

G. Baglivi:

„A beteg a legjobb tankönyv.”

I. EMPÁTIA



Nővérek továbbképzése Csongrád megyében

Szeged – Hódmezővásárhely
1993.

Nővérek továbbképzése Csongrád megyében
Ajánlás: FLORENCE NIGHTINGALE emlékére

I. AZ EMPÁTIA

Írták:
Dr. GULÁCSY ÉVA
pszichológus
SZENTI TIBOR
egészségnevelő

Lektorálta:
Dr. BALOGH TIBOR
kandidátus, tanszékvezető főiskolai tanár

Szerkesztette:
Földesi Ferenc

Kiadta: az Erzsébet Kórház, Hódmezővásárhely
az Állami Tisztiorvosi Szolgálat Csongrád Megyei Intézete,
Szeged támogatásával
1993-ban.

© Dr. Gulácsy Éva
© Szentí Tibor

Engedélyezési szám: ISBN 9630295385
Példányszám: 2000

Fényszedés: **Erzsébet** – Hevesi Zoltán
Nyomdai munkálatok: VERZÁL NYOMDA Hódmezővásárhely
A borítón FÖLKNÉ CSUKA KLÁRA rajza látható.

TARTALOMJEGYZÉK

Előszó (Dr. Gulácsy Éva).....	5
Az empátia (Szentí Tibor).....	7
1. A nővérré válás folyamata.....	7
1.1. A nő vagy a férfi alkalmasabb-e ápolónak?	8
1.2. Az ápoló elhatározása, amiért ezt a pályát választotta	10
1.3. A nővérképzés.....	11
1.4. Szakképzetség után az elhelyezkedés	11
2. Társadalmi kihívások	12
2.1. A három műszak gondjai és terhei	12
2.2. Az ápoló családalapításával megváltozik az élete.....	13
2.3. Terhesség, szülés, gyereknevelés.....	13
2.4. A család befolyása a nővéri hivatással szemben	14
2.5. Alacsony bérezés, magasszintű szakmai követelmény	14
3. A nővér és a beteg kapcsolata.....	15
3.1. A beteg ember érzékenysége	16
3.2. A betegnek vagy a nővérnak van-e igaza?	18
3.3. Miért foglalkoztatják egyes betegek a nővéreket túl gyakran?	20
3.4. A nővér számvetése önmagával.....	20
4. Beilleszkedés az osztály munkájába	26
4.1. Kapcsolat a főnökeivel	26
4.2. Kapcsolat az idősebb nővérekkel.....	28
4.3. Alkalmazkodás a tanultaktól eltérő munkakörülményekhez.....	31
5. A nővér megfigyeli a beteget	32
5.1. A beteg elhelyezése.....	33
5.2. A beteg empátiás ápolása	33
5.3. A nővér - beteg - látogató viszonya	34
6. A nővér nevel és megelőz	35
6.1. A beteget felvilágosítja	35
6.2. Segítség a beteg életmódjának kialakításában.....	35
6.3. Felfigyel a beteg gondjaira	35
6.4. A nővér megelőzi azt az állapotot, amikor a beteg „feladja” gyógyulása reményét.....	36
7. A nővérré érés kiteljesedése	37
7.1. A férfi ápoló.....	38
7.2. Ki foglalkozik az ápolók mentális gondjaival?	38
Felhasznált irodalom	41
Ajánlott irodalom (Dr. Gulácsy Éva).....	43

ELŐSZÓ

Egy kiadványsorozatot szeretnénk útjára bocsájtani nővérek, ápolók, szociális gondozók, védőnők, segítő munkatársak számára. Olvasmányunk szánjuk a mentálhigiéniés területen végzett hazai úttörő munkák alapján és saját élettapasztalat, egészségnevelői, pszichológiai-pedagógiai gyakorlat ötvözésével.

A művelt ember számára szükséges a pszichológia és a mentálhigiéniés ismerete, éppen úgy, mint az emberi testről és egyes betegségekről szóló ismeretek. De az ismeret itt önmagában nem elegendő. A jelenségek felismerésének készsége fontos és a megértés rezonanciaszintje, de elengedhetetlen a segíteni akarás.

A sorozattal az a célunk, hogy képessé váljon önmagunk megismerése és mások megértése. Az egészségügyi, megelőzési programoktól csak akkor várható tartós eredmény, ha igen komolyan támaszkodunk a modern orvostudományi pszichológiai és pedagógiai eredményekre.

Az ÁNTSZ Megyei Intézete nővérek részére továbbképzést segített elindítani a mentálhigiéniés tudományában. Ez adta az ötletet egy szakmai segítő olvasmánysorozat elindítására. Ennek I. részét nyújtjuk az empátiáról szóló kötetünkkel.

Köszönjük az ÁNTSZ Megyei Intézetének és a hódmezővásárhelyi Erzsébet Kórháznak a lelkes támogatását, hogy kedvezményesen elérhetővé tette a sorozat elindítását.

További terveink:

A II. rész: önismeret, amely az élet során alakul és fejlődik ki. Különösen fontos a 10 éves korig végbemenő szocializációs folyamat. Erre az időpontra általában kialakul a magunkról alkotott kép, az énkép belső magja. Ez összefügg az empátiával is.

A III. rész: a hittel foglalkozik majd, és összefüggésben van a halál témakörével is. Hit önmagunkban, hogy az ápolást empátiával tudjuk végezni. Hit az orvosban, az orvostudományban és hit a gyógyítás művészetében. Hit az emberekben, a jövőben és egy megfelelő lelki kép kialakításában, amely, az elmúlást teszi elfogadhatóvá, illetve a „továbbélést” racionálissá.

A IV. rész: a halálról szól. Az elmúlás és a hozzá vezető út kérdése szakmailag a legfontosabb témák közé tartozik a nővérek számára. Ezért súlyánál fogva külön kiadványt szentelünk neki.

További terveink később körvonalazódnak.

Dr. Gulácsy Éva

OSZK
Országos Széchényi Könyvtár

Szenti Tibor

AZ EMPÁTIA

1. A nővérré válás folyamata

A gyógyításban dolgozó ember nem akkor válik *ápolóvá*, amikor tanulmányai befejezése után az avató ünnepségen kezébe adják a szakmai képzettségéről szóló oklevelet. Ekkor elhívataása közepén tart. Elméleti és gyakorlati területen sok mindent ismer már, még többet nem; például a különböző társadalmi és szakmai kihívásokat, valamint a betegekkel való bánásmód *művészetét*. Az utóbbi szó nem tévedés. A nővérré érés hosszú folyamat, amely a kisgyermekkorai szocializációval öntudatlanul kezdődik el, és a hivatástudat, az oklevél megszerzése után évek múlva válik teljessé. Kicsúcsosodása az ápolás *művészete*, amelyhez az elméleti és technikai szakismereteken túl *ösztönös ráérzés, emberszeretet és intelligencia* szükséges. Ezek egy része veleszületett készség, másik részét a betegágy melletti szolgálat során lehet megszerezni.

Dr. Benedek István professzor, orvos-író egy televíziós előadása során arról beszélt, hogy az orvos számára nem elég, ha összegyűjti a vizsgálati leleteket és a műszerek adta értékekre hagyatkozik. Az igazi orvos ott kezdődik, amikor a beteggel való kapcsolata során beleéli magát annak helyzetébe, és ráérzéssel – az „úgy vélem”, „valószínűsítem” ez lehet a baja – igyekszik a betegséget meghatározni. Az orvos egy kicsit ma is „mágus” és ehhez az *empátia* segíti. Érvényes ez a nővér esetében is, aki ráadásul a beteggel több időt tölt, *testét-lelkét kiszolgálja*. Ha feladatát nem beleéléssel teszi, akkor csupán az ápolástan kötelező előírásait teljesíti és nem a nővér hivatását gyakorolja.

Vizsgáljuk meg a nővérré válás hosszú és bonyolult folyamatát. Kezdjük az emberi életkor elején, valahol az eszmélést követő időszakban.

1.1. A nő vagy a férfi alkalmasabb-e ápolónak?

Már a mai magyar megnevezés, a *nővér* szó is helytelenül azt sugallja, hogy ez „női pálya”. Az elhivatott, áldozatkész nővér ugyanis a szó igaz értelmében „kedves nővér”-ré válik, de ezt a kifejezést mégsem alkalmazhatjuk egy férfi ápolóra. Az az alapvető szemléleti tévedés azonban, amely ezt a pályát az utóbbi időben teljesen elnőiesítette, nem innen indult ki. Gyökerei sokkal mélyebbek. Gondolatban térjünk vissza a kisgyermekkorba.

Sas Judit írta: „A kisbabákat születésük pillanatától kezdve, aszerint, hogy fiúnak vagy lánynak születtek, súlyuktól, hosszuktól, arcvonásuktól függetlenül nagynak-kicsinek, erősnek-törékenynek, finomnak-markánsnak véljük látni, és így is beszélünk velük és róluk”.¹ A kisgyerekeket „fölcímkézzük.” Az európai jellegű társadalmakban a fiú színe kék, a kislányé pedig rózsaszín. A kék hideg, a rózsaszín meleg. „Ez a címkézés az első pillanattól kezdve nemcsak azt befolyásolja, hogy a szülő milyennek látja gyerekét, de azt is, hogy a gyerek milyennek látja majd eszmélésétől kezdve önmagát, illetve a másik nemű gyereket.”² A gyereknél „[...]a nemi szereppel való azonosulás lényegében hároméves korig lezáródó folyamat[...] A saját nemmel való azonosulás, a fiú-lány »Én«-kép kialakulása esik erre a szakaszra.”³ A nemi szerep fölvételének, a „fiúvá”, illetve „lánnyá” válás folyamatának van egy második szakasza is. A Mérei Ferenc – V. Binét Ágnes szerzőpáros azt írta, hogy a gyermek „Észreveszi a fiúk és a lányok, a férfiak és nők közti testi

¹ H. Sas J. 1986. 51.

