

N Ó V É R

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2010. június, 23. évfolyam 3. szám

TARTALOMJEGYZÉK

MAGYAR ÁPOLÁSTUDOMÁNYI TÁRSASÁG ROVATA

Adalékok a professzionális ápolástudomány fogalomrendszeréhez Közép-Európában

Dr. Vlastimil Kozož Ph.D., Dr. Alžbeta Hanzlíková Ph.D, Dr. Betlehem József Ph.D.,

Mgr. Dana Jurásková Ph.D., MBA, MMag. Dr. Ilsemarie Walter,

3

EREDETI KÖZLEMÉNY

**A hajléktalanok ápolói ellátásának etikai problémái, illetve
a hajléktalanok ellátásához fűződő ápolói attitűd vizsgálata**

Raskovicsné Csernus Mariann

9

AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

Boka-kar index mérés az ápoló szemszögéből

Kovácsné Levang Szilvia

19

**A fogszuvasodás megelőzésével kapcsolatos szokások, ismeretek
felmérése 12 és 14 évesek körében**

Dr. Bartos Júlia, Varga Ágnes

25

KITEKINTÉS

100 évvel Florence Nightingale után – Harc az egészségért

Papp Katalin

34

GRATULÁLUNK

36

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja elismeri és beszámítja, a CINAHL nemzetközi ápolási adatbázis referálja.

Kiadja: a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara – MESZK. **Felelős kiadó:** Dr. Balogh Zoltán Ph.D. **Terjeszti:** MESZK 1082 Budapest, Üllői út 82/E (1450 Budapest, Pf. 214.) Telefon: 323-2070 Fax: 323-2079. **Borítóterv, műszaki szerkesztés, nyomdai munka:** Komáromi Nyomda és Kiadó Kft. ISSN szám: 0864-7003

A folyóirat alapítója és 19 évig (2006. december 31.) kiadója az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, melynek jogelődje az Országos Egészségügyi (Orvostudományi) Információs Intézet és Könyvtár.

NŐVÉR

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Vol. 23. No. 3. June 2010

CONTENTS

COLUMN OF HUNGARIAN SCIENTIFIC SOCIETY OF NURSING

Notes on the Terminology of Professional Nursing in Central Europe

Dr. Vlastimil Kozoň Ph.D., Dr. Alžbeta Hanzlíková Ph.D., Dr. Betlehem József Ph.D.,
Mgr. Dana Jurásková Ph.D., MBA, MMag. Dr. Ilsemarie Walter

3

ORIGINAL CONTRIBUTION

Ethical problems related to the nursing of homeless persons, and a survey of nurses' attitudes
towards the care of homeless persons

Mariann Csernus Raskovicsné

9

NURSING IN PRACTICE

Ankle brachial pressure index measurement from the nurse's perspective

Szilvia Levang Kovácsné

19

Survey of habits and skills related to the prevention of tooth decay
among 12 and 14-year-olds

Dr. Júlia Bartos, Ágnes Varga

25

OUTLOOK

100 years after Florence Nightingale – Fight for Health

Katalin Papp

34

CONGRATULATIONS

36

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Raskovicsné Csernus Mariann

Szerkesztő/Editor

Hirdi Henriett

Szerkesztőbizottság/Editorial Board

Dr. Betlehem József

egyetemi docens, dékán-helyettes

Kárpáti Zoltán

ápolási menedzser

Dr. Oláh András

egyetemi docens, tanszékvezető

Szloboda Imréné

ápolási igazgató

Tóth Ibolya

szakmai vezető főtanácsos

Dr. Zékányné Rimár Ilona

ápolási igazgató

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Mariann Csernus Raskovicsné. Editor: Henriett Hirdi. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungarian with English summaries. This Journal is peer-reviewed and indexed in Cumulative Index of Nursing & Allied Health CINAHL. Editorial office: POB 214., H-1450 Budapest, Hungary. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Horváth. Phone./Fax (36-1) 323-2070. ISSN 0864-7003

