

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM
BÖLCSESZETTUDOMÁNYI KAR
SZEGED

SZAKDOLGOZAT

KÓRHÁZI ESETKÖZPONTÚ SZUPERVÍZIÓ ÉS BELSŐ KÉPZÉSI
CSOPORTTAL KAPCSOLATOS RÉSZTVEVŐI TAPASZTALATOK
FELTÉRKÉPEZÉSE

Készítette: Garaj Zsuzsanna

EHA kód: GAZUAAB.SZE

(név)

Pszichológia

(szak)

Témavezető: Dr. Papp-Zipernovszky Orsolya

(név)

Egyetemi Adjunktus

(beosztás)

2015

Plágium Nyilatkozat

Alulírott **Garaj Zsuzsanna, GAZUAAB.SZE** (név, EHA-kód), a Szegedi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Karának **Pszichológia** szakos hallgatója ezennel büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom és aláírással igazolom, hogy **KÓRHÁZI ESETKÖZPONTÚ SZUPERVÍZIÓ ÉS BELSŐ KÉPZÉSI CSOPORTTAL KAPCSOLATOS RÉSZTVEVŐI TAPASZTALATOK FELTÉRKÉPEZÉSE** című szakdolgozatom saját, önálló munkám; az abban hivatkozott nyomtatott és elektronikus szakirodalom felhasználása a szerzői jogok nemzetközi szabályainak megfelelően történt. Tudomásul veszem, hogy szakdolgozat esetén plágiumnak számít:

- szó szerinti idézet közlése idézőjel és hivatkozás megjelölése nélkül;
- tartalmi idézet hivatkozás megjelölése nélkül;
- más publikált gondolatainak saját gondolatként való feltüntetése.

Alulírott kijelentem, hogy a plágium fogalmát megismertem, és tudomásul veszem, hogy plágium esetén szakdolgozatomat a tanszék visszautasítja.

Budapest,év hó nap

aláírás

Tartalom

Szakirodalmi áttekintés	6
<i>Az egészségügyi dolgozók érzelmi felkészültsége</i>	<i>6</i>
<i>Kiegészítés az egészségügyi szakembereknél és a prevenció lehetőségei</i>	<i>9</i>
Módszerek	14
Vizsgálati személyek	14
Vizsgálati eszközök és a vizsgálat menete	15
Elemzés és Eredmények	16
<i>A csoportalkalmakkal kapcsolatos átfogó tapasztalatok</i>	<i>17</i>
<i>A csoportalkalmakkal kapcsolatos tapasztalatok előzetes elvárásokkal való összevetése</i>	<i>19</i>
<i>A csoportalkalmak során átélt legemlékezetesebb élmények</i>	<i>19</i>
<i>A csoportfoglalkozások hatásának megjelenése a mindennapi munkavégzés során</i>	<i>20</i>
<i>Javaslatok a csoportalkalmak hatékonyságának növelésére</i>	<i>23</i>
<i>Kritikai megjegyzések</i>	<i>24</i>
<i>A csoportalkalmak értékelése</i>	<i>24</i>
Megvitatás	25
Felhasznált irodalom	35
Függelék	39
1. Számú melléklet: Interjúkérdések	39
2. Számú melléklet: Etikai jóváhagyást igénylő űrlap	40

Kutatásomban a Magyar Református Egyház Bethesda Gyermekkorházban, terapeuták számára szervezett esetközpontú szupervízió és készségfejlesztő csoportok hatását vizsgáltam a résztvevőkkel felvett félig strukturált interjúkon keresztül. Munkámban a csoportokkal kapcsolatos általános tapasztalatok feltérképezésén túl arra a kérdésre kerestem a választ, hogy a résztvevők át tudják-e emelni a csoportalkalmak során elsajátított készségeket a mindennapi munkájukba, tapasztalnak-e a csoportnak tulajdonítható változást személyközi kapcsolataikban, illetve melyek azok a tényezők, amelyek szerintük növelné a csoportalkalmak hatékonyságát. A kutatásban 12 fő vett részt, akik mind rendszeresen részt vesznek a csoportalkalmakon. A tartalomközpontú tartalomelemzés eredményei szerint a résztvevők számára a szupervízió elsősorban érzelmi támogató közeget jelent, melynek következtében tágult szakmai látókörük, jelentősen javultak kollegiális kapcsolataik és a munkatársakkal, hozzátartozókkal való konfliktusaikat is hatékonyabban kezelik.

Kulcsszavak: esetközpontú szupervízió, egészségügyi szervezet, készségfejlesztő csoport

Plágium nyilatkozat:

A plágium szabályokat ismerem, és dolgozatomban azokat betartottam.

Az egészségügyi pálya a legkomplexebb kihívásokkal rendelkező hivatások közé tartozik, képviselői közül azonban sokan mégis aktív éveik végéig kitartanak választásuk mellett. Az egészségügyi dolgozók pályamotivációja, és a munkájuk során tapasztalt nehézségekkel való megküzdésre irányuló technikák az egészségpszichológia aktívan kutatott témái közé tartoznak. Az orvosi pályaválasztási motivációkra irányuló vizsgálatokban visszatérő elem az emberek iránti érdeklődés és a másokon való segítség vágya, melyek főleg fiatal, vagy hallgatói státuszban lévő egészségügyi szakembereknél jelennek meg elsődleges motivációs tényezőként (Fields és Toffler, 1993; Hyppölä és munkatársai 1998; Vaglum, Wiers-Jeassen és Ekeberg, 1999). Ezek az eredmények felvillantják az egyik legmeghatározóbb motivációt, amelyben a segítői pálya felé való orientáció gyökerezik. Kiszolgáltató helyzetben lévő emberekkel dolgozni egyszerre jelentheti a munka örömeinek, megélt értékének forrását, de azt az érzelmi megterhelést is, amellyel a segítő szakmák képviselői nap, mint nap találkoznak. A szakterület fontos alappillére tehát a páciensekkel szembeni empátia, helyzetükre, problémáikra való érzékenység kérdése, amely a betegek jólétre, gyógyulásuk menetére is hatással lehet, de emellett nem feledkezhetünk meg a segítőik jól-létéről sem. Dolgozatomban e kettős megközelítés szellemében kívánok bemutatni egy olyan, hazai viszonylatban ritka kezdeményezést, amely egészségügyi szakemberek számára nyújt lehetőséget saját mentálhigiénés „karbantartásukra” és ezen keresztül a betegellátás területén végzett munkájuk minőségének fejlesztésére. A dolgozat megírásában saját szakmai tapasztalataim inspiráltak. Több éven át dolgoztam kórházi környezetben, ahol gyakran szembesültem az emocionális kihívásokból adódó problémák feloldására, kezelésére való lehetőségek és egyéni stratégiák hiányával. Félig strukturált interjúk segítségével azt kívántam feltérképezni, hogy egy multiprofesszionális, esetközpontú szupervízió és készségfejlesztő csoport vajon hatékony eszköz lehet-e ennek megoldásában. A kérdések érintik a csoportalkalmakkal kapcsolatos általános tapasztalatokkal, a legemlékezetesebb élményekkel kapcsolatos résztvevői visszajelzéseket, emellett elsősorban arra fókuszáltam, hogy a résztvevők milyen módon tudják átmenetni a csoportok során elsajátított készségeket mindennapi munkájukba.

Szakirodalmi áttekintés

Az egészségügyi dolgozók érzelmi felkészültsége

Gazdag szakirodalmi háttérrel rendelkezik a betegellátás területén dolgozók érzelmi intelligenciájának vizsgálata. Laikusként arra következtetnénk, hogy aki a gyógyítást választja hivatásául, az átlagosnál magasabb érzelmi intelligenciával rendelkezik, ám a kérdés ennél jóval összetettebb. Freshwater és Stickely (2003) szerint az érzelmi intelligencia olyan alapvető, nem kognitív képességek összessége, amelyek révén az egyén képes hatékonyan reflektálni mások érzelmeire és ezáltal hatékonyabb lehet a mindennapi életében, munkájában. Az érzelmi intelligencia modelljének kidolgozásában Mayer és Kilpatrick (1994) végeztek úttörő munkát, de az EQ koncepciója elsősorban Goleman (1995) és Orbach (1999) munkássága révén vált széles körben ismertté. Gabriel és Griffiths (2002) arról ír, hogy az érzelmi intelligencia és az emocionális munkavégzés elterjedt kifejezésekké váltak a munka világában is. A munkahelyek egyre inkább elvárják a folyamatos tanulást, amely egyéni, csoportos és szervezeti szinten valósulhat meg. A tanulás azonban nem feltétlenül csak kognitív elemekből álló folyamat, hiszen a tanulásra való motiváltság érzelmi komponenseket is tartalmaz. Egy kedvelt főnöktől, kollégától sokkal szívesebben tanulnak beosztottjai, mint egy folyamatosan bíráló, cinikus munkatárstól.

Az egészségügyi dolgozók munkáját folyamatosan áthatja az emocionális involváltság. A pontosan és megfelelően kivitelezett beavatkozások mellett nem tekinthetünk el a beavatkozást „elszenvedő” fél emberi mivoltától. A páciensek állapotából adódó emocionális szükségletek ugyanis túlmutatnak a racionálisan megítélhető, tényszerűen megítélhető procedúrákon, az egészségügynek pedig erre is fel kell készülnie. Freshwater és Stickely (2003) munkájukban megemlítik, hogy a modern egészségügy esetében már a képzési rendszer sem kezeli kellő fontossággal az érzelmi faktort, amely által épp a nővéri, egészségügyi hivatás lelke vész el. A racionális szakmai faktorok túlhangsúlyozása, az emocionalitás ignorálása hosszabb távon a szakemberek kiegyensúlyozatlanságához vezet. A szerzők továbbmennek és kifejtik, hogy az érzelmi intelligencia fejlesztésének elhanyagolása megfosztja az egyént annak lehetőségétől, hogy intellektusát teljes mértékben kibontakoztassa. A magas érzelmi intelligenciával rendelkező nővérek és terapeuták képesek saját és betegek érzelmi szükségleteinek felismerésére, és a páciens felé irányuló, feltétel nélküli elfogadás és szeretet kimutatására. Ez az egyik legerősebb terápiás hatású „intervenció”, amit egy nővér megtehet. Freshwater és Stickely (2003) szerint az egészségügyi szakemberek képzésében fontos szerepe lehet a szupportív szupervízióknak és mentorálásnak, az empátia fejlesztésének, az emocionális

kompetenciák fejlesztésére irányuló elköteleződésnek, dramatikus elemeket tartalmazó szituatív gyakorlatoknak, illetve az aktív hallgatás gyakorlásának. Ezek hosszú távon egy érzelmi szempontból is intelligens tanterv eszközeivé válhatnak.

Bár az empátia az érzelmi intelligencia és egyben a segítő hivatások egyik legfontosabb alapköve, Wheeler és Barret (1994) kutatásukban a nővéreket oktató tanároknál igen alacsony empátiás készségeket találtak. Cadman és Brewer (2001) szerint az érzelmi intelligencia fejlesztése időigényes folyamat, megléte azonban fontos előrejelzője lehet a nővéri hivatásban elért szakmai sikernek, így kiemelten fontosnak tartják az EQ fejlesztésére való lehetőségek megteremtését.

Smith, Profetto-McGrath és Cummings (2009) átfogó tanulmányukban 39 cikk elemzésén keresztül vizsgálták a nővéri hivatás és az érzelmi intelligencia kapcsolatát. A szerzők célja kifejezetten az érzelmi intelligencia és a nővérképzés, nővéri gyakorlat és vezetés közötti diszkrpanciák feltárása volt. Irodalmi áttekintésük során megállapították, hogy általánosan jellemző az érzelmi intelligencia fogalmáról kialakított egységes konszenzus hiánya. Az érzelmi intelligencia nővéri, illetve tágabb körben egészségügyi hivatásban betöltött szerepének pontosabb, elsősorban kvalitatív módszereken keresztül történő definiálását javasolják, emellett a tantervben történő explicitebb megjelenítését sürgetik. Az érzelmi intelligencia alapvető készségeinek elsajátítása nagyban megkönnyítené a hallgatók munkahelyi gyakorlatba történő beilleszkedését, illetve a pályaelhagyás csökkentéséhez is hozzájárulna. Fontos kérdésük továbbá az, hogy pontosan hogyan, milyen módon lehet az egészségügyben dolgozó szakembereket megtanítani a páciensek és saját érzelmeikkel való megküzdésére? Munkámban egy olyan hazai kezdeményezést mutatok be, amely választ adhat a Smith és munkatársai által megfogalmazott kérdésre is.

Kooker, Shoultz, és Codier (2007) kvalitatív kutatásukban arra tettek kísérletet, hogy az érzelmi intelligencia fogalmának konceptuális keretrendszerét felhasználva elemezzék egészségügyi dolgozók elbeszéléseit mindennapi munkájukról, kihívásaikról. A nővéri és terapeutai hivatás a megfelelő minőségű betegellátáson, munkával való elégedettségen és saját hivatásukban megélt autonómiájukon keresztül értékelhető. A kutatás fő kérdése az volt, hogy az érzelmi intelligencia és a betegellátás kimenetele közötti összefüggések feltárhatóak-e az egészségügyi dolgozók elbeszélésein keresztül? A történeteket nővérek írták, akiknek az instrukciók alapján egy olyan, hivatásuk során megélt epizódot kellett leírniuk, amelyben a professzionális tudásuk a beteg állapotában szignifikáns változást implicált. A szerzők hangsúlyozzák, hogy a kompatibilitás aközött, ahogy az egészségügyi dolgozók szeretnék végezni a munkájukat és aközött, ahogy ezt a szervezet számukra lehetővé teszi, kritikus és

megragadható pont a további kutatások számára. Azt gondolom, hazai viszonylatban ez az inkongruencia különösen kiélezett.

