi egyszer	Napi kétszer	Napi többször	0,055
	nem éjszakázók	93,8%	4,1%	2,1%	0%	0%	
	éjszakázók	81,9%	15,1%	2%	0,3%	0,7%	
Gyógyszervedés		Nyugtató	Antidepresszáns	Altató	Egyiket sem		0,241
	nem éjszakázók	8,2%	2,1%	1%	88,7%		
	éjszakázók	4,3%	2,7%	4%	89%		
Alkohol		Soha	Alkalmanként	Rendszeresen			0,562
	nem éjszakázók	27,8%	72,2%	0%			
	éjszakázók	31,4%	67,9%	0,7%			

stresszesnek munkahelyét?” (1=semennyire; 2=inkább nem; 3=tűrhető; 4=nagyon). Az éjszakai műszakban is dolgozók jelentősen stresszesebbnak érezték munkahelyüket, mint a „nem éjszakázó” ápolók (p=0,002; t=-3,126; M<sub>nem éjszakázók</sub>: 3,12; M<sub>éjszakázók</sub>: 3,38). A stresszforrásokat az 5. ábra szemlélteti. Az éjszakai műszakban is dolgozó ápolóknál jelentős munkahelyi stresszforrásként szerepel a műszakozás ténye (p<0,001), a megbecsülés hiánya (p=0,001), a fizikai (p<0,001) és pszichés megterhelés (p=0,044), valamint a veszélyforrások (fertőzés, baleset) a munkahelyen (p=0,001). A nem éjszakázó kollégáknál a leggyakoribb stresszforrás a pszichés megterhelés, megbecsülés hiánya és a fizetés. (5. ábra)

Az éjszakai műszakban nem dolgozó válaszadók megjelölték még 1-3 esetben az alábbi stresszforrásokat: váratlan esemény, kiégés, eszközhiány, túlórákat nem fizetik ki, hallgatók, állandó készenlét, munkaerőhiány, kevés nyelvtudás miatti problémák. Egy nem éjszakázó válaszadó pedig a vezetői terheket említette. A „nem éjszakázók” átlag 3,58, míg az „éjszakázók” átlag 4,85 dologtól stresszelnek mindennapi munkájuk során, mely jelentős különbség a két csoport között (p<0,001; t=-5,053).

A „nem éjszakázók” 42,3%-a, az „éjszakázók” 76,6%-a érzi megterhelőnek a napi munkamennyiséget. Ez a különbség jelentős (p<0,001) a két csoport között. Az éjszakai műszak leginkább a bioritmus felborulását okozza a válaszadók szerint, mely nagy problémát okoz nekik.

5. ábra: Válaszadók stressz forrásai a munkahelyen (N=396)



A kiégés megítélésére Pines és Aronson 21 kérdésből álló mérőeszközt alkalmaztuk, ahol 1-7-ig lehetett pontozni az egyes állítások előfordulásának gyakoriságát (1=soha; 7=mindig). A skála megbízható (Cronbach $\alpha$ =0,892; item=21; M=68,10; SD=19,593). A kiégés mértékét egy képlet segítségével határoztuk meg, majd az így kapott átlagpontok alapján csoportosítottuk a válaszadókat a kiégés mértékének megfelelően. Az egyes kategóriákba került válaszadók aránya nem különbözik jelentős mértékben a „nem éjszakázók” és az „éjszakázók” csoportjaiban (p=0,438). (II. táblázat)

**Alvási szokások elemzése**

Felmérésünk szerint az éjszakai műszakban is dolgozó válaszadók 22,1%-a alszik napi 7-8 vagy több órát, 70,2% 5-6 órát, 7,7% kevesebb mint 4 órát. A „nem éjszakázók” esetében az arányok a következőképp alakulnak: 7-8 óra: 30,9%; 5-6 óra: 58,8%; 4-nél kevesebb: 10,3%. A különbségek nem

**II. táblázat: Kiegészítő mértékének alakulása a két csoportban (N=396)**

Kiegészítő kategória	Nem éjszakázók	Éjszakázók
Örökös eufória (1,9 pont alatt)	24 fő 24,7%	54 fő 18,1%
Jól csinálja (2-2,9 pont)	31 fő 32%	91 fő 30,4%
Változtatás szükséges (3-3,9 pont)	19 fő 19,6%	69 fő 23,1%
Kezelés szükséges (4 pont felett)	23 fő 23,7%	85 fő 28,4%

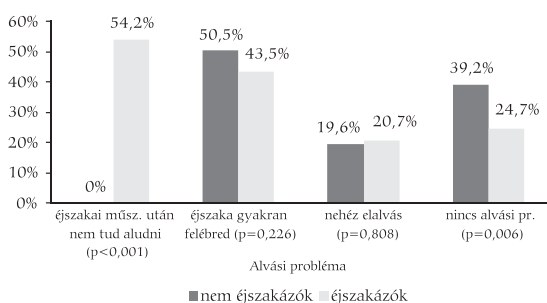
jelentősek ( $p=0,111$ ). Az alvási problémák természetét a 6. ábra szemlélteti. Az éjszaka is dolgozó ápolók közül jelentősen kevesebb ( $p=0,006$ ) azok aránya, akik nem jelöltek meg egyetlen alvási problémát sem. A nehéz elalvást és a gyakori felébredést közel azonos arányban jelölték meg a két csoport válaszadói. Figyelemre méltó eredmény, hogy az éjszakai műszakban dolgozó kollégák több mint 50%-a nem tud pihentetően aludni éjszakai műszak után. (6. ábra)

Alvási problémáira a „nem éjszakázók” 9,3%-a alkalmanként, 4,1%-a rendszeresen, 47,4%-a pedig egyáltalán nem szed gyógyszert. Az „éjszakázók” esetében 14% alkalmanként, 5% rendszeresen, 55,9% pedig egyáltalán nem szed gyógyszert alvási problémáira. A különbség nem jelentős az egyes csoportok között ( $p=0,058$ ).

**Következtetések, javaslatok**

Jelen felmérésünkben vizsgálni kívántuk az éjszakai műszak hatását az ápolók testi-lelki egészségére, alvási szokásaira és káros

**6. ábra: Alvási problémák előfordulásának gyakorisága a válaszadók körében (N=396)**



szenvédélyeire nézve. Az összesen 396 válaszadó által adott válaszok esetében több paraméterben jelentős különbséget találtunk az éjszakai műszakban nem dolgozók, és az éjszaka is dolgozók csoportja között. Eredményeinkből levonható az a következtetés, hogy az éjszaka is dolgozó ápolók jelentősen rosszabbnak ítélték meg saját egészségüket. Ezt egy korábbi kutatás is igazolta (Németh & Irinyi, 2012). A krónikus betegségek megjelenési gyakoriságát tekintve nincs szignifikáns különbség a két csoport válaszadói között. Ezek közül leggyakrabban a szív- és érrendszeri, csont- és ízületi, valamint endokrin szervrendszeri betegségek fordulnak elő mindkét csoportban. A pszichoszomatikus tünetek megjelenési gyakoriságát vizsgálva azt tapasztaltuk, hogy a hát- és derékfájás (51,5%-ban) valamint a gyomorégés (21,4%-ban) jelentősen gyakrabban fordul elő az éjszaka is dolgozó válaszadók-nál. Az éjszakai műszakban is dolgozó válaszadók jelentősen többen (39,5%) és többet dohányoznak, mint az éjszakai műszakban nem dolgozó ápolók. Feketekávé, energiaital, antidepresszánt, altatót nem jelentős mértékben ugyan, de gyakrabban fogyasztanak az éjszakai műszakban is dolgozók. Más kutatások jelentős mennyiségű kávé- és cigaretta-fogyasztásról számoltak be az éjszakázók körében (Fusz et al., 2014; Ramin et al., 2014). Az alkoholfogyasztás gyakoriságában sem találtunk jelentős eltérést a két vizsgált csoport között, bár fontosnak tartjuk kiemelni, hogy az éjszakai műszakban is dolgozók közül több az absztinens.

Az „éjszakázó” válaszadók szignifikánsan stresszesebbnek és megterhelőnek érezték munkahelyüket, mint a „nem éjszakázó” kollégák. Jelentős munkahelyi stresszforrásként a műszakozás tényét, a megbecsülés hiányát, a fizikai és pszichés megterhelést, valamint a veszélyforrásokat (fertőzés, baleset) jelölték meg. Az éjszakai műszak leginkább a bioritmus felborulását okozza a válaszadók szerint, mely nagy problémát okoz nekik. Összességében a kiegészítő által több kolléga érintett az éjszaka is dolgozók között (51,5%), de az eltérés a „nem éjszakázókhoz” képest (43,3%) nem jelentős. Guntupalli és munkatársai sem találtak jelentős különbséget az éjszakázók és

a nem éjszakázók kiegészének mértéke között (Guntupalli et al., 2014). A napi alvással töltött idő mértéke sem különbözik jelentősen a két csoportban. A többség 5–6 órát alszik naponta. Az éjszakázók 75,3%-nak van alvási problémája, többségük (54,2%) éjszakai műszak után nem tud pihentetően aludni. 19%-uk szed gyógyszert alvási problémáira, a „nem éjszakázók” közül ez az arány 13,4%. Összességében elmondható, hogy a feltételezéseink közül kettőt sikerült teljes mértékben igazolnunk: az éjszaka is dolgozó ápolók stresszesebbnek érzékelik munkájukat, és alvási problémákkal is küzdenek. A kiegész mértékében, és a krónikus betegségek megjelenésében nem mutatkozott jelentős különbség a két csoport között, de a káros szenvedélyek közül a dohányzás nagyobb mértékűnek bizonyult az éjszakázók körében.

Jelen eredmények birtokában nagyon fontosnak tartjuk, hogy a műszakbeosztás elkészítése lehetőleg minden esetben igazodjon az ápolók igényéhez, hiszen vannak olya-

nok, akik éjszaka aktívabbak, és jól bírják az éjszakai műszakot, míg mások nem tudnak nappal aludni, így ők éjszaka nem bírják a terhelést. Fontos lenne ezt azért is szem előtt tartani, mert a hosszú távú kialvatlanság csökkenti a munkabiztonságot és a produktivitást is (Niu et al., 2011). Különösen fontos ez azért is, mivel az egészségügyi intézmények jelentős részében a 12 órás műszakbeosztásra tértek át, melynek kimerítő hatása éjszaka hatványozottabban jelentkezik. Ugyan is a hosszú műszak növeli a hibák elkövetésének kockázatát a betegellátás során (Scott et al., 2006).

### Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnénk köszönetet mondani a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Országos Szervezetének, valamint Csongrád Megyei Területi Szervezetének, hogy lehetővé tették a kérdőív megjelenését közösségi oldalukon. Köszönjük továbbá a kérdőív kitöltő kollégáknak, hogy válaszaikkal hozzájárultak a kutatás megvalósulásához.

## Irodalomjegyzék

- Burdalak, W.B., Peplonska, B., Bukowska, A., Kryszka, J. (2013). 42 Rotating night shift work and health status among nurses and midwives. *Occupational and Environmental Medicine*, 70, A14–A15. doi:10.1136/oemed-2013-101717.42
- Fusz, K., Kovács Kalic, K., Kívés, Zs., Müller, Á., Oláh, A. (2014). Ápolói műszakrendek hatásainak vizsgálata Standard Shiftwork Index alkalmazásával – pilot vizsgálat. *Nővér*, 27 (4), 3–10.
- Guntupalli, K.K., Wachtel, S., Mallampalli, A., Surani, S. (2014). Burnout in the intensive care unit professionals. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 18 (3), 139–143. doi:10.4103/0972-5229.128703
- Irinyi, T., Németh, A. (2010). Az egészségügyet ért kedvezőtlen külső hatások következménye a szakdolgozók lelki egészségére. *Nővér*, 23 (5), 23–31.
- Molnár, E. (2002). Ápolók egészségi állapota-2001. *Nővér*, 15 (4), 4–10.
- Muecke, S. (2005). Effects of rotating night shifts: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (4), 433–439. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03409.x
- Németh, A., Irinyi, T. (2012). Egészségügyi szakdolgozók testi és lelki egészségének összehasonlítása Csongrád megyében: 2008–2012. *Nővér*, 25 (4), 28–35.
- Niu, S-F., Chung, M-H., Chen, C-H., Hegney, D., O'Brien, A., Chou, K-R. (2011). The effects of shift rotation on employee cortisol profile, sleep quality, fatigue, and attention level a systematic review. *Journal of Nursing Research*, 19 (1), 68–81. doi:10.1097/JNR.0b013e31820c1879
- Pálfi, F. (2006). „Amikor már kihűlt a láng”-A kiegész vizsgálata ápolók körében. *IME*, 4 (10), 31–35.
- Pietroiuști, A., Neri, A., Somma, G., Coppeta, L., Lavicoli, I., Bergmaschi, A. (2010). Incidence of metabolic syndrome among night-shift healthcare workers. *Occupational and Environmental Medicine*, 67 (1), 54–57. doi:10.1136/oem.2009.046797
- Piko, B., Barabás, K., Boda, K. (1997). Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population. *European Journal of Public Health*, 7 (3), 243–247. doi:10.1093/eurpub/7.3.243
- Pines, A.M., Aronson, E. (1981). *Burnout: from Tedium to personal growth*. New York City: The Free Press, 17–20.
- Ramin, C., Devore, E.E., Wang, W., Pierre-Paul, J., Wegrzyn, L.R., Schernhammer, E.S. (2014). Night shift work at specific age ranges and chronic disease risk factors. *Occupational and Environmental Medicine*, doi:10.1136/oemed-2014-102292
- Scott, L.D., Rogers, A.E., Hwang, W-T., Zhang, Y. (2006). Effects of critical care nurses' work hours on vigilance and patients' safety. *American Journal of Critical Care*, 15 (1), 30–37.
- Stimpfel, W.A., Solane, D.M., Aiken, L.H. (2012). The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. *Health Affairs*, 31 (11), 2501–2509. doi:10.1377/hlthaff.2011.1377
- Wang, X-S., Armstrong, M.E.G., Cairns, B.J., Travis, Key and R.C. (2011). Shift work and chronic disease: the epidemiological evidence. *Occupational Medicine*, 61, 78–89. doi:10.1093/occmed/kqr001

# Az Amyotrophias Lateral Sclerosisban szenvedő betegek ellátása

PALLA László, Dr. BALOGH Zoltán

## Összefoglalás

**Vizsgálat célja:** Az ápolók ismereteinek felmérése az Amyotrophias Lateral Sclerosisban szenvedő beteg ellátásáról.

**Vizsgálati módszer és minta:** A vizsgálatot neurológiai és intenzív terápiás osztályon (I. csoport) és otthonápolási szolgálatnál dolgozó szakápolók (II. csoport) segítették. Adatfelvételi módszernek kérdőíves felmérés történt. A kitöltésre a [www.online.kerdoiv.com](http://www.online.kerdoiv.com)-on került sor, feldolgozása számítógépes rendszer segítségével történt. Egy hónap elteltével 161 értékelhető kérdőív érkezett vissza.

**Eredmények:** Végzettséget tekintve 44 fő diplomás/okleveles ápoló, többségük ápoló és felnőtt szakápoló. A betegséggel kapcsolatos kérdésekre 40% felett nyilatkoznak úgy, hogy nem rendelkeznek kellő ismeretekkel. A szakmai protokollokat többségben ismerik, alkalmazzák, de nem mindig helyesen. A szakmai ajánlásokat figyelembe véve, 70% feletti arányban adtak helyes választ a kérdésekre. A megkérdezettek több mint 95%-a nyilatkozik úgy, hogy ápolással kapcsolatos tanácsokat adhat. Az I. csoport válaszadói 18,87%-ban, a II. csoport esetén 20,97%-ban hetente vesznek részt esetmegbeszélésen.

**Következtetések:** Az ápolók ismeretei kiegészítésre szorulnak. A szakmai protokollok alkalmazása terén a meglévő tudás frissítése, az ápolók közti kommunikáció fejlesztése szükséges.

**Kulcsszavak:** amyotrophias lateral sclerosis, ápolás, betegtájékoztató, protokoll

### Care of patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis

László PALLA, Zoltán BALOGH PhD

#### Summary

**Aim of the research:** Assessment of workers' knowledge regarding patients suffering from a rare neurological disorder, Amyotrophic Lateral Sclerosis.

**Research and sampling methods:** The target groups were: intensive care unit (Group I) and home care service nurses (Group II). The authors chose a self-developed questionnaire study, what was filled out on [www.online.kerdoiv.com](http://www.online.kerdoiv.com) by 161 nurses.

**Results:** Considering graduation from Group I. 17 (20%), from Group II, 27 (36%) have diploma in nursing education. Based on the answers, the ratio of the results are almost identical. Over 40% declare that they do not have sufficient knowledge, nurses can professional protocols in practice, but not always correctly. Taking the recommendation over 70% of answered the questions correctly. More than 95% of the two surveyed agreed, that they are able to give advice on care. 18.87% of Group I, and 20.97% of Group II attend case discussions weekly.

**Conclusions:** Nurses need to supplement their knowledge about the disease, and technical protocol. Additional information needed to develop the competencies of communication among nurses. I would consider to develop a practice guideline on the disease, which members of the care team will uniformly apply.

**Key words:** amyotrophic lateral sclerosis, nursing, patient information, professional guidelines

Érkezett: 2015. április 08. Elfogadva: 2015. július 14.