Tanácsadó testület/Advisory Board

Dr. Baráthné Kerekes Ágnes, oktatási menedzser
Markusovszky Kórház, Szombathely

Boldogné Csurik Magdolna, osztályvezető

Országos Tisztiorvosi Hivatal, Ápolási Szakfelügyeleti Osztály, Budapest

Dr. Helembai Kornélia, tanszékvezető főiskolai tanár

SZTE Főiskolai Kar Ápolási Tanszék, Szeged

Dr. Kiss István, leendő elnök

Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége, Budapest

Prof. Dr. Kovács L. Gábor, egyetemi tanár, intézetigazgató, az MTA levelező tagja
PTE Orvostudományi és Egészségtudományi Koordinációs Központ
Laboratóriumi Medicina Intézet, Pécs

Dr. Kőrösi László, főosztályvezető helyettes

Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Finanszírozási Főosztály, Budapest

Dr. Rácz Jenő, elnök

Magyar Egészségügyi Menedzser Klub, Budapest

Somogyvári Zoltánné

Egészségbiztosítási Felügyelet, Budapest

Sövényi Ferencné, szaktanácsadó

Vízvári László főigazgató

Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest

Lapunkat rendszeresen szemlézi Magyarország legnagyobb médiafigyelője az



1084 Budapest, Auróra u. 11.
Tel.:303-4738, Fax: 303-4744
E-mail:marketing@observer.hu
http://observer.hu

Adalékok a professzionális ápolástudomány fogalomrendszeréhez Közép-Európában

Dr. Vlastimil Kozoň Ph.D.

*egyetemi docens, Allgemeines Krankenhaus — Universitätskliniken
Direktion des Pflegedienstes Bereich klinische Pflegewissenschaft, Bécs*

Dr. Alžbeta Hanzlíková Ph.D.

egyetemi docens, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Pozsony

Dr. Betlehem József Ph.D.

*egyetemi docens, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar
Ápolás és Betegellátás Intézet, Pécs*

Mgr. Dana Jurásková Ph.D., MBA

egészségügyi miniszter, Ministerstvo zdravotnictví, Prága

MMag. Dr. Ilsemarie Walter

*tudományos munkatárs, Abteilung Pflegeforschung des Instituts
für Pflege- und Gesundheitssystemforschung, Bécs*

Összefoglaló

A professzionális ápolóképzés kezdeteit Közép-Európában az 1914-ben, az Osztrák-Magyar Monarchiában megjelent Ápolásról szóló törvényen keresztül lehet leginkább megismerni. Ausztriában ezen jogszabály megjelenése óta nevezik az ápolás szakmát művelőket okleveles ápolónőknek és okleveles ápolóknak (Diplomirte Krankenschwester, illetve Diplomierter Krankenpfleger). Ausztriában a nemzetsocializmus idején, míg Csehszlovákiában a kommunizmus idején ezeket a megnevezéseket a „nővér” fogalom váltotta fel sokszor hivatalosan is. Hasonló jellegű változás volt megfigyelhető Magyarországon is. Az egykor már önálló szakmaként létező ápolás kiegészítő szakmává vált. Az ápolás szakma rendszerezett fejlesztéshez nem csak elméleti, hanem gyakorlati szempontból is szükséges a pontos fogalomalkotás, melyre jelen közlemény is igyekszik felhívni a figyelmet.

Kulcsszavak: *professzionális ápolás, nővér, ápoló(nő), pontos fogalomalkotás*

Bevezetés

A rendszerezett ápolóképzés az Osztrák-Magyar Monarchia területén 1914. június 25. után bontakozott ki, amikor kiadásra került az első olyan rendelet, mely a hivatásszerű betegápolással foglalkozott [139/1914. Belügyminiszteri rendelet]. E jogszabály az ápolóképzésekre nemcsak Ausztriában, hanem Csehországban és Szlovákiában, továbbá tartalmilag Magyarországon is befolyással bírt. Ez idő tájt jöttek létre az első állami ápolóképző iskolák, melyek e törvény szabályai szerint működtek. Az iskolák működésénél általános feltétel volt, hogy az

ápoló(nő)k képzése két évig tartson. A jelentkezők a 18. életévük betöltését követően jelentkezhetnek és egy polgári, vagy annak megfelelő szintű iskolai végzettséggel kellett rendelkezniük. Az iskolákba férfiakat is felvettek. Az ápoló(nő)k tevékenysége a két világháború között az intézeti, illetve a kórházi ápoláson kívül kiterjedt megelőző egészségügyi és szociális ellátásra is, ami magába foglalta a gyermekvédelmi és családlátogatói szolgálatot [Hanzlíková A., 1999] .