Quoidbach és Hansenne (2009) 421 nővér és gyógytornász bevonásával vizsgálta az érzelmi intelligencia, a munkahelyi teljesítmény és a csoportkohézió összefüggéseit. A csoportok átlagos EQ pontszáma mellett vizsgálatuk a csoporton belüli maximum és minimum értékre is kiterjedt. Erre azért került sor, mert a szerzők azt is vizsgálni kívánták, hogy egy-egy csoporttag szélsőségesen magas, vagy alacsony érzelmi intelligencia szintje kimutatható hatást gyakorol-e a csoport egészére. Az érzelmi intelligenciát három dimenzió mentén vizsgálták, melyek a következők: optimizmus/hangulatszabályozás, érzelemértékelés, érzelem alkalmazása. A szerzők szignifikáns összefüggést találtak az optimizmus/hangulatszabályozás és a munkahelyi teljesítmény betegellátás minőségére vonatkozó dimenziója között. Minél alacsonyabb pontszámmal rendelkezett a „leggyengébb” csoporttag, annál gyengébbnek bizonyult a betegek ellátásának minősége az egész csoport szintjén. Az állítást megfordítva a kutatás eredményei igazolták, hogy minél magasabb az optimizmus/hangulatszabályozási érték adott csoporton belüli minimuma, annál jobb lesz a betegellátás minősége. Egy erősen pesszimista csoporttag, aki nem törekszik a pozitív, optimista légkör megteremtésére, „érzelmileg megfertőzheti” a csoport egészét. Az egyén hatása a csoportteljesítményre pozitív irányba is kimutatható, minél magasabb az adott csoportban mért optimizmus/hangulatszabályozási érték maximuma, annál jobb a teljes csoport teljesítménye a betegellátás minőségének tükrében. Ez a személy válhat a csoport „érzelem menedzserévé”, aki felhúzhatja a teljes csoport teljesítményét, javíthatja az adott kórházi osztály munkájának minőségét. A fentiekből következik, hogy ha a betegellátó team tagjai hatékonyabb érzelemszabályozási mechanizmusokkal rendelkeznek, az kimutatható mértékben hozzájárul a betegellátás minőségének javulásához. A segítő hivatást végzők érzelemkezelési stratégiáinak fejlesztése tehát saját érdekeiken túl a betegek gyógyulását is szolgálja, érdemes lenne erre kiemelt figyelmet fordítania az intézmények vezetésének.

Az eredmények érdekessége, hogy az ellátás minősége és az EQ érzelemértékelés dimenziójának csoportátlaga között negatív korrelációt találtak. Erre a meglepő tényre a tanulmány három lehetséges magyarázatot kínál. Blake és Mouton (1964) elmélete alapján egy olyan csoportban, ahol a tagok érzékenyebbek mások érzelmeire, inkább kapcsolat, és kevésbé feladatorientáltak, tehát több figyelmet fordítanak a munkatársaikkal való jó kapcsolat kialakítására, mint a precíz és pontos munkavégzésre. A szerzők elképzelhetőnek tartják azt a magyarázatot is, mely szerint a mások érzelmeit pontosabban értékelő egyének nehezebben korrigálják a velük egy csoportban dolgozók hibáit, nem akarják megbántani ezzel

munkatársaikat. A sorozatosan javítatlanul maradt hibák hosszú távon a teljesítmény minőségének csökkenéséhez vezetnek. Fontos tehát a nyílt, őszinte és asszertív kommunikációs stratégiák elsajátítása is. Ciarrochi, Deane és Anderson (2002) munkájának nyomán az is lehetséges magyarázat lehet erre a jelenségre, hogy a jobb érzelmi percepcióval rendelkező egyének érzékenyebbek az őket ért stresszre, ebből kifolyólag pedig kevesebb figyelmet tudnak fordítani munkájuk apróbb részleteire. Érdekes és messzire mutató felvetés a szerzők részéről az érzelmi percepció fejlesztésének hasznossága, illetve annak megkérdőjelezése. A kutatások egybehangzó tendenciáival szemben tehát Ciarrochi és munkatársai (2002) megemlítik a túlzott érzékenység hátrányait is. A dolgozatomban bemutatott csoport esetében is felmerült az a kérdés, hogy vajon az „érzékenyítő tréningek” esetében mi a kívánatos optimum, hol van az a határ, ami után a túlzott empátia már nem szolgálja sem a segítő, sem a páciens érdekeit?

A csoportkohézió vonatkozásában a kutatási eredmények alátámasztották, hogy a magasabb érzelmi intelligencia pozitívan korrelál a csoportkohézióval. Az érzelmi intelligencia három vizsgált dimenziója közül az optimizmus/hangulatszabályozás bizonyult a leginkább fontosnak ebben az összefüggésben. A kutatás kimenetele alapján úgy tűnik, leginkább az érzelemszabályozás képességének szerepe hangsúlyos a betegellátás minőségének és a csoportkohézió szintjének szempontjából, amely új irányt is kijelölhet a témát kutatók számára, emellett a szakmai képzés és tréningek elemeinek kidolgozásában is hasznosítható eredmény (Quoidbach és Hansenne, 2009).

Kiegészítés az egészségügyi szakembereknél és a prevenció lehetőségei

Ahogy a korábbiakban már szó volt róla, az egészségügyi pálya számos kihívása közül kiemelendő az érzelmi érintettség, hiszen a „munka tárgyát” többnyire kiszolgáltatott helyzetben lévő emberek képezik. A fokozott érzelmi megterhelés és a munkával járó hatalmas felelősség miatt az orvosok, nővérek, rehabilitációs szakemberek és egyéb, paramedikális szakmák képviselői fokozottan ki vannak téve a kiegészítés veszélyének, melyen keresztül fogékonyabbá válhatnak a pszichés vagy akár szomatikus tünetekben manifesztálódó betegségekre is. Jól segíteni csak az tud, aki maga is jól van és megkapja a számára szükséges szakmai vagy adott esetben emocionális támogatást. Kiemelten fontos tehát az egészségügyben dolgozók jólétének biztosítása, mert ennek hiánya az egyéni problémákon túl az egészségügyi ellátás minőségére is negatív hatással van (Quoidbach és Hansenne, 2009).

Az egészségügyi szektor Magyarországon azonban speciális helyzetben van, az érzelmi megterhelésen túl szervezési és finanszírozási problémák nehezítik az ágazatban dolgozók mindennapjait. A kiégés, munkával való elégedetlenség hamar utoléri az egészségügyben dolgozókat, a szakemberek oldaláról a reakciók nem ritkán pályaelhagyásban vagy külföldi munkavállalásban nyilvánulnak meg (Eke, Girasek és Szócska, 2009). Egyre inkább megfigyelhetőek azonban hazánkban is olyan törekvések, amelyek a gyógyítók pszichés jólétének megtartására és a kiégés megelőzésére irányulnak (Molnár és Gyapjas, 2015). Szakdolgozatomban is egy ilyen kezdeményezés bemutatására vállalkozom.

A saját személyiség elengedhetetlen eszköze bármiféle terápiás kapcsolatnak, ebből adódóan fontos, hogy a segítő területeken dolgozó szakemberek saját emocionális igényei megfelelő kielégítésre találjanak. A segítő hivatás integritása is sérülhet, ha a nővér vagy terapeuta nem tapasztalja meg saját érzelmi stabilitásából származó erejét, nem érzi úgy, hogy támogató szakmai légkör veszi őt körül. A szupervízió szupportív eszköze az egészségügyi szakemberek emocionális jólétének, ezáltal hatékonyabb munkavégzés támogatásának (Freshwater és Stickely, 2003).

A klinikai szupervízió gyakorló szakemberek között tapasztalatcserét jelent, amely a szakmai ismeretek és készségek fejlesztéséhez is hozzájárul (Butterworth és Faugier, 1992). A klinikai szupervízió funkcióinak legismertebb felosztása Bridget Proctor nevéhez fűződik, a legtöbb, szupervízióval kapcsolatos kutatás erre a modellre hivatkozik. Proctor (1991) szerint a szupervízió három fő funkcióval bír, normatív, formáló képző és erősítő szupportív funkciókkal. A normatív funkció elsősorban a szakmai tanácsadáson keresztül valósul meg, hozzájárul az ellátás, beavatkozás minőségének javításához és a kockázatok csökkentéséhez. A formáló képző szupervízió a tudás növelését és a professzionális készségek fejlesztését jelenti, míg az erősítő, támogató szupervízió során a résztvevők személyes támogatáshoz jutnak, és lehetőséget kapnak a megküzdési mechanizmusaik fejlesztésére.

Driscoll (2007) két dimenzió mentén rendszerezi a szupervízió típusait, melyek alapján a szupervízió lehet formális és informális, illetve lehet rendszeres és ad hoc jellegű. Ez a négy faktor alapvetően a szupervíziós alkalmak „hol és mikor” kérdését strukturálja. Az alkalmak tartalmi jellegét tekintve Driscoll megkülönböztet szupervízió által kísért tanulást és gyakorlatot, szervezeti szupervíziót és szupportív szupervíziót. Butterworth (1998) találó szójátékkal illetve az egészségügyben dolgozók rövid, informális szüneteit, amelyeket arra használnak, hogy az őket ért stresszes és érzelmileg megterhelő eseményeket megosszák kollégáikkal: „tea break / tear break”, azaz ebben a közegben tea szünet helyett gyakran „sírás szünetet” tartanak. Ezeket a „tear break”-eket hatékonyan egészítheti ki a rendszeres

időközönként összehívott szupporítv jellegű klinikai szupervízió, ahol a résztvevők többek között lehetőséget kapnak a felgyülemlett emocionális feszültség feldolgozására. Teasdale, Brocklehurst, és Thom (2001) szerint a formális és informális, ad hoc jellegű esetmegbeszélések egyaránt fontos támogató funkcióval bírnak az egészségügyi dolgozók számára, így hiba lenne a megbeszéléseket kizárólag formális keretek közé korlátozni. Szerintük a rendszeres szupervízióban részesülő és nem részesülő csoportok közötti különbség leginkább az észlelt támogatás mértékében írható le. A szupervízió történhet „on the job” módon, leggyakrabban egy adott beavatkozás kivitelezése közben, informálisan, négyszemközt való megbeszélések, egyenrangú szupervízió (peer supervision), csoportos szupervízió vagy szakmai kapcsolatépítések során (Kilminster és Jolly, 2000).

Az egészségügyi dolgozók munkájának segítése mellett a szupervízió egyik legfőbb célja a betegellátás minőségének fejlesztése és a betegek által megélt egészségügyi ellátással kapcsolatos tapasztalatok javítása. E két tényező közötti direkt kapcsolat bizonyítása azonban hatalmas kihívást jelent a terület kutatói számára, hiszen rengeteg egyéb változó hat a betegek sorsára (Kilminster és Jolly, 2000).

A csoportban való hatékony együttműködés szintén kulcsfontosságú faktor az egészségügyi ellátás területén, hiszen a legkisebb hibák is fatális kimenetelűek lehetnek. Kohn, Corrigna és Donaldson (1999) adatai alapján évente több, mint 98.000 haláleset köthető orvosi hibázáshoz, emberi mulasztáshoz.

Az egészségügyi szervezetek sajátossága a nagyfokú diverzitás, ahol a sikeres betegellátáshoz multidiszciplináris csoportok finoman összehangolt munkája szükséges. Orvosok, nővérek, gyógyszerészek, technikusok, terapeuták és egyéb egészségügyi szakemberek koordinált tevékenysége vezet biztonságos és hatékony eredményre. Annak ellenére, hogy az összehangolt csapatmunka mennyire kardinális faktor a betegellátás sikerességében, a különböző területekről érkező szakemberek ritkán részesülnek közös képzési programokban. Az egészségügyi team tagjai gyakran eltérő értékrenden alapuló, eltérő szemléletű képzést kapnak, amely a klinikai munkában megjelenő személyek vagy csoportok közötti konfliktusok kialakulásához vezethet. Míg a nővérek a páciensek teljes körű szükségletének ismeretében kezelik a különböző egészségügyi természetű szituációkat, az orvosok az adott tünetek, problémák kezelésére fókuszálnak, emellett a betegellátás teljes felelőssége az ő vállukon nyugszik. Az eltérő felelősségi kör és megközelítési mód a prioritások konfliktusát eredményezheti (Alonso, Baker, Holtzman, Day, King, Toomey és Salas, 2006).