## Bevezetés

Az Amyotrophias Lateral Sclerosis (továbbiakban: ALS) az akaratlagosan mozgatható izmokat beidegző agyi és gerincvelői mozgató idegsejtek pusztulásával járó betegség. Más megnevezés szerint: Motor Neuron

Betegség (MND), Lou Gehrig-betegség vagy Charcot-betegség. A vegetatív idegrendszer és a sphinsterek működése megtartott marad. A beteg végül teljesen elveszíti mozgásképességét, majd a légző izmai sem működnek. (Armon, 2013)

Nemzetközi irodalom alapján a beteg-

PALLA László MSc ápoló hallgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék, Budapest  
BSc ápoló, Pest Megyei Flór Ferenc Kórház- Központi Intenzív Osztály, Kistarcsa  
Szent János Kórház és Észak-Budai Egyesített Kórházak- Neurológiai Osztály- Stroke Centrum, Budapest  
Dr. BALOGH Zoltán tanszékvezető főiskolai docens, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék, Budapest

Levelező szerző (correspondent): PALLA László, elérhetőség: Tel.: +3630/963-2893, e-mail: [pallalaszlo80@gmail.com](mailto:pallalaszlo80@gmail.com)

ség incidenciája: 1-3/100 000 lakosra, prevalenciája: 4-10 /100 000 lakosra vetítve. (Armon, 2003) Ez Magyarország 10 milliós népességét alapul véve 500-1000 új esetet jelenthet évente. Erről pontos hazai statisztikai adat nem áll rendelkezésünkre. Az Amerikai Egyesült Államokban évente 30000 új esetet diagnosztizálnak. A Csendes-óceán nyugati partvidékének egyes helyein nagyobb a prevalencia. Az ALS bármelyik életkorban előfordulhat, a genetikailag kódolt esetek fiatalabb korban jelentkeznek. Szórványos esetek jellemzően az 55 és 65 éves kor közötti férfiakat érinti. (Komoly & Palkovits, 2010)

A betegség kialakulásáért valószínűsíthető patomechanizmusok szoros összefüggésben vannak egymással és végső soron a sejtek pusztulásához vezetnek. Ilyen mechanizmusok lehetnek:

**Oxidatív stressz:** Pontos szerepe az ALS kialakulásában nem bizonyított. Az oxidatív stressz a reaktív oxigén vagy nitrogén eredetű szabadgyökök keletkezése és az anti-oxidáns védő rendszerek közötti egyensúly megbomlása, a sejtek oxido-redukciós állapotának megváltozása során lép fel. Oxidatív stressz során az egyes szövetek és szervek biomolekulái sérülnek (Meamar, Nasr-Esfahani, Mousavi & Basiri, 2013).

**Excitotoxicitás (glutamát):** Bár az ALS pontos oka nem ismert, jellemző rá a jelentős glutamát felszabadulás. A glutamát fontos neurotranszmitter, amely túl nagy koncentrációban az idegsejtek, elhalását okozhatja. A glutamin a szinapszisok mintegy 70-75 %-ért felelős, mindig serkentő hatású. Hípxiás, ischaemias állapotokban és hypoglicaeamiában a glutaminsav koncentrációja az excitatorikus szinapszisokban, extrém mértékben megemelkedik, Na<sup>+</sup> áramlik a sejtekbe nagy mennyiségű klorid és víz kíséretében. Ennek hatására a neuronok megduzzadnak és elpusztulnak (Valló, 2010).

**Axon diszfunkció:** Ha az axonok ingerületvezetési potenciálja nem elég magas, vagy az axon szigetelésének meghibásodása miatt nagy a veszteség, akkor a jelzés, vagy utasítás nem érkezik célba, ami a test működésének a megbetegedésével jár („Emberi agy”, 2014).

**Protein metabolizmus zavar („mishandling”):** Az enzimműködés hiányában a szabadgyökök felszabadulhatnak és károsíthatják a DNS-t és a fehérjéket a motoros neuronokban („Az agy betegségei”, 2014).

**Mitokondriális diszfunkció:** A mitokondrium működési zavara összefüggésbe hozható az oxidatív stresszel. A mitokondriális funkciózavar súlyos következményekkel jár a sejtekben. A mitokondriumok DNS tartalma módosul ALS-ben (Parakh, Spencer, Halloran, Soo & Atkin, 2013).

**Apoptózis:** „Az élő szervezetek testének kialakulását egy meghatározott genetikai/epigenetikai program irányítja. Ez a folyamat nem csupán új sejtek előállításából áll, hanem a szükségtelen sejtek eltávolításából is. A kifejlett szervezeteknek szintén el kell távolítaniuk az öreg, nem megfelelően működő vagy sérült sejtjeiket. Továbbá, a vírusok által megfertőzött sejteket szintén el kell távolítani, ill. a fertőzött sejtek környezetében lévő sejteket is el kell pusztítani, hogy a fertőzés ne terjedjen tovább. Ezeket a folyamatokat a szervezet egy programozott mechanizmus révén végzi el, melynek neve apoptózis. Az apoptotikus sejthalál során egy sejt az ún. apoptotikus testekbe csomagolódik. Ez a mechanizmus megakadályozza, hogy az immunrendszer aktiválódjon, s gyulladáshoz vezető folyamatok jöjjenek létre. A sejt maradványait el kell távolítani. A szomszédos sejtek és a fagociták felfalják az apoptotikus testeket, még mielőtt szétesnének és kibocsátanák a tartalmukat a sejt közötti térbe”. („Apoptózis”, 2014)

**Immunmechanizmusok:** valószínűsíthető a különféle immunreakciók megléte, kísértileg nem bizonyított. (Parakh, Spencer, Halloran, Soo & Atkin, 2013)

Tankönyvi osztályzás szerint két fő csoportot különíthetünk el:

- 1) Szórványos vagy sporadikus forma: A diagnosztizált esetek 90%-át ebbe a kategóriába soroljuk, ez az ún. „Klasszikus ALS”.
- 2) Családban halmozódó vagy familiáris forma: A diagnosztizált esetek 10%-át képezi.

Az anamnézis és fizikális vizsgálat alapján az ALS gyanújának fel kell merülnie, melyet az alábbi vizsgálatokkal kell alátámasztani: elektromiográfia (EMG), izombiopszia, inge-

rületvezetés mérése (ENG), lumbálpunkció, képpalkotó eljárások (CT, MRI), laboratóriumi vizsgálatok

Mivel az ALS progresszióját nem lehet feltartóztatni, a kezelés célja a megfelelő életminőség lehetőségek szerinti fenntartása. Ebben egy egészségügyi team (orvos, ápoló, gyógytornász, masszőr, dietetikus, logopédus, stb.) szoros együttműködése, összehangolása szükséges. Terápiáját illetően a gyógyszeres terápia, fizioterápia, beszédterápia, táplálás, oxigén terápia, NIV (non invasive ventilation), asszisztált lélegeztetés vezethet eredményre.

Az ALS-s beteggondozás sok szakma magas szintű ismeretét kívánja meg, ami többnyire nem várható el a hozzátartozóktól. Ezért speciálisan képzett ápoló és gondozó személyzetre van szükség, mely egy idő után csak intézetben állhat rendelkezésre.

Az ápolási tevékenység a beteggondozás során kiterjed:

„Az *aspiráció megelőzésére*: a fektetési pozíció (enyhén megemelt fejrész) helyes megválasztásával, a felgyülemlett szájúregi váladék eltávolításával, valamint a beteg nyelési képességének fenntartása megfelelő étrend biztosításával. Az étkezés lassan történjen. A légzés rendszeres nyomon követése megfigyeléssel, pulzoximetriával (esetleg artériás vérgáz vizsgálattal oxigén terápiaiban), NIV lélegeztetésben való részesítés. A lélegeztetéssel kapcsolatban fontos kiemelni a különböző eszközök megfelelő ellátásának fontosságát. Gondolok az endotrachealis tubus gondozására, a felgyülemlett váladék megfelelő időnkénti eltávolítására (protokoll szerint ahányszor szükséges), a tracheostomas tubus/kanül tisztítására, átmosására. A trachea váladék eltávolítására sterilen történjen, az egyszeri leszívások időtartama ne legyen több 15 másodpercnél, és amennyiben géppel lélegeztetjük a beteget, elengedhetetlen a praeoxigenizatio (100%-os oxigénadással). Ha otthon ápoljuk a beteget a családtagok bevonása hatékony lehet. Nosocomialis fertőzések elkerülése érdekében száj toalet alkalmazása. Nyelészavar esetén köhöggetés, amennyiben állapota engedi.

A *kielégítő tápláltsági szint fenntartására* kezdetben per os táplálás, majd gyomorszonda és percutan endoscopos gastrostoma

(PEG), parenterális táplálási forma alkalmazása révén. Kiemelt jelentőséggel bír a beteg tápláltsági állapotának a felmérése, rendszeres testsúlymérés, BMI ellenőrzés, valamint a beteg fizikális vizsgálata. Lehetőség szerint a fogyás ütemének a lassítása iható tápszerekkel, magas kalóriatartalmú PEG-en keresztül is adható tápokkal.

Az *immobilitás megelőzésére*: terapeuta bevonásával rendszeres aktív és passzív mozgás (kontraktúrák megelőzése, a nyomásnak kitett területek kimozgatása), masszázs, relaxáció, az állapotnak megfelelő séta. A mozgásképeség mértékétől függő ápolói felügyelet kórházban és otthon egyaránt, akadályozottság esetén segédeszközök biztosítása. A család bevonása a beteg mozgatásába, tanácsadás az otthoni környezet kialakítása tekintetében. Lehetőség szerint masszőr bevonása a még működőképes izmok regenerációjának fenntartására.

A *fájdalom csillapítására*: immobilis vagy nehezen mozgó betegnél az ízületek gyakori átmozgatása, a helyzetváltoztatás segítése, kényelmi eszközök (gyopárpárnák, antidecubitor matrac) alkalmazása, egyéb nem gyógyszeres fájdalomcsillapító módszerek használata a beteg állapotának megfelelően. Amennyiben ez nem vezet eredményre, akkor a háziorvos által felírt fájdalomcsillapítók alkalmazása.”(Papp, 2012)

## A vizsgálat célja

Mivel az ALS gyakoriságát tekintve igen ritka betegség, kutatásunk célja volt, a magyar egészségügyi ellátó rendszerben (kórház/otthonápolási szolgálat) dolgozó ápolók ismereteinek felmérése, ápolásszakmai protokollokkal kapcsolatos ismeretek ellenőrzése, valamint, hogy a megfelelő ismeretek birtokában képesek-e megfelelő tájékoztatást adni.

Vizsgálatunkkal szeretnénk hozzájárulni az ALS-ben szenvedő betegek ellátásának segítéséhez oly módon, hogy a legmagasabb szintű tudással rendelkezzenek az ápolásban résztvevő kollégák. Ennek érdekében olyan ápolásszakmai javaslatot tenni, ami elősegíti egy ápolási protokoll kidolgozásának lehetőségét.

**Hipotézisek**

Vizsgálatunk során három hipotézist fogalmaztunk meg:

1. Feltételeztük, hogy az egészségügyi rendszerben dolgozó ápolók iskolai végzettsége, valamint az egészségügyben eltöltött évek tekintetében megfelelően képzettek, ismereteik kielégítők az amyotrophias lateral sclerosist illetően.
2. Feltételeztük, hogy a vizsgálatba bevont ápolók megfelelően alkalmazzák az ápolásszakmai protokollokat az ALS-ben szenvedő betegek kórházi, illetve otthonápolási ellátása során.
3. Feltételeztük, hogy az információ átadás nem megfelelő az ápolók között. Nincs kellő tudásuk a kompetenciájuknak megfelelő szintű tájékoztatás adásához.

**Anyag és módszer**

A felmérés célcsoportjaként elsősorban neurológiai osztályon dolgozó és intenzív terápiás szakápolók (I. csoport), valamint otthonápolási szolgálatnál dolgozó ápolók (II. csoport) szolgálnak. Az adatfelvételi módszernek a dokumentációelemzésen túl a kérdőíves megkérdezést választottuk. A kérdések megfogalmazásánál törekedtünk az egyértelműsége, esetenként keresztkérdéseket tettünk fel. A nyílt kérdések válaszadási lehetősége nagyobb mozgásteret engedtek a válaszadónak. Véleményünk szerint ez a legalkalmasabb módszer arra, hogy az ápolók szívesen részt vegyenek a felmérésben. A kérdőívek anonimitása biztosítja, hogy a válaszadó személyek a valós véleményüket írassák le a betegséggel kapcsolatos ismeretek tekintetében, valamint érdemi információval szolgálhatnak az ápolás során felmerült nehézségekről, kihívásokról. A vizsgálati anyag kitöltése web-es felületen, a [www.online.kerdoiv.com](http://www.online.kerdoiv.com)-on került sor és feldolgozása online formában, számítógépes rendszer segítségével történt. A három szakmaterületen dolgozó ápolók e-mail címeit a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) Közösségi és hospice szakápolás szakmacsoport, a Magyarországi Otthonápolási és Hospice Egyesület (MOHE) képviselője, vala-

mint az Aneszteziológus és Intenzív Terápiás Szakápolók Magyarországi Egyesületének (AITSZME) taglistája biztosította. Esetenként segítségünkre volt személyes kapcsolataink révén több budapesti és vidéki kórház neurológiai és intenzív terápiás osztályvezető ápolója, valamint a Magyarország területén működő otthonápolási szolgálatok vezetői, akik a munkatársak elérhetőségét megkérdezésük révén biztosították számunkra. Célrányos mintavételt végeztünk, a teljes ápolói populációra vonatkozó reprezentativitás nem történt meg. Az eredmények számítógépes programban, Microsoft Excel táblázatban kerültek rögzítésre. Az adatok elemzése abszolút és relatív gyakoriság vizsgálattal, átlag meghatározásával, elemszámok meghatározásával történt. A kapott eredmények diagram, illetve összesítő táblázat segítségével kerültek ábrázolásra.

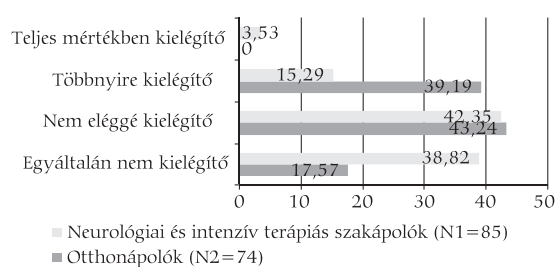
A kérdőívek kiküldésére online formában került sor, 600 neurológiai osztályos és intenzív terápiás szakápolónak, valamint 300 otthonápolási szolgálatnál dolgozó ápolónak. 2013 őszén, egy hónapos várakozási idő elteltével, az I. csoportból 86, a II. csoportból 75 kitöltött kérdőív érkezett, mely közül valamennyi értékelhető volt. A vizsgálati minta értékelésénél a kérdőívben meghatározott helyes válaszokat és az ápolók által adott saját válaszokat vettük figyelembe a nyitott kérdéseknél.

**Eredmények**

A megkérdezett intenzív terápiás szakápolók és neurológiai osztályos ápolók körében a szakmai végzettség megfelel az országos megoszlásnak, a megkérdezettek közül 17 fő rendelkezik diplomás-, okleveles ápolói végzettséggel, túlnyomó többségük OKJ-s ápoló, szakápoló és felnőtt szakápoló. Az otthonápolási szolgálatnál dolgozó ápolók körében jobb az arány, mivel 27 fő diplomás-, okleveles ápoló. Az OKJ-s ápolók és a felnőtt szakápolók aránya az otthonápolók körében is ugyanolyan volt, mint az intenzív terápiás szakápolók és neurológiai osztályos ápolók esetén. Az egészségügyben eltöltött évek száma alapján az első csoportban 29 fő 11-20 év közötti, 34 fő 21-30 év közötti szakmai

tapasztalattal rendelkeznek. A második csoportban 18 fő 11-20 év közötti, 41 fő 21-30 év közötti ápolói múlttal rendelkeznek. Az ALS-sel kapcsolatban feltett kérdésekre adott válaszok alapján kijelenthető, hogy arányában szinte azonos eredmények születtek. Az önkontrol jelleggel megfogalmazott kérdésre túlnyomó többségük azt válaszolta, hogy egyáltalán nem, vagy nem rendelkezik kelő ismerettel, a betegséggel kapcsolatban. (1. ábra)

**1. ábra: Az ápolók ismeretszintjének megítélése a betegséggel kapcsolatban, %**



vő ápolók ismereteit a szakmai evidenciákról, valamint azoknak az alkalmazási megfelelőségét. A kérdések megfogalmazásánál az Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Társaság oxigén terápiára és a trachea váladék eltávolításának időtartamára és gyakoriságára vonatkozó ajánlások voltak az irányadók, valamint a percutan endoscopos gastrostoman (PEG) való táplálás szabályaira kérdeztünk rá.

Az oxigén terápiával kapcsolatban az intenzív terápiás szakápolók, neurológiai osztályos ápolók és az otthonápolók csoportjában is a vitális paraméterek folyamatos ellenőrzését helyezték előtérbe (több mint 80%-ban), valamint a dokumentálás fontosságát és a megfelelő párasítást hangsúlyozták (több mint 80%-ban). A szakmai ajánlásban felsorolt helyes szempontokat csak részben jelölték. (1. táblázat)

A trachea váladék eltávolításának gyakoriságát mindkét megkérdezett csoport 94%

**I. táblázat: Az oxigén terápia alkalmazásának rangsorolása a megkérdezett ápolóknál**

Az oxigén terápia alkalmazásának szempontjai	Neurológiai osztályos és intenzív terápiás szakápolók	Otthonápolók
Terápia előtt a megfelelő oxigén nyomás ellenőrzése	4	4
A beteg testhelyzetének megválasztása	5	6
Megfelelő párasítás biztosítása	1	3
Az áramlási sebességet percenként kb.1-2 literre állítom, orvosi utasításra korrigálás	3	5
Vitális paraméterek folyamatos ellenőrzése	2	1
Dokumentáció	4	2

Az első hipotézis vizsgálatára kétmintás T-próbát alkalmazva ( $t''=0,99143$ ,  $p>0.05$ ) a két minta ugyanazon két, szinte azonos középértékkel rendelkező statisztikai sokaságból származott. Nem találtunk számottevő összefüggést az iskolai végzettség és a szakmai tapasztalat között. Kijelenthető, hogy az ápolók betegséggel kapcsolatos ismeretei hiányosak, kiegészítésre szorulnak. Ennek értelmében a hipotézis csak részben teljesült.