Az első állami ápolóképző iskolákat még a rendelet megjelenése előtt Bécsben (1913), majd Prágában (1916) és Triestben (1916) hozták létre. Az állami ápolóképzőkben a

betegápolást tanulók a végzést követően okleveles betegápolói és betegápolónői (Diplomierete Krankenschwester, illetve Diplomierter Krankenpfleger) címet szereztek [Kozođ V., 2008].

A női ápolószemélyzet „nővér”-ként történő megnevezése már ekkor sem volt hivatalos, jól lehet az ápolók többsége akkor is nő volt, akárcsak ma. Ez a nem hivatalos cím az első Osztrák Köztársaságban az okleveles betegápolónőknek olyan fontos volt, hogy cikkeiket a szaklapokban gyakran a nővér + név (esetleg rövidítéssel „nőv. + név”) aláírással közölték és a leveleiket is eképpen írták alá. Ezen formátum használatával a szándékuk egyrészt az volt, hogy a műveletlen, iskolázatlan világi ápolónőktől elhatárolódjanak, másrészt szerették volna elérni, hogy a betegek mellett több szerzetesnő is dolgozzon, akiket szintén „nővér”-nek hívtak. A katolikus egyház nem nézte jó szemmel a világi ápolónők „nővér”-ként való megnevezését, de legkevésbé tetszett nekik a világi nők egyházihoz hasonló egyenruhája.

Ausztriában és Csehszlovákiában a köztársaság idején az ápolóképző iskolák végzősei ünnepélyes keretek között betegápolónői oklevelet vehettek át és ehhez gyakran különböző ápolói melltűt (kitűzőt) is kaptak. Csehszlovákiában az első köztársaság idején az ápolóképző iskola végzősei Prágában (1919 után) az oklevél mellé az alábbi feliratú kitűzőt is átvehették: „Csehszlovák Vöröskereszt Ápolónő”, és Szlovákiában, Martinban (1935 után) a „Szlovák Vöröskereszt Ápolónő”. A későbbiek folyamán szakmai jelvények kerültek kiadásra „Diplomás Nővér Ápolónő” (sic!) megnevezéssel, s mindez az ápolóképző iskola helyének megjelölésével, pl. Prága, Brün, Jihlava, továbbá Pozsony, Nyitra, Trencsén, Turócszentmárton.

A második világháború előtt és után Magyarországon több ápolóképző iskolát hoztak létre. A Magyar Vöröskereszt érdemei az ápolóképzésben elvitatathatlanok, azonban az első tanfolyam jellegű „polgári foglalkozásra” felkészítő tanfolyamokat a Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos

Egyesülete szervezet az 1904-es megalakulásukat követően két évvel [Betlehem J., Oláh A., 2003]. **(1-4. kép)** Az Országos Közegészségügyi Intézet felállítását követően (1925), 1927-től megkezdődött az ápolónő és védőnő képzés egységes tantervének kidolgozása, melynek befejeztével a végzetek ápolónői és védőnői szakképesítést szereztek [Johan, B., 1929]. A védőnőképzést az Országos Stefánia Szövetség (1915) és a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat (1927) hívta életre. **(5-6. kép)** Az előbbi elsősorban a csecsemőhalandóság csökkentését célozta meg, míg az utóbbi az anya- és csecsemővédelmet, nemi- és tüdőbetegek gondozását, szegény betegek otthoni ápolását, szociális gondozást, és az iskola-egészségügyet vállalta fel. A két szervezet 1941-ben egyesült [Johan, B., 1939].