A csapatmunka nem valósul meg automatikusan pusztán egymás mellett dolgozó személyek együttes munkavégzése révén, sőt, az sem feltétlenül szükséges hozzá, hogy az egy

csapatban dolgozók állandó jelleggel együtt dolgozzanak. Ezenél fontosabb szempont a közös tudás, attitűdök és a munkában való jártasság megosztása (Morey, Simon, Jay és Rice, 2003). Az egészségügyben a sikeres csapatmunka akkor valósul meg, ha a csoport tagjai képesek mások szükségleteinek bejósolására, képesek alkalmazkodni a változó körülményekhez és mások munkavégzéséhez, emellett a különböző procedúrák és beavatkozások közös ismeretével rendelkeznek, így a hibákat is hatékonyan tudják korrigálni (Alonso és munkatársai, 2006). Láthatjuk, hogy a csapatban való munkavégzés sikere kórházi-klinikai környezetben akár életmentő is lehet, így kiemelten fontos az ehhez szükséges kompetenciák fejlesztése.

Suter, Arndt, Arthur, Barboosingh, Taylor és Deutschlander (2009) a kollaboratív munkavégzés megvalósításának gyakorlati elemeire fókuszáló kutatásukban 60, különböző területen dolgozó egészségügyi szakemberrel készítettek interjút. A résztvevők között voltak nővérek, orvosok, a rehabilitáció különböző területein dolgozó terapeuták és egészségügyi adminisztrátorok is. A szerzők úgy vélik, a csapatmunka, illetve annak hatékony megvalósításához szükséges kompetenciák hiánya a betegellátás minőségét veszélyeztető tényezők, de kevés olyan kutatási adat áll rendelkezésre, amelyek az elméleten túlmutató, praktikus, betegközpontú megközelítésből vizsgálják a témát. A kompetenciák elsajátítása persze egyáltalán nem jelenti a tanulási folyamat végét, ezek inkább az adott szakma alapvető sztenderdjeinek kialakításának részét képezik.

Salas, DiazGranados, Weaver és King (2008) elméleti áttekintésükben kvalitatív és kvantitatív módszereken alapuló kutatások elemzésén keresztül vizsgálták a csoport-tréningek hatékonyságát az egészségügyben. A szerzők hangsúlyozzák a szimulációs helyzetek előnyét, mint a tréninghelyzetben átélt tapasztalatok valódi munkahelyi szituációkba való transzferálásának fontos eszközét.

Heaven, Clegg és Maguire (2005) 61 klinikai nővér bevonásával vizsgálta a szupervízió keretein belül megvalósított kommunikációs tréningen tanult munkahelyi szituációkba való átültetésének hatékonyságát. A szerzők kitérnek arra, hogy az egészségügyi ellátással kapcsolatos panaszok jelentős részében a kommunikáció kulcsfontosságú faktorként jelenik meg. A résztvevők random módon kerültek a két kutatási csoport valamelyikébe: az egyik csoport a három napos kommunikációs tréninget követően klinikai szupervízióban részesült, míg a kontrollcsoport csupán a három napos kommunikációs tréningben részesült, szupervíziós alkalmak nélkül. A vizsgálati csoport esetében, a kommunikációs tréninget követő esetközpontú szupervízió során a csoport vezetője az eset megbeszélése után személyesen megfigyelte az adott nővér beteggel való viselkedését és kommunikációját egy valós klinikai

situációban, így a visszajelzés biztosítása adott volt, tehát a szupervízió túl intervencióra is sor került.

Az eredmények alapján, bár a pozitív változás kimutatható volt, a szerzők nem találtak különbséget a kísérleti és kontrollcsoport klinikai szituációkban való kommunikációjának változása között. Ez azt sugallja, hogy a klinikai szupervízió nem rendelkezik szignifikánsan kimutatható transzferhatással a tréning és valódi munkahelyi szituációk között. Mindemellett említésre méltó, hogy a csoporton belüli változások elemzésekor kimutathatóak voltak olyan eredmények, melyek arra utalnak, hogy a klinikai szupervízióban részesülő nővérek kommunikációs tréningen szerzett tapasztalataikat a kutatás végén hatékonyabban emelték be mindennapi munkájukba, mint ahogy azt a kutatás kezdetekor tették. A kísérleti csoportba tartozó résztvevők szignifikánsan több nyitott kérdést, tárgyalási technikát és pszichológiai feltáró technikát alkalmaztak, mint a kontrollcsoportba tartozó társaik.

Munkám célja egy olyan kezdeményezés bemutatása, amely egyidejűleg alkalmazza az esetközpontú szupervízió keretrendszerét, lehetőséget teremt a szakmai ismeretek bővítésére és az érzelemszabályozás, empátia, érzelmi intelligencia fejlesztésére is. Egy fővárosi gyermekkorház gyermek rehabilitációs osztályán olyan, alulról szerveződő esetközpontú szupervízió és belső képzési csoport indult, amely multidiszciplináris megközelítésen alapul. A csoportban gyógytornászok, ergoterapeuták, logopédusok, szociális munkás és orvosok is részt vesznek. A csoport létrejöttének célja az osztály jellegéből adódó potenciális konfliktuslehetőségek megelőzése, a különböző szakmai csoportok egymáshoz való közelítése és ezen keresztül a szakmai látásmód bővítése volt.

A csoportalkalmak két részből épülnek fel. Minden foglalkozás magába foglal egy 20-30 perces elméleti képzést, amelynek során a különböző szakmák képviselői elméleti szinten mutatnak be egy-egy érdekes, szakmailag releváns és a többiek számára új témát. Ezen kívül 1-1,5 órában sor kerül egy-egy eset szupervízió során történő megbeszélésére, az adott esethez szervesen kapcsolódó pszichológiai témák érintésére, és a hozott szituációk dramatikus elemekkel történő feldolgozására is. A csoport vezetője rákérdez az esettel kapcsolatos nehézségekre, kellemetlen, nyomasztó érzésekre, akut problémákra. Ezután a csoport közösen elemzi, hogy az adott probléma mely része az, ami objektíven megragadható és melyek azok a szubjektív pontok, amelyek inkább a terapeuta személyéből erednek. Ezután közösen megbeszélik, a szakember részéről milyen változtatásokkal oldható fel az adott esethez fűződő kellemetlen, nyomasztó érzés, milyen stratégiákat alkalmazhat ezek kezelésére, illetve, hogy ők hogyan viselkedtek volna hasonló helyzetben. Míg a csoportalkalmak első fél órája a szakmai látókör bővítéséről szól, a szupervíziót és szituációs játékokat tartalmazó részeknek

leginkább az érzelmi átélés, érzékenyítés, egymással és a betegekkel szembeni empátia és asszertivitás-fejlesztés az elsődleges célja. A résztvevők szituációs játékokon keresztül kipróbálhatják magukat a páciens, a szülők, vagy épp egy kolléga szerepében, az érzelmi átélés mellett pedig olyan technikákat sajátítanak el, amelyek segítségével hatékonyan fel lehet oldani az adott helyzetet vagy konfliktust. A csoportalkalmak rendelkeznek egy előre meghatározott tematikával (pl.: én-védő technikák elsajátítása, krízisintervenció a traumatizált gyermek családjában), de ez rugalmasan alkalmazkodik a hozott esetekhez, a csoport által aktuálisan megjelenített problémákhoz.

Dolgozatomban arra vállalkoztam, hogy félig strukturált interjúkon keresztül felmérjem, vajon a csoportban résztvevők visszajelzései alapján megvalósultak-e ezek a célok, illetve összességében mennyire érezték hasznosnak és mennyire tudták integrálni mindennapi munkájukba a csoportalkalmak során szerzett készségeiket és ismereteiket.

Módszerek

Vizsgálati személyek

A vizsgálatban összesen 12 fő (12 nő) vett részt, akik mind a Magyar Református Egyház Bethesda Gyermekkorházának dolgozói. A résztvevők átlagéletkora 31,1 év, a legfiatalabb válaszadó 24, a legidősebb 60 éves. Jelenlegi státuszukban eltöltött évek száma átlagosan 2,8 év. A legrövidebb ideje ott dolgozó válaszadó 2 hónapja, a legrégebb óta ott dolgozó résztvevő 8 éve tölti be jelenlegi státuszát. A csoport körülbelül egy évvel a dolgozat megírása előtt indult, a résztvevők összetétele időközben változott, volt, aki később csatlakozott a csoporthoz. A válaszadók foglalkozását tekintve 7 gyógytornász, 1 ergoterapeuta, 1 logopédus, 1 pszichológus, 1 szociális munkás és 1 orvos alkotta a vizsgált mintát. A résztvevők rehabilitációt igénylő gyerekekkel dolgoznak, emellett a gyerekek családjával is kapcsolatban állnak, rendszeresen kommunikálnak a szülőkkel és más osztályokon dolgozó szakemberekkel. Munkájuk folyamatos érzelmi megterheléssel jár, mégis nagy örömet lelik benne. A válaszadók mind részt vesznek a kórház által 2 hetente megszervezésre kerülő szupervíziós és belső képzési csoportban. A vizsgálat résztvevőivel korábbi személyes kapcsolatomban nem volt, 1 fő kivételével az interjú során találkoztam velük először. A kórházban zajló csoportalkalmakról egy ott dolgozó, a szervezésben aktívan részt vevő ismerősömtől értesültem, ő volt az, aki biztatott a kutatás lefolytatására és segített a résztvevőkkel való

kapcsolatfelvételben. A vizsgálatban való részvétel önkéntes alapon történt, az interjúk megkezdése előtt valamennyi válaszadót, illetve az intézmény főigazgatóját és az ápolási igazgatót tájékoztattam a kutatás céljáról és menetéről. A válaszadóktól emellett írásbeli beleegyező nyilatkozatot is kértem (ld. 2. sz. Melléklet). A vizsgálat során az SZTE Pszichológia Intézet által előírt etikai szabályokat betartottam.

Vizsgálati eszközök és a vizsgálat menete

A szupervízió hatékonyságát sokat kutató Berg és Hallberg (1999) arra a következtetésre jutottak, hogy a klinikai szupervízió szerepének és a mindennapi munkára gyakorolt hatékonyságának vizsgálatára a kvalitatív elemzési módszerek a legalkalmasabbak, emellett ez az a kutatási technika, amely inkább lehetővé teszi a megélt tapasztalatok megvilágítását.

A kutatás során félig strukturált interjú technikát alkalmaztam, mely 8 saját összeállítású kérdésből állt. A válaszokat írásban és diktafon segítségével is rögzítettem, az interjúk helyszínéül a kórház dolgozósobái szolgáltak, egy-egy interjú általában 15-25 percet vett igénybe. Az interjú kérdéseit a szakirodalmi áttekintés alapján definiálható főbb kategóriák alapján dolgoztam ki. Az első két kérdés a résztvevők *szupervízióhoz való viszonyára és a szupervízió előzetes elvárásoknak való megfelelésére* irányul Polit és Hungler (1995) munkája alapján, amelyben az interjúk nyitókérdése azt a célt tűzi ki, hogy feltérképezze, mit jelent a résztvevők számára a klinikai szupervízió lehetősége. Számos tanulmány kitér a szupervíziós alkalmakkal kapcsolatos *általános, átfogó tapasztalatokra*, ennek fényében fogalmaztam meg az interjú harmadik kérdését (Buus, Angel, Traynor és Gonge, 2011; Scanlon és Weir, 1997; Polit és Hungler, 1995; Hallberg, 1994). A tapasztalatok számszerűsített értékelhetősége érdekében egy öt fokozatú skálán való osztályzás az interjú negyedik kérdése. Lindhal és Norberg (2002) tanulmánya nyomán az ötödik kérdésben a résztvevőknek a *legemlékezetesebb, szupervíziós ülésekhez köthető élményeikről* kellett beszámolniuk.

Jól elkülöníthető kategóriát képeznek a *szupervízió során elsajátított készségek valós munkahelyi szituációkra való transzferálásának* folyamatára vonatkozó kutatási kérdések, így erre irányul a hatodik kérdés (Scanlon és Weir, 1997; Berg és Hallberg 2000; Hallberg, 1994; Heaven és munkatársai, 2005). A szupervízió, illetve csoporttréningek *munkahelyi interperszonális kapcsolatokra való hatásának* vizsgálata megjelenik Berg és Hallberg (2000); Hallberg, (1994); Lindahl és Norberg (2002) kutatásaiban, ez inspirálta az interjú hetedik kérdését. Több cikkben megjelent a szupervíziós alkalmak *korlátainak feltérképezésére* irányuló kérdés, illetve az, hogy a résztvevők milyen javaslatokat tennének az alkalmak

hatékonyságának növelésére (Buus és munkatársai, 2011; Scanlon és Weir, 1997). Erre irányul az interjú nyolcadik, egyben záró kérdése. (a teljes kérdéssort az 1.sz. Melléklet tartalmazza)

Elemzés és Eredmények

A következőkben az interjúk tapasztalatait a tartalomközpontú tartalomelemzés során kirajzolódó kategóriák mentén összegzem. Az egyes kérdésekre adott válaszokat egymással összevetve megpróbáltam megragadni azokat az elemeket, amelyek közös kategóriarendszerbe sorolhatóak, ezen alapul az interjúk anyagának elemzése. (1. ábra). Az interjúk során derült ki számomra, hogy bizonyos kérdések egymással átfedést alkotnak. Ezekben az esetekben a válaszadók gyakran ugyanazt a tartalmat más szavakkal megfogalmazva mondták el egy másik kérdésre. Az első és harmadik kérdésre adott válaszokban kirajzolódó tartalmi kategóriák szinte teljes egészében lefedték egymást, így ezeket összevonva elemzem. A hatodik kérdésre adott válaszok esetében szintén nagymértékű az átfedés a hetedik kérdés válaszaival, így ezek elemzésére is összevont formában került sor.