Második hipotézisünk vizsgálatára az oxigén terápia alkalmazására, a trachea váladék eltávolítására, valamint a táplálással, tápláltsági állapotfelméréssel kapcsolatban fogalmaztunk meg kérdéseket. Célunk az volt, hogy felmérjük a vizsgálatban résztve-

feletti arányban úgy ítéli meg, hogy szükség szerint kell a váladék leszívását végezni. 85% feletti arányban gondolják, hogy a trachea váladék leszívása előtt szükség van a beteg preoxigenizálására.

A beteg tápláltsági állapotának felmérése a fizikai állapot magvizsgálását (80% feletti arányban) és a BMI meghatározást (60% feletti arányban) tartják fontosnak. A testtömeg index (BMI) meghatározásához elengedhetetlen a beteg testmagasságának meghatározása, ahol a válaszadók százalékos aránya 40% alatt volt. A testtömeg mérésével kapcsolatban ez az arány 64% alatti volt. A PEG-en történő táplálással kapcsolatban 85% feletti a válaszadók aránya, akik úgy gondolják, hogy a stoma környékének



**II. táblázat: A PEG-en táplált beteg esetén figyelembe vett szempontok rangsorolása az ápolók szerint**

Szempont	Neurológiai osztályos és intenzív terápiás szakápolók	Otthonápolók
A táplálék lassú adagolására nagyméretű általában 50 vagy 100 milliliteres fecskendőt használunk	4	4
A szerelékét és zacskót bélsipoly esetén ajánlják	6	6
Kezdetben folyékony, később folyékony pépes kalória- és vitamindús étrendet állítunk össze	5	3
3-4 óránként 200-300 ml célszerű adni	3	2
Az elkészített táplálékot nem kell turmixolni	7	5
Étkezés után a gumicsövet tiszta vízzel át kell mosni, és le kell zárni	2	1
A gumicső környezetét óvni kell a kicsurgó nedvtől, az ott lévő bőrt tisztára kell törölni, Betadinnal fertőtleníteni, és gézzel fedni	1	1

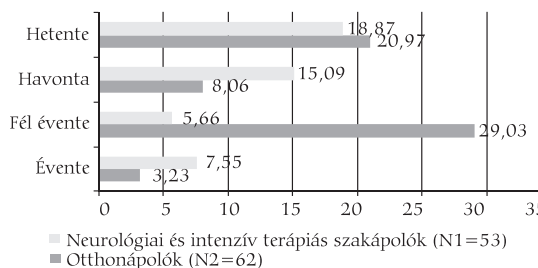
gondozása fontos, valamint, hogy étkezés után tiszta vízzel át kell mosni a stomát és lezárni. Összességében az ajánlás szerinti szempontokat 57% feletti arányban bejelölték. (II. táblázat)

A szakmai ajánlásokat figyelembe véve a válaszadók csak részben válaszolták meg helyesen. Ennek értelmében a hipotézis részben elfogadható és kijelenthető, hogy a megkérdezett ápolók ismerik a szakmai protokollokat, és alkalmazzák is a gyakorlatban. Az ezzel kapcsolatos evidenciák frissítésére viszont szükség van.

Harmadik hipotézisünk vizsgálatánál az ápolók közti információáramlásra fókuszáltunk. Kíváncsiak voltunk arra, hogy esetleg az ilyen, vagy más speciális beteggel kapcsolatban tartanak-e esetmegbeszéléseket, azok milyen gyakoriak, kérnek-e az ápolók egymástól szakmai tanácsokat a beteg ellátása során. Kellő információ birtokában, kompetencia határok betartásával mivel kapcsolatban adhatnak felvilágosítást a betegnek és hozzátartozónak. A megkérdezett csoportok egyértelműen azt válaszolták, hogy nem rendelkeznek kellő információval a tájékoztatás adásához. Tehát még azt sem feltételezhetjük, hogy egymástól kérjenek tanácsot, segítséget. A válaszadók több mint 95%-a úgy gondolja, hogy adhat ápolási tanácsokat a betegnek, hozzátartozónak, esetleg egymásnak, munkájuk során. Nyitott kérdésben kíváncsiak voltunk, arra, hogy miben kérnének segítséget ismereteik bővítésére. A neurológiai osztályos és intenzív terápiás szakápolók válasza (46 válasz) alapján 41,30%-ban (19 esetben) a beteg-

séggel kapcsolatos ismeretekre, kezelési lehetőségekre kíváncsiak. Ez az arány az otthonápolók esetében (26 válasz) 34,61%. Az otthonápolók körében felmerült a kompetencia kérdése. A válaszadók 19,26%-a először tisztázná az ápolók kompetencia határait. Ez az intenzív terápiás és neurológiai osztályos ápolók esetében nem kap hangsúlyt. Az ápolóknak az első csoport esetében 39,58%-ban egy szakmai protokoll kidolgozásának fontosságát tartják szem előtt, a második csoportban ez nem kerül megemlítésre, viszont a betegséggel kapcsolatban alkalmazandó terápiás lehetőségek igen. Arra a kérdésre, hogy osztályértekezleten beszélnek-e ilyen esetekről, több mint 50%-ban az egyéb kategóriát jelölték be, ami ebben az esetben azt jelentette, hogy nem osztályértekezleten beszélnek erről, hanem egymás között, amikor ilyen beteget ápolnak. „Esetmegbeszélésen” az I. csoport válaszadói 18,87 %-ban, II. csoport esetén 20,97%-ban hetente sor kerül egy-egy beteg ápolásával kapcsolatos feladatok megvitatására. (2. ábra)

**2. ábra: Az ápolók körében tartott esetmegbeszélések gyakorisága, %**

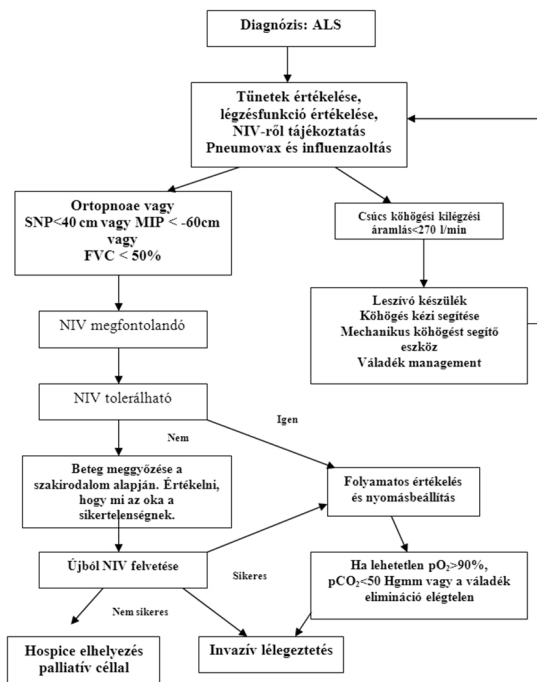


### Következtetések

A hipotézis vizsgálat során fény derült arra, hogy az ápolók ismeretei hiányosak a betegséggel kapcsolatban, az ápolásszakmai protokollokat ismerik ugyan, de nem minden esetben alkalmazzák megfelelően.

Ennek a hiánynak a pótlása érdekében a nemzetközi irodalomban kutatva találtunk rá egy ajánlásra, ami a beteg táplálását és lélegeztetését helyezi előtérbe. Javaslatként terjesztenénk elő az „American Academy of Neurology” gondozásában, 2009-ben megjelent lélegeztetési és táplálási algoritmus magyarországi adaptálását. Amerikai kutatók által 1998-2007 között több száz ALS-ben szenvedő betegről szóló tanulmány jelent meg (Miller et al, 2009). A kutatási eredmények alapján egy összefoglaló folyamatábrán közölték a betegek ajánlott nyomon követését. (3-4. ábra)

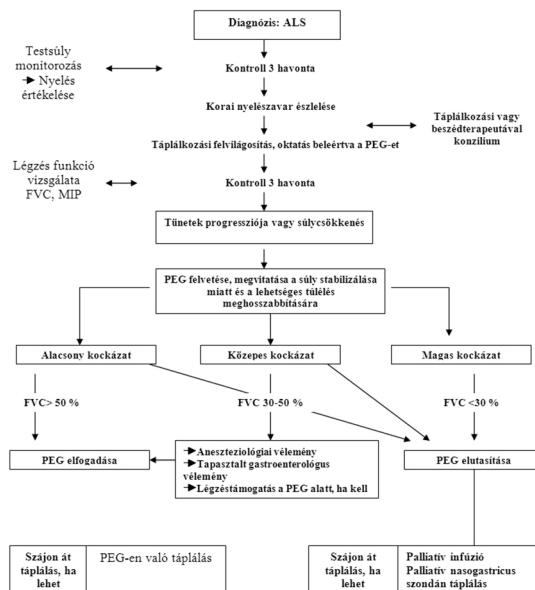
3. ábra: Lélegeztetési algoritmus (saját fordítás)



(Forrás: Miller et al., 2009)

Ennek értelmében mindkét esetben fontos a betegek periódusonkénti (legjobb 3 havonta) vizsgálata, az állapotának megfelelően (a betegség előrehaladásával) különböző választási lehetőségek felajánlása. A beteg el-

4. ábra: Táplálási algoritmus (saját fordítás)



(Forrás: Miller et al., 2009)

döntheti, hogy kíván-e ezekkel élni. Ha nem, akkor mindig kell egy másik lehetőséget ajánlani számára. A lélegeztetéssel kapcsolatban már a kezdeti periódusban felmerülhet a betegben, hogy nem szeretne „művi” úton életben maradni. Erre abban az esetben van lehetőség, ha ezt egy közjegyző által hitelesített, pszichiátriai láttelelet csatolva nyilatkozik. Ennek felülvizsgálata időnként törvényszerű. Érdekességgént jegyzem meg, hogy csak úgy, mint ahogy létezik donor-kártya, ugyanúgy van egy Amerikában jól működő nyilvántartás amyotrophias lateral sclerosisben szenvedőknek.

Továbbá szakmai továbbképzés keretein belül a betegséggel kapcsolatos ismeretek bővítését javasolnánk. Oktatási anyagok tervezése a betegség különböző stádiumában alkalmazható segédeszközök (kerekeszék, rolátor, oxigénpalackok, lélegeztető gépek, szívókészülék, PEG, kényelmi eszközök, stb.) bemutatásáról, amiben nem csak az egészségügyi team tagjai, hanem állapotának megfelelően a beteg és hozzátartozója is részt vállalna, tapasztalataikat megosztanák egymással.

Fontosnak tartanánk egy az amyotrophias lateral sclerosis-sal kapcsolatos szakmai irányelv kidolgozását, amit a team tagjai alkalmazni tudnak. Ez magába foglalná a már

létező szakmai folyamatleírások időszakonkénti frissítését is.

Utolsó javaslatként, ami ugyan meghaladja az ápolói kompetencia határait, de hosszú távon szükségesnek tartanánk egy ALS centrum (lélegeztetési centrum) létrehozását az egyre nagyobb számban otthoni lélegeztetésre szoruló betegek ellátása miatt. Sok esetben, mivel a hozzátartozók nem tudják vállalni az otthoni ellátást, ezért ezek a betegek a kórházban maradnak. Amint a bevezetőben utaltunk rá, a fekvőbeteg ellátó rendszerben az intenzív ágyak költsége a

legmagasabb. A betegség lefolyása több hónapos és ez alatt a beteg az intenzív osztály költségét terheli. Ez az otthoni lélegeztetés engedélyeztetésével, sokkal olcsóbb lenne, ha lehetőség lenne ezt egy centrumban megvalósítani. Szintén hatékonyabbá tenné az ellátást, ha magasan képzett ápolók foglalkoznának a beteggel. A betegnek lelki megnyugvás lenne, ha nem kórházi környezetben lenne élete utolsó periódusában, hanem egy az otthonához hasonlóan kialakított szobában, ahol a hozzátartozók gyakrabban lehetnének mellette.

## Irodalomjegyzék

1. Apoptózis. (2014). Hozzáférhető: <http://www3.szote.u-szeged.hu/mdbio/hun/anyagok/2012-2013/2.felev/2.2.Apoptozis.pdf>, Letöltve: 2014.03.11.
2. Armon, C. (2013). What is ALS? In R. S. Bedlack, Mitsumoto, H. (Ed.), *Amyotrophic lateral sclerosis—A patient care guide for clinicians*. New York: Demos Medical, 1-18.
3. Armon, C. (2003) Epidemiology of ALS/MND. In Shaw, P. Strong, M. (Ed.), *Motor Neuron Disorders*. Philadelphia: Butterworth Heinemann, 167-206.
4. Az agy betegségeinek molekuláris biológiája. (2014). Hozzáférhető: <http://www3.szote.u-szeged.hu/mdbio/hun/anyagok/2012-2013/2.felev/smge/11/2.Agy-betegsegei-word.pdf>, Letöltve: 2014.03.11.
5. Emberi agy. (2014). Hozzáférhető: [http://hu.wikipedia.org/wiki/Emberi\\_agy](http://hu.wikipedia.org/wiki/Emberi_agy), Letöltve: 2014.03.11.
6. Komoly, S., Palkovits, M. (2010). *Gyakorlati neurológia és neuroanatómia*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
7. Meamar, R., Nasr-Esfahani, M. H., Mousavi, S. A., & Basiri, K. (2013). Stem cell therapy in amyotrophic lateral sclerosis. *Journal of Clinical Neuroscience*, 20(12), 1659-1663. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocn.2013.04.024>
8. Miller, R. G., Jackson, C. E., Kasarskis, E. J., England, J. D., Forsheve, D., Johnston, W., S Kalra, S., J S. Katz, J.S., Mitsumoto, H., Rosenfeld, J., Shoesmith, C., Strong, M.G., Woolley, S. C. (2009). Practice Parameter update: The care of the patient with amyotrophic lateral sclerosis: Drug, nutritional, and respiratory therapies (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 73(15), 1218-1226. doi:10.1212/WNL.0b013e3181bc0141
9. Oláh, A. (2012). (Szerk.). *Az ápolástudomány tankönyve*. Hozzáférhető: <http://hu.scribd.com/doc/199932138/Az-apolastudomany-tankonyve>, Letöltve: 2014.03.06.
10. Papp, L. (2012). *Neurológiai szakápolástan*. Szeged: Juhász Gyula Kiadó
11. Parakh S, Spencer DM, Halloran MA, Soo KY, Atkin JD.(2013). Redox regulation in amyotrophic lateral sclerosis. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*, 2013, Article ID 408681. Hozzáférhető: <http://www.hindawi.com/journals/oximed/>, Letöltve: 2014.03.11.
12. Valló, J. (2011). Idegrendszer. In: Lévay Gy. *Alkalmazott élettan-kórélettan*. Budapest, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, 424-430.

# Az ellátó team tagjai közötti kapcsolatot befolyásoló tényezők vizsgálata, a vezetői identitás mentén

TORNYOSNÉ BAGOSI Melinda, Dr. CSERNUS Mariann

## Összefoglalás

**Vizsgálat célja:** A kutatás célja annak feltérképezése, hogy az egyes szubkultúrákat, csoportszerepeket mélyebben megvizsgálva, milyen tényezők befolyásolják a betegellátó team tagjai közötti kapcsolatrendszerét az Egészségügyi Szolgálat szakrendeléseiben belül.

**Vizsgálati módszer és minta:** Személyes kommunikációs technikán alapuló, céltudatosan megtervezett, irányított, mélyinterjú formájában történt az adatok és információk gyűjtése. Végleges formát és kutatáshoz szükséges adatgyűjtési technikát tekintve, félig strukturált, és strukturálatlan interjúformával, előzetes kutatási terv alapján, strukturált, zárt és nyitott kérdéseket tartalmazó standardizált vizsgálati módszert választottam. A vizsgálat 10 fő részlegvezető főorvos és 10 fő részlegvezető asszisztens megkérdezésével történt.

**Eredmények:** A vizsgált vezetők 100%-a elmondta, hogy a kompetenciát elsősorban a készségek, az emberi hozzáállás és a jellem határozza meg. A vizsgált személyek megerősítették, hogy a vezető által közvetített elvárás és nyílt kommunikáció erősíti a csoporton belüli szorosabb kapcsolat kialakulását, ezáltal csökken a munkastressz. A vizsgálat alátámasztotta, hogy a vezetői páros együttműködése, vagy együttműködésének hiánya kihat a betegellátó team kapcsolatára, és a munkatársak egymás szembeni viszonyára is.

**Következtetés:** Saját és mások érzelmeinek felismerése, megértése, kezelése, embertársainkkal való bánásmód képessége az érzelmi intelligencia függvénye, nem a kognitív képességé. A mélyinterjúk, igazoltan kirajzolódó tények, vezetői stílusok és konfliktuskezelésen keresztül, rámutatnak a részlegeken belüli micro-kultúrának, a szervezeti légkört befolyásoló tényezőire. A munka változatossága, a munkahelyi ellenőrzés mértéke, a munka ellátásához szükséges képzettség, készségek mennyisége, az interperszonális kapcsolatok mértéke és minősége szintén hozzájárulnak a munkahelyi elégedettséghez, a betegellátó teamen belüli kapcsolatok kialakulásához.

**Kulcsszavak:** szervezeti kultúra, érzelmi intelligencia, vezetés, asszisztens, hivatás

### Title

Melinda TORNYOSNÉ BAGOSI, Mariann CSERNUS PhD

### Summary

**Aim of the research:** The objective of the research is to map the different subcultures, examine in detail the role of subgroups and the influencing factors that are determining the relationships between the members of the Institution's healthcare provider teams.

**Research and sampling methods:** Data and information collection was advisedly planned, guided and implemented with help of personal communication techniques. With regard to the final form of data collection method based on standardized preliminary research plan, I've selected partly structured and unstructured interview forms, with closed and open questions. The analysis was performed by interviewing 10 chief physicians and 10 head assistants.

**Results:** 100% of the interviewed leaders related that competencies are determined primarily by skills, human attitudes and personality. The analyzed subjects confirmed that well defined expectations expressed by leaders and open communication is enhancing the close co-operation between team members and is reducing hereby the work stress. The investigation underpinned that good co-operation of team leader couples, or lack of co-operation has strong impact on the team's performance and on the relationships between team members.