² H. Sas J. 1986. 51.

³ H. Sas J. 1986. 32.

különbségeket. Rendszerint előbb is látott már más nemű felnőttet vagy gyereket meztelenül, de jelentőséget csak a negyedik-ötödik életévben tulajdonít ennek[...] mindkét nemnél feltűnő az érdeklődés a szexuális vonatkozású okok iránt: kérdeznek, fürkésznek, leskelődnek.”⁴

Mindez részben a családban zajlik, ahol optimális esetben férfi és nő: apa és anya van, akiktől a gyermek a *szocializációja* során megtanulja a nemi szerepet. I. Sz. Kon mutatott rá, hogy „A nők emancipációja és a társadalmi termelésbe való bekapcsolódásuk mellett emeli a családon belüli tekintélyüket is. Ez azonban nem szünteti meg az apai és az anyai szerep hagyományos elkülönülését.”⁵ Más kérdés, hogy az optimális családmodell a válások miatt megtörik. Az anyával maradó fiúnak nincs módja a *kiscsaládban* a férfiszerep elsajátítására. További gondot okoz a családon kívüli nevelés, ha a gyermek bölcsődébe, óvodába kerül, ahol csak nők veszik körül. A pedagógus pálya nagyon elnőiesedett, főleg az általános iskola alsó tagozatában, ahol zömében szintén nőket találunk.

Ez az egyoldalúvá vált családi, társadalmi nemi szerepre nevelés döntően befolyásolja, hogy ápolói pályára lányok jelentkeznek. Bár néhány fiú is elvégzi például az egészségügyi szakközépiskolát, ők érettségi után általában más pályára mennek. A nővérszakma elnőiesedett. Szinte minden kórházi osztály, főleg a súlyos betegeket ápoló részlegek nagyon igényelnék a férfi munkaerőt; a férfi betegekkel empátiát talán jobban kiépítő férfi ápolókat, de hasztalan. Ennek tudható be az is, hogy az ápolói szakmát női munkakörként ismeri és fogadta el a társadalom, holott a férfiak egyenrangúak lehetnének a gyakorlásban.

⁴ Mérei F.–Binét Á. 1981. 95.

⁵ I. Sz. Kon. 1983. 3: 63.

1.2. Az ápoló elhatározása, amiért ezt a pályát választotta

Miután a korszerű ápolóképzés elsősorban az egészségügyi szakközépiskolák feladata, a 14 éves, általános iskolás gyermeknek nehéz a pályaválasztás. Mit tudhat az ápolói szakmáról? Szinte semmit. Tíz éves koráig még a kórházi beteglátogatás is tiltva van neki. Oda csak betegként kerülhet be előbb, amikor még nem tudja mindazt értékelni, ami körülötte történik. Ha a család otthon ápol valakit, tapasztalatot gyűjthet, de nem biztos, hogy ez számára mint pályaválasztási szempont hasznos, és egyáltalán figyelembe veszi. A kislány a szakközépiskola második évét elvégezve, tehát 16 éves korában kerül először szakmai gyakorlatra valamelyik fekvőbeteg intézménybe. Gyakori jelenség, hogy először találkozik „töményen” vérrel, emberi váladékokkal, kellemetlen szagokkal, amelyeket nem tud elviselni. Esetleg nem bírja a sebek látványát sem. Különböző élményei legyőzhetetlen undort keltenek benne, és az addig meglévő kevéske empátiája is végleg eltűnve, pályamódosításra kényszerül.

Van-e egyáltalán empátiája az ápolás iránt? Az bizonyos, hogy nem gazdasági megfontolásból választja ezt a pályát, hiszen közismert, hogy a középszintű egészségügyi dolgozók fizetése nem vonzó. Kényelemből sem jön nővérnek, mert tudja, hogy váltott műszak, nehéz testek emelgetése stb. vár rá.

A 16 éves kislány-hallgatók, tanítványaink mentális dolgozataikban a pályaválasztásukról azt írták, hogy általában két belső késztetésnek tettek eleget:

1. Szeretik az öregeket, gyerekeket, betegeket és valamiképpen segíteni akarnak rajtuk.

2. Anyáskodó, „dajkáló” hajlandóságot éreznek magukban. Nyilvánvaló, hogy ebben a korban önálló családra, saját gyermek nevelésére még nem gondolhatnak komolyan, ezért helyette az elesett, beteg emberek adódnak. A pályaválasztásukban a *szerelem* és a *gondoskodás* játssza tehát a két legfontosabb szerepet, amelyek az ápolót végigkísérik egész

pályáján és alapvetően biztosítják a beteggel való empátiájuk kiépülését.

1.3. A nővérképzés

A nővérré válás folyamatának legfontosabb állomása a képzés elméleti és gyakorlati oktatása. Magunk részéről a legjobbnak tartjuk az érettségivel járó 4 éves egészségügyi szakközépiskolát. Ezt színvonalban a 3 éves nappali ápolóképző követi, amely érettségit nem ad. A munka melletti képzés 2 éves. A felsoroltak mind alapképzést biztosítanak. Akinek ez megvan, 10 hónapos szakosítót végezhet, ha a munkahelye a választott szakra alkalmasnak ítéli és beiskolázza.

Ezek a képzési formák viszonylag rövid időszakot fognak át. A 2-4 éves képzésnek főleg a gyakorlati része kevés ahhoz, hogy a nővér megszerezze empátiakészségét és a *gyógyítás művészenek* érezhesse magát. Felelősséggel azt lehet leírni, hogy a nővér friss képesítéssel a tarsolyában még a beteggel való empátiájának kialakulását fejleszti. Hárdi István írta: „Bizonyos fokú érzelmi rezonanciára, együttérzésre szükség van, fájdalmak és feszültségek, remény és reménytelenség finomabb felfogása tesz igazán a gyógyítás művészévé.”⁶

1.4. Szakképzetség után az elhelyezkedés

A szakképzés éve alatt a legtöbb kisművérben kialakul, hogy milyen típusú gyógyító munkában szeretne részt venni. Először is járó- vagy fekvőbeteg intézményben kíván-e kerülni? Házibeteg-ellátást végző általános orvosi, vagy szakorvosi rendelőbe, illetve milyen szakrendelői, kórházi osztályra? Vannak keresett osztályok, amelyekre legtöbben szeretnének bejutni. Ezek a sebészet, az intenzív és a gyermekosztály. Tapasztalatunk az, hogy ezeken a

⁶ Hárdi I. 1966. 32.

munkahelyeken van a legtöbb csalódás is. Néhány hónap múlva kiderül, hogy az ápoló nem azt kapta, amit várt és másik osztályra kéri magát.

A nővérnek a gyógyításban meg kell találnia a helyét, a neki legalkalmasabb munkakört ahhoz, hogy munkáját ne kényszerűségből, immel-ámmal végezze, hanem örömmel. Csak így várhatjuk el tőle, hogy szakmájával és betegeivel kapcsolatban az empátiája minél hamarabb kiépüljön.

2. Társadalmi kihívások

A nővér kívánalmait a társadalom nem tudja mindig figyelembe venni és kielégíteni. Kezdődik már az elhelyezkedéssel. Hiába szeretne valaki szívsebészetben dolgozni, ha lakóhelyén, illetve környékén csak járóbeteg ellátás van és ezen belül is olyan munkahely, amely legkevésbé vonzó. Hiába igaz, hogy a társadalom csak úgy épül, ha tagjai kiegyensúlyozott, elégedett emberek, mégsem tudja mindig, minden ember elképzelését, óhaját kielégíteni.

2.1. A három műszak gondjai és terhei

Sokan eleve járóbeteg rendeléseken igyekeznek munkát vállalni, hogy ne kelljen éjszakázniok. A rendszeres műszakváltást valójában nem lehet megszokni. Aki hetente váltogatva a reggel, délután vagy este kezdődő műszakban dolgozik, szervezetében, főleg az éjszaka és a nappal „megfordítása” miatt **stresszhatás** alakul ki, időérzése zavart szenved, csökken a toleranciája és a teherbírása. Fekvőbeteget gyógyító intézményben azonban kénytelen a nővér mindhárom műszak gondjait vállalni, mert a beteg érdeke ezt kívánja meg. Ráadásul éjszaka többnyire csökkentett létszámmal dolgoznak, ugyanakkor adódnak nehéz műszakok, amikor fokozott terhelést kap. (Pl. szülészetben az erős

frontváltás hatására beinduló tömeges éjszakai szülés jólismert jelenség.)

2.2. Az ápoló családalapításával megváltozik az élete

A többségében nő ápolók a három műszakkal járó gondok megszokásával kezdenek beilleszkedni a munkájukba. A nővér korát tekintve, még az *aktív periódusban* van, amikor ismerkedik, szórakozik, partnert keres és házasságra gondol. Ahogy férjhez megy, minden megváltozik körülötte. A férje, különösen ha ő is több műszakban dolgozik, egyre nehezebben viseli el felesége rendszeres távollétét. Kedvezőtlen egybeesés esetén esetleg hetekig alig találkoznak. Amikor az egyik házastárs hazaérkezik, a másik távozik, vagy éppen alszik. Lecsökken az együtt tölthető szabad idő, közös szórakozás időtartama. Viták, veszekedések forrása lehet ez a körülmény. Olyan férj is akad, aki féltékeny, mert a felesége férfibeteg osztályon dolgozik. Mások attól tartanak, hogy házastársuk valamilyen betegséget kap az ápolójaitól, vagy fertőzést hoz haza.