1.-3. Csoportalkalmakon való részvétel lehetősége, tapasztalatok összegzése	Érzelmi támogatás 66,6%	Közösségi élmény 58,3%	Pozitív tapasztalat 50%	Látókör szélesítése 50%	Szakmai ismeretek bővítése 41,6%		
2. Előzetes elvárásainak megfelele-e	Nem volt előzetes elvárása 41,6%	Megfelel az elvárásoknak 25%	Jobb, mint amire számított 16,6%	Vegyes 16,6%			
5. Legemlékezetesebb élmény	Szituációs játék során átélt élmény 41,6%	Kolléga mélyebb megismerése 41,6%	Konfliktus feloldása 16,6%				
6.-7. A csoport mindennapi munkavégzésre, személyes kapcsolatokra való hatása	Kollegiális kapcsolat javulása 66,6%	Személyes kapcsolat javulása 33,3%	Kollegiális konfliktuskezelés javulása 33,3%	Szülőkkal való konfliktuskezelés javulása 25%	Tudatosabb munkavégzés 16,6%	Nincs változás 16,6%	Szakmai ismeretek bővülése 8,3%
8. Javaslatokat az alkalmak hatékonyságának növelésére	Időkeretek betartása 41,6%	Ráfördített idő mennyisége 33,3%	Résztevők 16,6%	Vezető 8,3%	Helyszín 8,3%		

1. ábra A tartalomelemzés során kirajzolódó kategóriák eloszlása

A csoportalkalmakkal kapcsolatos átfogó tapasztalatok

A tartalomelemzés alapján, az első és harmadik kérdések, amelyek a csoportalkalmakon való részvétellel kapcsolatos személyes jelentéstartalomra és általános tapasztalatokra irányultak többnyire ugyanazon válaszkategóriákat mozgatták meg a résztvevőkben. Az első és harmadik kérdés elemzésére így összevont formában kerül sor. Az elemzési kategóriák a csoportalkalmakkal kapcsolatos általános POZITÍV TAPASZTALAT, a KÖZÖSSÉGI ÉLMÉNY, az ÉRZELMI TÁMOGATÁS, a SZAKMAI ISMERETEK BŐVÍTÉSE és a LÁTÓKÖR SZÉLESÍTÉSE voltak. A válaszadók 50 százaléka összességében pozitívan értékelte a csoportalkalmakon való részvétel lehetőségét és a tapasztalataik is ezt a pozitív értékelést támasztották alá. Számos esetben ezzel kezdődött az első válasz is, tehát ez egy domináns visszajelzés a résztvevők részéről.

Ami ennél is hangsúlyosabb, az a válaszadók által megtapasztalt ÉRZELMI TÁMOGATÁS mértéke, ez a visszajelzések 66,6 százalékában megjelent.

„Ez a csoport kicsit olyan, mint egy érzelmi karbantartás, sokat segít a személyes kudarcok feldolgozásában is, segít elengedni ezeket (v.sz.2. „érzelmi támogatás”).”

„Nagyon jó, hogy van ez a csoport, nagyon meglepődtem, mikor idejöttem, hogy ilyen van. Olyan, mint egy nagy ölelés, érzem, hogy törődnek velünk (v.sz.10. „érzelmi támogatás”).”

„Ha érzelmileg megterhel egy eset, jó, hogy itt tudok erről beszélni és nem az otthoniakat terhelem vele, meg jó ötleteket is kapok a megoldáshoz. Most már jobban érzem, hogy nem vagyok egyedül, ha kudarc ér, azt is meg tudom osztani és azt is látom, hogy nem kell ezeket annyira magamra venni, mert mások is ugyanilyen problémákkal küzdenek (v.sz.9. „érzelmi támogatás”).”

„Az első, ami eszembe jut, hogy itt megszabadulhatok azoktól a terhektől, amik olyan súllyal neheznek rám, hogy már akadályozzák a normális munkavégzést (v.sz.12. „érzelmi támogatás”).”

A tapasztalatok és személyes jelentéstartalom fontos kategóriája volt a KÖZÖSSÉGI ÉLMÉNY, a válaszadók 58,3 százaléka hangsúlyozta válaszában, hogy a szupervízió egy nagyon jó közösségépítő közeg, emellett növeli bennük a csoporthoz tartozás élményét is, jobban megélik azt, hogy egy szakmai team tagjaként vannak jelen a munkahelyükön.

„Ez egy olyan tér, ahol a kollégák együtt tudnak lenni, tudnak beszélgetni, jó kis közösségi élményt ad (v.sz.2. „közösségi élmény”).”

„Sok olyan dolgot megtudok a kollégákról, amire egyébként nem biztos, hogy lenne lehetőség, közösségi élményt ad. Jó érzés megtapasztalni a csoport összetartó erejét (v.sz.3. „közösségi élmény”).”

„Most már úgy érzem, nem csak beszélünk arról, hogy egy team vagyunk, hanem érzem is, és jobban igénybe is tudom venni a kollégák segítségét (v.sz.10. „közösségi élmény”).”

A válaszokból 41,6 százalék esetében hangsúlyosan kiemelkedett még a LÁTÓKÖR SZÉLESÍTÉSÉNEK kategóriája.

„Jó, hogy a csoportban több szakmából vagyunk, így kicsit átlátunk egymás munkájába, ami azért szélesíti a látókörünket. (v.sz.5. „látókör szélesítése”).”

„Valahogy úgy érzem, mindig okosabban jövök ki, mint ahogy bementem, mert nagyon más szemszögből tudom utána látni a dolgokat. (v.sz.11. „látókör szélesítése”).”

„A csoportban azért több jó ötlet születik, mintha csak ebéd közben beszélénk egy-egy esetről a kollégákkal. (v.sz.10. „látókör szélesítése”).”

„Sokkal inkább megértem a kollégák szakmai nehézségeit, mint korábban. (v.sz.11. „látókör szélesítése”).”

A csoportalkalmakkal kapcsolatos tapasztalatok előzetes elvárásokkal való összevetése

Az előzetes elvárásokra vonatkozó interjúkérdésre adott válaszok mentén négy válaszkategória rajzolódott ki. Voltak olyan válaszadók, akik NEM RENDELKEZTEK ELŐZETES ELVÁRÁSOKKAL, volt, akik számára a tapasztalat POZITÍVABB, MINT AMIRE SZÁMÍTOTT, volt, aki úgy nyilatkozott, a csoportalkalmak MEGFELELNEK AZ ELŐZETES ELVÁRÁSOKNAK, és megjelent a VEGYES kategória is, azaz a válaszadó nem tudta egyértelműen meghatározni, hogy a csoportalkalmak beváltják-e a hozzá fűzött előzetes elképzelését. A válaszadók 25 százaléka úgy nyilatkozott, hogy a csoportalkalmak megfelelnek az előzetes elvárásainak, 5 résztvevőnek, azaz 41,6 százaléknak nem voltak előzetes elvárásai, míg 16,6 százalék úgy nyilatkozott, hogy az alkalmak felülmúlják azt, amire eredetileg számítottak. 2 válaszadó, azaz 16,6 százalék bizonytalan volt abban, hogy megfeleltethetőek-e a csoportalkalmak annak, amire számítottak, ezek a válaszok alkotják a VEGYES kategóriát.

A csoportalkalmak során átélt legemlékezetesebb élmények

A válaszadók csoportalkalmak során átélt legemlékezetesebb élménye három fő kategóriába sorolható. Úgy tűnik, a résztvevőkre a legnagyobb hatással valamilyen, a SZITUÁCIÓS JÁTÉK SORÁN ÁTÉLT ÉLMÉNY, egy addig távolabbi, kevésbé ismert

KOLLÉGA MÉLYEBB MEGISMERÉSE, MEGÉRTÉSE, illetve egy komolyabb KONFLIKUS FEOLDÁSA volt. Mindhárom élmény valamiféle emlékezetes érzelmi folyamathoz, empátiás megéléshez köthető. A válaszadók ennél a kérdésnél gyakran mutatták az érzelmi bevonódás jeleit, megváltozott az arckifejezésük, hanghordozásuk, gesztusaik, többnyire mosolyogva mesélték el a számukra legemlékezetesebb élményt. A legtöbb esetben úgy éreztem, ez a kérdés valahogy „megtörte a jeget” köztem és az interjúalany között, az addig tárgyilagosan megfogalmazott válaszok itt egyéni árnyalatokkal, emocionális felhangokkal dúsultak.

A válaszadók 41,6 százaléka emelte ki a szituációs játék során átélt élményt. A résztvevők a szituációs játékok során megtörtént eseteket dolgoztak fel, melynek során eljátszották a beteg gyermek, a szülő és a terapeuta szerepeit.

„Én játszottam a szülő szerepét, ez nagyon sokat segített abban, hogy valahogy belülről megtapasztaljam, milyen frusztrált lehet a szülő egy ilyen helyzetben” (v.sz.1. „szituációs játék”).

„A nehéz helyzetben lévő szülő szerepét kellett eljátszanom, ezután teljesen más nézőpontból tudtam rátekinteni az egész helyzetre. Ezt a tapasztalatot később, hasonló helyzetekben is tudtam használni (v.sz.4. „szituációs játék”).

„A szituációs játékokban én terapeuta voltam, az egyik vezető beosztású orvos játszotta a beteg gyereket. Az egész elég vicces volt, de nagyon megéreztem akkor, hogy valahogy mind egyformák vagyunk, egy szinten vagyunk, ebben a térben mindenki egyenlő, ami nagyon jó volt (v.sz.11. „szituációs játék”).

A válaszadók 41,6 százaléka egy adott kollégához való közeledést, a kolléga motivációjának, viselkedésének jobb megértését említette a legemlékezetesebb élményeként.

„Az egyik kolléganő megnyílt egy alkalommal és elmondta, hogy mi frusztrálja őt, miért viselkedik úgy, ahogy. Úgy éreztem, eddig félreismertem őt, de ezután sokkal jobban értettem őt, sokkal közelebb éreztem magamhoz (v.sz.3. „kolléga mélyebb megismerése, megértése”).

„Egy alkalommal visszajelzéseket kellett adnunk egymásnak arról, hogy milyennek látjuk egymást a munkában. Nagyon meglepődtem, hogy mennyi pozitív visszajelzést kaptam a többiektől, nagyon jól esett, úgy éreztem, jobban ismernek, mint ahogy elsőre gondoltam volna (v.sz.9. „kolléga mélyebb megismerése, megértése”).

A konfliktusfeloldáshoz fűződő élmény a válaszok 16,6 százalékában jelent meg.

„Amikor a kollégák közti kimondatlan konfliktusokat tisztáztuk és helyeztük új alapokra. Ez az egyik első alkalmak között volt. Nagyon nagy jelentősége volt, mert az akkor egy időben

dolgozó kollégák kapcsolata is javult és remélhetőleg a később oda kerülő munkatársakra nem örökítődik át az ellentét. (v.sz.12. „konfliktus feloldása”).”

A fentiek alapján úgy tűnik, a csoportalkalmak legmaradandóbban valamilyen emocionális nyomot hagynak a résztvevőkben, a szakmai ismeretek bővülése, tudás megszerzése egyáltalán nem szerepelt a válaszkategóriák között.

A csoportfoglalkozások hatásának megjelenése a mindennapi munkavégzés során

A hatodik kérdés a csoportfoglalkozáson elsajátított ismeretek, készségek és az emocionális folyamatok nyomán létrejövő változások mindennapi munkavégzésre való hatását méri fel. Arra kértem a válaszadókat, gondolják végig, történt-e olyan, hétköznapi szinten is megtapasztalható változás a munkájukban, amelyet a csoportalkalmakon való részvételnek tulajdonítanak. A válaszokból képezhető tartalmi kategóriák az interperszonális kapcsolatokra, a konfliktuskezelés javulására, a szakmai ismeretek bővülésére és a szakmai tudatosság fejlődésére irányultak. Mivel a hetedik kérdés a csoportalkalmak hatására észlelt személyközi kapcsolatokat érintő változásra kérdez rá és az erre adott válaszok sok esetben a hatodik kérdésnél már megjelentek, a két kérdést összevontan elemeztem.

A személyközi kapcsolatok javulása két további alkategóriára bontható, a válaszadók külön említették ugyanis a munkatársakkal való KOLLEGIÁLIS KAPCSOLAT JAVULÁSÁT és a SZEMÉLYES KAPCSOLATOK JAVULÁSÁT. A válaszadók 66,6 százaléka tapasztalja a mindennapi munkavégzés során a munkatársaival való könnyebb együttműködést, amelyet egyértelműen a csoportban való részvétel hatásának tulajdonít.

„Megtapasztaltuk ezt a közösségi élményt, jobb lett a kohézió, azt hiszem, jobban és tudatosabban tudunk együtt dolgozni (v.sz.3. „kollegiális kapcsolat javulása”).”