**Conclusions:** Identifying, understanding and handling our own or other people feelings, the behavior with our fellow creatures is matter of emotional intelligence, and not of cognitive capability. With help of deep interviews, valid facts, leadership manners, management of conflict situations were identified and pointed at the influencing factors of department's micro culture and the work atmosphere of the organization. Diversity of the work, rate of workplace monitoring, rate of qualifications and skills required for the job, quality of interpersonal relationships are contributing to workplace satisfaction and the evolution of team spirit among colleague

**Key words:** organizational culture, emotional intelligence, leadership, assistant, profession

Érkezett: 2015. március 29. Elfogadva: 2015. május 25.

TORNYOSNÉ BAGOSI Melinda ápolási igazgató, Budapest Főváros II. kerületi Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat  
Dr. CSERNUS Mariann adjunktus, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék

Levelező szerző (correspondent): TORNYOSNÉ BAGOSI Melinda, elérhetőség: Budapest Főváros II. kerületi

Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat, 1027 Budapest, Kapás utca 22., Tel.: +36-70/376-1332, e-mail: apig@kapas.hu

## Bevezetés

A vezetői stílust több tényező is befolyásolja a vezető személyisége, a csoporttagok személyisége, a csoporthelyzet, a szervezeti célok, a csoporttagok céljai, szükségletei, és a kulturális környezet.

A személyes vezetés lényege abban rejlik, hogyan tudja a vezető felismerni munkatársainak motívumait, értékeit, és milyen interakciót kezdeményez velük. Ha a betegellátásban dolgozó kollégák nem képzett vezetők, tudják alkalmazni megfelelően a született vezetői készségeket.

A saját vezetői egyéniségen belül ható erők közül a legfontosabb az önértékelési rendszer. A magyar egészségügyben az orvosok és szakdolgozók tekintetében alá-felé rendelt, félkatonai rendszer működik jelenleg. Egy csoporton belüli kollegiális viszony jellemzői, egymás megbecsülése és tisztelete, a jó munkahelyi légkör elérése minnek a függvénye? Van rá egyértelmű válasz, ki lehet jelenteni, hogy a demokratikus, vagy az autokratikus vezetés megfelelő egy csoporton belül.

Az alárendeltekkel kapcsolatban meggyezendő, hogy ha az alárendeltek igénylik a függetlenséget, akkor a vezető nagyobb szabadságot engedélyezhet. De ehhez, az szükséges, hogy a beosztottak a felelősségvállalásban is legyenek autonómak. Megengedhető a nagyobb autonómia a betegellátás területén?

A helyzet bizonyos jellemzői szintén befolyásolják a vezetői viselkedést, ezek a probléma természetéből, az idő és körülmények természetéből eredeztethetők. A vezetés stílusát az is meghatározza, hogy hogyan gondolkodnak a vezetettekről. Az egyik felfogás lehet, hogy a vezetettek passzívok, nem ambíciózusak, felelősségtől félnek, munkaerejükkel takarékoskodnak. Az ilyen felfogást valló vezető, direkttebb, autokratább stílust fog követni. Ha azzal az emberképpel bír a vezető, hogy a beosztottak felelősségvállalók, aktívok, igénylik az önállóságot, megbízhatóak, akkor természetesen egy utánaengedőbb, kevesebb korláttal terhelt vezetési stílus lesz az uralkodó.

## Vezetés, szervezeti magatartás

A vezetés olyan speciális emberi tevékenység, ami már az ősidők óta ismert. Vezetőre volt szükség a mammut elejtéséhez és a piramisok építéséhez is.

A vezetés lényege: elérni egy feladat megoldását, egy kitűzött célt, más emberek segítségével. A vezető az az ember, aki képes elérni, hogy a csoportjának tagjai  
 ⇒ elkötelezetten együttműködjenek vele,  
 ⇒ egy közös cél elérése érdekében,  
 ⇒ képességük, tehetségük, energiáik felhasználásával. (Bakacsi, 1988)

Arra a kérdésre, hogy mi a vezetés sokféle felfogás született.

1. *Rendszerelméletű* vezetés: A szervezet egy matematikailag modellezhető rendszer, vezetés az alrendszere, vezető a rendszergazda, dolgozó emberekről szó sem esik. Feltételezi, hogy az ember és a vezető abszolút racionális lény, akit kizárólag az észérvek mozgatnak.
2. *Behaviorista* (magatartástudomány) alapú vezetéselmélet: Meghatározott célok érdekében befolyásolja az emberek közötti kapcsolatokat és az emberi magatartásokat. E szerint az ember és a vezető emocionális lény, akit alapvetően érzelmei irányítanak.

A vezetői alapviselkedések elterjedt felfogása szerint két fő vezetői viselkedést különböztetünk meg: az egyik a tradicionális, utasító, feladat-centrikus, a másik a humán erőforrás szemléletű, együttműködő, úgynevezett empatikus. A két klasszikus vezetői viselkedés között nagy különbségek lehetnek, és természetesen nagyon sok átfedést, egybeemosódást találunk. (Klein, 2009)

### *Vezetői szerepek* (Senge, 1998)

- ⇒ *A vezető, mint tervező*: nem egyszerűen „dobozokat és vonalakat tesz ide, oda”, hanem egyre inkább a szervezetet irányító eszmék, célok, látomások, értékek kidolgozására koncentrál.
- ⇒ *A vezető, mint tanár*: akinek az a feladata, hogy támogasson, serkentsen, segítsen. A jó tanár (jó vezető) nem pusztán a most

történő eseményekre reagál, de igyekszik hosszútávra előre tekintve rendszeresen formálni a tanulók (beosztottak) viselkedését.

⇒ *A vezető, mint gondnok*: az a „szolgáló vezető”, akinél a vezetésben szolgálat van az első helyen; akinek a számára magától értendő, természetes dolog, aki azért akar vezetni, hogy szolgálhasson. Gondoskodik a „vezetettekről” és gondoskodik arról, hogy a „vállalkozás”- jelen esetben betegellátás - betöltse küldetését, elérje célját. Az első annak az átéléséből ered, hogy milyen jelentős hatással van a vezető a beosztottak életére. A nem megfelelő vezetés, érzelmileg, lelkileg tönkretelheti a vezetetteket.

**Carl Rogers (1953) a vezetői elveket a következő gondolatokban foglalja össze.**

**1. Felelősség kérdésköre**

A végső elemzés azt mutatja, hogy az emberek alapvetően saját maguknak taroznak felelősséggel. Csak maguk dönthetik el, mit kell tenniük. A vezető igyekszik biztosítani az embereknek a lehetőséget az ilyen típusú felelősség alapján végzett munkára.

**2. Érettség**

A legtöbb ember vágyat érez arra, hogy éretté váljon. Szeretné, hogy a társadalom befogadja őket. Érezni akarják, hogy személyes értékkel rendelkeznek. Érezni akarják, hogy szükség van rájuk. Ha a vezető meg akarja érteni az embereket, ezekre az erőkre is kell támaszkodnia, nem csupán arra hatalomra, amit a szervezet biztosított számára.

**3. Légkör**

A vezető feladata, hogy meleg, kellemes légkört teremtsen, amelyben az egyes emberek ki merik nyilvánítani véleményüket vagy érzésüket, még akkor is, ha azok eltérnek a megszokottól, ha képtelenek vagy ellentmondásosnak tűnnek is. Ahol csak lehetséges, az emberek éppoly szabadon merjék elhallgatni véleményüket, mint kinyilvánítani azt.

**4. Elfogadás**

A vezető igyekezzék oly módon közelíteni másokhoz, hogy elfogadja őket individuális emberi lényként. Ez az elfogadás nem jelenti sem azt, hogy helyesli, sem azt, hogy helyteleníti érzéseiket, értékrendjüket, igényeiket.

(Klein, 2009)

**Lebel szerint az alábbi vezetési stílusok** különíthetők el:

⇒ A vezetőt csak az eredmények érdeklik: **ABSZOLUTIKUS (Autokrata)**

⇒ A vezető csak önmagával foglalkozik: **NARCISZTIKUS**

⇒ A vezető elsősorban másokkal foglalkozik: **PATERNALISTA**

⇒ A vezető mindenekelőtt az információk, és vélemények cseréjét kívánja: **HARMONIZÁLÓ**

⇒ A vezető együtt kíván működni a csoporttal: **RÉSZVÉTELEN ALAPULÓ VEZETÉS, EGYÜTTMŰKÖDŐ**

⇒ A vezető a szaktudást helyezi előtérbe: **TECHNOKRATA**

⇒ A vezető a koordinálást helyezi előtérbe: **VEZETÉSORIENTÁLT (Heidrich, 1998)**

**További vezetői szerepek és vezetői stílusok**

**Csapatépítő vezető**

Csoportnyi emberből kell ütőképes, összetartó munkacsapatot kialakítani, a vezető az alkalmazottakkal együtt dönt, segíti a csoportot és megéri a munka lényegét, a vezető nem rendelkezik különleges emberi tulajdonsággal vagy szaktudással.

**Összekötő vezető**

Kapocs a beosztottai és más személyek, pl. a csúcส์vezetők között, ténylegesen is tagja saját munkacsapatának.

**Kommunikátor vezető**

Üzeneteket kap és közvetít az egyik személytől, csoporttól stb. a másikhoz; a vezetőnek tisztában kell lennie, hogy az üzenetek többféle csatornákon történhetnek, helyes, ha a vezető nyelvezete egyszerű és közvetlen és üzenetét többféleképpen is közli (beszéd, írás, stb.); fontos a visszajelzés.

**Delegáló vezető**

„Mással elvégeztetni a munkát”. A vezető kizárólag munkával kapcsolatos felelősséget adhat át munkatársainak, azoknak, akik már bizonyítottak, ha lehet teljes feladatot, delegál, meghatározza a várt eredményt, nem siet, bizalmat tanúsít.

**Teljesítményösztönző vezető**

Mindig megdicséri a jól végzett munkát.

**Teljesítményértékelő vezető**

A jövődöbéli munkavégzést elősegítő

hathatósabb módszerek fogalmazódjanak meg, ne pedig a múltat hánytorgassák fel, a hatékony vezető kevésbé bírál, inkább „nevel”, a munkatárs oldalán áll.

### *Konfliktuskezelő vezető*

Igyekszik megelőzni azokat, így a kezelés kerül előtérbe, ismerni kell a konfliktus természetét, kiváltó okait, tudni kell alkalmazni a megoldások széles skáláját.

### *Innovátor vezető*

Nemcsak a vezetőnek lehetnek ötletei, ezért a vezetőnek fel kell karolnia az új ötleteket, elgondolásokat.

### *Döntéshozó vezető*

A vezető a döntéseket ne csak meghozza, hanem végre is hajtassa, stílusa az autokratikustól a participaténig (munkatársaival közösen dönt) terjed.

### *Szóvivő vezető*

A portástól az igazgatóig mindannyian jellemzik a szervezetet, amelyet képviselnek, a környezettel való kapcsolat tartás tekintetében meghatározó szerepe van az írott és az elektronikus sajtónak.

### *Oktató és tanácsadó vezető*

Képes kihozni a maximumot, megtanítja beosztottait a legjobb képességeik szerinti munkavégzésre, dicsér-bírál, elismer-büntet, a vezető segítőkész, empatikus, de a segítőkész tanácsadás nem azonos a beosztott helyett való döntéssel!

(Klein, 2009)

## A vizsgálat célja

A kutatás célja annak feltérképezése, hogy a szakrendeléseink közösségeit ismerve, az egyes szubkultúrákat, csoportszerepeket mélyebben megvizsgálva, milyen tényezők befolyásolják a betegellátó team tagjai közötti kapcsolatrendszerét.

A vizsgálat irányvonalat mutatna a munkastressz, a csoporton belüli feszültségek kialakulásának okára, hátterére. A mélyinterjúk során, az igazoltan kirajzolódó tények, a vezetői stílusok és a konfliktuskezelésen keresztül bemutatásra kerül a részlegeken belüli micro-kultúrának, a szervezeti légkört befolyásoló tényezői.

### **A vizsgálat tárgya**

A kutatásban több szakrendelésre vonatkozólag, két vezető véleményét kértem ki és

ismertem meg, a részlegvezető főorvosét és a részlegvezető asszisztensét.

A részlegvezetői feladatkörök és munkaköri kötelezettségek minkét esetben, tehát a főorvosok és a főnővérek tekintetében is sok azonosságot tartalmaznak, amelyek szorosan nem az orvos-szakmai kompetencia körhöz kapcsolható. Egy-egy szakrendelés infrastrukturális működtetéséhez, a szakrendelés üzemeltetésének feltételeihez, szakmától függetlenül munkaügyi, szervezési és intézkedési feladatok is társulnak.

Másrészt munkajogi kötelezettségeknek is eleget kell tenniük a munkatársaik, beosztottjaik tekintetében, amely nagy felelősséget ró rájuk.

Ebben a tevékenységi körben is alá-főlé rendeltség működik, vagy mellérendeltség van? Tud-e a két vezető hatékonyan dolgozni együtt, amikor sok a párhuzamos feladatköri feladatuk, illetve a vezetői munkájuk egymásra épül? Megkapják egymás emberi, vezetői támogatását és megfelelő kollegiális hozzáállását minden esetben, mind a két részről?

A kutatás alapja, a számomra ismert szakrendeléseken belüli hangulat, munkatársi kapcsolat, betegellátás alatti és betegellátáson kívüli viselkedés. Rálátásom van a kialakult szerepkörökre, a szervezeti légkörre és a vezetői kapcsolatrendszerre, továbbá a részlegek mindennapjaira.

A kutatás eredményeként, szeretnék konkrétan megbizonyosodni arról, hogy hogyan tudok felsővezetőként az elmondott információk és tájékoztatás alapján rálátást nyerni a részlegeken dolgozó vezetőktől, hogyan miben látják az osztályuk működésének sikerét, esetleges emberi nehézségeiket. Az általuk átadott információ birtokában szeretnék segítséget kapni magam számára abban a tekintetben, hogyan tudom vezető szakdolgozóimat abban segíteni, hogy vezető főorvos kollégáiknak szakmai társaik lehessenek.

## Vizsgálati módszer

Az interjúk tartalmát leíró, kvalitatív adatokon és jelenorientált jellemzésen alapuló, következtésekkel próbálok bizonyítani, a hipotézisek alátámasztása vagy megcáfolá-

sa céljából. A mintavételre, interjúkra felkért személyek nem véletlenszerű, hanem tudatos választás a tapasztalataimra és a napi munkám során nyert, rendelkezésemre álló információk alapján.

A mélyinterjú vizsgálat jó lehetőséget biztosított arra, hogy az ellátó team kapcsolatát, annak szerkezetét megvizsgáljam. A munkastressz összefüggésében a kutatás során nyilvánvalóvá válhat: az emocionális kimerülés, a deperszonalizáció és a teljesítményvesztés egyaránt meghatározó tényezője lehet a teamen belüli kapcsolati rendszer kialakulásának, változásának.

Kiemelkedő jelentőségű tényezőnek bizonyulhat a kollégákkal való kooperáció hiánya, a team-munkában jelentkező problémák jelenléte. További fontos tényező lehet a hivatás és a család közti egyensúlykeresés feszültségkeltő hatása, a szociális támogatás hiánya, valamint a munkával (feladatokkal, munkakörülményekkel) való általános elégedetlenség.

### Hipotézis

1. Feltételezem, hogy a betegellátás során a gyakorlatban a szakdolgozók kompetenciáját elsősorban nem a szakmai végzettség határozza meg.
2. Feltételezem, hogy a betegellátó személyek közötti megfelelő szakmai kapcsolatot az érzelmi intelligencia jelentősen befolyásolja.
3. Feltételezem, hogy a szakrendeléseken tevékenykedő betegellátók közötti kapcsolat, a részlegvezető főorvos és részlegvezető asszisztens közötti vezetői együttműködés tükörképe.

## Eredmények

Az eredményeket a hipotézisek vázlatában kívánom szemléltetni.

1. Feltételezem, hogy a betegellátás során a gyakorlatban a szakdolgozók kompetenciáját elsősorban nem a szakmai végzettség határozza meg.

A részlegek vezetési stílusa változatos képet mutat. Ha nézzük a kapott és rendelkezésünkre álló adatokat és információkat, ak-

kor megállapíthatjuk, hogy a részlegvezetőknek az a legfontosabb feladata, hogy elérje a célját, teljesítse az optimális erőforrások mozgósításával az elvárt eredményt.

A cél a zökkenőmentes betegellátás, pácienseink megelégedettségére és a humántőke maximális kihasználása. Általában az orvos vezetők a feladat-centrikus vezetők, míg a részlegvezető asszisztensek, humán erőforrás szemléletű vezetés csoportját képviselik. Mindkét vezetési stílushoz a beosztottak megfelelő emberi hozzáállása, jelleme a legfontosabb tényező.

*„Gyakorlatban az asszisztensi munka elismerése nem iskola végzettség függvénye, hanem az orvos-asszisztensi személyes bizalomnak. Az orvost a szakdolgozó precizitása érdekli, nem a végzettsége. Fontos a betegekkel szembeni empátia, megfelelő szakmai felkészültség, ami lehet rutin is.”*

Sok csoportra jellemző, hogy egy-egy domináns személyiség kiemelkedik a csoportból és a befolyása a csoport véleményére, döntésére, a végső soron teljesítményére jóval erőteljesebb, mint bármely csoporttagé. Ez az elért kompetencia kör sok mindenben alapulhat, meggyőzőképességen, kiemelkedő szakmai tudáson, a többieknél aktívabb részvételen és közreműködésben, vagy a többieket megértő és meghallgató emberi hozzáálláson.

A vizsgált vezetők 100%-a elmondta, hogy a kompetenciát elsősorban a készségek, az emberi hozzáállás és a jellem határozza meg. A vizsgálat alátámasztotta, hogy a vezetői páros együttműködése, vagy együttműködésének hiánya kihat a betegellátó team kapcsolatára, és a munkatársak egymással szembeni viszonyára is.

*„Egy vezetőnek az emberi jelleme a legfontosabb és a kommunikációja, továbbá a felelősség felvállalása és az egyenesen kimondott dolgokról.”*

2. Feltételezem, hogy a betegellátó személyek közötti megfelelő szakmai kapcsolatot az érzelmi intelligencia jelentősen befolyásolja.