Ezek a súrlódások az ápolók empatiszus készségét csökkentik, egyesek a munkájuk végzésében mind mechanikusabbakká és felületesebbekké válnak.

2.3. Terhesség, szülés, gyermeknevelés

Amikor a nővér teherbe esik, tovább romlik a betegekkel való kapcsolata. Még inkább megosztottá válik. Munkája mellett figyel a férjére és egyre többet önmagára, a méhében fejlődő gyermekére. Terhessége miatt eleve nem végezhet el bizonyos munkákat, egyes osztályokról – pl. fertőző, laboratórium, pathológia stb. – kiltiltják, más munkakörbe helyezik. Korlátoznia kell az emelést és ez tovább szűkíti elvégzendő feladatait.

A szülés után hónapokra, évekre kiesik a munkájából. Sokat felejt a gyakorlati és elméleti ápolásból, lecsökken az

empátiakészsége, illetve az anyaszerepben módosulva él tovább. Amikor visszamegy dolgozni, már nemcsak a férj, de a gyermek is megsínyli. A gyermeknevelés egyre nehezebb feladat számára és sok minden betervezett program, együttlét elmarad, a gyermek rossz jegyet hoz haza az iskolából, gond van vele.

2.4. A család befolyása a nővéri hivatással szemben

Gyakran már az első, de a második gyermek megszületése után a kevésbé tűrőképes családban bekövetkezik a kitörés. A férj és apa nem tűri tovább a hosszú távolléteket. Az éjszakai műszak terheit mind nehezebben kipihenő, fáradt asszony még korholást is kap. Egyre többet hallja, hogy „hagyd ott az egészet”, „keress valami »rendes« munkát”, és így tovább. A család – akár parancsolólag, akár érzelmi ráhatással lép föl –, hihetetlen erős lazítással tudja szétmorzsolni a hivatásérzetet. A nővér eljut oda, hogy könnyebben szabadul a fojtogató gondoktól, ha otthagyja munkáját és megváltoztatja addigi életét. Úgy érzi, „felszabadul” a ránehezedő nyomás alól, nem küzd a gondok ellen.

Országos Széchényi Könyvtár

2.5. Alacsony bérezés, magasszintű szakmai követelmény

Manapság senki sem választja az ápoló szakmát nyereségvágyból. A sokat dolgozó nővér a társadalom koldusai közé kerül. Más munkahelyeken kevesebb és főleg felelősségtől mentesebb munkával, egy műszakban is többet lehet keresni. A főnőknél kívül nem tartozik másnak számadással. Munkája tárgyát nem kell szeretnie, míg nővérként a beteg, segítségre szoruló embert igen, mert másként nem alakul ki közöttük gyógyulást eredményező kapcsolat.

Az empátia mindinkább követelmény a korszerű gyógyításban. A kezelés, kivizsgálás, bentfekvéses gyógyítás egyre több eszközt igényel, az egész folyamatot mind több műszer

irányítja, a beteg ellátása a szó szoros értelmében elgépiesedik. Ezt a szakmának úgy kell tolerálnia, hogy orvos és nővér empátiával, *jó kapcsolatteremtéssel* igyekeznek pótolni.

Az orvostudomány és az ezt kiszolgáló társadalomtudományok, eszközök nagy ütemben fejlődnek. Egyre bonyolultabb műszereket kell működtetni, amelyet nem lehet rábízni „laikus nővérekre”. Egyre többet kell tanulni, növekedik az elméleti és gyakorlati szakmai követelmény, amelynek a társadalmi gondok, családi, anyagi nehézségek fokozódásával mind nehezebb eleget tenni.

Az ápoló tovább lépett az ápolóvá válás útján, ha mindezekon úrrá lett és meg tudott kapaszkodni ezen a nehéz pályán. Akkor jön a legfontosabb: a beteg. Ezen dől el, hogyan alakul kapcsolata a betegekkel, hogy megállja-e a helyét és elsajátítja-e az ápolás művészetét?

3. A nővér és a beteg kapcsolata

Az életben mindenütt – barátságban, élettársi, házastársi, kollegális, üzleti stb. kapcsolatban – „kettőn áll a vásár”, ismételteti a közhelyként ismert mondás. A *beteg-ápoló* kapcsolatában ez fokozottan így van. Ebben a kapcsolatrendszerben az ápoláslélektannak óriási szerepe van. Mi is ez? „Az a gyakorlati (részben alkalmazott) tudományág, amely a gyógyítói, ápolási tevékenység és az eközben adódó számos helyzet betegre gyakorolt hatásának, magatartási problémáinak pszichológiai vonatkozásaival foglalkozik; középpontjában a gyógyító környezet és a beteg kapcsolata áll (az orvos-beteg, nővér-beteg, orvos-nővér-beteg kapcsolat.)”⁷

A beteg kapcsolatrendszere a gyógyító intézményben az orvossal kezdődik. Pszichológiailag is így van. „[...]az ápoláslélektan nem szűkíthető le a nővér személyes tevékenységére, hibás volna az ilyen »nővérközponti«

⁷ Hárdi I. 1966. 15.

szemlélet kialakulása.”⁸ Más kérdés, hogy ebben a tanulmányban a továbbiakban szándékosan csak a beteg-nővér kapcsolatával foglalkozunk.

3.1. A beteg ember érzékenysége

A beteg ember fizikailag és lelkileg egyaránt szenved. A betegsége többnyire még akkor is váratlanul éri, ha biztos előjeleit már korábban érzékelte. A beteg kiesik a családjából, munkaköréből, megszokott életritmusából és „bizonytalan”, „veszélyekkel teli” helyre kerül, amely félelmet és bizakodást egyszerre indukál benne. „A betegség (morbus) megváltozott reakcióképesség, amelynek következtében a szervezet nem képes elhárítani a károsító ingereket” – írta Bán Mária.⁹

A betegségnek három fázisát éli át az ember.

1. A *bevezető szakaszában* „Általában nem jól érzi magát és lehetnek ijesztő tünetei is. Kénytelen munkáját abbahagyni, a szórakozástól tartózkodni. Érzékenyek, ingerlékenyek[...]¹⁰

2. Az *elfogadás időszakában* „[...]a beteg figyelmét és energiáit a betegség felé fordítja[...] önmaga, betegsége és közvetlen környezete érdekli leginkább, tehát figyelme beszűkül. Azonosul a hagyományos *betegszereppel*, a passzív függőségi állapottal, amikor kérdés nélkül minden kezelést elfogad.”¹¹ A beteg fizikai és lelki gyengeség lesz úrrá. Környezetének elvárása és az ennek megfelelés tovább súlyosbítja passzív függőségi állapotát. Ugyanakkor a nővér segítő magatartása, empátiája, ahogy fogadja, tehát „Az együttműködés fokozza a beteg felelősségérzetét, és pszichés energiát mozgósít.”¹²

⁸ Hárdi I. 1966. 14.

⁹ Bán M. 1989. 1: 34.

¹⁰ Bán M. 1989. 1: 35.

¹¹ Bán M. 1989. 1: 35.

¹² Bán M. 1989. 1: 35.

3. *Lábadozáskor* tanácsokkal segítjük a polgári életbe való visszatérését és a beteg bizonytalansági érzéseit csökkentjük.

„A súlyos beteg, aki igazán ápolásra szorul, általában teli van pszichológiai feszültségekkel, nagyon nehéz, kiszolgáltatott helyzetben van. Beleélés révén lehet megérteni, ha követelődzik, ha az indokoltan tűnő mértéknél több figyelmet és törődést követel magának, vagy ha nem szól, nem kér, inkább elviseli a kényelmetlenségeket és szenved. A krónikus betegek vagy a magatartászavarokban szenvedők gondozásával foglalkozóknak is fontos, hogy pácienseiket empátiásan értsék meg. Ez az ápolás egyik legfontosabb pszichológiai követelménye. A jó ápolónő megérti és enyhíthően befolyásolni tudja a *hozzátartozók gondjait*, a hozzátartozók és a betegek között kialakuló kommunikációs zavarokat.”¹³

A beteg embert nagy terhelés éri. Ez több módon jelentkezik és így foglalható össze:

1. Kiszakad a környezetéből és csökken a keresete.
2. Megbomlik a lelki egyensúlya.
3. Félelem és szorongás gyötri.
4. A látott, hallott, tanult, képzelt és korábban átélt tapasztalatok befolyásolják.
5. Felelősnek érezheti magát betegségéért, bűntudata alakulhat ki.
6. Félelem támad benne a betegség következményeitől.
7. Mindezek együttesen agresszivitást válthatnak ki benne és fokozódó sértődékenységet.

A nővérnek ebben az esetben nem szabad analizálni a beteg lelkiségének összetevőit. A beteg „Érzései, félelmei visszahatnak alapbetegségére, állapotát ronthatják. A szív, a máj stb. nem külön betegszik meg, hanem a betegség mindig az *egész*

¹³ Buda B. 1985. 289.

embert érinti.”¹⁴ A gyógyító és ápoló munkában mindig az „egész ember szemlélet” a fontos!

3.2. A betegnek vagy a nővérnek van-e igaza?

A beteg emberrel könnyű összeütközni. Sajnos előfordul és ez nem is ritka jelenség. A nővérben lassanként fölhalmozódik az indulat, amelyet megannyi otthoni, a magánéletből származó gond is feszíthet. Kényszerű önfegyelme egyre csökkenhet a megterhelés hatására. Világosan megfogalmazódik benne, hogy „mennyit kell nyelnem!” Ha terhelése hosszan tart és lelkileg nincs kellően felkészülve, elveszti a betegekkel kapcsolatos empátiáját. Munkája *rutinápolás* lesz, amelyben a feladat mechanikus gyakorlattá válik. Mindent elvégez ugyan, de épp a „beteg fog kimaradni az egészből.”