„Úgy érzem, az együtt dolgozó terapeuták jobban figyelnek egymásra (v.sz.5. „kollegiális kapcsolatok javulása”).”

„Azt hiszem, a kollégák jobban becsülik egymás munkáját, ami a munka minőségét is javítja (v.sz.7. „kollegiális kapcsolatok javulása”).”

A munkatársakkal való, kollegialitáson túlmutató személyes kapcsolat javulását 33,3 százalékuk tulajdonította a csoport hatásának.

„Közelebbi és elmélyültebb lett a kapcsolatom bizonyos kollégákkal, de nem csak szakmailag, hanem személyesen is közelebb kerültünk egymáshoz (v.sz.5. „személyes kapcsolatok javulása”).”

„Jobban megismertem a kollégáimat, akiktől elszeparáltan dolgozom. Van, akivel csak itt tudok találkozni, csak itt van lehetőségem őt megismerni (v.sz.10. „személyes kapcsolatok javulása”).”

A konfliktuskezelés javulása szintén két alkategóriára bontható. A válaszok alapján úgy tűnik, a csoporton való részvétel következtében a résztvevők hatékonyabbak voltak mind a belső, szakmai, mind a kórházban gyógyuló gyerekek szüleivel való konfliktusok kezelésében. 33,3 százalék a belső, **KOLLEGIÁLIS KONFLIKTUSOK KEZELÉSÉNEK JAVULÁSÁRÓL** tett említést, 25 százalék pedig a kórházban gyógyuló gyerekek **SZÜLEIVEL VALÓ KONFLIKTUSOK KEZELÉSÉNEK JAVULÁSÁRÓL** számol be.

„Sokkal nyíltabb lett a kommunikációnk egymással, ez létfontosságú a munka szempontjából. Én úgy érzem, a munkahelyi konfliktusok kb. negyedére csökkentek vissza, mióta van a csoport (v.sz.6. „kollegiális konfliktusok kezelésének javulása”).”

„Van, amit át tudok emelni a csoportból, van, amit nem, de összességében a szülőkkel sokkal jobb lett a kommunikációm, ezt konkrét nehéz esetekben is tudom használni (v.sz.8. „szülőkkel való konfliktuskezelés javulása”).”

A válaszkategóriák között, bár megjelent a **SZAKMAI ISMERETEK BŐVÜLÉSE** is, ezt mindössze 8,3 százalék emelte ki a csoportalkalmak mindennapi munkavégzésre gyakorolt hatásaként, a **TUDATOSABB MUNKAVÉGZÉS** pedig 2 személy, azaz 16,6 százalék válaszában jelent meg.

„Volt például egy olyan, hogy arról beszéltünk, milyen az, amikor nehéz esethez kell mennünk és már a folyosón arra gondolunk, hogy ez most rossz lesz és még oda sem értem, de már ezt sugározom magamból. Azóta jobban figyelek a gondolataimra, az arckifejezésekre, ha nehéz esethez megyek, eszembe szokott ez jutni”(v.sz.11. „tudatosabb munkavégzés”).”

2 válaszadó **NEM TAPASZTALT** olyan **VÁLTOZÁST** a mindennapi munkavégzés során, amelyet a csoportalkalmaknak tulajdonítana.

„A saját kapcsolataimban nem érzek változást. Előtte sem volt rossz kapcsolatom senkivel, ez azóta sem változott, de nem is fejlődött pozitív irányba (v.sz.8. „nem tapasztalt változást”).”

„Még nem igazán érzem, hogy lenne hatása. Próbálom átültetni a dolgokat a mindennapi munkába, de ez még nem igazán automatikus, mert már megvannak az évek alatt kialakított dolgom. Irigylem azokat, akik most kezdték a munkát, nekik már biztos könnyebb a dolgokat integrálni a hétköznapi munkájukba, mint nekem (v.sz.9. „nem tapasztalt változást”).”

Összességében úgy tűnik, a csoportalkalmak pozitív hatásának megnyilvánulása leginkább a személyes és kollegiális kapcsolatok szintjén, illetve a konfliktuskezelés javulásán

keresztül hangsúlyos, mely tágabb értelemben a csoportkohézió javulását eredményezi. Fontosnak tartom kiemelni, hogy az interjú hetedik, interperszonális kapcsolatokra vonatkozó kérdése a vezetővel való kapcsolat változására is rákérdez, de a válaszadók jelentős része a vezetővel való viszonyt nagyon jónak írta le, ebben nem is következett be változás, így erre nem született külön válaszkategória. Kutatásom kezdetekor azt vártam, hogy a visszajelzésekben markánsan ki fog rajzolódni a csoportalkalmak során elsajátított stratégiák vezetőikkel, orvosokkal való kapcsolatra gyakorolt pozitív hatása, illetve a szakmai tudatosság, magabiztosság növekedése. A szakirodalmi áttekintés során kiemelt figyelmet fordítottam azon kutatási eredményekre, amelyek erről a tendenciáról számolnak be. Az interjúk felvétele során azonban egyértelműen látszott, hogy az általam vizsgált intézményben ez a hatás fel sem merült, mert egy résztvevő sem érezte a vezetőikkel, orvosokkal való kapcsolatát problémásnak. Ezt a témát kutatásomból végül teljes egészében kihagytam, mert az eredmények alapján nem éreztem relevánsnak.

Javaslatok a csoportalkalmak hatékonyságának növelésére

Az interjú záró kérdése arra irányult, hogy a résztvevők milyen javaslatokat tennének az alkalmak hatékonyságának növelésére, min változtatnának, miben látják a szupervíziós alkalmak korlátait. A válaszok között dominánsan megjelent az IDŐKERETEK BETARTÁSÁRA vonatkozó igény, a résztvevők 41,6 százaléka gondolja úgy, hogy jobban oda kellene figyelni az alkalmak előzetesen megbeszélte időtartamának tartására. A visszajelzések alapján gyakran előfordul, hogy a résztvevők jóval a befejezés megbeszélte időpontja után tudnak csak hazaindulni, ami több alkalom után frusztrálóvá vált. A kezdés és zárás időpontjain túl néhány válaszadó a csoportalkalmak egyes részeinek arányán is módosítana, volt olyan visszajelzés, amely szerint az esetek megbeszélése és az azzal járó emocionális érintettség „kibeszélése” néha aránytalanul sok időt vesz el a szakmai képzéstől.

„Az időkeretek tartása fontos lenne, mert előfordul, hogy azért jóval tovább tart egy alkalom, mint ahogyan előre megbeszéltük. Nem szeretnék a közepén felállni, emiatt időnként frusztrálnak érzem magam (v.sz.1. „időkeretek betartása”).”

„Jó lenne tartani az időt, jobban figyelni erre, mert van, hogy a szituációs játéokra már nem is marad idő, pedig az jó lenne (v.sz.4. „időkeretek betartása”).”

„Az időkereteket mindenképp jobban kellene tartani, néha úgy érzem, túl sok időt visz el a lelkizés (v.sz.10. „időkeretek betartása”).”

4 válaszadó pedig növelné a CSOPORTALKALMAKRA FORDÍTOTT IDŐ mennyiségét, ha erre lenne lehetősége.

„Jó lenne, ha kicsit több időnk lenne rá, de már így is két órát szánunk rá és a munkaidőnkéből, ami nagyon nagy dolog, hogy megengedik (v.sz.11. „csoportalkalmakra fordított idő”).”

„Több idő mindenképp jó lenne, akár érdemes lenne elválasztani a szakmai képzést a szupervíziótól, mert ez eléggé kettéosztja az alkalmakat. Persze erre nem nagyon van lehetőség, nem lenne mindkettőre idő (v.sz.6. „csoportalkalmakra fordított idő”).”

A ráfordított idő és a keretek tartásának kérdésén túl a HELYSZÍNRE, a VEZETŐRE és a RÉSZTVEVŐKRE vonatkozó kategóriák is megjelentek a visszajelzésekben. 1 válaszadó változtatna a csoportalkalmak helyszínén, nyugodtabbá, zavartalanabbá tenné a környezetet, mert előfordul, hogy pl. benyitnak abba a terembe, ahol a foglalkozások zajlanak, megtörve ezzel annak hangulati ívét. További 1 résztvevő kitért a csoportvezetésre is. Annak hangsúlyozása mellett, hogy a belső, intézményt és kollégákat ismerő csoportvezető sok szempontból előnyös lehet, szívesen kipróbálná, milyen az, ha egy külső szakértő vezeti a csoportot. 2 válaszadó további kollégák bevonását javasolta, olyanokat is, akik esetleg más osztályokon dolgoznak, így növelve az osztályok közötti szakmai együttműködés hatékonyságát.

„Legszívesebben kötelezővé tenném minden terapeuta számára, ha ez lehetséges lenne (v.sz.9. „résztvevők”).”

„Lehet, hogy jó lenne, ha például a nővérek is részt vennének velünk a csoportalkalmakon, mert vegyesebb lenne a csoport (v.sz.4. „résztvevők”).”

Kritikai megjegyzések

Az interjúk során a résztvevők beszámolóí alapján összességében pozitív kép rajzolódott ki a csoportalkalmakkal kapcsolatos tapasztalatokról, annak munkavégzésre és személyközi kapcsolatokra gyakorolt hatásáról. Emellett fontos megemlíteni azokat a visszajelzéseket is, amelyek kritikus vagy negatív tapasztalatokat fogalmaznak meg, mert a teljes képhez ez is hozzátartozik. 3 résztvevő válaszában is megjelent, hogy az alkalmak azon részei, amelyek a lelki problémák „kibeszéléséről” szólnak, számukra gyakran lassúak, vontatottak és nem mindig érzik úgy, hogy tényleg indokolt ennyire „túlbeszélni a dolgokat”.

„A konkrét esetekről szóló részek jobban tetszenek, mint az elvont pszichós dolgok, mert azokhoz könnyebb kötődni. A szárazabb elméleti, lelkizős dolgokat nem tartom annyira

fontosnak. ... Van, amit hasznosnak érzek a szupervízióból, de van, amit nem tudok annyira hasznosítani, vannak dolgok, amik nekem már túl pszichósak, ezeket néha feleslegesnek érzem (v.sz.8.)”.

„Inkább a szakmai részt tartom hasznosnak, nekem nem annyira fontos, hogy kibeszéljem, ami nyomaszt, mert én nem telítődöm annyira a mindennapok során (v.sz.1.)”.

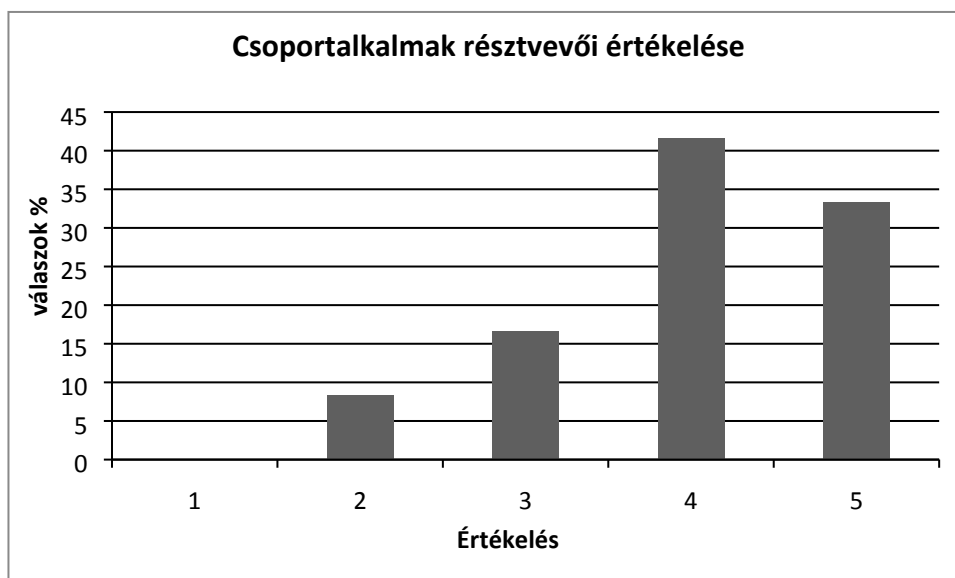
„A lelkizős részekről néha úgy érzem, kicsit mesterkéltek, mintha olyankor is kellene erről beszélni, ha nincs is miről. Szerintem, ha valakinek problémája van, az úgylis fogja mondani (v.sz.10.)”.

A munkahelyi légkörre, kollegiális kapcsolatokra irányuló kérdés esetében 1 válaszadó említette meg, hogy úgy érzi, a csoportalkalmak hatására bizonyos személyközi konfliktusok inkább kiéleződtek, semmit megoldódtak volna.

„Volt olyan, hogy olyankor került elő egy sérelem, amikor az adott személy nem is volt jelen, ezt nem tartom túl konstruktívnak (v.sz.4.)”.

A csoportalkalmak értékelése

A résztvevőknek lehetőségük nyílt a csoportalkalmak 1-től 5-ig terjedő skálán való szubjektív osztályozására. Az 1 az adható legrosszabb, az 5 az adható legjobb értékelés volt. A válaszadók 8,3 százaléka 2-es, 16,6 százaléka 3-as, 41,6 százaléka 4-es és 33,3 százaléka 5-ös értékeléssel jellemezte a csoportalkalmakat. Az adott legmagasabb érték 5, a legalacsonyabb 2 volt, a résztvevők által megjelölt érték átlaga 4. (2. ábra).