A csoporthoz csatlakozásnak azonban nemcsak hozadéka, hanem „költségei” is



vannak az egyén számára, *feszültség* a csoportkörnyezetbe kerülő egyénnek a társak kapcsolatok kezeléséhez szükséges készséget kell kifejleszteni, és alkalmazkodni kell a többiekhez, ez gyakorta belső konfliktust eredményezhet.

*„A vezetők részéről, főleg a férfi főorvosok részéről, az asszisztensek érzelmeit is tudni kell megfelelően kezelni. Amennyiben neki nem megy, adja át a teret a vezető asszisztensnek, működjenek együtt, lássa be gyengeségeit, mert ez is hozzátartozik a vezetői feladatkörhöz.”*

*Személyes befektetés is kell ahhoz, hogy a csoporttól várható előnyökhöz jussunk, először többnyire áldoznunk kell valamit; semmiből nem lehet valamit csinálni. Ez lehet kézzelfogható költség, de általában társas költségekről beszélünk: időt és erőfeszítést várnak el tőlünk, információt kell gyűjtenünk másokról, és cserébe magunkról is sok mindent fel kell fednünk. Befektetéseink kettős hatással vannak a csoporthoz való viszonyunkra: egyfelől szükséges feltételei oda tartozásunknak, másfelől minél többet invesztálunk, annál jobban ragaszkodunk is a csoporthoz.*

Jóllehet a csoportot valamilyen közös cél élteti, a tagoknak lehetnek eltérő saját céljai, adott pillanatban viselkedhetnek különböző módon, ami kényelmetlenséget, kellemetlenséget, konfliktusokat eredményez. (Balogh, 1966)

Saját és mások érzelmeinek felismerése, megértése, kezelése, embertársainkkal való bánásmód képessége az érzelmi intelligencia függvénye, nem a kognitív képességé.

*„A legfontosabb egy asszisztensnél az emberi oldala, mert az egy felnőttnél embernél kiforrott. A szakmaisága, jártassága pótolható és alakítható. Ha valamiben szakmailag gyenge, a többiek rádolgoznak a gyenge láncszemre, de a jellemét nem tudják befolyásolni.”*

*„Minden dolgozó kerülhet bajba. Érheti tragédia, de az osztály segítségének minden esetben meg kell érkezni. Kell, hogy számíthassunk egymásra, és szükség van a támogatásra, mindenkinek.”*

3. Feltételezem, hogy a szakrendeléseken tevékenykedő betegellátók közötti kapcsolat, a részlegvezető főorvos és részlegvezető asszisztens közötti vezetői együttműködés tükröke.

**A vezető egyben tanár is**, akinek az a feladata, hogy támogasson, serkentsen, segítsen, és példát mutasson ember társainak, beosztottjainak. A jó tanár, jó vezető nem pusztán a most történő eseményekre reagál, de igyekszik hosszútávra előre tekintve rendszeresen formálni a tanulókat, beosztottakat viselkedését.

A munka változatossága, a munkahelyi ellenőrzés mértéke, a munka ellátásához szükséges képzettség, készségek mennyisége, az interperszonális kapcsolatok mértéke és minősége szintén hozzájárulnak a munkahelyi elégedettséghez, a betegellátó teamen belüli kapcsolatok kialakulásához.

*„Érdekes az osztályon belüli kapcsolat. Csoportok és érdekeltségi körök vannak. Emberi és szakmai féltékenység is van a dolgozók között. Sokszor csak a hibát keresik a másik munkájába.”*

*„Főorvosommal ezeket nem tudom megbeszélni, mert nem szeret konfrontálódni az orvosokkal. A munka terén sokszor van eltérő álláspontunk, de a közös nevezőt mindig megtaláljuk. Az asszisztensnők nagyon összetartóak, de az egész közösségnek jó a hozzáállása a munkához és az emberi kapcsolatokhoz.”*

*„Vannak kisebb nagyobb összezördüléseink, de ezek nem a szakdolgozók miatt vannak. Ha az orvosok között feszültség van, sajnos rajtunk is csattan. A főorvosnő tőlünk távol a szobájába, a többi orvos velünk a munkaállomáson, és az utóbbinak tartozunk a napi munkák során beszámolnivalóval, ...addig, míg a főorvosnő ki nem jön a szobájából. Szóval sokszor úgy érzem, hogy két tűz között vagyunk, és én vagyok szakdolgozók részéről a villámhárító.”*

A józan vezetői döntést és az elvszerűséget felülírja a szakmai hierarchiából származó emberi féltékenység. Sajnos ennek a hatása súlyosan befolyásolja a közösség légkörét a munkájuk során, amely újabb konfliktust, feszültséget, ezáltal munkastressz kialakulását eredményezi.

## Következtetések, megállapítások

Az orvosi hivatás iránti érdeklődés a nyugati országokban, de Magyarországon is jelentős mértékben csökkent. A végzett orvosok jelentős hányada végzés után nem az orvosi hivatást választja, vagy ha még is, akkor külföldön vállal munkát.

Az asszisztensi munkát végző szakemberek utánpótlási válsággal néznek szembe. A nappali középiskolai ápolóképzés szinte teljesen megszűnt és jelenleg is gyermekcipőben jár Magyarországon. Az asszisztensnői hivatás leértékelődött, társadalmi megbecsülése alacsony.

Az utóbbi évek beruházásai, személyi döntéshibái, valamint a finanszírozási anomáliák miatt is, a közvélemény negatívan ítéli meg az egészségügy egészét, ezzel együtt az egészségpolitikát is. Jelentős értékválsággal állunk szemben.

Az ellátórendszer külső és belső tartalékai kimerültek.

Az általános presztízsvesztés, a társadalom az egészségüggyel szemben támasztott értékítéletének negatívvá válása miatt a gyógyító ellátás is kezd esetlegessé válni, hiszen a rendszer utolsó tartaléka, az egészségügyi dolgozók morális tartása is kimerülőben van.

Vizsgálatra került az egészségügyi ellátórendszer struktúrája a vezetők attitűdjén keresztül, a munkánk értékét meghatározó három eleme: a **megbecsülés**, a **végzettséghez kötött tudás** és az ellátó team kapcsolatának **hatékonysága** a szervezeti kultúra alapján. Az értékrendet meghatározó három elem csak egymás rovására terjeszkedhet, mely a részlegvezetők kezében van.

**A dolgozókat az erkölcsi megbecsülés motiválja és a szervezeten belüli légkör a vezetői magatartás a megtartó erő munkájukban.**

Bizonyítás nyert, hogy az **erkölcsi megbecsülés**, mint **érték** olyan személyes meggyőződés valamely **eszme**, attitűd, amely viselkedést, befolyásoló mércét állít a dolgozók számára. A megfelelő vezetői hozzáállás és vezetői stílus, amelyben magába foglalja

az igazságos, és erkölcsi elveket követő emberi döntéseket, a dolgozók számára követendő példa.

Ha valaki olyan egyéni értékben hisz, amelyet személyesen ő választ meg, értelmű, igazol és részesít előnyben, akkor ezt az értéket mindenki más értéke fölé fogja helyezni, ez a közösség számára elfogadhatatlan. Amennyiben vezető személyes szükségleteit, és nem a közösség szükségleteit tartja szem előtt, akkor a dolgozók közötti megfelelő, elfogadható kapcsolat sérül.

Azok az értékek, amelyek fontosak számunkra az önértékek, mert ezekben, mint eszményekben fejeződik ki az emberiségünk.

Az orvosok és asszisztensi munkába bekapcsolódó egyének megvannak a saját értékei, amelyek cselekedeteit vezérlik. Ezeket az értékeket személyesen választja, és az idő folyamán sajátítja el őket az ember. Bizonyos idő elteltével azonban tapasztalja, hogy az egyéni és szakmai értékek hatnak egymásra.

**A felelősségtudat és a megbízhatóság, a morális elkötelezettség az alap**, amit a vezetőnek mindig szem előtt kell tartania. Ha a munkájukat ebben a szellemben végzik, a dolgozók értékelik erőfeszítéseiket, elismerik munkájukat, és bizalmat kapnak a további irányításra és vezetésre. Szavahihetőségük a dolgozóktól kapott bizalom alapja, ezért az általuk hozott intézkedések, és szigorítások az intézeti érdek és elkötelezettség miatt elfogadásra kerülnek, annak ellenére, hogy az egyéni érdeket az intézkedés csorbítja.

A vezetők felelősségtudatukkal és hitelességükkel kiérdemlik kollégáik elismerését, **felelősséget vállalnak** tetteikért, **felelősséggel tartoznak** önmaguknak, a betegeknek, a szakmának, az alkalmazottaknak, az intézménynek és a társadalomnak egyaránt.

Az egészségügy hatékony működése érdekében az egészségügy közgazdasági alapjának a megerősítését, az egészség értékszerpének újbóli elismerését kell szem előtt tartani.

A tulajdonosi szerkezetnek, az intézményrendszernek be kell illeszkednie, és ott **életben kell maradni** a jelenlegi finanszírozás mellett. Ez fogja lehetővé tenni a piaci működést, a hatékonyság javulását, a racionális

gazdálkodást. Az átalakulás növeli az intézményi gazdálkodás színvonalát, a menedzsment mozgásterét és felelősségét.

A rendszerben dolgozók közérzetének javulásával, a **munka presztízs értéke** is jó irányban változhat.

Az dolgozók egyéni eszmékről és viselkedésről, bizalomról és **elkötelezettségről** alkotott értékrendjük befolyásolja döntéseiket és tetteiket, és identitástudatukat. Ha tudatában vannak értékrendjük jelentőségének, ez segíti döntéseiknek meghozatalában és a problémák elkerülésében, illetve megoldásában.

Ha a beteg tisztában van az egészség és az egészséges viselkedés értékeivel, jobban részt tud venni kezelésében, ha viszont a személyzet ismerik jól saját értékrendszerüket, többet tudnak segíteni a beteg értékeinek megfogalmazásában és a döntéseiben.

## Összegzés

A világok a munkavégzés „kényelméért” válnak megosztottá, és különféleképp szembeülnek a státussal és a befolyással. Ha az intézmény együttműködő menedzsmentjének a problematikája felé fordulunk, egy kérdés vetődik fel. Mit kell menedzselni?

A szervezet tevékenységét nem lehet kívülről irányítani. A betonfal túloldaláról végzett hagyományos menedzsment a tevékenységeken belül egyszerűen nem működik. Mit csinál akkor a vezető?

A vezetésnek három fő feladata van:

1. Segítse, támogassa a tevékenységeken belüli önmenedzselést vezetőik és dolgozóik számára. Erősíteni kell az intézményi kultúrát és fejleszteni a kölcsönös alkalmazkodást, melynek az alapja a személyekben lévő magas érzelmi intelligencia.
2. Meg kell teremtenie a szervezet keretfeltételeit, felfelé és kifelé kell tevékenységet kifejtenie, hogy biztosítsa a támogatást, a bizalmat, és a biztonság légkörét dolgozóik számára. Minden vezetőnek életpályamodell lehetőségét kell biztosítani beosztottjai számára, mert

az egyéni jövőképekben van az intézet közös jövője is!

3. Foglalkoznia kell az intézmény egészét érintő döntésekkel, mint például a beruházási keretek felosztása. De ezt sem szabad, hogy egyedül tegye, hanem a különböző érintett felek együttes döntéshozatalának biztosítása mellett. A közös cél és a közös gondolkodás, a vélemények kinyilatkoztatásának és azok meghallgatásának lehetősége, záloga lehet egy jól működő intézménynek és vezetőik, továbbá munkatársaik sikerének.

Nincs szervezet kommunikáció és vezetés nélkül, és ahol irányítók és irányítottak vannak, ott konfliktus is van. Minden konfliktusnak van valami előzménye: a kölcsönös információhiány a másik céljairól, törekvéseiről, tökéletlen vagy félreértett kommunikáció, nem megfelelő vezetési stílus, az értékrendek különbözősége, a státuszok eltérése mind-mind okozhat konfliktust.

Szinte általános az a feltételezés, hogy elsősorban a főnök a felelőssége, hogy a munkacsoport megfelelően működjön, neki kell gondoskodnia arról, hogy teljesüljenek a kitűzött célok, és neki kell gondoskodni arról, hogy jól érezzék magukat az osztályon dolgozó beosztottak. A sikeres és eredményes főnök-beosztott viszony azonban mindkét féltől aktivitást kíván; a beosztott éppúgy felelős azért, hogy a munkahely győzelme, és sikerek színtere legyen, nem csak a vezető.

Talán a legnagyobb kihívás mindannyiunk számára, hogy felelősséget vállalni önmagunkért, tetteinkért, kapcsolatainkért és munkatársainkért. Nagyon sok kolléga nem figyel arra, hogy amit tesz, jókedvet, jóindulatot, vagy éppen haragot, félelmet, bizonytalanságot, bizalmatlanságot vált ki a többiekben. Márpedig viselkedésünk hatékonysága jelentős mértékben attól függ, milyen érzelmeket váltunk ki a többiekben, amely kihát a munkánkra, a szervezetre, ezáltal a betegellátó team kapcsolatára, s a betegellátás minőségére.

## Irodalomjegyzék

1. Bakacsi, G. (1988). A vezetés forgalmi körébe tartozó kifejezések egy rendszerezési kísérlete. *Vezetéstudomány*, 19(12), 24-31.
2. Balogh, J. (1966). Az ideológia fogalmáról. *Társadalmi szemle*, 21(4), 99-102.
3. Heidrich, B. (1998). A szervezeti kultúra változtatásáról és vezetési kérdéseiről. *Vezetéstudomány*, 29(1), 1-9.
4. Klein, S. (2009). Vezetés- és szervezetszichológia. EDGE 2000 Kft.
5. Senge P. (1998). The practice of innovation. Leader to Leader, 9: Summer. Hozzáférhető: [http://www.vvc.edu/offices/president/senge\\_1998.pdf](http://www.vvc.edu/offices/president/senge_1998.pdf). (Letöltve: 2015.08.04.)

## További felhasznált irodalmak

1. Bakacsi, G. (1995). Szervezeti átmenet - vezetői magatartás. *Vezetéstudomány*
2. Balázs, L. (2012). Kísérletek az érzelmi intelligencia és a szervezeti kultúra kapcsolatának vizsgálatára. *BÁR*, 17(2), 223-234.
3. Biba, S. (2013). A vezető, mint a szervezeti kultúra legfontosabb eleme. *Tudásmenedzsment*, 14(1), 28-32.
4. Komárominé Raniák, I. (2001). Az ápolók betegjogi ismeretei és azok lehetséges hatása a betegek törvénybeiktatott jogainak megvalósulására az ápolás napi gyakorlatában. *ETInfo : az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet információs lapja*
5. Köbli, M., Nagy, L., & Pálfiné Szabó, I. (2008). Kiegészítő szindróma vizsgálata az ápolók körében. *Nővér*, 21(6), 11-20.
6. Markovic, M., Pikó, B., Piczil, M., & Kasza, B. (2006). Egészségi állapot, életmód és egészségmagatartás az ápolók körében Szegeden és Szabadkán. *Nővér*, 19(3), 45-51.
7. Pálfi, F. (2002). A kiegészítő jelenségének vizsgálata ápolók körében. *Egészségügyi Menedzsment*, 4(2), 20-24.
8. Pálfi, F. (2003). Szolgálat, önfeláldozás, hivatás? - A kiegészítő veszélyei ápolók körében. *Nővér*, 16(6), 3.
9. Pálfi, F., Vranesicsné Horváth, I., Németh, K., & Betlehem, J. (2007). Az ápolók mentálhigiénés állapota, és a kiegészítő szindrómát provokáló faktorok előfordulása a vizsgált populációban. *Nővér*, 20(4), 3-13.
10. Szabó, G., & Szabó, K. (2004). A szervezeti kultúra mint befolyásoló tényező a humán erőforrás-gazdálkodásban *Egészségügyi Menedzsment*, 6(2), 34-37.

## Felhívás

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

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



# És ki a másik?

ROZSOS Erzsébet

## Összefoglalás

A szerző áttekinti, értelmezi és gyakorlati példákkal szemlélteti azokat a legfőbb fogalmakat, amelyek megjelennek a transzkulturális egészségügy és ápolás területén.

**Kulcsszavak:** ápolás, transzkulturális egészségügy

**And who is the other?**

Erzsébet ROZSOS

### Summary

The author reviews, interprets and illustrates the main concepts with practical examples that appear in the area of transcultural health care and nursing.

**Key words:** nursing, transcultural health care

Felkérésre érkezett: 2015. július 20.

*Megtanultunk madárként repülni, tudjuk,  
hogyan ússzunk halként a tengerben,  
de nem tanultuk meg a legegyszerűbbet,  
hogyan éljünk együtt testvéri módon.*

(Martin Luther King)

## Sokszínűnek lenni, sokszínűnek látszani

Ha belenézünk egy kristálygömbbe, amely megmutatja a világot, a környezetet, országokat, embereket szemünkbe tűnik a *sokszínűség*. Amellett, hogy faji besorolást vagy nemzeti hovatartozást emlegetünk, a vallási hovatartozás, a nyelv, a fizikai megjelenés, a nem, a kor, a szexuális orientáció, a fogyatékoság vagy képességek hiánya, a társadalmi és gazdasági státusz, a politikai orientáció, a foglalkozás, vagy a lakóhely földrajzi elhelyezkedése is bemutathatja ezt a sokszínűséget. Találkozunk más *rasszhoz* tartozó emberekkel, akik mint egy meghatározott csoport, genetikailag azonosítható, és jellemző jegyekkel bírnak. Más csoportokat is látunk, akiket nemzeti kisebbségként említenek, akik származásuk, vagy kulturális örökségeiken keresztül valamilyen közösségi csoporthoz tartoznak.

*Etnikumokat, nemzetségeket* (pl. Hong-nemzetség), vagy a vallási hovatartozást (pl. iszlám) is látunk. Máskor a nyelvjárás, rituálék, ételek fogyasztása, ünnepek ceremóniák, egészségre-betegségekre vonatkozó hiedelmek alapján történő különbözőségek írhatók le.