Gondoljuk át, hogy milyen is a jó anya-gyermek kapcsolat? Ragaszkodó és önfeláldozó. Ebben a legfontosabb az anya empátiája, vagyis beleélési készsége gyermekének nevelésébe. Egy jó anyának soha nincs rossz gyermeke. Az ápoló a beteggel szemben legyen *anyai* és *baráti* érzélemmel, de sohasem lehet *tolakodó* és *bizalmaskodó*.

A nővér tanult, ismeri a betegséget és megismeri az ápolására bízott beteget. Empátiával kell „anyáskodni” felette, hogy a beteg segítőkésszé váljon a gyógyításban. A nővérnek tudnia kell, hogy *mindig a betegnek van igaza*. A beteg nem dolgozó, akit – ha rosszul végzi a munkáját, vagy nem az elvárt magatartást tanúsítja – ki lehet rúgni. A beteget sohasem lehet „leváltani”, kicserélni egy másik, „jobb” betegre. Gyakran még a családban is van úgymond „fekete bárány”, akit túrni és nevelni kell. Fokozottan igaz ez az osztályon, ahol egy sereg ismeretlen, beteg ember véletlenszerűen került össze. Még ilyen körülmények között is óriási jelentősége van a *gyógyító közösségnek*. A közös gond: a betegség kezelése és

¹⁴ Hárdi I. 1966. 14.

meggyógyítása közösségé formálja az embereket és ehhez elsősorban a nővér empátiáján keresztül lehet eljutni.

Kultúrtörténelmünk során a korszerű tömeggyógyítás kezdetben templomokban: a görögöknél az Aszklepiosz szentélyekben zajlott. Később jöttek az ispotályok, kórházak, a korszerű terápiás hotelkultusz gyakorlata. A beteg *fogadása* már a kapcsolatteremtés része. Ha a beteget kedvesen fogadják, ágyához vezetik és nem azzal kezdik, hogy feladatokat szabnak rá: vetkőzzön, fürödjön, öltözzön át, hanem leültetik, beszélgetnek vele, majd megmutatják neki az itt tartózkodása során használatos helyiségeket, a gyógyító közösségbe fogadják. Amikor a beteg – látván társait – megnyugszik, hogy nem „kínzókamrába”, hanem elviselhető helyre kerül, ahol alapfeltétel a csend, a kellemes fények, a kielégítő hőmérséklet, felkészül gyógyítása elősegítésére. Számukra ez rendkívül fontos!

Bokor Nándor magatartásuk szerint így osztályozta a betegeket:

1. együttműködő,
2. ellenkező,
3. nyugtalan és szorongó,
4. bizalmatlan,
5. képzett beteg,
6. betegségét színlelő,
7. betegségét tagadó,
8. neuraszténiás,
9. hisztériás,
10. hospitalizált, azaz olyan beteg, aki már aggódik a kórházat elhagyni, biztonságosabbnak érzi az orvos és ápoló jelenlétét.¹⁵

Amikor ilyen sok típusa van a betegeknek és mindegyikkel másként kell bánni, nincs könnyű helyzete a nővérnek. A betegekkel való foglalkozásában egy erős, közös vonásnak kell

¹⁵ Bokor N. 1989. 2: 357-420.

érvényesülni és ez az empátia. Ha bele tudja magát élni valamennyi beteg helyzetébe, rájön, hogy nincs „jó”, meg „rossz” beteg, és csak a megfelelő kapcsolat kiépülése után indulhat el a gyógyulás.

3.3. Miért foglalkoztatják egyes betegek a nővéreket túl gyakran?

A betegség fajtájától és a beteg típusától függően mindenkivel egyénileg kell foglalkozni. Semmilyen tanácsot nem lehet adni arra vonatkozóan, hogy ez a foglalkozás a műszak hányadrészét töltse ki. Ha a beteg együttműködő, kevesebbet kell vele szorgoskodni, mint a makacsul ellenállóval.

Ugyanakkor gyakori jelenség, hogy egyes betegek feltűnően sokat foglalkoztatják a nővéreket, különösen a hozzájuk közelebb került ápolót. Sokszor bizony terhessé is válik a betegnek ez a magatartása, hiszen fölöslegesen ugráltatja az egyébként is elfoglalt nővért és kevesebb ideje jut a többi betegre.

Az ápolószemélyzet túl gyakori foglalkoztatása egyes betegek részéről mindig *jelzésértékű*. Az ilyen beteggel valami nincs rendben. Vagy nem sikerült feloldani a szorongását, a jövőtől való félelmét, vagy unatkozik, avagy valamilyen hiányérzete van. El kell vele beszélgetni és kipuhatolni a gondjait. Ismét az empátia lép a technikai kiszolgálás helyébe.

Az általános tapasztalatok alapján ezeknek az eseteknek nagyobb része abból adódik, hogy a beteg látogatottságával van valami baj. (A továbbiakban a kérdésre még részletesen visszatérünk.)

3.4. A nővér számvetése önmagával

Rendkívül fontos, hogy az ápolónak megfelelő önismerete legyen. Még így is nap, mint nap számvetésre kényszerül.

Amikor valamilyen szakmai kudarc éri, szembe kerül azzal a kérdéssel, hogy vajon hol és milyen hibát vétett? Miért nem sikerült megtalálnia a beteggel a kellő hangot és milyen hatással van ő másokra? Az ápolókkal szemben szigorú szakmai és társadalmi elvárások vannak. Ezeknek köteles eleget tenni. A követelményeket két nagy csoportra, külső- és személyiségjegyekre oszthatjuk. Vizsgáljuk meg ezeket.

I. Külső körülmények

1. A nővér, ápoló *megjelenése* jó benyomást keltsen.
2. Legyen *tiszta és ápolt*.

II. Személyiségjegyei

1. Nagyon fontos a jó *megfigyelőképesség*. A beteget az érkezéstől a távozásáig szemmel kell kísérni. Mindig arra gondoljunk, hogy a beteg (főleg a betegség!) „kiszámíthatatlan”. Még a távozása előtti pillanatokban is történhet váratlan esemény.
2. Az ápoló *logikus gondolkodása* alapvető készség, amely elsősorban összefüggések meglátását, rejtett jelenségek föltárását, hirtelen támadt új és nehéz helyzetek szakszerű megoldását eredményezheti.
3. Az *összefüggések gyors felismerését* ki kell emelnünk és ez a nővér szintetizáló készsége. Kevés olyan területe van a tudományoknak, ahol annyi szélsőséges, karakterre nézve különálló jelenség tartozik össze – épp a beteg ember fogja össze –, mint az ápolás és gyógyítás során. Ami szembetűnően eltérő gyakorlat, hogy az orvosnak elsősorban analizálnia kell, hogy a kórisme és a terápia világossá váljon előtte, addig az ápolónak már az orvostól kapott információk birtokában összegeznie szükséges.
4. A *pontosság* fő erény. A pontosság a gyógyítás egyik meghatározó eleme és gyakran életmentő lehet.

5. A *megbízhatóság* is minden ápolótól elvárható. Ha az orvos, főnővér utasításait, a beteg kéréseit nem hajtja végre, feledékeny, a kért dolgot elbagatellizálja vagy kényelmes megoldani, nem erre a pályára való.
6. Az *együtműködés* az orvosokkal, a többi dolgozóval és a betegekkel annyira fontos, hogy külön tárgyaljuk. (Lásd: a 4. és 5. fejezetet.)
7. *Felelőssége* nagy: a beteg ember élete, egészségének visszaadása. Felelőtlensége nemcsak etikai, hanem büntetőjogi rendelkezésekbe is ütközhet.
8. *Udvariasnak* és *tapintatosnak* kell lennie, és ez fokozottan igaz az érzékeny, szenvedése miatt egoista beteggel szemben.
9. *Titoktartónak* kell lennie. A beteg legbelsőbb testi-lelki gondjait ismeri meg és ezek nem lehetnek pletyka tárgyai. Sértenék a személyiségi jogokat.
10. *Pártatlansága* szintén alapvető. Nem tehet különbséget a betegek között.
11. *Kifejezésmódjának szabatosnak* kell lennie, hogy még a legegyszerűbb beteg is megértse és munkatársait se vezesse félre. Az ápolónak a beteget nevelnie és tanítania kell. Nem mindegy, hogy ezt miképpen teszi.
12. *Egészséges életmódjával* tartsa fenn teherbíró képességét; adjon példát munkatársainak és a betegeknek.
13. *Intelligens* legyen. Ösztönös ápolási készsége, mechanikus gyakorlati tudása, elméleti szakmai ismerete empátiával rendelkező lelki intelligenciával kapcsolódjon össze.
14. Kellő *empátiás készsége* legyen. Ezt „[...] az ápolónő egyik legfontosabb személyiségjegyének

tekintjük. Az empátia (beleélés) azt jelenti, hogy beleképzeljük magunkat a beteg lelkvilágába, hogy közelebb juthassunk hozzá, bizalmát megnyerjük, ugyanakkor együttérzésünket is így tudjuk kialakítani, fejleszteni.”¹⁶

Itt kell idéznünk általában az empátiáról Buda Béla meghatározását, amely „[...]kommunikáció, a fogalomnak azonban abban az általános, kiterjesztett értelmében, ahogyan ezt a kommunikációelmélet alkalmazza, vagyis jelzészváltás, jelzésekódolás, függetlenül attól, hogy a jelek milyen természetűek, konvencionálisak-e vagy biológiailag meghatározottak. Csak az a lényeges, hogy a kommunikációra alkalmas jelzések legyenek, ennek pedig az is ismérve, hogy a kommunikálóban és a befogadóban – ha a kommunikáció állandó kölcsönhatásból és szüntelen lüktetésből álló folyamatát pillanatfelvétel-szerűen megmervítjük, és így elkülöníthetővé válik a kommunikáció és a kommunikációt befogadó fél – azonos jelentése legyen a jelzéseknek.”¹⁷

Az empátia kommunikációs alapjai, amelyeket a nővérnek el kell sajátítania, a következőkből állnak:

1. *Mimikájával*, arcmozgásával sokat elárul belső érzéseiről, a betegről. Vigyáznia kell, hogy mimikájával rokonszenvet ébresszen.
2. *Tekintetével* kérhet, utasíthat, szidalmazhat és megbocsáthat. Az emberi tekintet mondanivalóját ösztönösen a legkorlátoltabb ember is érzékeli. A tekintet *sugároz*: nem mindegy, hogy szeretetet vagy ütést érzünk utána.
3. A kommunikáció legfontosabb része a tagolt emberi *beszéd*. A nővér ezen keresztül fűzheti szorosabbá kapcsolatát a beteggel.