Az ápolói és védőnői iskolák létezésének bizonyítékául falerisztikai (kitüntetésekkel, szakmai jelvényekkel és rendjelekkel foglalkozó tudomány) alkotások is szolgálnak — ezen iskolák jelvényei a következő felirattal: Budapesten „Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete Okl. Ápoló” (1906); Debrecenben „Debreceni Egyetem Ápolónő és Védőnőképző Intézet” (1920); „M. Kir. Áll. Ápolónő és Védőnőképző Intézet 1930”; Szegeden „M. Kir. Áll. Ápolónő és Védőnőképző Intézet Szeged 1937”; „Varga Katalin Ápolónőképző Iskola” (1946) [Huszár L., Varannai G., 1977].

Szlovákiában 1948-ig 9 ápolóképzői iskola alakult meg, melyek közül a kassai Szent Vince keresztény szeretettel teli irgalmas nővérek ápolóképző lányiskolája megszűnt (1932-1938). A kommunista rendszerben 1949. szeptember 1-jétől az ápolóképző iskolák elnevezése a „felsőfokú szociális-egészségügyi iskola” lett, majd az 1950/1951-es tanévtől a „felsőfokú egészségügyi iskola” megnevezés váltotta fel [Farkašová D. et al., 2001]. Csehszlovákiában a beteggondozás-ápolás továbbfejlődését az 1950 végén elfogadott egészségügyi hivatásról szóló törvény és az ehhez kötődő kormányrendelet alakította át (1951. szeptember 11-től), mely a középfokú egészségügyi végzettségűeket érintette. Megszűnt a diplomás betegápolónői/betegápolói cím, melyet az egészség-

ügyi nővér fogalom váltotta fel. A betegápoló szerzetesrendeket erőszakkal megszüntették. A kommunizmus időszakában 1951-től, terjedt a köznyelvben a nővér becéző formája „nővérke“.

Az ápolást végző férfiak megszólítására a szocialista egészségügy kommunista alkotói paradox módon nem szenteltek figyelmet jól lehet napjainkban a férfiakhoz kötődő fogalmak helyes megnevezései a nemekről szóló tanulmányok alapján egyre aktuálisabbak, különösen az ápolásban [Laurinc M., 2008].

Az okleveles ápolónői és az ápolói megnevezés Ausztriában, 1938-ban szűnt meg a nácista Németország általi erőszakos megszállást követően. A német törvényt módosítások átvételét követően az ápolóképzés 2 évről 1 ½ évre csökkent, s mindenekelőtt a gyakorlatra készített fel. A nőket a betegápoló nővér cím illette meg, míg a férfiakat a betegápoló. Ezek a megnevezések ebben a formában 1945 után egészen 1997-ig hivatalosan érvényben is voltak. A képzett (okleveles) férfi ápolószemélyzetnek a betegápoló cím néha problémát okozott, mert a nyilvánosság az ápoló(nő) szót még mindig a képzetlenséggel azonosította. A szakmai megnevezésekben, 1997-ben törvényi változtatásra került sor, ami a „diplomás egészség- és betegápoló nővér“, illetve a „diplomás egészség- és betegápoló“ megnevezéseket ve-

zette be, hangsúlyozva ezzel az ápolók betegségmegelőzési és egészségnevelési feladatát. A törvény értelmében a foglalkozás célja is szó szerint „az egészség- és betegápolás magasstos szolgálata“. Ausztriában, mint ahogy korábban is, ma is használatos a nővér/ápoló hivatalos megnevezés. A tudományos életben és a szakirodalomban is gyakran használják a nemtől független semleges kifejezést az „ápoló személy“-t, mivel a hivatalos megnevezés problematikusnak látszik [Walter I., 2003].

A „nővér“ kifejezés szigorúan körülhatároltan egy személyt jelöl és nem elsősorban a foglalkozást jellemzi. Ezért Ausztriában, mint az összes német nyelvterületen kizárólag ápolói diagnózisról, ápolói anamnézisérről, ápolói dokumentációról stb. beszélnek. A Szlovákiában használatos „nővér dokumentáció“, „nővéri diagnózis“ kifejezések létrehozása a német nyelvben elképzelhetetlen, szerencsére akár csak a magyarban.