A szakirodalom azt mutatja, hogy az emberek *kulturális csoportként* is leírhatók. Ekkor az emberi viselkedés integrált mintáját látjuk, amely a verbális és nem verbális kommunikációban, tettekben, szokásokban jelenik meg. Esetleg a hit, az értékek és a kultúrához kapcsolódó tárgyi világ jelenik meg, etnikai, vallási vagy társadalmi közösségek életének tanulmányozásán keresztül.

Tekintsük át a szakirodalom alapján azokat a fogalmakat, amelyekkel értelmezni tudjuk a kulturális, a politikai és emberi jogokat az egészségügy területén. Mert a domináns kultúrának egy országban törvényeken és rendeleteken keresztül kell segítenie a kisebbségben lévők, faji, etnikai vallási csoportok, szexuális orientáltságukban különböző kultúrák és szubkultúrák, és közösségek beilleszkedését a társadalom mindennapi életébe, és diszkrimináció nélküli ellátásukat az egészségügyben. Segítik még ezt a törekvést a törvények, a szakmai, jogi, etikai

ROZSOS Erzsébet ápolásetikus

Levelező szerző (correspondent): ROZSOS Erzsébet, elérhetőség: e-mail: rozsos@freemail.hu

szabályozások, nem utolsó sorban a szakmai Etikai Kódexek.

## Én vagyok én. De ki a másik?

A fogalmak megbeszélése kapcsán beszélünk kell a *kulturális identitásról*, amit különösen fontos megemlíteni, a gyógyítók, az egészségügyi ellátást nyújtó személyekkel kapcsolatban. Ez a fogalom az embereknek arra a tulajdonságára mutat rá, hogy viszonyulnak saját magukhoz és másokhoz kulturális szempontból. Ez az azonosítás lehetőséget ad arra, hogy ki melyik közösséghez tartozik a kulturális jegyek szerint. Ez a gondolkodás képes a személyt önmagával azonosítani. Az azonosítás után képes a személy, jelen témánkban az egészségügyi szakdolgozó saját értékrendszerét megérteni, az esetleges kulturális másságát azonosítani. Ez az önismeret alapvető követelmény azoktól, akik kulturálisan különböző csoportokkal foglalkoznak. Egyszerűen azért, hogy felismerve a kulturális különbségeket megfelelő ismerettel, empátiával forduljanak a más kultúrából származók felé. Fel kell ismerniük saját előítéletes gondolkodásukat, hogy képesek legyenek olyan helyzeteket kezelni, megoldani, amikor ezek az előítéletek hátrányosak lehetnek a kapcsolataikban. Olyan speciális ismerettel kell rendelkezniük, amelyhez csak a transzkulturális fogalomrendszer tanulmányozása során jutunk el.

## Kulturális egyetemesség és különbözőség a gondolkodásban

Ennek a fogalomrendszernek a kidolgozósa Madeleine Leininger nevéhez fűződik, aki a *kulturális egyetemesség, kulturális különbözőség* fogalmainak leírásával vonult be szakirodalomba, letéve a transzkulturális ápolás fogalomrendszerének alapjait. (Leininger & Farland, 2002) Szerinte a kulturális egyetemességet úgy kell elképzelnünk, hogy a fogalom mindenki számára egységes jellel bírjon. Szerte a világon vannak olyan

helyzetek, jelenségek történések, amelyek mindenki számára egyjelentésűek, és egyforma fontossággal bírnak. A történés, a jelenség a legtöbb kultúra és vallás vonatkozásában fontos az emberek és a közösségek számára, mert fontos értéket képviselnek. Ilyen például, a várandósság, a születés körüli tevékenységek, a szoptatás, a gyermek nevelése, óvása, az élet, a halál jelentése, a mosoly, a simogatás, az ölelés, az élelem, a víz adása, a szoptatás, a sírás kifejező ereje. Az újszülött, vagy agg ember, a rokkant, sérült ember látványa mindenütt a részvét, a karitás érzését és gondolatát hívja elő. Az emberek közötti hasonló érzések jelenlétét egy története illusztrálja. Amit egy kutató mesélt, aki egy kutatócsoport tagjaként, olyan embercsoporttal találkozott Afrikában, ahol rendkívül barátságatlanok voltak. Bár voltak közvetítőik és kísérőik a területen, akik komoly segítséget nyújtottak, az elfogadásban, a kommunikációban mégis sok probléma adódott. Megérkezésükkor a férfiak támadóan viselkedtek. A nők a férfiak mögé bújtak, amellet, hogy féltek láthatóan függtek a férfiak engedélyétől. Az érkezők az ajándékokat átadták, és a falu közösségének vezetője látszólag megértette, hogy a kutatók szándéka békés. A barátkozás lassan ment, különösen az asszonyokkal. Akik látszólag belementek a kapcsolatfelvételbe, de fejüket nem emelték fel, és a kutatóknak a szemkontaktust sem sikerült velük felvenni. Már feladták a helyzetet az idegenek, mígnem az egyik kutatóé eszébe jutott, hogy a vele szembe ülő nőnek megmutatja azt az ott-honról hozott fényképet, amin a gyermekei voltak láthatók. Az eddig félénk afrikai nő arcán mosoly futott át és azonnal elkezdte magyarázni a maga nyelvén, hogy neki is van családja, és kézen fogva vitte a nőt a faluba, a házába, ahol a gyerekei voltak. (saját gyűjtés)

Az egyetemesség felismerését a jelképek is segítik, amely a nyugati kultúrákban irányadók lehetnek ilyenek: Aszklépiosz botja a gyógyítás művészetét szimbolizálja: a kígyó, amely képes levedleni a bőrét a megújulás, az újjászületés és termékenység kifejezője, míg a bot, a hatalom és a gyógyítás istenének megtestesítője.

A vöröskereszt, a fonendoszkóp, az ápolói

ruha képe és jelentéstartalma a világ minden részén egyértelmű, és az egészségügyi gyakorlat egy-egy elemével kapcsolatos.

A *kulturális különbözőség*, a fogalompár másik tagja. A meghatározás azokra a különbözőségekre vonatkozik, „amelyek egy adott közösség domináns kultúrájától eltérő életmódjában, nyelvi sajátosságaiban, az értékekben, a normákban jelennek meg. (Leininger & Farland, 2002)

Miközben a fentiek jelentőségével a legtöbben egyetértenek, keresnünk kell a választ arra, miért sérülnek a kulturális, az emberi jogok szerte a világban? Tudjuk-e hogy egy tevékenység vagy jelenség kapcsán, hogy most éppen ezeket a jogokat sértjük meg? Felismerjük-e a jogsértést, mi az egészségügyben dolgozók? Ha igen meg tudjuk-e nevezni? – és ha igen, teszünk-e ellenük?

A szerző arra szeretne írásában rámutatni, hogy nem is olyan egyszerű ismeret és tudás nélkül a körülöttünk lévő jelenségeket felismerni, azonosítani, és értelmezni és valamit tenni a jogsértések megakadályozására. Próbáljunk válaszolni a következő kérdésekre: Mit jelent a másság? Kire mondjuk, hogy más, mint én, és miért alakul ki vele szemben az előítélet, vagy a prejudikáció, esetleg a diszkrimináció vagy a rasszizmus? Olyan jelenségek ezek, amelyek gyakran jelennek meg egymás társaságában. Mit jelent az előítélet? A következő történet egyik olvasata vonatkozhat az előítéletes gondolkodásra.

### **Életkép**

Egy vidéki szakrendelő nőgyógyászati szakrendelésére érkezett egy oláh cigány család. Férfiak, nők külön csoportokban hangosan beszélgettek. A vizsgálatra várók körülbelül húszan lehettek, akik mikor a család odaért elhúzódtak, elültek a család mellől, megjegyzéseket tettek, felháborodásuknak adtak hangot egyrészt a hangoskodás, másrészt a ruházatuk, és egy csecsemőjét szoptató cigány fiatal anya miatt. Emiatt eléggé feszült volt a váróban a hangulat. A rendelés eközben lassan folyt, a dolgozók többször elhagyták a rendelőt kávéztak, a büfébe mentek. A betegek türelme, a várakozók sora lassan fogyott. A roma család türelmetlenné vált, a roma család férfi tagja

az arra járó fehér köpenyes dolgozótól kérdezte mikor kerül sorra a felesége. A fehérköpenyes nő kioktatta, mit képzél, ő orvos és nem nővér, és elirányította a betegfelvételi pulthoz. Az előjegyzési időpontokat nem tartották be teljesen, hol az egyik egészségügyi dolgozó vitt be másik beteget, hol kopogtatás nélkül bement az éppen érkező. Közben kihallatszott a beszélgetésük, nevetésük a rendelőajtón keresztül hosszú percen át. Amikor a roma asszony bejutott, másik beteg is tartózkodott a rendelőben, egymás előtt kellett vetkőzniük, öltözniük a vizsgálóágyra beláthattak a folyosóról a betegek. A vizsgálat során kihallatszott egy mobiltelefon csengése, majd a beszélgetés foszlányai. A vizsgálat végeztével a nővér a beteg kezébe adta a receptet az utasításokat is ő mondta el. Amikor a beteg kérdezett volna, közölte, hogy erre nincs idő még sokan várnak a doktor úrra, ekkor már a soron következő beteg volt a vizsgálóban. Aki így hallotta a receptre vonatkozó utasítást is. A roma férj szeretett volna a doktor úrral beszélni, mire a nővér elutasította azzal, hogy a feleségének elmondták a teendőket. A férfi közölte, hogy nem lesz hálátlan, kivett a zsebéből egy köteg pénzt, mire a férfi bejutott az orvoshoz egy pár percre. A roma család eltávozása után a többi várakozó beteg társ egyre több rémisztető esetet meséltek a cigányokról, kibeszélték a családot, elítélően nyilatkoztak róluk. (saját gyűjtés)

## **Dobozolunk, kategóriákat alkotunk, kerítést építünk magunk köré**

A domináns kultúrában lévő emberek, csoportok sokszor az általuk különbözőnek vélt embereket azok viselkedését kategorizálják. Teszik ezt eddigi tapasztalataik, neveltetésük a domináns kultúra hatására. Ez lehet negatív tartalmú kategorizálás, ezen belül különböző mélységű és megjelenésű. Sokszor indulatokat generálhat, ami szélsőséges viselkedésben is megnyilvánulhat. Veszélyességét a segítő foglalkozások tekintetében, mint például az orvoslás, az ápolás, a szociális gondozás fel kell ismernünk, el kell kerülnünk.

Még a demokratikus hagyományokkal rendelkező társadalmak is küzdenek az *előítélet* ellen, amely egy ellenséges attitűd megnyilvánulása különbözőbb egyének, családok, csoportok vagy közösségekkel szemben. Felismerhető jegyei, a „dobozolás”, a szavak negatív tartalma, a szidalmazó beszéd, a semmibevéve a más kultúrájú közösséghez tartozónak. Vonatkozhat: a faji előítéletre, elsősorban a külső kinézet, például a bőr vonatkozásában. Vallási előítéletre, például Hit gyülekezet, Jehova Tanúi, zsidó, muszlim vallás követőire. Etnikai csoportokra, amikor az előítélet egy-egy nemzethez, vagy etnikai csoporthoz tartozókkal kapcsolatban alakul ki. Érintheti a nyelvi megjelenést (kiejtés, szóhasználat, tájszólás). Megjelenhet a szociális helyzetükből adódó csoportokkal kapcsolatban, mint a szegénység, hajléktalanság, amely feltűnik a sztereotip mondatokban, mint pl. „Mindenkinek köszönheti a sorsát.” Beszámolnak erről a sérült, fogyatékkal, betegséggel rendelkező csoportok tagjai, akik gyakran hallják, „jobb elkerülni”, „gonosz”, „előnyt akar”, „lusta, le akarja százalékolni magát”. Az előítéletre jellemző, hogy a meggyőzés, a tények feltárása nem képes változtatni az ellenséges attitűdön.

Az előítélet megnyilvánulása lehet szóbeli, írásbeli, megjelenhet médiumok közvetítésével:

Nézzünk egy példát arra, amikor a szóbeli formában mutatkozik meg az előítélet.

Amerikában a néger szó már a 60-as 70-es években sem volt elfogadott, nagyfokú kulturálatlanságra vallott, és sértő volt, ha valaki így nevezett meg embereket. A megjelölést afrikai bevándorlókra alkalmazták. Később gyermekeire, aki már az USA-ba születtek a „néger” megjelölést, „színes vagy fekete” terminusra cserélték ki, mivel az előbbinek rasszista jelentése volt. Ma már a helyes megjelölés afro-amerikai. Tévedés lenne azt hinni, hogy ilyen egyszerű a fekete bőrszínű emberek megnevezése. A fekete szín, különböző árnyalatokban jelenik meg a világban, nemcsak az afrikai területeken, de a Bahama-szigeteken, a Maori a Fidzsi szigetek lakosai között, Délkelet-India és az óslakos ausztrál embereknél. A Fidzsi szigeteken, a Csendes Óceán szigetvilágában és a poliné-

ziai kultúrákban a fekete bőrszínű emberek, visszautasítják, és nagyon nem szeretik, ha „afrikai feketének” nevezik őket. Máshol meg egyszerűen nem is foglalkoznak a bőrszínnel, mert annyira színes és genetikailag keveredett a lakosság, hogy nem jelent problémát a közbeszédben a bőr színe.

Nézzünk példát az előítélet megjelenésére írásbeli megjelenés kapcsán: első generációs amerikai ápolástan tankönyvekben, az ápolási szükségleteket bemutató képeken, csak és kizárólag fekete bőrszínű ápolókat tüntettek fel. Ma már az ápolástan könyvek, csak az alakok kontúrvonalait adják, vagy fényképeket, ahol egyenlő arányban jelennek meg a más bőrszínhez tartozók. Sőt az ellátásban kifejezetten gondot fordítanak arra, hogy egy idegen kultúrából származó pácienseik ellátásánál annak kultúrájából származó ápolók végezzék az ellátást.

A médiában a hírekben bemutatott képeken gyakran látjuk, a környezet szegénységére, gondozatlanságára mutató képeket, egy baleset kapcsán, a kórházakban felvett „vágóképeknél” az idősek ágyánál rendetlenül elhelyezett papucsockat, köntösöket, amelyeknek semmi közük sincs az alaphírhoz.

Meg kell említenünk, még egy fogalmat, ami szoros rokonságot mutat az előítélettel, ez a *prejudikálás*, amitől nem mentes maga a kórházi, vagy egészségügyi gyakorlat sem. Gyakori, hogy a személyzet, a dolgok ismerete nélkül alkot véleményt, ítélt, dönt, amely előzetes negatív tapasztalaton, előítéleten vagy valamilyen hiedelmen alapul és rendkívül korlátozza egy adott szituáció teljes, és pontos megértését. Ennek már bizonyos jogi felhangja van, miszerint az eseményekben részt vevők, vizsgálat esetleg bírósági ítélet nélkül alkotnak előzetesen véleményt. Például „ezek biztos lopnak”.

Magyarországon ezek az előítéletek az élet minden területén megjelenhetnek, például az a hiedelem, hogy az idős emberrel, és a magyar nyelvet nem beszélővel kiabálva kell értekezni, ahelyett, hogy lassan tagolva, esetleg más kommunikációs lehetőséget is figyelembe véve, előítélet nélkül beszéljenek az egészségügyi dolgozók az érintett betegekkel. Azért mert valakivel anyanyelvén nem tudunk beszélni, még nem kell kiabálva



elmondani, amit szeretnénk. Gyakran előfordul ez a jelenség a fogyatékkal rendelkezők esetében is. A roma közösség tagjaival a roma családdal és családtagokkal is ugyanaz a helyzet. Az előítélet szavakban történő megfogalmazása, „nem fogja megérteni”.

### **Aztán már a dobozok címkét is kapnak – és jöhet a diszkrimináció**

Amikor az előítélet és prejudikáció már nem marad meg a maga passzív valóságában, hanem emberek, csoportok és közösségek elkülönítésére használják a gondolkodás vagy tevékenység végeredményeként említik, akkor megvalósul a *diszkrimináció*.

A megkülönböztetés során az ápoló esetleg olyan véleményt alkot, vagy olyan választásokat alkalmaz, amelyek a saját életútja során szerzett tapasztalatok alapján jöttek létre. Megjelenésüket tekintve lehetnek nyíltak vagy rejtettek. Gyakran jelennek meg *sztereotípiák*, amelyek használata során az egészségügyi személyzet tagjai rendkívül szűk kategóriákat állítanak fel, és merev besorolást alkalmaznak. Mondhatnánk azt is, hogy jellegzetes, kész „dobozokat” állítanak fel.

Nézzük meg egy magyar egészségügyi intézet diszkriminatív gyakorlatát:

#### **Életkép**

*Az intézetben bevezettek egy új beteglátogatási rendet, miszerint a látogatóknak heti 2-3 alkalommal joguk van a hozzátartozóknak a kórházban fekvő betegeket meglátogatni. A látogatási időt 1 óra időtartamra korlátozták. Ez hatalmas felfordulást okozott a kórházban, mert ez alatt az egy óra alatt ezrek fordultak meg, hangosan méltatlankodva az intézetben. A kórház fenntartója kötelezte a vezetőséget a régi látogatási rend visszaállítására. Az intézet szülészeti-nőgyógyászati osztálya kifogásolta a látogatások liberalizált rendjét az osztályon. Indokként az ott dolgozók elmondták, hogy a betegellátást zavarta a betegszobák, és a szülőszoba körüli folyamatos látogatói tumultus. Az is előfordult, hogy egy asszonyt egy időben 10-20 látogató keres fel. Az ápolók elmondták, hogy a látogatók a beteg ágyába fekszenek be, és több kisgyermeket is magukkal hoznak. Az osztályvezető főorvos a következő javaslatot tette: a kórház sokadik*

*emeletén szülő nők hozzátartozói kizárólag az alagsorban várakozzanak, és onnan menjenek fel kettesével az emeletre. Az orvos egy feljegyzésben szigorúbb látogatási rend előírását kérte. (saját gyűjtés)*

## **Az egyenlő bánásmód biztosítása**

Az uniós és magyarországi jogszabályok, mint például 2003. évi CXXV. törvény, az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról, tételesen tiltják az emberipolgári jogi egyenlőség bármiféle megsértését. Így az európai értékrenddel ellentétesnek mondják ki az Európai Unióban törvényesen élő személyek bármilyen hátrányba hozását bőrszínük, nemük, fogyatékoságuk, szexuális orientációjuk valamint etnikai-vallási hovatartozásuk miatt. Ennek ellenére vannak, akik számára ez nem egyértelmű.