¹⁶ Bokor N. 1989. 1: 67.

¹⁷ Buda B. 1985. 80.

4. A kéz mozgásával, a *gesztikulálással* akár egy történetet el lehet „beszélni”, mindenesetre, jól kiegészítheti a szavakat, súlyt, színt adhat nekik.
5. A *taglejtések* és a *testtartások* szintén kapcsolatteremtők. Már a nővér mozdulata, ahogy a beteg elé helyezi vagy löki az ételt, a vele kapcsolatos érzelmeit tükrözi.
6. Az *érintés*, főleg a beteg – ezen belül is az idős – ember számára meghatározó. Fájdalmat okozhatunk és enyhíthetünk vele. Beszédünknek gyakran adunk súlyt azzal, hogy pillanatra partnerünk vállára helyezzük kezünket vagy megérintjük a karját. Ez az érintés az empátia fontos kelléke, mert a kapcsolattartás bensőségebb „megpecsételését” jelenti. Arra vigyázunk, hogy sohase legyen bizalmaskodó vagy tolakodó.
7. A *szaganyagok* különösen egy kórteremben vagy rendelőben alapvetők. A betegek egy része már a jellegzetes jód, fertőtlenítőszer és gyógyszerszagtól is ingerületbe kerül. Fokozza ezt, ha veríték-, test- vagy szájszagot áraszt a gyógyító és ápoló személyzet, ugyanakkor ellensúlyozza a gyógyintézmény „nehéz szagát”, ha enyhén dezodorált és illatos, tiszta test közelségét érzékeli.
8. A *távolságtartás* vagy *proxemika* a nővér esetében az empátia határát jelzi a bizalmaskodás és „haverkodás” tűrhetetlen területén. A nővér lehet a beteg „barátja”, de ez a kapcsolat munkahelyi és nem lehet része a magánéletének.
9. Az empátia olyan külső jelekkel is kialakítható, mint az *emblémák*. A fehér munkaruhán elhelyezett piros kereszt mindenkiben a segítségadás gondolatát éleszti. A nővér nevének kis táblán való kiírása a köpeny zsebén lehetőséget ad a betegnek

és a hozzátartozóknak arra, hogy a kapcsolatteremtés könnyebb legyen, a dolgozót néven nevezhessék.

A nővér önmagával folytatott számvetése során az *önnevelése* is fontos. Ez a nővérré válási folyamat állandó kísérője, akár a „jó papnak, hogy holtig tanul”. Az ápolónak ismernie kell, hogy a pszichológia – épp az empátiás készsége alapján – hány nővértípust különböztet meg és ezen belül ő melyikhez tartozik? Szerencsés-e ez a csoport, vagy önnevelése során átkerülhet egy általa rokonszenvesebbnek ítélt típusba? Hárdi István rendszerezése alapján megkülönböztetünk:

1. *Rutin* típusú ápolót. Ő minden rábízott feladatot elvégez, csak éppen a beteg „marad ki” belőle. Az empátiakészsége gyenge.
2. *Szerepjátszó* típus. Nem őszinte, ezért nincs hitele és nem tud bizalmat nyerni. Empátiakészsége rossz úton jár.
3. *Idegés* típus. Belső feszültségei minduntalan megnyilvánulnak. Kételyt ébreszt, hogy tudásában bizonytalan. Gyakran terhes neki a munkája. Empátiát nem tud kialakítani. Kapcsolatát beteggel, orvossal olykor elrontja.
4. *Robusztus* egyéniség. Az osztály, rendelő „őrmestere”, aki magatartásával mindenkit lehenget és kényszerít. Lehet meleg lelkű, de magatartásával a kapcsolatteremtést megnehezíti, empátiája gyenge. Magatartása *göggös fölénnyé* is torzulhat, s ez már alkalmatlanná teszi erre a pályára.
5. A „*specialista*” ápolónak csak egy adott területen alkalmas a munkája. Amíg ezt végzi empátiát is gyakorol, de ha áthelyezik másik munkakörbe, az empátiáját elveszíti.
6. *Anyás* típus. Ő az igazi „kedves nővér”, kellő empátiakészséggel. Egész élete a segítségben és

önfeláldozásban telik. Betegeit nem szakmai előírásból, hanem belső késztetése alapján szereti és szüntelenül gondoskodik róluk.¹⁸

4. Beilleszkedés az osztály munkájába

A nővérré válás folyamatának alapvető része, hogy a frissen megszerzett oklevél birtokában, miként tud a nővér beilleszkedni a munkahelyén? Nemcsak a beteggel való kapcsolatteremtésben szükséges számára az empátia, hanem a főnökeivel, munkatársaival is empátiával kell ismerkednie.

4.1. Kapcsolat a főnökeivel

Kevés olyan szakma van, ahol a hierarchia még mindig olyan nagy szerepet játszik, mint az egészségügyben. Sarkítva a kérdést, egy kezdő technikus és a vállalatvezető igazgató-főmérnök között nincs akkora távolság, mint egy orvosprofesszor, illetve friss okleveles nővér között. Van abban valami igazság, hogy ez a mi egészségügyi szakmai „szakadékunk” kissé még feudális jellegű, és a tekintélyelvűség elsősorban európai jelenség, de létrejötté és már-már anakronisztikus fennmaradása tény, amelyet minden e munkakörben elhelyezkedőnek tudomásul kell vennie.

Bán Mária így fogalmazott: „Az osztályos orvosi és ápolónői munkakör – jóllehet a szervezeti hierarchiában – egyenrangú, de az orvos szakmai felkészültsége és felelőssége magával hozza a fölérendeltséget. Ez azt jelenti, hogy az ápolónő köteles az orvos utasításait – diagnosztikus, terápiás feladatok elvégzésére vonatkozóan – végrehajtani.”¹⁹

Ugyanakkor határozottan le kell írunk, hogy a nővér beilleszkedését a professzortól a segédápolóig mindenkinek kötelessége elősegíteni. Ennek érdekében „A fekvőbeteg-

¹⁸ Hárdi I. 1966. 34-35.

¹⁹ Bán M. 1989. 1: 55.

osztályokon a munkafolyamatokat a munkarend rögzíti, aminek lényege, hogy az elvégzendő feladatcsoportokat sorolja fel időbeli sorrendben. Ez biztosítja a feladatok, a műszakok zökkenőmentes kapcsolódását és egyben az osztály harmonikus együttműködését más osztályokkal. Szakmai célokat szolgál, de megkönnyíti az új dolgozó, tanuló ápolónő beilleszkedését az osztály munkájába.”²⁰

A nővér egyik fontos magatartási jegye a *megfigyelés* és a *hallgatás*. Gyakori jelenség, hogy a frissen szerzett szakismeret alapján fölényt érez és ezt rögtön ki is nyilvánítja, ha gyengébb, korszerűtlenebb megoldásokkal találkozik. A beteg érdekében köteles erre figyelmeztetni, de nem mindegy, hogy mikor és hogyan. Előbb fogadják be munkatársai. Rajta is múlik, hogy ez a folyamat mennyire gyors. Ezután beszélje meg a dolgot a beosztott többi nővérral. Gyűjtsön tapasztalatot, hogy mi a véleményük a javaslatáról és hányan állnak majd mellé? Gyűjtsön rokonszenvezőket ügye mellett, és ezután beszéljen a főnővérral, osztályos orvossal. Búvó pataként elindulva váljon a gond széles folyammá; érje el, hogy ötlete másoknak is fontos legyen. Gyakran úgy kell előadnia tervét, mintha a főnökeinek az ötlete lett volna, ő csak emlékezteti rá őket. Ez a „megkerülés” értékes kompromisszum, amely munkája során fog gyümölcsözni.

Azt meg kell tanulnia, hogy környezetét nem elidegeníteni, hanem empátiával maga felé kell fordítani. Ezt neveléssel érheti el. Még a főnökeit is nevelnie kell, azzal a csendes, szerény és kitartó magatartással, amely nem bánt meg senkit és nem derül ki belőle közvetlenül, hogy oktatást végez. Tudnia kell, hogy – akár a betegekkel kapcsolatban – a főnökeivel szemben sem lehet igaza, ha ezt erőszakosan végzi; ha nem a meggyőzés, hanem a legyőzés módszerével teszi. Alapkövetelmény az is, hogy *a beteg előtt sohasem vitatkozzhat!*

²⁰ Bán M. 1989. 1: 55.