2. ábra A csoportalkalmak szubjektív értékelésének százalékos megoszlása

Megvitatás

Az elmúlt évtizedekben számos kutatás vizsgálta a szupervíziós csoportok eredményességét és hatásosságát, köztük több tanulmány kvalitatív elemzési módszert alkalmazott. Az erre vonatkozó irodalom elsősorban az egészségügyi szervezetekben, különböző osztályokon, ennek megfelelően eltérő betegpopulációval dolgozó nővérek részére indított csoportok vizsgálatának eredményeit mutatja be. Az általam áttekintett szakirodalom alapján megállapítottam, hogy a multi-professzionális kórházi csoportoknak szervezett szupervízió illetve tréningcsoportok hatásait jóval kevesebben vizsgálták, mint a „klasszikus”, nővéreknek szervezett esetközpontú megközelítést alkalmazó csoportokét. Az eredményeket többek között az interjú kérdések összeállításánál is felhasznált szakirodalom mentén elemeztem.

A résztvevők szupervízióval kapcsolatos átfogó tapasztalata egyértelműen pozitív volt, ezzel együtt megjelent néhány kritikus visszajelzés is, melyekre a későbbiekben részletesen kitérek majd. A válaszadók számára a csoportalkalmak leginkább az érzelmi támogatás tekintetében hangsúlyosak, hiszen ez az a felület, ahol a nehéz esetekkel kapcsolatos frusztrációjuknak, kudarcélményeiknek helye van, többen megemlézték, hogy abban is sokat segít a csoport, hogy ne családtagjaikat, barátaikat terheljék ezekkel. Az eredmények alapján a csoport a terapeuták számára elsősorban egy biztonságos, védett, szupportív közegként funkcionál, ahol azt lehet érezni, hogy nincsenek egyedül, hogy mások is hasonló nehézségekkel szembesülnek a mindennapi munka során, és hogy jó erről egy értő közegben beszélni. A legtöbb elakadás nem szigorúan vett szakmai kérdésekből származik, hanem sokkal inkább érzelmi jellegű. A csoporttagok egy-egy ilyen érzelmileg megterhelő eset kapcsán pszichológus vezetésével közösen beszélnek meg, ki hogyan viselkedett volna az adott helyzetben, milyen módon lehet ezeket az érzéseket kezelni és a terápiás ellátás előnyére fordítani. Az általam bemutatott esetben elmondható tehát, hogy Proctor (1991) hármas felosztása alapján a szupervízió funkciói közül a szupportív, támogató funkció valósul meg leghangsúlyosabban.

A válaszok alapján kirajzolódott, hogy az emocionális támogatás érzése abban is segíti a résztvevőket, hogy ők maguk is érzékenyebb legyenek egymás problémáira. Jobban tudnak egymásra figyelni, amióta ez a fajta emocionális munka is helyett kapott a szakmai életükben.

Amellett tehát, hogy a résztvevők érzelmi támogatásként élik meg a csoportalkalmakat, ők maguk is szert tesznek olyan készségekre, amelyek révén képesek a mindennapok során is érzékenyebben reagálni egymás érzelmi szükségleteire. Butterworth (1998) nevéhez fűződik a „tear break” kifejezés, azaz olyan rövid, informális szünetek, amelynek során a segítő szakemberek megosztják egymással legfrusztrálóbb problémáikat, és amely nagyban hozzájárul az érzelmi jólétükhöz. Ez azonban olyan kollegiális viszonyrendszert feltételez, amelyben az együtt dolgozó szakemberek számíthatnak egymásra. A kutatásomban bemutatott szupervíziós alkalmak során a terapeutákban kialakult érzelmi nyitottság és fokozott empátia hosszú távon az egész csoport, sőt a csoportban nem résztvevő, de az adott osztályon dolgozó kollégák emocionális jólétéhez hozzájárulhat. A csoportalkalmak emocionális támogató hatására vonatkozó eredményeim megfeleltethetőek a Buus és munkatársai (2011) által leírtaknak, mely szerint a nővérek számára nagy segítséget jelentett a szupervíziós csoport az érzelmi holtponatokon való átlendülésben. Hallberg (1994) nővérek csoportjában végzett, szupervízió hatásait vizsgáló kutatásának fontos eredménye volt a megértettség és mások megértésének mértékének növekedése, illetve a csoportalkalmak következtében a résztvevők egymással is támogatóbbá váltak. Lindahl és Norberg (2002) szintén alátámasztották, hogy a klinikai szupervízió intenzív terápiás közegben összességében biztonságos közeget biztosít az érzelmek kifejezéséhez, ezáltal nagyfokú érzelmi megkönnyebbüléshez vezet.

Az általam megkérdezett terapeuták az érzelmi támogatottság érzése mellett leggyakrabban a szupervízió közösségformáló erejét méltatták. Az egészségügy világában a szakmai csoportok hatékony együttműködése adott esetben életmentő lehet, igen sok múlik tehát azon, hogy a csoport tagjai milyen mértékben képesek összehangoltan dolgozni (Kohn és munkatársai, 1999). Az ellátás minőségén túl a szakemberek jólétéhez is hozzájárul, ha jó hangulatú, összetartó szakmai közösség tagjai lehetnek. Azt gondolom, bár az emocionális támogatás és a közösségi élmény munkámban két külön kategóriaként került bemutatásra, ezek szorosan összefüggő és egymásból következő faktorok. A közösségi élmény, csoportkohézió megtapasztalása emocionálisan is protektív lehet a résztvevők számára. Hasonló eredményekre jutott Lindahl és Norberg (2002) korábban említett intenzív terápiás osztályon folytatott kutatásukban. A szupervízió szervezeti szempontból is fontos átalakulásokat hozott, a nővérek magasabbnak érezték a csoportkohéziót és ezzel együtt az egymás iránti lojalitást is. Olsson, Björkheim és Hallberg (1998) demens páciensek otthonápolásában részt vevő nővérek bevonásával vizsgálták a klinikai szupervízió hatásait. A válaszadók többek között az ellátórendszerben dolgozó kollégákkal való jobb kapcsolatáról számoltak be, mely eredmények megegyeznek az általam tapasztaltakkal. Olsson és munkatársai (1998) eredménye azért

érdekes, mert az otthonápolásban egymástól szeparáltan dolgozó segítő szakemberek fokozott emocionális megterhelésnek vannak kitéve, így kifejezetten hasznos számukra a szakmai együttlétre való lehetőség. Ehhez kapcsolódóan fontosnak tartom megemlíteni, hogy kutatásomban a válaszadók többször megemlítették az szeparált munkakörnyezetből adódó nehézségeket, a legtöbben csak ritkán tudnak a szupervízió kívül szélesebb körű szakmai és személyes kapcsolatokat kiépíteni a más beosztásban, vagy eltérő emeleten, telephelyen dolgozó terapeutákkal. Az általam készített interjúmban megszólaló osztályvezető főorvos, aki szintén a csoportok aktív résztvevője arra is kitért, hogy a csoportok indításának egyik alapvető célja a közösségépítés volt. A vele készített interjúban elmondta, hogy szerinte a csoport erre irányuló célja megvalósult, ezt eredményeimmel is alá tudom támasztani.

A csoportalkalmakkal kapcsolatos tapasztalatok harmadik nagy kategóriája a terapeuták látókörének szélesedése volt. Bár ez a kategória összefüggésben áll a szakmai ismeretek bővülésével, mégis külön elemeztem ezeket. A látókör szélesedése a válaszokban nem csupán a szigorúan vett szakmai ismeretekre, sokkal inkább az adott probléma több szempontból való megközelítésének képességére utal. Azokból a válaszokból, amelyek tartalmazták ezt a kategóriát, kirajzolódott, hogy egy-egy elakadás során nagy segítség a résztvevők számára, hogy a szupervízió a problémával kapcsolatos vélemények, tapasztalatok megosztásának közös platformja lehet. Eredményeim alapján azt gondolom, a csoport által képviselt multidiszciplinaritás előnye jól megmutatkozik ebben a kategóriában, amely az ellátás minőségének javulásához is hozzájárulhat. Paslawski és munkatársai (2014) az interprofesszionális oktatás kihívásait vizsgáló munkájukban szintén a rehabilitációs medicina területén végeztek kutatásokat, mely az ergoterápia, a fizioterápia és a logopédia területére terjedt ki. Mivel az interprofesszionális munkavégzés sztenderd gyakorlat az egészségügyben, a szerzők úgy vélik, fokozott az igény a különböző területek szakembereinek együttes képzésére is, azaz arra, hogy a tanulók saját szakterületükön kívül egymástól, egymással és egymásról is tanuljanak. Fontos, hogy a különböző területeken dolgozó szakemberek képesek legyenek mind a saját, mint kollégáik szerepének átlátására az adott munkahelyi szituációkban, a közös cél megvalósítása érdekében hatékonyan kommunikáljanak egymással és képesek legyenek az együttműködésre, illetve a kritikai értékelésre és visszajelzésekre a betegellátás minőségének javítása érdekében. Az általam vizsgált csoport összetételéből adódóan eleget tesz a Paslawski és munkatársai (2014) által felvázolt szempontoknak. Morey és munkatársai (2003) szerint a hatékony csapatmunka fontos eleme a közös szempontrendszer megosztása, amelyre az interprofesszionális belső képzés jó lehetőséget biztosít. Buus és munkatársai (2011) eredményei alapján a sikeres klinikai szupervízió hatékony eszköz lehet az érzelmileg frusztráló

szakmai problémák megoldásában és az új nézőpontok feltérképezésében a közös megoldáskeresésen keresztül, amely szempontok az általam felvett interjúk során több ízben elhangzottak.

A több szempontú megközelítés előnyei mellett a csoport résztvevői hasonló arányban számoltak be a konkrét szakmai ismeretek bővüléséről is. A szupervízió alkalmába beültetett szakmai képzés hozzájárul ahhoz, hogy a résztvevők frontális oktatás keretein belül bővíthessék tudásukat, amely a szaktudás mélyítésén keresztül javítja az ellátás minőségét. Az eredmények alapján úgy tűnik, a csoportalkalmak ezen funkciója is nagy jelentőséggel bír a résztvevők számára.

A szupervízióval kapcsolatban a válaszadók 41,6 százalékának nem voltak előzetes elvárásai, nem hallottak korábban arról, hogy mire szolgálnak az ilyen jellegű szakmai csoportok. Iskolai képzésük során nem tanultak ilyesmiről és egyéb forrásból sem voltak erre vonatkozó előzetes ismereteik.

Az interjúk érzelmileg leginkább telítődött eleme a legemlékezetesebb élmények felidézése volt. A kérdés révén igyekeztem felderíteni, hogy az objektíven megragadható szempontokon túl mi volt az, ami a leginkább megmozgatta a résztvevőket a csoportalkalmak során. A válaszok egyértelműen, és könnyen besorolhatóak voltak a szituációs játék, a kollégák jobb megismerésének vagy egy konfliktus feloldásának tartalmi kategóriájába. Azt tapasztaltam, a válaszadók erre a kérdésre tudtak a legkönnyebben, leggyorsabban válaszolni, hiszen itt egy konkrét emlék felidézése volt a feladatuk, míg a többi kérdés absztraktabb megfogalmazást igényelt. A tartalomelemzés is ennél a kérdésnél volt a legegyszerűbb. A legemlékezetesebb élmények általában valamilyen érzelmi fordulóponthoz, katarzishoz kötődtek, ami alátámasztja Gabriel és Griffiths (2002) gondolatait az érzelmek, tanulás és munka viszonyáról. Szerintük a tanulás fontos összetevői az emocionális komponensek is, amelyek a szituációs játékok érzelmi involválása révén hatékonyan megvalósultak. Salas és munkatársai (2008) szerint a szimulációs gyakorlatok célja, hogy a résztvevők a tréning helyzet során hasonló mentális folyamatokon menjenek keresztül, mint ha „élesben” találkoznának ugyanezzel a szituációval. Az egészségügyben dolgozók számára ez különösen nagy jelentőséggel bír, hiszen a szimulációs helyzetek lehetővé teszik, hogy következmények nélkül próbáljanak ki újonnan elsajátított stratégiákat, technikákat. Az eredményeim alapján úgy vélem, a problémás esetek dramatikus elemekkel történő újrajátszása a kórházi környezetben végzett szupervízió igazoltan hatékony eszköze lehet. A szituációs feladatok megteremtik a helyzetek több nézőpontból való elemzésének lehetőségét, emellett a válaszok alapján a szakemberek is könnyebben azonosulnak egy általuk mindennapokban megtapasztalt

helyzettel, mint az elvontabb témákkal. Azok az egészségügyi szakemberek, akik képzése során leginkább a szakmai ismeretek elsajátítása az elsődleges szempont, kevésbé kötődnek az absztrakt pszichológiai fogalmakhoz, kevésbé érzékenyek ezekre (Freshwater és Sticely, 2003). Számukra kifejezetten jól alkalmazható az esetbemutatáson és azok eljátszásán keresztül történő empátiafejlesztés és a különböző én-védő stratégiák elsajátítása.