Az egyenlő bánásmódról és esélyegyenlőségről szóló törvény megalkotását az Európai Unióhoz történő csatlakozás kapcsán szorgalmazta a kormány 2002 őszétől. Az Európai Unióban tíz irányelv szabályozza ezt a kérdést, ebből különösen két irányelvet talált a Bizottság fontosnak a 43/200. és a 78/200. számú dokumentumokat. Minden hazai és nemzetközi dokumentum leszögezi, tilos bármilyen hátrányos megkülönböztetés, leginkább faj, szín, nem, nyelv, vallás, politikai vagy más vélemény, származás, vagy vagyoni helyzet alapján.

#### **Életkép**

*A Népszabadságban megjelent, egy világtalan lány esetéről szóló tudósítás, aki 24 éves, és nem lehetett masszőr egy nemzetközi hotellánc budapesti szállodájában. A magyar menedzserment úgy vélte, zavarónak a vendégek komfortérzetét a vak lány látványa, így nem kapta meg az állást. (Seres, 2003)*

A büntetőtörvénykönyv tiltja a kisebbségek elleni erőszakot, az uszítást, a polgári törvénykönyv szerint személyhez fűződő jogokat sért a hátrányos megkülönböztetés nem, faj nemzetiség vagy felekezet szerint. A törvényalkotó célja az volt, hogy pontosan

meghatározza a diszkrimináció fogalmát, és szigorú szankciókat csatolt a rendelkezések mögé. A jogszabály készítőik legnagyobb problémája az volt, milyen módon érhető tetten a diszkrimináció, mi történjen azokkal a csoportokkal, akik nincsenek tudatában annak, hogy diszkriminálják-e őket, vagy nincs elég képzettségük vagy fellépésük ennek megakadályozására?

Mind a közvetlen, mind a közvetett diszkriminációhoz sorolhatók a nehezen bizonyítható, néha nem szándékosan elkövetett esetek, de ekkor is büntetendő a hátrányos megkülönböztetés. A bizonyítási kényszer megfordul: a valós vagy állítólagos jogsértőnek kell bizonyítani ártatlanságát, nem pedig a valós vagy állítólagos áldozatának a diszkrimináció tényét.

Az 2003. évi CXXV. törvény, hatálya nemcsak az állami és önkormányzati szervekre, de a magánkézben lévő intézetekre is kiterjed. Kiterjed?

A megkülönböztetést, ha lehet még fokozni, eljutunk egy következő fokozathoz a *rasszizmushoz*, amely sokszor *rejtett* és a személy által *nem beismert* attitűdök formájában jelenik meg, de megnyilvánulhat nyílt ellenségességben is. A rasszizmus, egy tudománytalan elmélet, amely azt állítja, hogy különböző népcsoportok között magasabb és alacsonyabb rendűek különböztethetők meg. A rasszizmust gyakran biológiai vagy genetikai eredetére hivatkozva emlegetik, de gyakran előfordul a bőrszínnel kapcsolatos diszkrimináció is. Felismerjük-e a felsorolt fogalmak bármelyikét a következő történetekben?

### **Életkép**

*Új gondozónő érkezik a bölcsődei csoportba. Harmadik munkanapjának reggelén találkozik egy kisfiúval, aki eddig hiányzott. Az átadó ajtóban áll édesanyjával, kissé bizalmatlanul tekinget a számára ismeretlen felnőt felé. Egy pillanatra megfagy a levegő, amikor a gondozónő észreveszi, hogy a gyermek végtagja hiányzik. Mosolyt erőltet az arcára, majd a következőket mondja: „Nem tudtam, hogy ilyen gyerek is jár ide!” (saját gyűjtés)*

A rasszizmus megjelenése során vizsgálhatjuk a rejtett és nem bevallott attitűdöket,

a nyílt rasszista ellenségeskedést, az integráció kérdését a többségi kultúrába, önkéntes szegregáció kérdését (amikor a csoport saját maga vállalja, hogy egy adott területen él) az állam által előírt szegregáció (az apartheid) kérdéseit.

A rasszizmus kapcsán beszélünk, kell még a *szegregációról*, amely elkülönítést jelent. A magyarországi emberi jogokat védő gyakorlatban a cigánygyerekek iskoláztatása kapcsán, és a roma anyák „C” kórteremben való elkülönítéséről szóló újságcikkek kapcsán beszélünk erről a jelenségről, ami átvezet minket az intézményi rasszizmus megbeszéléséhez.

## **Az intézményi rasszizmus**

Talán el sem hinnénk, ha nem jelennének meg hivatalos dokumentációk megtörtént esetekről, de létezik intézményi rasszizmus is. Egy szervezet, intézmény, testület ahol az ott működő professzionális szakma, vagy intézmény vezetése, vagy tagsága, az általa ellátott, gondozott, vagy segítségre szoruló személyek, közösségek bőrszíne, kultúrája, származása, életkora alapján megkülönböztető magatartást vagy bánásmódot tanúsít, amely során rasszista sztereotípiák jelennek meg. Például: hajléktalanok kitiltása Budapest meghatározott területeiről (2013–2014). Már 2000-ben az állampolgári jogok országgyűlési biztosa felhívta a figyelmet a hajléktalanokkal kapcsolatos diszkriminációra.

### **Gönczöl Katalin az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosának jelentése**

A jelentés megállapította, hogy bizonyos szintű ellátás ugyan megállapítható, például amikor a TB-kártyák beszerzését a gondozók azonnal szorgalmazzák, ha hajléktalannal találkozunk. Külön problémát okoz a hajléktalan személy fertőtlenítése, mikor a kórházba beszállítják, sokszor ugyan fertőtlenítő fürdetéshez kötik, ez a betegek szükségtelen utaztatását vonja maga után. A vizsgálat megállapította, hogy diszkriminatív az a helyzet, hogy például az a z Országos Traumatológiai Intézetből a távozó, de még kezelésre szoruló hajléktalan elsősorban

az alacsonyabb színvonalú ellátást nyújtó FSZKI és Oltalom Karitatív Egyesület, tartós ápolási osztályaira kerülnek, és nem kerülnek más budapesti kórházak szakellátást nyújtó osztályaira, ezzel sérül a megfelelő minőségű gyógyításuk. A jelentés szorgalmazza, hogy mindazon kórházak és osztályai, ahol halmozottan fordulnak elő hajléktalan betegek például pulmonológia, pszichiátria alkalmazzanak szociális munkásokat a gyógyító ápoló személyzet mellett. A vizsgálat külön foglalkozik a hajléktalan amputált vagy más okból utcai életmódra képtelen emberek helyzetével, kitér a rehabilitáció, az utógondozás vagy élethosszig tartó gondozási intézményrendszer hiányára. (Gönczöl, 2001)

## Ketrecbe zárva, lakat alatt- az etnocentrikus gondolkodás

A megfelelő ellátást, az ápolás minőségét akadályozzák az olyan jelenségek, mint például: az *etnocentrizmus*, amely megjelenhet a személyzet részéről, amikor saját műveltségét, világnézetét, nyelvhasználatát természetesnek és magától értetődőnek tartja, és az ettől való eltérést természetellenes beállítódásnak gondolja az ápoló.

Az etnocentrizmus egyik értelmezésben lehet pozitív, a szocializáció során kialakuló, fejlődő közösségi érzéseket erősít. Negatívvá akkor válik, ha valaki azt gondolja, hogy csupán azért, mert egy adott csoporthoz tartozik, ezzel különbözik másoktól. Úgy igazolja magát más csoporttal szemben, hogy élesen elkülöníti magát, még azon az áron is, hogy a másiktól igaztalan állításokat hangoztat. Elhomályosul az ítélőképessége, és ezzel egyenes út vezet az előítéletekhez. Az így gondolkodók számára a „beleszületettek” kultúrája az abszolút mérce, és az összehasonlítás megkérdőjelezhetetlen alapja.

Ehhez társulhat *xenofóbia*, amely jelenése, *idegengyűlölet*. Más esetben a szakemberek használják, az idegenektől való betegek félelem megjelölésére is. Hozzá szorosan kapcsolódhat egy sztereotípiá, miszerint minden ember egy adott csoportból ugyan-

azokkal a jellemző jegyekkel bír. Ezek szerint, ha egy közösség egyik tagja valamilyen negatív magatartással bír, az „biztos” megtalálható a közösség másik tagjában is. A gyakorlatban ismételtel megjelenhet a más kultúrájú csoporttal kapcsolatos bizalmatlanság, amely gyakran történelmi hagyományokra vezethető vissza, és látható, hogy szoros kapcsolatban van az előítélettel.

Az idegengyűlölethez magatartásként szorosán kapcsolódik az *elkerülés*, a *semmibe vevés*, ami az egészségügyi ellátásban megnyilvánulhat a felesleges várakoztatásban, negatív rangsorolásban. Ezek a jelenségek gyakrabban mutatkoznak meg azoknak az embereknek az esetében, akik valamilyen ok miatt nem tartoznak a többségi társadalom elfogadottsága alá.

A következő történet alkalmat adhat arra, hogy tanulmányozzuk az emberi jogok sérelmét az egészségügyben. A történetnek adhatnánk a következő címet: Mikor nem roma, a roma beteg?

### Életkép

*A fiatal természetes nőnek fáj a lába. A romákra jellemző összetartó családjá van. Fivérei utána járnak, ki a „legjobb” a szakmában. Megkeresik a főorvost, aki megvizsgálja, és előjegyzésbe veszi a páciens. A főorvos szabadságterve kész, tudja mikor nem fog dolgozni. A műtétre váró nőt behívja szabadságra menetele előtt 2 nappal. A nő bejön, két bátyja és nővére kíséretében. A főorvoshoz más beteg nem érkezik. Tiszták, ápoltak, de származásukat nem tagadhatják. Egyszerű, tanulatlan emberek. De igyekeznek megfelelni az elvárásoknak. Kérdéseik egyszerűek. A nőt féltő gondoskodással veszik körül. A felvétel napján a nővér jelzi a főorvosnak, hogy megérkezett a betege. Az tudomásul veszi. A betegfelvételt a rezidens orvos végzi. A vizsgálat alapos. A nő végig csinálja a kötelező vizsgálatokat. Másnapra ki van írva műtétre. Délutáni vizit, a főorvos vizit. Találkozik a beteggel. Közli vele: holnap megoperálja. Vizit után a folyosón közli a kollégával, hogy tudjanak róla „a cigányaszszonyt én vettem fel, de „X” doktor fogja operálni. Nekem nincs kedvem hozzá! Mire a szabadságról visszajövök, ne legyen itt, mert már vettem fel valakit arra az ágyra!” „X” doktor nem vett részt a viziten, így csak reggel tudja*

meg a főorvos döntését. „X” doktornak a nővérek segítenek, „átlátni” a beteget, mert a reggeli viziten kiderül nincs aláíratva a műtéti beleegyezés. A beteg az előkészítést már megkapta, félálomban írja alá az orra alá dugott papírt. „X” doktor elvégzi a műtétet. Az operáció alatt a főorvos végig az osztályon van. Ügyet intéz, varratot szed, rendben hagyja maga után az osztályt, és ahogy lehetett hazament, mert este már indult a szabadságára. Közben a műtét rendben történt. Estefelé megérkezett a nő családja, keresik a főorvost, mert ugye ő operálta a beteget. Mindenki tudja, hogy nem ő végezte a műtétet, de senki sem mer egy szót sem szólni. A főorvos már nincs bent, de „X” doktor tudja őket tájékoztatni, mert ő is „ott volt” a műtétnél. Megnyugtatja a családot. A betegnek a műtét óta hőemelkedése, tompa hasfájása van, vigasztalják a nővérek: „Ez előfordul.” A szokásos hetedik napon „X” doktor kiveszi a varratokat, a beteg láztalan és hazamehet, mert a főorvos még előzőleg így rendelkezett. Két nap múlva izgatottan telefonál a műtött nő bátyja. Vérzik a seb. Mentővel behozzák. A sebe szétnyílt, a haematoma kiürült. „X” doktor megfelelően ellátja, az osztályon tartja megfigyelésre. Az asszony sebe most már szépen gyógyul, láztalan. Főorvos megérkezik szabadságáról. Kiszedi a varratokat. A nő családja hálás neki. (saját gyűjtés)

## Szegregáció és apartheid

A világ különböző tájairól érkező hírek bemutatják, hogy nem csak a személy képes kirekesztő lenni, hanem maga az állam is. Ez a szegregáció és/vagy az apartheid formájában mutatkozik meg. Az érintett területeken az egészségüggyel kapcsolatosan a hírek arról szólnak meg, hogy ez megnyilvánulhat az egészségügyi ellátás teljes hiányában is. Sebesülteket, sérülteket nem látnak el, sokszor megölik őket. Ezeket a területeken az engedély, és a biztonság hiányában a segélyszervezetek is ritkán tudnak dolgozni. Beszelnünk kell a *népirtás*, vagy *kiirtás* fogalmáról, amely elsősorban Szudánban, Szíriában sújtja a lakosságot. Ahol az egymással háborúban álló felek számára a nemzetközi egyezmények nem elfogadottak.

A kiirtás nemcsak egy adott népcsoporttal kapcsolatosan jelenik meg, megölik az ott szolgálatot teljesítő orvosokat és ápolókat is.

## A migráció megjelenése

Témánk szempontjából különleges figyelmet érdemel a migráció kapcsán az egészségügyi ellátórendszer látókörébe került emberek sokasága.

A migráció, amely országhatáron belüli vagy egyik országból a másikba történő átköltözést jelent. Bizonyos esetekben egy adott országon belüli migráció is kultúraváltást jelenthet, míg egy másik országba történő bevándorlás sem jelenti feltétlenül a kulturális környezet jelentős változását. A migráció megtörténhet önkéntesen vagy kényszerítő körülmények által.

### Az önkéntes migráció

Az önkéntes migráció oka lehet a gazdasági helyzet kilátástalansága, munkahelykeresés, családdegyesítés, vagy oktatásban való részvétel. A migráció vállalását megkönnyíti a magasabb életszínvonal elérésének reális lehetősége, a szabadság fizikai vagy szellemi értelemben való megélése, az oktatás magasabb színvonalának lehetősége, a szociális támogatások elérésének realitása.

A migrációt nagymértékben meghatározza az, hogy milyen kapcsolatot ápol a személy a választott országgal, azonos nyelv, kultúra, szokások, jogrendszer, pénz használata, politikai rendszer, kereskedelem, kulturális kapcsolatok, kereskedelem, személyes és családi, közösségi kapcsolatok. Vagy előzőleg már munkavállalás miatt távoli országba távozott elbeszélése, azok integrálódása a választott országba. Előnyök említése: lakás, munkahely, fizetés, szociális ellátás.

A szülőháza elhagyása tarthat rövidebb és hosszabb ideig, ezt nagymértékben befolyásolja, hogy reális lehetősége van-e az eltávozonak arra, hogy belátható időn belül visszatérjen otthonába. Azok, akik véglegesen elhagyják hazájukat, elvesztik anyagi hátterüket, közösségeiket, kultúrájukat, aminek

jelentőségével sokszor csak az új hazában szembesülnek.

#### A nem önkéntes migráció

A kényszerítő körülmények számos személyes és közösségi tragédiával járhatnak, politikai elnyomás, fegyveres konfliktusok elől való menekülés, vagy a természeti katasztrófák hatása. Ezekre az esetekre az életveszélyből menekülő emberek nem tudnak felkészülni. Miközben családok hullnak szét, személyes és egészségügyi iratok vesznek el, ezért a továbbélés vagy az újrakezdés is számos nehézséget okoz. Ezért a *kulturális sokk* itt gyakrabban következik be.

A témánk szempontjából a kultúraváltást is jelentő migrációt tartom kiemelten fontosnak, ezért a továbbiakban ezzel foglalkozom. Először a bevándorlók helyzetévek kapcsolatos legfontosabb alapfogalmakat tárgyalom, azért, hogy a majd később tárgyalandó *kulturális sokk* fogalmát jól kezeljük. Előtte érdemes néhány történetet áttekinteni, amely a személy társadalomba történő beépülését magyarázhatja.

Elsőként nézzük az *asszimilációt*, amely egy adott társadalmi-kulturális közegbe való fokozatos beépülést, hasonulást jelent. Az *enkulturáció* fogalma pedig az eredeti kultúrában való nevelkedést, azaz „belenövést” jelenti. Az *akkulturáció* folyamatában az új – befogadó – kultúrába való beilleszkedés, a régi kultúra elvesztése árán történik. Ezen fogalmak alapján le tudjuk írni, hogy a személy egy befogadó kultúrában éppen ebben a pillanatban milyen helyet foglal el.

A kultúraváltás csak ritkán konfliktusmentes, ezért meg kell ismerkednünk a kulturális sokk jelenségével.

#### **A kulturális sokk**

A jelenséget Brink és Saunders 1979-ben, Oberg 1954-ben fogalmazták meg. Ez a jelenség, olyan esetekben tapasztalható, amikor a személy az egyik kultúrából egy másikba hirtelen, minden átmenet nélkül kerül át. Az itt tapasztalt viselkedési formák egyúttal egy normális pszichológiai alkalmazkodási folyamatnak is felfoghatók. Ha a személyiség jól képes alkalmazkodni és eredményes lesz az új kultúrába való beilleszkedés,

akkor nem okoz kóros személyiségváltozást, de későbbi mentális betegségek, kóros pszichés állapotok diagnosztizálása során kiderült, hogy a folyamat melyik lépcsőjében sérült meg a személyiség.