4.2. Kapcsolat az idősebb nővérekkel

Az idősebb nővérek munkarendileg, szakképzettségük szerint az újdonsült ápolónak nem főnökei ugyan, mégis függ tőlük. Kollégái már nagyobb szakmai és élettapasztalattal bírnak. Az idősebbeknek kijáró tiszteletet is meg kell adnia. Sajnálatos, hogy beilleszkedése során több negatív magatartási jelenséggel is kényszerűen találkozik, amelyek rontják empátiás készségét és helytállását. „A munkahely lelki egészségvédelmében is elsőrendű az emberi, a munkatársi kapcsolat. A jó emberi közösség bensőséges légkör kialakulásához vezet, mely nemcsak kellemessé, hanem eredményesebbé is teheti a munkát[...] Munkatársak és kollégák, főnökök és beosztottak sokat tehetnek egymás lelki egészségéért” – írta Hárdi István.²¹ Tegyük hozzá, a kollektívába került új és fiatal nővér empátiás fejlődéséért is.

Ugyanakkor legtöbbször mi a helyzet? „Világszerte végzett munkapszichológiai vizsgálatok kimutatták, hogy az emberek sokszor meglepően felszínes apróságokért gyűlölik egymást. Nők között fiatalok és nem fiatalok, szépek és előnytelen külsejűek között ellenséges feszültség támadhat.”²² Ezek közül tapasztalatunk alapján csak a legszembetűnőbbeket emeljük ki.

1. Lekezelés

Még a legjobb csoportban is mindig akad egy olyan munkatárs, aki magatartásával megmérgezi a többi jó közérzetét. Ha a közösség szeretettel nem bírja rá magatartásának megváltoztatására, elindul a legkülönbözőbb gyűlölködés, kiközösítés. Rosszabb esetben a légkört megmérgező ember veszi át az uralmat és terrorizálja a közösséget. Nem szabad, hogy idáig jusson a kapcsolat.

A fiatal munkatárs gyakran kimondatlanul is „kis naiv”, aki „mit okoskodik itt, mi sem váltottuk meg a világot!” A

²¹ Hárdi I. 1992. 181.

²² Hárdi I. 1992. 181.

magával hozott, iskolában tanult módszerek gyakorlásáért kinevetik, megszégyenítik. (Egy példa: kisműveinknek tanítottuk a gumikesztyű kötelező használatát bizonyos feladatok elvégzése közben. Néhány év múlva a kórházban találkozunk egykori tanítványunkkal, aki kesztyű nélkül bánik a fertőző anyaggal. „Ezt tanultad?” – hangzik a szemrehányás. Pirulva mondja: „– azért nem használom a kesztyűt, mert kinevetnek érte. Itt senki sem fél, senki sem húzza föl.”)

Az ápolónő őrlődik, megszégyenül, empátiás készsége nem tud kialakulni. Pedig „A kezelő- és ápolószemélyzetnek különösen gyakorolnia kell az empátiát. Ezt az érzést idővel el lehet veszteni (közömbössé lehet válni), ezért fennmaradása érdekében tudatos erőfeszítéseket kell tenni.”²³ Ilyen és hasonló esetekben, mint a fenti példából láttuk, mi a tennivaló? Lelkiismeretünk szerint a tanult értéket őrizzük és feladatunkat ennek megfelelően hajtjuk végre. Azért, mert mások kényelemből például fertőzésnek teszik ki magukat és ezt ráadásul bátorsággal ideologizálják meg, a mi egészségünk nem károsodhat. Majd hozzászoknak, hogy így dolgozunk! Ne mi kövessünk másokat a rossz módszerben, hanem adjunk példát, amelyet követni érdemes.

2. Közömbössé válás

A legtöbb friss okleveles, fiatal nővér lelkesedéssel kezdi meg a munkáját. Tele van tervekkel, jobbító elgondolásokkal. Ezeket azonban nem tudja megvalósítani, mert kinevetik érte, vagy leintik, esetleg meg is tiltják neki. Eleinte még küzd az elveiért, de az ellenállás, a közösség vagy a főnökeinek baljós magatartása visszaretenti. Közömbössé válik. Még az sem érdekli, azt sem végzi el lelkiismeretesen, amit az osztályon helyes szemlélettel hajtottak végre. Csökken az empátiája, és egy idő után már észre sem veszi, hogyan esett vissza alacsonyabb szakmai szintre. Ez a „beilleszkedés” a lehető legkárosabb jelenségek közé tartozik, mert elfogadta a rosszabb

²³ Bokor N. 1989. 2: 597.

megoldást. A beteg gyógyulását, az egészségügyet, az egész társadalmat nem ez a jelenség viszi előre!

3. Ocsmány beszéd

Az utóbbi időben elharapódzott az osztályokon az ocsmány beszéd. A durva szavak nemi vonatkozású trágársággal kapcsolódnak. Ebben a szakmai képzettség, a biológiai felkészültség önmutogatása, a „bennfentesség” jelzése párosul az intelligencia hiányával. Ehhez sohasem szabad hozzászokni. A káros jelenségekhez való asszimiláció, főleg a kezdő nővér esetében életre kiható sérülést okoz. Kitűnő hasonlattal magyarázza ezt M. Ben-Menachem: „[...]ha van egy sérült palántám, bármilyen vigyázva, gonddal nevelem is, mégis egész életén keresztül meglátszik rajta, hogy nem tökéletes. Ha viszont egy százéves tölgynek baltával esünk neki, a seb hamar beforr[...]”²⁴

4. Tömegtermelés

Az elmúlt évtizedek során az orvosi rendelők, kórházak túlszűfolttá váltak. Gyógyító intézményeink üzemszerűvé lettek, ahol „futószalagon” halad a beteg. Amikor „odaér” egy-egy orvoshoz, nővérhez, javítanak rajta, akár egy elromlott gépen. Ez a tömegtermelés egyre lelketlenebb. Ebben az empátia csupán lelki „nyavalygás”. A betegből „kivesszük, bekötjük, beadjuk” stb. Ebben a mechanikus rendben a beteggel együtt a nővér is hánykolódik, pedig „A kedvező körülmények között végzett munka a lelki egészség egyik legfőbb védelmezője[...] Az érdekes munka leköti, s eltereli figyelmüket a kellemetlenségekről.”²⁵

5. Kitolások

Mint a katonaságnál az újonc, a munkahelyre bekerülő nővér is kezdetben a legrosszabb munkákat, legnehezebb

²⁴ M. Ben-Menachem. 1991. 226.

²⁵ Hárdi I. 1992. 183.

beosztást kapja. Az ott dolgozók ezt természetesnek veszik. „Szokja meg, hogy itt dolgozni kell”, „engem is bedobtak a mély vízbe”, „így tanulja meg a szakmát” stb. hangzanak a negatív vélemények. Óriási tévedés! Amit addig szeretett is benne, végleg megutálja. Empátia helyett, a kitolások hatására kialakul benne a védekező reflex és ő meg „átveri” a munkatársait.

Az új kollégához, akár a betegekhez, empátiával kell közeledni. Munkába helyezésüket és terhelésüket a fokozatosság elve alapján lehet elkezdni. Még önbizalmát is fokozzuk, ha nehéz feladatokat adunk neki azzal, hogy képességei alapján meg tudja oldani. Bizalmat érez ezáltal. A barátságos kommunikációt vele alapfeltételnek kell tekinteni. „Adler az érzelmi beállítottság lényegét, okait a más emberekhez való közeledésben vagy távolodásban látja. Úgy gondolja, hogy a másokhoz való közeledés váltja ki a pozitív érzelmeket, míg a távolodás a negatívokat.”²⁶

4.3. Alkalmazkodás a tanultaktól eltérő munkakörülményekhez

Szakoktatásunk a nővérképzés során a legkorszerűbb eljárásokat, fogalmakat, munkahelyi feltételeket ismerteti. Ez vitathatatlanul fontos és követendő eljárás. Az a jószándék vezérli, hogy a szakma „legjavát” sajátítsák el. A gond ott kezdődik, amikor a nővér munkahelyén semmit sem talál meg, amit tanult és amit szeretne. A magyar egészségügyi intézetek közismerten korszerűtlenek. Itt-ott akad egy-két új kórház, rendelő, különleges műszer, de ezekhez nővéreink kis százaléka jut hozzá, főleg nem a pályája kezdetén.

A legtöbb gyógyintézményben a tömegtermelés érdekében úgy bővítettek, hogy például a beteg ellátása, illetve a nővér munkája szempontjából fontos kiszolgáló helyiségeket elvették és kórteremmé, vizsgáló, vagy műszerszobává stb. alakították

²⁶ M. Ben-Menachem. 1991. 175.

át. A megmaradt vizesblokk távol esik, a nővér egy műszak alatt fölöslegesen többlet járkal, a beteg mindig „foglalt” jelzést talál az ajtóra kiakasztva.

A nővér hiába tanulta meg egy sor korszerű eljárás alkalmazását, ha a tárgyi feltételek hiányoznak; ha nincs műszer, az osztály adottsága nem teszi lehetővé a végrehajtásukat. Így az ápolók improvizációra kényszerülnek és szinte újra kénytelenek megtanulni a szakmát egy jóval alacsonyabb fokon, hogy alkalmazkodni, egyáltalán dolgozni tudjanak a rosszabb körülmények között.

Ez a gond is *nővérkiválasztó*. Sokan reménytelenül csalódva nem kötődnek tovább szakmájukhoz és alkalmas lehetőség kínálkozására elhagyják a pályát. Rostáló ez azért is, hogy milyen az alkalmazkodó képessége, mennyire tudja átalakítani magában a talált világot és empátiával a betegre, környezetére koncentrálni. A nővér számára a rossz munkakörülmény kihívás: mennyire tud megkapaszkodni, és mit tud azért tenni, hogy az adottságok javuljanak. „Az egészséges személyiség vállalja tetteiért a felelősséget, akármilyen következményekre számít is. A következmények egyébként általában jók.”²⁷

5. A nővér megfigyeli a beteget

Nyitott térségben, mondjuk egy utcán haladva az emberek kevésbé figyelik egymást, nincs is erre módjuk. Ugyanakkor zárt helyen, amilyen pl. egy kórterem, az embereknek idejük és lehetőségük van a társ fürkészésére. Ez több irányú. A beteg figyeli betegtársait és az egészségügyi dolgozókat, a legtöbbet vele lévő nővéreket. Az ápoló pedig figyeli a beteget. Utóbbi teszi ezt gyakran öntudatlanul is, amikor a kórteremben más munkát végez. Egy mozdulat, egy elejtett szó a beteg körülményeire árulkodik.