A legemlékezetesebb élmények másik két kategóriája, a kollégák jobb megértése egy régóta húzódó konfliktus sikeres feloldása a csoport egészére pozitív hatással van, amely hosszú távon a betegellátás minőségének javulásához is hozzájárul (Suter és munkatársai, 2009; Quidbach és Hansenne, 2009).

A tartalomelemzés során kirajzolódott, hogy a mindennapokban tapasztalt, csoportalkalmaknak tulajdonított változások jelentős része az interperszonális kapcsolatok változásához köthető. A mindennapi munkavégzés során tapasztalt változásokra vonatkozó kérdést a kapcsolatok változására irányuló kérdés követte, emiatt a válaszadók gyakran megismételték, amit az előző kérdésre adott válaszukban megfogalmaztak. Módszertani szempontból szerencsésebb lett volna, ha ezt a két kérdést fordított sorrendben teszem fel, így azonban az összevont elemzés mellett döntöttem. A csoportalkalmak hatása legmarkánsabban a kollégák jobb együttműködésében nyilvánul meg, melyről a válaszadók 66,6 százaléka számolt be. A résztvevők a csoportkohézió erősödése révén jobban és tudatosabban tudnak együtt dolgozni, mint korábban. A terapeuták jobban odafigyelnek egymásra, könnyebben kérnek egymástól szakmai segítséget, inkább érzik, hogy egy szakmai team részei, mint a szupervízió bevezetése előtt. A szupervízió munkahelyi kapcsolatokra irányuló pozitív hatásáról számoltak be Hallberg (1994), Lindahl és Norberg (2002), valamint Olsson és munkatársai (1998) is. A kapcsolatok professzionális dimenzióján túl a válaszadók 33,3 százaléka a munkatársakkal való személyes kapcsolatok minőségének javulását is a csoportalkalmaknak tulajdonította. Azok a válaszadók, akik ezt a kategóriát említették, arról számoltak be, hogy a kollégákkal való kapcsolatuk közvetlenebb, elmélyültebb, elfogadóbb lett, mert lehetőségük nyílt jobban megismerni egymást. Ezek az eredmények megjelennek Berg és Hallberg (2000) pszichiátriai osztályon dolgozó nővérekkel végzett kutatásában is.

Szintén az interperszonális kapcsolatokhoz köthető, mégis különálló tartalmi kategóriát képez a konfliktuskezelés csoportalkalmak következtében történő javulása. Bár a konfliktusok a legtöbb munkafolyamat természetes velejárói, a kórházi munka jellegéből adódó fokozott érzelmi megterheltségből adódóan a konfliktuskezelés ebben a közegben kiemelten fontos lehet. Alonso és munkatársai (2006) szerint a konfliktusok az emocionális faktorokon túl az eltérő képzési háttérrel rendelkező, a feladatokat különböző módon prioritizáló egészségügyi

szakemberek érdekeinek ütközéséből fakad. Ami igazán fontos, hogy ezen a nagy felelősséggel járó, gyakran megterhelő területen dolgozó szakemberek olyan kommunikációs eszközök birtokában legyenek, amelyek hozzásegítik őket a hatékony konfliktuskezeléshez. Eredményeim alapján a válaszadók mindössze 33,3 százaléka említette, hogy a csoportalkalmak során elsajátított készségek hozzájárulnak a munkahelyi összetűzések számának csökkenéséhez és a már kialakult konfliktusok hatékonyabb kezeléséhez. 1 válaszadó a konfliktusok kiéleződéséről számolt be. Azt gondolom, érdemes lehet a konfliktuskezelés témáját a csoportalkalmak során jobban kibontani, nagyobb arányban megjeleníteni, mert hosszú távon ez a tényező is hat a betegellátás minőségére. A résztvevők a csoportalkalmak során többek között olyan kommunikációs technikákat is tanulnak, melyek révén asszertívabbá, nyitottabbá, és kevésbé ellenségessé válik kommunikációjuk. Heaven és munkatársai (2005) az egészségügyi környezetben tartott kommunikációs tréning hatékonyságának vizsgálata során arra az eredményre jutottak, hogy a kommunikációs tréning klinikai szupervízióval való kombinációja nyitottabb, hatékonyabb kommunikációhoz vezetett, mint a szupervízió nélküli tréning. Hallberg (1994) szupervízió hatásait vizsgáló munkájában a résztvevők arról számoltak be, hogy a csoportalkalmak hatására biztosabbá váltak a munkahelyi csoportjukban betöltött szerepükben, bátrabban kiálltak a saját véleményük mellett, egymással támogatóbbá váltak, kevésbé kérdőjelezték meg kollégáik döntéseit, emellett kritikus észrevételeiket is hatékonyabban, konstruktívabban tudták megfogalmazni.

A válaszadók 25 százaléka az ellátott gyerekek szüleivel való konfliktusok hatékonyabb kezeléséről számol be. Az általam áttekintett szakirodalom nem számol be hasonló kutatási eredményekről. A jövőben célszerű lehet a kórházi környezetben tartott kommunikációs tréningek kollégákkal, betegekkel és hozzátartozókkal való konfliktuskezelésére gyakorolt hatásának további, mélyebb vizsgálata.

A szakmai képzés során elsajátított ismeretek mindennapi munkavégzésbe történő integrációja csak 1 válaszban jelent meg, mely alapján úgy tűnik, a csoportalkalmak hatása leginkább a munkahelyi kapcsolatok javulására transzferálható, a szakmai fejlődés kevésbé hangsúlyos. 2 résztvevő nem érezte a csoportalkalmak mindennapi munkavégzésre és kapcsolatai változására gyakorolt hatását. Összességében elmondható, hogy a csoportalkalmak a válaszadók mindössze 16,6 százaléka számára nem rendelkeznek átemelhető pozitív hozadékkal, 83,4 százalék, tehát a válaszadók többsége azonban megfogalmazott valamilyen pozitív irányú változást.

Érdekes kérdést vet fel az a 3 kritikai megjegyzés, amely a szupervíziós alkalmak ventilációs, „lelkizős” aspektusára vonatkoznak, mely alapján úgy tűnik, a résztvevők számára

nem egységesen hangsúlyos az emocionális támogatás szerepe. Azt gondolom, ez elsősorban alkati, személyiségbeli változókból eredhet, emellett visszautalnék Ciarrochi és munkatársai (2002) túlzott érzékenységből és emocionális percepcióból eredő hátrányokat tárgyaló munkájára. Fontos szempont lehet tehát annak pontos felmérése, hogy a csoportalkalmak tematikájában milyen mértékben van igény az emocionális szenzitivitás fokozására irányuló elemek beemelésére, akár a résztvevők anonim megkérdezésén keresztül.

Az interjú záró kérdésében a résztvevőknek lehetősége nyílt olyan javaslatok, vágyak megfogalmazására, amely szerintük hozzájárul a csoportalkalmak hatékonyságának növeléséhez, amin szívesen változtatnának. Az eredmények alapján a legmarkánsabban az időkeretek betartására vonatkozó igény jelent meg, a résztvevők 41,6 százaléka szeretné, ha erre több figyelem irányulna. Ez a válaszkategória magába foglalta a pontos kezdésre és zárásra vonatkozó igényt, valamint azt, hogy a résztvevők fontosnak tartják a csoportalkalmak egyes részeire fordított idő arányos elosztását. Az erre vonatkozó visszajelzésekből kirajzolódott, hogy ha a csoportalkalmak túlnyúlnak a megbeszélte időkereteken, az a résztvevők egy részében frusztrációt okoz. Azt gondolom, eredményem hasznos visszajelzés lehet a csoportvezetők számára.

Az idővel kapcsolatos másik válaszkategória a válaszadók 33,3 százalékának visszajelzésében jelent meg, szerintük jó lenne még több időt fordítani ezekre az alkalmakra. Azonban az már önmagában pozitív számukra, hogy a szupervízióra szánt idő a munkaidejük részét képezi és az intézmény vezetése támogató hozzáállást tanúsít. A vezetői támogatás a szupervízió hatékonyságának egyik fontos előrejelző faktora. Buus és munkatársai (2011) kutatásában a válaszadók azt állították, hogy a szupervízió, bár érzelmileg támogató légkört teremt számukra, a napi munkájukra még sincs számottevő hatással. Ennek legfőbb okát a szupervíziós alkalmak alacsony számában és saját leterheltségükben látták. A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy az eredmények nem feltétlenül transzferálhatók olyan kórházi osztályokra, ahol a nővérek munkabeosztása inkább lehetővé teszi az ilyen jellegű csoportokban való részvételt. Scanlon és Weir (1997) eredményei alapján a szupervízió hatékonyságát leginkább csökkentő tényezők az időhiány illetve a szupervíziós alkalmak rövidege. A válaszadók nagy része frusztrálónak érezte azt, hogy a szupervízióra szánt idejüket az intézményi vezetés nem tekinti a munkájukhoz szervesen illeszkedő elfoglaltságnak. Ez fejlesztendő terület lehet a jövőre nézve, csak úgy, mint a vezetői támogatás hiányának negatív hatásai a szupervízió hatékonyságára. Azt gondolom, ez hazai viszonylatban is kiemelendő faktor, de az általam vizsgált intézmény ebből a szempontból kivételt képez, mert a csoportalkalmak vezetői támogatottsága jelen esetben teljes mértékben megvalósult.

Kutatásomban különböző, egészségüghöz szervesen kapcsolódó pályán dolgozó szakemberek bevonásával többek között azt vizsgáltam, hogy az interprofesszionális csoport keretében megvalósított szupervízió és készségfejlesztés milyen hatással van a kollaboratív munkavégzésre, szakterületek közötti kommunikációra és egymás szerepének fokozottabb megértésére, elfogadására. Eredményeim alapján elmondható, hogy a különböző társszakmák képviselői számára kimondottan előnyös lehet egy olyan platform, amely lehetővé teszi, hogy belelássanak egymás munkájába, megértsék kollégáik szempontjait és prioritásait, ezáltal az egymás felé megfogalmazott kérések és javaslatok sem tűnnek kritikus bíráltnak, ahogy azt a szupervízió bevezetése előtt sokszor érezték. A csoportok a szakmai ismeretek fejlesztésén túl hozzájárulnak egy megértő, támogató, pozitív érzelmi társas közeg megéléséhez, amely egy idő után már nem csak a szupervízió néhány órájára korlátozódik, hanem lassan átszivárog a mindennapokba a pozitívabb személyközi kapcsolatok illetve nyíltabb, őszintébb, asszertívabb kommunikáció elsajátításán keresztül. Eredményeim fontos üzenete lehet a csoportvezetők felé, hogy célszerű több figyelmet fordítani a keretek tartására, amely hosszú távon a részvételi motiváció fenntartásához is hozzájárul.

Salas és munkatársai (2008) tanulmánya megemlíti a tréningekkel kapcsolatos visszajelzés fontosságát, amely a résztvevők kívánt viselkedésváltozásának mértékén, illetve a tréningek során gyakorolt helyzetek valós kimenetelének eredményein alapul. A visszajelzésen túl a tréning hatékonyságának értékelése is a folyamat fontos részét képezi. Az intézmény számára érdekes kérdés lehet az, hogy a terapeuták számára szervezett szupervízió és belső képzési csoport milyen hatékonysággal implikál hosszú távú változásokat a szervezet egészében. Salas és munkatársai (2008) arra jutottak, hogy a tréning utáni teljesítménymonitorozás és a megváltoztatott viselkedésminták akár jutalmazáson keresztüli megerősítése elengedhetetlen ahhoz, hogy a tréningek lehetővé tegyék a valóban eredményes, hosszú távú változások elősegítését. Erre a transzferálás folyamatának egyik kulcslépéseként is tekinthetünk. A kutatásomban a csoportban való részvétel által kiváltott hatások egyfajta monitorozása, amely értékes visszajelzésként szolgálhat a szervezők részére a pozitív hatásokról, illetve arról is, melyek azok a tényezők, amelyek fejlesztésére további figyelmet kell fordítaniuk. Kutatásom a szupervízióhoz kapcsolódó szerteágazó kérdéskörét igyekezett felölelni, amely jó kiindulópont lehet egy-egy kiragadott, konkrét téma elmélyültebb vizsgálatához. Eredményeim tágabb értelmezésben alátámaszthatják, hogy az egészségügyi szervezetekben szervezett, esetközpontú megközelítésen alapuló és szakmai kompetenciák fejlesztésére irányuló tréningek hozzájárulnak a szakemberek lelki jólétéhez, ezen keresztül hosszú távon az ellátás minőségének javulásához. A hazai egészségügy nehéz helyzetében az

ilyen jellegű kezdeményezések elterjedése, ha csak kismértékben is, de hatékonyan járulhatna hozzá az ellátórendszerben dolgozó szakemberek munkával való elégedettségének növeléséhez, vagy akár a kiégés megelőzéséhez. Jelen kutatás nem tért ki a munkával való elégedettség és a kiégés kérdéskörének bemutatására, azt gondolom, esetleg néhány év távlatából, nagyobb mintán történő elemzés lenne alkalmas arra, hogy megbízható visszajelzés szülessen ezen kérdésekről.