Az első fázis, tekinthető, a „mézeshetek” időszakának, amikor megkönnyebbülés lesz úrrá az emberen, sokszor több hetes gyaloglás, bujkálás, éhezés után. Az új, érdekes környezet, a kitágult lehetőségek varázsa, az új társas tevékenységek okozta örömezés ural.

A második fázis, a „kiábrándulás fázisa” amikor a bevándorló tudatára ébred az új környezet jelentette nehézségeknek és nosztalgiával gondol vissza a saját eredeti kulturális normáira. Megjelenik a szorongás, és a depresszió.

A harmadik fázis, a „megoldás fázisa” amikor az egyén, az új környezethez legjobban illeszkedő viselkedési mintákat kezdi kidolgozni.

A negyedik fázis, „a hatékony funkció fázisában” a bevándorló már feldolgozta veszteségeit és helyreállította önértékelését.

Megjegyzendő, hogy az érintett személy, ha nem rövid időn belül kerül vissza otthonába fordított kulturális sokkon megy keresztül. Ugyanezek a jelenségek újra megmutatkoznak.

(Osváth et al., 2009)

## Menekülés a „dobozoktól”

Néha nem árt rendbe szedni a gondolatainkat, pontosan úgy, ahogy az otthoni nagytakarítást intézzük. Ki kell dobni a dobozokat! Ehhez nyújt segédkezet a transzkulturális gondolkodás, ami segít elrendezni a hatékony egészségügyi ellátáshoz a kulturális másságra vonatkozó ismereteket.

A transzkulturális ápolás és gondozás szempontjából fontos a testi és lelki zavarok vizsgálata, melyek az érintett emberek kulturális környezetének megváltozása következtében jelentkeznek. A transzkulturális ápolás feladata, hogy ezeket a csoportokat speciális módon kezelje. Ezért a kulturális mássággal rendelkező egyén, család, közösség számára speciális, kulturális szempontból kongruens ápolási tervet kell készíteni.

## A felkészült egészségügyi rendszer ajánlata

Az egészségügyi hozzáférés és a migráció konfliktusa jól leírható a következők mentén. A biztosítás hiánya, a nyelvi korlátok, illetve a kulturális különbségek akadályozzák a személyt az egészségügyi szolgáltatás igénybe vételénél. Ezért az egészségügyi ellátórendszernek biztos kézzel kell kezelnie a migráció kapcsán előforduló ügyeket. Fel kell mérnie rendszerét és képességeit felkészültségét, és ezt nem árt jó előre elgondolnia. A jól, és célzottan a migrációs csoportoknak készült információk, a biztosítási rendszerbe való belépés útjának ismerete megkönnyíti a migráns személy helyzetét. Az anyanyelven történő információ adása, az anyanyelvi tolmács elérhetősége, ennek ingyenessége elengedhetetlen az egészségügyi ellátás során. A migrációt jól kezelő országokban az állami egészségügyet felkészítették a különböző kultúrájú, vallású emberek fogadására. Erre kórházi protokollok, kísérleti programok alakultak. Más helyen olyan egészségügyi intézményeket működtetnek, ahol a migráns személy kultúrájából származó egészségügyi személyzet adja az ellátást.

Az egészségügyi ellátás során a különböző kultúrából származó személyekkel való találkozáshoz a következők szükségesek:

- ⇒ az egészségügyi szolgáltató rendszer a migráns személy által képviselt kulturális normáknak és értékeknek feleljen meg (étkeztetés, szolgáltatás, vizsgálati körülmények, ápolás);
- ⇒ a személyzet a tisztelet és emberi méltóság elismerésével tevékenykedjen;
- ⇒ a megfelelő, szakszerű, személyhez szóló információk álljanak rendelkezésre szóban és/ vagy írásban;
- ⇒ megfelelő tolmács álljon a felek rendelkezésére;
- ⇒ az egészségügyi ellátásnál és/vagy gondoskodásnál fontos, hogy „egy kézben” legyen a kliens vagy páciens, aminek alapja az ápolási dokumentáció kulturális szempontokat is figyelembevevő pontos vezetése.

Egy jó tanács: akinek nehéz volt átrágnia magát ezeken a fogalmakon, ne keseredjen el. Nem kell mást tennie, mint betartani a következő szavakat, amelyeket Madeleine Leininger tanácsol a más kultúrájú betegekkel találkozó egészségügyi dolgozóknak: „az a legjobb ápolás számomra, ha megérted az én kultúráim értékeit, és azt hogy mi a legjobb segítség nekem.”

## Irodalomjegyzék

1. Leininger, M. és Mc Farland, R. M. (2002). *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research and Practice*. (harmadik kiadás) New York, McGraw . Hill. 53./53.)
2. Seres L. Törvénnyel rásegítve. (Az anti - diszkriminációs jogszabály legalább annyi kérdést vet fel, mint amennyi választ ad.) *Népszabadság* (hétféje) 2003. április 12. szombat 22-23.
3. Gönczöl K. (2001) Az állampolgári jogok országgyűlési biztosa jelentésének összefoglalója a hajléktalanok egészségügyi ellátásáról. *Esély*. 1/2: 91-96.
4. Osváth P., Kovács A., Lajtai L. (2009). *A transzkulturális pszichiátria*. In: Füredi János, Németh Attila, Tariska Péter, Belső Nóra (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. 4., átdolgozott kiadás. Medicina, Budapest, 803-816.



## IV. ETNA Nemzetközi Konferencia 2015



A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara és az ETNA (European Transcultural Nursing Association) 2015. június 28 és július 1. között rendezte meg Budapesten a IV. Nemzetközi Konferenciáját.

A konferencia címe: 'Reclaiming compassion at the heart of Nursing' - „Az együttérzés csökkenése az ápolásban” volt.

Az ETNA 2005-ben Modenában alakult, így kapta az ETNA nevet, ami a megalakulás helyére is utal. Két kitalálója Bruno Ciancio, a modenai klinika vezető ápolója és Andrew Sirkka, Finnországból, Poriból. Erre a 2005. februári megbeszélésre meghívást kapott a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar docense, Papp Katalin is. Több európai ország szakembere, főként ápolóképző intézeteiből lettek az alapító tagok. A megalakítás indoka az Európán belüli migráció volt, ami befolyásolta az egészségügyi ellátást, de a munkavállalást is. A migráció egy kihívás ott, ahol érzékelni lehet. Ezek az emberek tortúrán esnek át, és speciális ellátást igényelnek.

Mára már a világ 32 országából vannak csatlakozó szervezetek, és szakemberek, túlnőtt a szervezet Európa határain.

2006-ban Nyíregyházán került megrendezésre az első Nyári Egyetem, a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar szervezésében, akkor 8 országból voltak résztvevők. 2008-ban ismét Modenában találkoztunk a II. Nyári Egyetemen. 2010-ben Londonban rendezték az I. Konferenciát. 2011-ben Limericki Egyetem Írországból szervezte meg a II. Konferenciát. Már itt a MESZK azzal a meghívással állt elő, hogy szívesen vállalja a következő konferencia szervezését. De 2013-ban Izrael volt a rendező. S ez évben, 2015-ben a 10 éves jubileumát és a IV. Nemzetközi Konferenciát ismét hazánkban a MESZK szervezhette meg. Ezen 21 országból több mint 100 regisztrált résztvevője volt a konferenciának. 50 előadás hangzott el a két nap alatt és bemutatásra került 25 poszter, összesen 9 szekcióban. A konferencia helyszínét a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kara biztosította. A vendégeknek a tudományos programhoz kapcsolva lehetősége nyílt megismerni a MAZSIHISZ kórházában folyó szakmai munkát is. Szabadidőben a főváros néhány nevezetességét is megtekinthették.

A következő konferencia 2017-ben kerül megrendezésre. Több jelentkező is van, az elnökség később dönt a helyszín kiválasztásáról.

Szívesen ajánljuk a szervezet honlapját a hazai egészségügyi szakdolgozóknak, <http://www.europeantransculturalnurses.eu>.

Dr. Papp Katalin  
titkár

# Gratulálunk!

Dr. Zombor Gábor egészségügyért felelős államtitkár és Dr. Mészáros János egészségügyi koordinációért és EU-ügyekért felelős helyettes-államtitkár 2015. július 1-jén egészségügyi szakmai kitüntetésekkel adott át az anyák megmentője, Semmelweis Ignác születésének 197. évfordulója alkalmából.

*Az egészségügyi ellátás érdekében kifejtett kiemelkedő szakmai tevékenysége elismerésé-  
ként **Pro Sanitate-díjban** részesült:*

**Fritz Mária**, a Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház; Ideggyógyászati Osztály osztályvezető főnővére,

**Göbl Vilmosné**, a bajai Szent Rókus Kórház ápolási igazgatója,

**Gyulai Judit**, a Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek-egészségügyi Központ laboratóriumi asszisztense,

**Öry Csilla**, az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet ápolási igazgatója,

**Tarjányiné Pető Ilona**, a siroki Humán Praxis Háziorvosi BT. asszisztense.

*Az egészségügy területén végzett magas színvonalú szakmai munkájáért **Miniszteri Elismerő Oklevélben** részesült:*

Balogh Eleonóra, Balogné Szabó Éva, Boros Gábor Istvánné, Détári Mária, Fülöp Nándor, Goldea Krisztina, Gönczi Mihályné, Göröcs Ágnes, Gyenes Katalin, Györkő Béláné, Hackl Katalin, Holup Ilona, Karsai Zsuzsanna, Klimpt Pál Péterné, Kovács Péterné, Láng Éva, Mátyus Edit, Metz Józsefné, Miklós Márta, Misák István, Nánásiné Szilágyi Erika, Németh Lajosné, Orovicza Erika, Pellei Éva, Reichart Ilona, Schusztér Józsefné, Seletye Andrásné, Szabó Gyuláné, Szilva Sándorné, Tímár Józsefné, Váradai Zsuzsanna, Varga Bálintné, Varga Katalin.

**Csoportos Miniszteri Elismerő Oklevélben** részesült:

⇒ Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Kormányhivatal Rehabilitációs Szakigazgatási Szerve Ellátási és Foglalkoztatási Rehabilitációs Osztály;

⇒ Gyöngyösi Szent Bertalan Plébánia Egyházi Beteglátogató Szolgálat;

⇒ Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet Idegsebészeti Önálló Részleg munkacsoportja;

⇒ Dr. Réthy Pál Kórház-Rendelőintézet Központi Radiológiai Osztály kollektívája;

⇒ Bács-Kiskun Megyei Kórház Neurológiai Osztály Ápolási Egysége;

⇒ Országos Epidemiológiai Központ Nemzeti Biztonsági Laboratórium Munkacsoportja;

⇒ Sátoraljaújhelyi Erzsébet Kórház Krónikus Belgyógyászati Osztálya;

⇒ Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika Általános Bőrgyógyászati és Infektológiai Osztályának munkacsoportja;

⇒ Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, I. sz. Sebészeti Klinika Műtős szakasszisztens munkacsoportja;

⇒ Szent Borbála Kórház Aneszteziológiai munkacsoportja;

⇒ Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet XIX. Krónikus Osztály kollektívája.

Forrás:

<http://www.kormany.hu/hu/emberi-eroforrasok-miniszteriuma/egeszsegugyert-felelos-allamtitkarsag/hirek/kitunteteket-adtak-at-a-semmelweis-nap-alkalmabol>



A MESZK KÖZÖSSÉGI, FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYI,  
OTTHONI ÉS HOSPICE SZAKÁPOLÁSI SZAKMAI TAGOZATA

**2015. október 16-17-én Hévízen**

rendezi meg

**a VI. Foglalkozás-egészségügyi Ápolói Továbbképző  
Napok**

c. rendezvényét.

A rendezvény helyszíne:

**NAV Hévízi Gyógyház**

8380 Hévíz, Park utca 10-12.

A rendezvényen való részvétel előzetes, online regisztrációhoz kötött, ami a  
**www.meszk.hu** honlapon keresztül lehetséges.



**Tanulj Hagyományos Kínai Orvoslást  
a Semmelweis Egyetem  
Egészségtudományi Karán!**

A Heilongjiang Hagyományos Kínai Orvostudományi Egyetem  
kihelyezett tagozata  
egyedülálló alapképzési programmal, magas szakmai színvonallal,  
neves hazai és kínai oktatókkal várja a jelentkezőket.

Végzettségi szint: BSc

Képzési idő: 5 év (4 év Magyarországon, 1 év Kínában)

Jelentkezési határidő: 2015. augusztus 28.

A képzés indításának várható időpontja: 2015. szeptember 7.

A képzést megfelelő létszámú jelentkező esetében indítjuk.

**Részletes információ és jelentkezés:**

etk.semmelweis.hu

e-mail: hko@se-etk.hu, telefon: 36-1-486-5909

# Szerzői útmutató

A NŐVÉR elsősorban olyan kéziratokat fogad el közlésre, melyek az ápolástudománnyal, az ápolás gyakorlatával, a képzéssel, az ápolásvezetéssel, az ápolás határterületeinek tudományos vizsgálatával, valamint minőségügyi és szakmapolitikai kérdésekkel foglalkoznak.

A Kiadó várja az ápolás szakterületein elméleti/gyakorlati tapasztalattal rendelkező kutatók, oktatók, gyakorlati szakemberek írásait.

A megjelenés kritériumai: eredetiség, minőség és a szélesebb olvasóközönség érdeklődése a téma iránt.

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

## Formai szempontok

A kézirat formai követelményei és szerkezeti felépítése, az ábrák és táblázatok szerkesztésének általános elvárásai, valamint az irodalomjegyzék és a hivatkozások szabályai részletesen megtalálható a [www.meszk.hu](http://www.meszk.hu) Kiadványaink menüpontjában belül a NŐVÉR cím alatt.

Kérjük, hogy olvassa el figyelmesen a leírást és készítse el kéziratát a megadott szempontoknak megfelelően!

## Hova küldje kéziratát?

• Az írást szerkesztőségünkbe CD-n (NŐVÉR Szerkesztőség, MESZK, 1458 Budapest, Pf.: 74.) vagy e-mail útján juttassa 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, melyben a szerző(k) nyilatkoznak az összeférhetetlenségről, a vizsgálat és a publikálás etikai megfelelőségéről, valamint tartalmazza a megjelenéshez szükséges hivatalos beleegyezést. Ennek két változata van (egyszerűs kézirat és többszerzős kézirat), honlapunkon mindkettő megtalálható ([www.meszk.hu](http://www.meszk.hu) NŐVÉR menüpontjában).

A beküldött kézirattal kapcsolatban tájékoztatást kérhet a [nover@meszk.hu](mailto:nover@meszk.hu) címen, vagy a (06-1) 323-2070-es telefonszámon a szerkesztőségi titkártól.

## Mi történik a kézirattal?

• A formai követelményeknek nem megfelelő írást (tartalmi értékelés nélkül) visszaküldjük a szerzőnek átdolgozásra.

• A formai szempontból megfelelő kéziratokat névtelenül (esetenként ismételt) szakmai bírálatnak vetjük alá, melyet független szakértők végeznek.

• A kéziratról a szakértők véleményének figyelembe vételével a Szerkesztőbizottság dönt az alábbiak szerint:

- elfogadja közlésre,
- javításokat, korrekciókat javasol, és ezek megtörténte esetén elfogadja közlésre,
- a javítások, korrekciók után megismételt bírálati eljárást,
- nem fogadja el közlésre.

• Ismételt bírálat esetén, ha a véleményezést további szakértő végzi, akkor az elsőként bírálok véleményeit névtelenül kapja meg.

• A szerzőt a szerkesztőség értesíti a Szerkesztőbizottság döntéséről, de nem indokolja azt.

• Az elfogadott cikk felhasználója a NŐVÉR című folyóirat lesz.

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

## Szerkesztőségi és kiadói kitételek

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

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

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

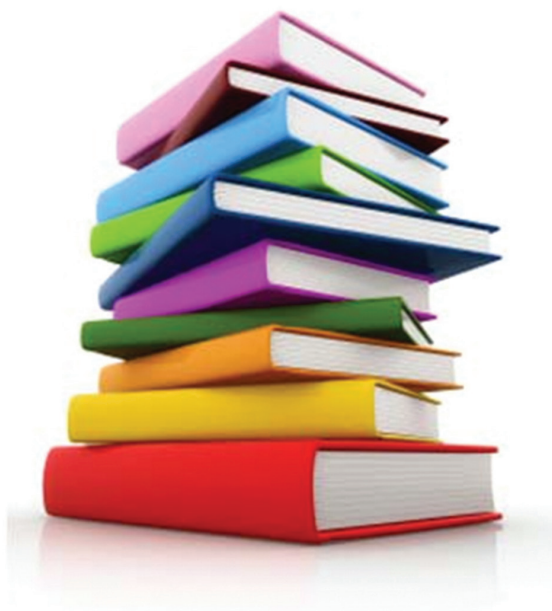
## Szerzői jog és másolás

• Minden jog fenntartva. 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.

• A cikket más lapban leközölni, ismételt megjelentetni csak a kiadó engedélyével, a lapra történő hivatkozással lehet („Megjelent a NŐVÉR ... év., ... számban. Utánközlés a kiadó engedélyével.”)

# MESZK ÁLTAL SZERVEZETT 2015 évi rendezvények



## **ŐSZ:**

**Szeptember 10-12. Siófok:** MESZK  
II. Szakdolgozói Tudományos Kongresszus

**Szeptember 16-18. Balatonfüred:**  
XVII. Országos Járóbeteg Szakellátási  
Konferencia

**Szeptember 24. Budapest:** „Amyotrophias  
Lateral Sclerosis ellátása” Szakmai  
Továbbképzés

**Október 16-17. Hévíz:** MESZK  
VI. Foglalkozás-egészségügyi Ápolói  
Továbbképző Napok

**November 19. Gyula:** Mentsük meg az  
Egészségügy dolgozóit a stressztől

## **További információ:**

**[www.meszk.hu/tovabbkepzesek/MESZK](http://www.meszk.hu/tovabbkepzesek/MESZK)  
által  
szervezett továbbképzések**