A nővér-beteg kapcsolatban négy állomást különböztetünk meg:

²⁷ M. Ben-Menachem. 1991. 229.

1. *Kezdő szakasz.* A nővér és a beteg egymással ismerkedik.
2. *Folyamatos szakasz.* A betegből állapota sok szorongást kiválthat, amelyet oldani kell. Az empátia már kölcsönös.
3. *Befejező szakasz.* Ekkor a beteg távozását kell előkészíteni, „megtisztítani” a hospitalizációtól.
4. A nővér legyen a beteg *vezetője, nevelője*, életmódjának kialakításában *folyamatosan* a segítő társa.

5.1. A beteg elhelyezése

A gyógyulás szempontjából rendkívül fontos a beteg helye a kórteremben. Egyesek pozitívan, mások negatívan hathatnak egymásra. Jól meg kell választani, hogy milyen típusú betegek kerüljenek össze. A nővér feladata észrevenni, hogy valaki szenved-e a szoba- vagy ágyszomszédjától? A betegek társaikat is segíthetik és ez mindaddig örömteli, amíg föl nem vetődik, hogy végül is ki ápol kit? A betegtárs vagy a nővér végzi-e ezt a feladatot? Éppen ezen a ponton kialakulhat az *incompatibilitás*, azaz nem tudnak megfelelő kapcsolatba kerülni egymással, mert hiányzik a nővér empátiája. Ilyenkor szóba jöhet még a nővércsere is, mert hideg légkörben a beteg „vész el”.

5.2. A beteg empátiás ápolása

Legtöbbet a nővér tartózkodik a kórteremben és beszélget a betegekkel. Tudatosan „csoportterápiát” hajt végre, amelyet a beteg nem tud, így öntudatlanul gyógyul. Érzi ugyanis, hogy foglalkoznak vele, hogy ember és nem egy beteg a sok közül. Ilyenkor gyakori, hogy a betegek kérésekkel fordulnak a nővérhez. Ezeket teljesíteni kell. Ha kérése ellentétben áll a gyógyulásával és társai érdekével, akkor sem szabad nyíltan visszautasítani, bántó, parancsoló hangon kioktatni, hanem érzéssel rávezetjük kérése teljesíthetlenségére vagy kitérünk a nyílt ütközés elől. A beteggel sohasem vitatkozunk, nem bizonyítjuk be neki az igazunkat. A fölény és a bírószerp a

betegben a kiszolgáltatottság érzését kelti és csökken segítőszándéka a gyógyításban. Arra is ügyeljünk, hogy nővérek, egészségügyi dolgozók ne vitatkozzanak a beteg előtt, kiváltképp ne a betegről. Ez szintén bizalmatlanságot táplál.

5.3. A nővér-beteg-látogató viszonya

A betegnek gyógyulása érdekében pszichésen szüksége van látogatókra, ezt nem tilthatjuk meg neki. Az utóbbi években egyre több negatív jelenséget tapasztalunk a látogatók részéről. A kórházi rendszabályokat – amelyek egyébként éppen a betegek érdekét szolgálják – nem tartják be, és polgári engedetlenséggel sok mindent elkövetnek, ami nehezen tolerálható. A becsempészett kiskorú látogató, szeszes ital, dohánytermék, diétaellenes étel, a hangoskodás, tömeges látogatás, a beteg ágyára ülés és így tovább, közismert jelenségek. A nővérnek a látogatókkal is kapcsolatban kell lennie. Tapintatosan kell őket figyelmeztetni szabálysértő magatartásukra. Ugyanakkor épp úgy szükséges a felvilágosításuk hozzátartozójukról, ahogy ezt a betegekkel teszik. A látogatók szorongása a beteg ágya mellett igen negatív magatartás.

A nővér fedezi fel azt is, ha egy betegől elmaradnak a látogatók, vagy ha egyáltalán nem is jönnek. A beteg számára egyre lehangolóbbak a látogatási órák, hiszen társai körül ott állnak szerettei, barátai, míg tőle senki sem kérdezi meg, „hogyan érzi magát?”

Magányosnak, kivetettnek érzi magát, akiről lemondott a családja, a társadalom. Manapság egymás után alakulnak karitatív egyesületek. Egyház, cserkészlet, fiatal önszolgáltató csoportok végeznek karitatív szolgálatot. A nővér szóljon nekik. Jöjjön el közülük egy, aki vállalja, hogy kapcsolatot teremt a magányos beteggel; rendszeresen látogatja és megosztja vele a magányát.

6. A nővér nevel és megelőz

A nővérré érés folyamatában az elvárás egyik fontos teljesítménye, hogy a nővér mindinkább *pedagógussá is váljon*. Ez akkor sikerül, ha fejlődése minden állomását kihagyások nélkül végigjárta, mert kellő szakmai gyakorlatra és ember-, azaz *betegismeretre* így tud szert tenni.

6.1. A beteget felvilágosítja

Amikor a nővér már megismerte a beteget, tisztában van a kórképpel és ebből következően a várható kilátásokkal, a legnagyobb tapintattal felvilágosítja. Két egyforma beteg sincs, akiket azonos módon lehetne rávezetni testi-lelki gondjaik rendezésére. Még nagyobb a kihívás, ha gyógyíthatatlan, vagy már ezen állapotával tisztában lévő beteg ágyánál kell állni és annak agóniáját látni. (Ezekkel a gondokkal részletesen majd a „Halál”-al foglalkozó dolgozatunkban találkozunk.)

6.2. Segítség a beteg életmódjának kialakításában

Szerencsére a betegek jelentős része lábadozásban vagy gyógyultan hagyja el a kórházakat, klinikákat. Egyetlen ápolts sem térhet haza „üres tarsollyal”. Az orvos megadja a legszükségesebb tanácsokat, a betartandó szempontokat. A nővérnek kell ezeket „kidolgozni”, alaposan elmagyarázni, rávezetni a beteget arra, hogy a diétát, különböző kényelmetlenségeket, lemondásokat miért kell vállalnia és miként viselje el azokat. Meg kell vele értetni, hogy az életének legfőbb *kincse az egészsége* és ha ezt visszkapja, hogyan *őrizze meg* tartósan.

6.3. Felfigyel a beteg gondjaira

A nővérnek érzékelnie kell, ha a beteg túlzott mozgásra, ziháltságra hajlamos vagy *izgága*. Gyakran ugyanazt

megkérdezi a nővértől. Az is sűrűn előforduló jelenség, amikor mozgása lecsökken, szinte „megbénul” és ezzel párhuzamosan *elnémul*. Ezt az állapotot a pánikba esés követheti. Szorongása a jövőjére irányul: „mi lesz velem?”

Ismert a *hipochondriás* állapot is, amikor a beteg önmagát figyelni, és betegségét bebeszéli magának. Ennél rosszabb már csak az lehet, ha a nővér mindezt érzékelve maga válik szorongásossá és fölteszi a kérdést, hogy „ő is lehet ilyen beteg?”

Először hallgassuk meg a beteget. Engedjük meg neki, hogy kibeszélhesse magát. Nagy hiba, ha szavait és betegségét elbagatellizáljuk, ha „lebeszéljük” álláspontjáról, minduntalan figyelmeztetjük: „szedje össze magát”, vagy „felnőtt ember nem viselkedhet így” stb. Ne feledjük, hogy a szervi betegségek lelki törést okozhatnak, a lelki bajok pedig szervi tüneteket is produkálhatnak.

Ideg-elmeosztályon nagyon fontos „Átérezni, megfelelően rezonálni mindama érzelmi hullámra, feszültségre, érzésre, indulatra, amely a betegben zajlik, [és ez] az ápolás magasiskolája. Félelem, harag, fájdalom, gyűlölet, féltékenység, szeretetvágy, lemondás és kétségbeesés felfogása sokat segíthet szenvedő embertársaink sorsán.”²⁸ A betegnek „A nővér mellette állása, együttérzése nagy segítség. A beleélés és az együttérzés mindig fontosabb, mint az – elhamarkodott, szakszerűtlen és az alapok módszeres felfogása nélküli – »tanácsadás«.”²⁹

6.4. A nővér megelőzi azt az állapotot, amikor a beteg „feladja” gyógyulása reményét

A beteg, különösen ha hosszan tartó terápián van a kórházban, „elunja” életét és olyan letargikus állapotba kerülhet, amikor „feladja” gyógyulása reményét, sőt az életbe

²⁸ Hárđi I. 1966. 77.

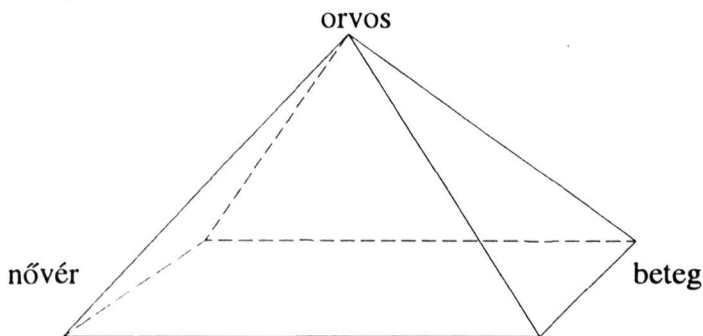
²⁹ Hárđi I. 1966. 77.

maradásának értelmét is megkérdőjelezi. *Lelki túlérzékenység* is kialakulhat, amely vegetatív labilitást okoz. A beteg eljuthat az öngyilkosság gondolatához, esetleg azt meg is kísérel. Ennek megannyi előzetes tünete, magatartásbeli változása van, amelyet a nővérnek észre kell venni. A *depresszív fájdalmakat* hangulatemelő szerekkel lehet befolyásolni és a beteggel empátiával foglalkozni. Jóval többet, mint addig. A kezelő orvosnak fel kell hívni a figyelmét a beteg rossz irányba fordult hangulátváltozására.