Köszönettel tartozom a Szegedi Tudományegyetem Személyiség-, Klinikai és Egészségpszichológiai Tanszékéről Dr. Papp-Zipernovszky Orsolya egyetemi adjunktusnak, aki szakdolgozatom megírását szakmailag felügyelte. Köszönettel tartozom továbbá a Magyar Református Egyház Bethesda Gyermekkorházának, amiért az adatgyűjtést lehetővé tették.

Felhasznált irodalom

Alonso, A., Baker, D. P., Holtzman, A., Day, R., King, H., Toomey, L., & Salas, E. (2006). Reducing medical error in the Military Health System: How can team training help? *Human Resource Management Review, 16*(3), 396-415.

Berg, A., & Hallberg, I. R. (2000). The meaning and significance of clinical group supervision and supervised individually planned nursing care as narrated by nurses on a general team psychiatric ward. *Australian and New Zealand journal of mental health nursing, 9*(3), 110-127.

Buus, N., Angel, S., Traynor, M., & Gonge, H. (2011). Psychiatric nursing staff members' reflections on participating in group-based clinical supervision: A semistructured interview study. *International Journal of Mental Health Nursing, 20*(2), 95-101.

Cadman, C., & Brewer, J. (2001). Emotional intelligence: a vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management, 9*(6), 321-324.

Ciarrochi, J., Deane, F. P., & Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and individual differences, 32*(2), 197-209.

Driscoll, J. (2007). *Practising clinical supervision: A reflective approach for healthcare professionals*. New York, NY: Elsevier Health Sciences.

Eke E., Girasek E., & Szócska M. (2009). A migráció a magyar orvosok körében. *Statisztikai Szemle*, 7–8, 795–825.

Fields, S. A., & Toffler, W. L. (1993). Hopes and concerns of a first - year medical school class. *Medical Education*, 27, 124-129.

Freshwater, D., & Stickley, T. (2004). The heart of the art: emotional intelligence in nurse education. *Nursing Inquiry*, 11(2), 91-98.

Gabriel, Y., & Griffiths, D. S. (2002). Emotion, learning and organizing. *The Learning Organization*, 9(5), 214-221.

Hallberg, I. R. (1994). Systematic clinical supervision in a child psychiatric ward: satisfaction with nursing care, tedium, burnout, and the nurses' own report on the effects of it. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8(1), 44-52.

Heaven, C., Clegg, J., & Maguire, P. (2006). Transfer of communication skills training from workshop to workplace: the impact of clinical supervision. *Patient education and counseling*, 60(3), 313-325.

Hyppölä, H., Kumpusalo, E., Neittanmäki, L., Mattila, K., Virjo, I., Kujala, S., Luhtala, L. A. R., Halila, H., & Isokoski, M. (1998). Becoming a doctor - was it the wrong career choice. *Social Science and Medicine*, 47, 1383-1387.

Kilminster, S. M., & Jolly, B. C. (2000). Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. *Medical education*, 34(10), 827-840.

Kooker, B. M., Shoultz, J., & Codier, E. E. (2007). Identifying emotional intelligence in professional nursing practice. *Journal of Professional Nursing*, 23(1), 30-36.

Lindahl, B., & Norberg, A. (2002). Clinical group supervision in an intensive care unit: a space for relief, and for sharing emotions and experiences of care. *Journal of Clinical Nursing, 11*(6), 809-818.

Lindahl, B., & Norberg, A. (2002). Clinical group supervision in an intensive care unit: a space for relief, and for sharing emotions and experiences of care. *Journal of Clinical Nursing, 11*(6), 809-818.

Molnár, M. & Gyapjas, T. (2015): „Hogy a lángból ne legyen hamu...” Kiegészítési program egészségügyi dolgozóknak. In M. Csabai & O. Papp-Zipernovszky (Eds.), *Gyógyítók egészsége*. Megjelenés alatt.

Morey, J. C., Simon, R., Jay, G. D., & Rice, M. M. (2003). A transition from aviation crew resource management to hospital emergency departments: the MedTeams story. In *Proceedings of the 12th International Symposium on Aviation Psychology* (pp. 14-17).

Olsson, A., Björkhem, K., & Hallberg, I. R. (1998). Systematic clinical supervision of home carers working in the care of demented people who are at home: structure, content and effect as experienced by participants. *Journal of nursing management, 6*(4), 239-246.

Paslowski, T., Kahlke, R., Hatch, T., Hall, M., McFarlane, L. A., Norton, B., Taylor, E., & King, S. (2014). Action, Reflection, and Evolution: A Pilot Implementation of Interprofessional Education across Three Rehabilitation Disciplines. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education, 4*(2). Letöltés dátuma: 2015.02.27.

Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Nursing Research: Principles and Methods*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Proctor, B. (1991). On being a trainer. In W. Dryden & B. Thorne (Eds.), *Training and Supervision for Counselling in Action* (pp.49-73). London, United Kingdom: Sage.

Quoidbach, J., & Hansenne, M. (2009). The impact of trait emotional intelligence on nursing team performance and cohesiveness. *Journal of Professional Nursing, 25*(1), 23-29.

Salas, E., DiazGranados, D., Weaver, S. J., & King, H. (2008). Does team training work? Principles for health care. *Academic Emergency Medicine*, 15(11), 1002-1009.

Scanlon, C., & Weir, W. S. (1997). Learning from practice? Mental health nurses' perceptions and experiences of clinical supervision. *Journal of advanced nursing*, 26(2), 295-303.

Smith, K. B., Profetto-McGrath, J., & Cummings, G. G. (2009). Emotional intelligence and nursing: An integrative literature review. *International journal of nursing studies*, 46(12), 1624-1636.

Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Barboosingh, J., Taylor, E., & Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23(1), 41–51.

Teasdale, K., Brocklehurst, N., & Thom, N. (2001). Clinical supervision and support for nurses: an evaluation study. *Journal of advanced nursing*, 33(2), 216-224.

Vaglun, P., Wiers-Jeassen, J., & Ekeberg, O. (1999). Motivation for medical school: the relationship to gender and specialty preferences in a nationwide sample. *Medical Education*, 33, 236-245.

Wheeler K. & Barret E. (1994) Review and synthesis of selected studies on teaching empathy: implications for nursing research and education. *Nursing Outlook* 4, 230-236.

Függelék

1. Számú melléklet: Interjúkérdések

Interjúkérdések a Magyar Református Egyház Bethesda Gyermekkórházban, terapeuták számára szervezett esetközpontú szupervízió és készségfejlesztő csoportokkal kapcsolatos tapasztalatok feltérképezéséhez.

Az interjú időtartama: kb.: 30 perc

A válaszadó:

neme: férfi nő

életkora:

foglalkozása:

mennyi ideje dolgozik a jelenlegi munkakörében....

Kérdéssor:

1.

2. Számú melléklet: Etikai jóváhagyást igénylő űrlap

Etikai jóváhagyást igénylő űrlap

diák kutatók számára
SZTE BTK PSZICHOLÓGIAI INTÉZET

1. A kutatás címe: KÓRHÁZI ESETKÖZPONTÚ SZUPERVÍZIÓ ÉS BELSŐ KÉPZÉSI CSOPORTTAL KAPCSOLATOS RÉSZTVEVŐI TAPASZTALATOK FELTÉRKÉPEZÉSE

2. A beadás dátuma: 2015.04.30.

3. A kutatásért felelős oktató neve, beosztása: Dr. Papp-Zipernovszky Orsolya, Egyetemi Adjunktus

A diák kutató/k neve: Garaj Zsuzsanna

4. A kutatás melyik kategóriába esik: Szakdolgozati munka, BA

- kurzus munka; ebben az esetben, kurzus neve
- műhelymunka
- szakdolgozati munka
- TDK munka
- egyéb:

5. A kutatás céljának és menetének rövid ismertetése:

Kutatásomban a Magyar Református Egyház Bethesda Gyermekkorházban, terapeuták számára szervezett esetközpontú szupervízió és készségfejlesztő csoportok hatását vizsgáltam a résztvevőkkel felvett félig strukturált interjúkon keresztül. Munkámban a csoportokkal kapcsolatos általános tapasztalatok feltérképezésén túl arra a kérdésre kerestem a választ, hogy a résztvevők át tudják-e emelni a csoportalkalmak során elsajátított készségeket a mindennapi munkájukba, tapasztalnak-e a csoportnak tulajdonítható változást személyközi kapcsolataikban, illetve melyek azok a tényezők, amelyek szerintük növelné a csoportalkalmak hatékonyságát. A kutatásban 12 fő vett részt, akik mind rendszeresen részt vesznek a csoportalkalmakon.

6. A minta leírása, a vizsgálati személyek toborzásának módja?

A vizsgálati személyek a Magyar Református Egyház Bethesda Gyermekkorházának dolgozói, 12 fő, akik önként vettek részt a vizsgálatban.

7. Hol zajlik a vizsgálat?

Magyar Református Egyház Bethesda Gyermekkorháza, 1146 Budapest, Bethesda utca 3.

8. Milyen berendezéseket és eszközöket alkalmaz? (Nevezze meg az alkalmazott tesztet, kérdőívet!)

A kutatás során a szakirodalmi áttekintés alapján összeállított, 8 kérdésből álló félig strukturált interjút alkalmaztam.

9. Az etikailag érzékeny pontok azonosítása

Jár-e a vizsgálat *kellemetlen ingerek bemutatásával vagy kellemetlen helyzetek* létrehozásával? IGEN / NEM.

Ha a válasz "igen", akkor pontosan ismertesse a helyzetet és becsülje meg a kockázati tényező súlyosságát!

- Kellemetlen helyzet?
- Kellemetlen ingerek?
- Fájdalom?
- Víz, élelem, alvás stb. megvonás?
- Gyógyszerek vagy pszichoaktív szerek alkalmazása?
- Testi sérülés veszélye?
- Szorongás vagy egyéb negatív érzés okozása feltételezhető módon?
- Lényeges információ visszatartása?
- A vizsgált személyek tudatos félrevezetése?

Jár-e a vizsgálat *érzékeny populáció* részvételével (karikázza be és részletezze a választ megfelelő pontnál)? IGEN / NEM

- 18 éven aluliak?
- betegek vagy mentálisan veszélyeztetett egyének?
- egyéb módon érzékeny társadalmi csoporthoz tartozók?

Jár-e a vizsgálat *érzékeny témák* érintésével? Részletezze a választ, ha igen! IGEN / NEM

- szexualitás
- intimitást érintő témák
- identitását, személyes kapcsolatokat érintő témák, etc.

Az interjú során rákérdeztem a munkahelyi kapcsolatok esetleges változásaira, amely érzékeny és bizalmas téma lehet a válaszadók számára. A kapott válaszokat kutatásomban anonim módon jelenítem meg.

10. Pontosán ismertesse, hogy milyen eljárásokat tervez az etikai kockázat kiiktatására illetve minimalizálására, kitérve az informált beleegyezés megszerzésének módjára és az utólagos tájékoztatás menetére!

A kutatás helyszínéül szolgáló kórháztól intézményi beleegyezést kértem. A kutatásba bevonni kívánt dolgozókat szóban és írásban tájékoztatom a kutatás céljáról és menetéről. Az írásos beleegyezését követően kezdem csak el az interjút. A vizsgálatban való részvétel önkéntes és

minden befolyástól mentes, valamint a beleegyezés bármikor, szóban vagy írásban, indoklás nélkül visszavonható. A válaszok, eredmények dolgozatban történő megjelenítése anonim módon történik.

A kutatás eredményeit az általam vizsgált csoport vezetőinek rendelkezésére bocsátom.

11. Az informált beleegyezés szövege (Adja meg az informált beleegyezés pontos szövegét!)

Tájékoztató és Beleegyező nyilatkozat

A kutatás célja a kórházakban dolgozó terapeuták számára szervezett esetközpontú szupervízió és készségfejlesztő csoportokkal kapcsolatos tapasztalatok feltérképezése, a résztvevők megkérdezésén keresztül.

A kutatás során egy nyolc kérdésből álló interjú felvételére kerül sor, amelynek hanganyaga diktafon segítségével rögzítésre kerül, majd a személyes adatok törlésével írásos átirat készül belőle. A vizsgálatnak káros következménye nincs.

Alulírott hozzájárulok, hogy a Szegedi Tudományegyetem hallgatójának kutatásában 2015 hó napján részt vegyek.

Tudomásul veszem, hogy az azonosításomra alkalmas személyi adatokat és az interjú során elhangzottakat a vizsgálat vezetője bizalmasan kezeli, azokba a kutatás lebonyolításában részt vevő személyeken kívül másoknak nem enged betekintést. Az interjúk elemzése során előfordulhat, hogy név nélkül idézünk a szövegekből.

Budapest, 2015. hó nap

.....

aláírás

12. Van-e bármilyen további etikai vonatkozása a vizsgálatnak, amelyre a fenti kérdésekre adott válaszokban nem történt utalás?

A vizsgálatnak nincs ilyen jellegű etikai vonatkozása.

Tanusítom, hogy az etikai jóváhagyás megtörtént.

A végső formában való jóváhagyás dátuma:2015.03.05.

A vizsgálat lefolytatásának tervezett dátuma: 2015.03.10. – 2015.04.20.

A jóváhagyó tanár (nem kell kézírásos aláírás): Dr. Papp-Zipernovszky Orsolya