7. A nővérré érés kiteljesedése

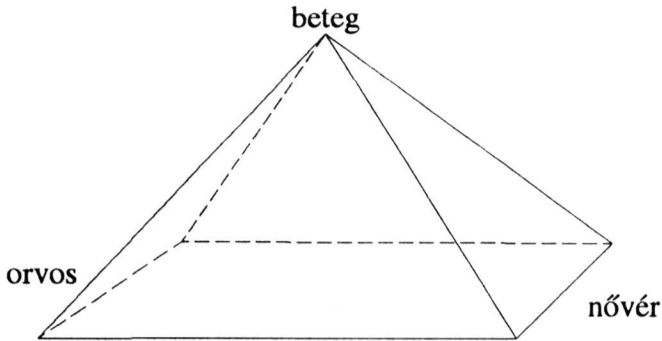
Az ápolóvá válás hosszú és nehéz időszaka az empátiás készség kifejlesztésével, az ápolás művészetének elnyerésével zárul. De nem elég mindezt egyszer teljesíteni, hiszen nem diákviszonyról van szó, amikor egy anyagból a vizsgára kell felkészülni, ott jól szerepelni vele, azután el is felejtheti, mert soha, senki sem kérdezi tőle. A nővértől a beteg kéri számon munkaidejének minden percében, és ha a megszerzett tudást, empátiát mindig gyakorolni is képes, az okleveles nővér ekkor válik ápolóvá, szakmája művészévé.

Nagyon fontos, hogy találjuk meg a helyünket a társadalomban. Sajnálatosan, az eddigi gyakorlatban a piramis csúcsán mindig az orvos volt, míg az alapon őt követte a nővér és a beteg.



Ez a felfogás súlyos tévedés volt!

Legyünk végre kellő szakmai alázattal. Nem a beteg van az egészségügyi dolgozókért, hanem mi vagyunk a betegért. Fordítsuk meg tehát a sorrendet ezen a társadalmi piramison:



7.1. A férfi ápoló

Nem egy osztályon szinte nélkülözhetetlen a férfi ápoló. Miként szerezheti meg az empátiás készségét, amikor – mint korábban láttuk – anyáskodó szerep szükséges hozzá és egy férfitől mégsem követelhetjük meg, hogy legyen a betegek „anyja”. Talán az ő esetükben az apaszerepre kell törekedni? Csakhogy ez mégsem azonosítható az anyaszereppel. Valami „nemtelen” empátiát sem fejleszthet ki, hiszen a szeretet sugárzását, a beteg gondjainak átvállalását az ápoltnak éreznie kell. A férfi ápolónak tehát mindazt tudnia szükséges, amit a nővérnek, mert csak így juthat el szakmája felső fokára, az ápolás művészetéhez.

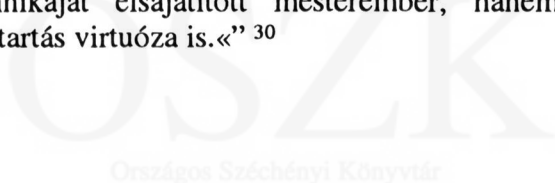
7.2. Ki foglalkozik az ápolók mentális gondjaival?

Egy ápoló – még ha rendelkezik is a megfelelő empátiás készséggel és birtokolja az ápolás művészetét – munkája közben szintén rászorulhat mentális segítségre. Ez természetes, hiszen ő is „hús-vér ember” és az ember lelkileg is sérülékeny.

Fokozottan igaz ez az ápolók esetében, akik életük nagyobb részét testi-lelki sérült emberek: betegek között töltik.

Bármilyen gondja van, ő nem torpanhat meg, mert azt a beteg azonnal észreveszi és csökkenne a köztük lévő kapcsolat hőfoka, így a gyógyulás szenvedne hátrányt.

A munkahelynek kell olyan nyitottnak lenni, hogy az ápoló bátran, vonakodás nélkül fordulhasson hozzá gondjaival, mert tudja, hogy meghallgatásra lel és segítséget kap. A többi nővérnek, ápolónak kell segítenie rajta, hogy gondjától megszabaduljon. Ebben a segítségben az osztály orvosainak mindig partnernek kell lenniök és ha valahol ez a segítő folyamat elhal, az orvos lendíti át a holtpontra. „[...] a pergamoni Galenus (130-200) azt hirdette, hogy az orvosnak meg kell tanulnia úgy tekinteni betegét, mint aki nem a művészetének tárgya, hanem embertárs is, akinek többel tartozik, mint pusztán tudásával, aki »nemcsak embertárs a gyógyítás technikáját elsajátított mesterember, hanem az erkölcsös magatartás virtuóza is.«”³⁰



³⁰ Hárdi I. 1989. 1: 71.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Bán Mária: Az egészség, betegség, kóros állapot. 1: 24-39.
In: Bokor N. 1989. Az ápolónői gyakorlat. 1: 50-63. In: Bokor N. 1989.
- Ben-Menachem, Michael: Pszicho – tükör. Budapest, 1991.
- Bokor Nándor szerk.: Általános ápolástan – gondozástan 1-2.
IV. kiad. Budapest, 1989.
Az ápolónővel szembeni elvárások. 1: 64-73.
In: Bokor N. 1989.
A beteg megfigyelés. 2: 357-420.
In: Bokor N. 1989.
A haldokló beteg ápolása. 2: 586-600.
In: Bokor N. 1989.
- Buda Béla: Az empátia – a beleélés lélektana. III. kiad.
Budapest, 1985.
- Hárdi István: Ápoláslélektan. Megértés és magatartás a gyógyításban. Budapest, 1966.
A lélek egészségvédelme. A lelki egészségvédelem jelene és távlatai. Budapest, 1992.
- Kon. I. Sz.: Az ifjú helyzete a családban és a szülőkhöz való viszonya. In: Dr. Oláh János–Dr. Varga István: Szemlények a család és a családi életre nevelés irodalmából. Egészségnevelési segédanyagok 66. sz. Országos Egészségnevelési Intézet, 1983. III. A családi életre nevelés és a nemi nevelés.
- Mérei Ferenc–V. Binét Ágnes: Gyermeklélektan. V. kiad.
Budapest, 1981.
- H. Sas Judit: A családi szocializáció néhány problémájáról. Egészségnevelési segédanyagok 64. sz. II. kiad. Országos egészségnevelési Intézet, 1986.

Dr. Gulácsy Éva
AJÁNLOTT IRODALOM

- Adler, A.: Understanding Human Nature. London. 1927.
Essays in Individual Psychology. Grove Press,
N. Y., 1959.
- Balló R.: A lakosság mentális egészségének érdekében.
Népegészségügy, 1985, 66: 273-282.
- Buda B.: Munkahely és mentálhigiéné. 81-100.
In: Gerevich J. szerk.: Közösségi mentálhigiéné.
Budapest, 1989.
- Elekes A.: Az egészséges személyiség megalapozása a
családban.
(A szülő vagy a pedagógus?) Csongrád Megyei
KÖJÁL Egészségnevelési Osztály.
Egészségnevelési segédanyagok 11. Szeged, én.
- Frankl, E. V.: ... mégis mondj Igent az Életre! Pszichoteam,
Budapest, 1988.
- Gerevich J.: Közösségi mentálhigiéné. Budapest, 1989.
- Gorka T.: A „meggyötört öreg” tünetegyüttese. Med. Univ. 24,
4, 213-214. 1991.
- Hárdi I.: Pszichológiai kultúra és emberi kapcsolatok. 28-39.
In: Réti E. szerk.: A higiénés magatartás kérdése.
Budapest, 1967.
A mentálhigiéné néhány kérdése. Budapest, 1967.
Lelki élet, lelki bajok. Budapest, IX. kiad. 1982.
Mentálhigiéné alapvonásai.
Országos Egészségnevelési Intézet.
Budapest, 1984.

Pszichológia a betegágnál. V. kiad.
Budapest, 1987.

Műveltség, pszichológiai kulturáltság és a mentálhigiéné.

Szociális Gondoskodás 2-3. 61-71. Budapest, 1988.
A lelki egészségvédelemről.

Orvosképzés 1990. 65: 353-363.

Hargittai R.: A nővérek magatartása. Egészségügyi
Továbbképző Intézet, Budapest 1987.

Horányi B.: A mentálhigiéné jelentőségéről. 8-27. In: Réti E.
szerk.: A higiénés magatartás nevelési kérdései.
Budapest, 1967.

Juhász P.–Pethő B.: Általános pszichiátria. Medicina. Vol. 1-2.
1028, Budapest, 1983,

Paneth B.: A mentálhigiéniai gyakorlat újabb tapasztalatáról.
Ideggy. Szemle, 1972, 25: 161-172.

Rihmer Z.–Barsi J.: Öngyilkosság és depresszió. Ideggy.
Szemle, 1990, 43: 123-127.

Séra L.: A pszichológia és a környezet. Pszichológia, 1990.
10, 4, 609-634

Tringer L.: A gyógyító beszélgetés. Magyar Viselkedéstanul-
mányi Egyesület. Budapest, 1991.