A jelen korban 2004. óta Németországban az ápolást végzők törvényileg használható címe „Egészség- és betegápoló/betegápolónő“, mely felváltotta a korábbi betegápoló nővér és betegápoló megnevezéseket. Az új cím itt is inkább az ápolók megelőzésben és tanácsadásban betöltött szerepét igyekszik kifejezésre juttatni. A nővér megnevezés jogilag már nem, viszont a mindennapi életben természetesen még használatos. **(I-II. táblázatok)**

I. táblázat. A pontos fogalmak struktúrája szakmai szempontból

Gyakorlati tevékenység	Főnév	A tevékenység végrehajtója	Tudományág	Képzettség/titulusok
ápolni	ápolás	ápolónő/ápoló	ápolástudomány	BSc, MSc, Bc., Mgr., PhDr., PhD.
gyógyítani	gyógyítás	orvosnő/orvos	orvostudomány	MD, MUDr., PhD.
tanítani	tanítás	tanárnő/tanár	pedagógia	BA, MA, Bc., Mgr., PhDr., PhD.

II. táblázat. Pontos ápolási fogalmak különböző nyelveken (választék)

Nyelv	Gyakorlati tevékenység	Főnév	A tevékenység végrehajtója	Tudományág
magyar	ápolni	ápolás	ápolónő/ápoló	ápolástudomány
cseh	ošetřovat	ošetřování	ošetřovatelka/ošetřovatel	ošetřovatelství
szlovák	ošetrovať	ošetrovanie	ošetrovatelka/ošetrovateľ	ošetrovatelstvo
német	pfllegen	die Pflege	Pflegerin/Pfleger	Pflegewissenschaft
angol	nurse	nursing	nurse/male nurse	nursing science

A fogalomalkotás gyakorlati okai

A szakma magasán képzett képviselői foglalkoznak főleg a szakmai fogalmak fejlesztésével és ezek pontos alkalmazásával. Minden ország jogszabályaiban visszatükröződnek a szakma bizonyos társadalmi-szakmai fejlesztései. A fogalomalkotás fő oka a gyakorlat szakmai fejlesztése és a szakmára jellemző tulajdonságok és jelenségek pontos leírása. Fontos ez például egy végzős szakmai magatartásának, tevékenységének meghatározásánál és annak egyszerű, de ugyanakkor pontos megnevezésénél, ami megkülönbözteti az adott szakképesítés birtoklóját más szakmáktól, a szakterület egyértelmű megjelölésével. Fontos továbbá egyik nyelvről a másik nyelvre történő fordításhoz. Mindezek alapjai lehetnek egy pontos ápolástudományi fogalomalkotási folyamatnak is.

Szakmai megfontolások alapján általában ajánlható az ápolásban szakképzettséget, szakképesítést szerzett szakemberek számra, hogy a szakmai képzettségük megjelölésekor hagyják el a „nővér”, „nővérke” megnevezést. A köznyelvben a „nővér” és „nővérke” fogalmak még biztosan jó ideig fenn maradnak, hisz a laikusok szóhasználatában ma is ez a meghatározó.

Javaslatok

Érdekünk, s egyben kötelességünk is ezen a helyzeten változtatni, mert a probléma megoldásának elodázása a következő generációk számára további gondot okoz. A hivatások megnevezésének különbözősége és az általánosságban is használt fogalmak nem tarthatók sokáig, hisz a nővér szó egy rokoni kapcsolatot is kifejez. Tehát csak idő kérdése, mikor kerül sor a változásra. Miért érezhetjük magunkat felelősnek e probléma miatt? A válasz így hangzik: mert nagy változások zajlanak a szakmánkban, amihez mi is hozzájárulhatunk. Ezen változások megvalósítói is mi vagyunk és ezért feladatunk és kötelességünk, hogy a felelősökkel ne csak párbeszédet kezdeményezzünk, hanem a helyes döntések meghozatalára is készítsük őket.

Napjainkban, számos országban az ápolástudományi alapképzés főiskolákon, egyetemeken (akadémiai szinten) zajlik [Seidl E., 1993]. A végzettek bachelor, master fokozatot kapnak és doktori címet is szerezhhetnek [Betlehem J., et al., 2009]. Ez azt jelenti, hogy e személyek megszólítása az akadémiai titulusuk alapján vezetéknevükkel együtt, ill. ápoló asszony/úr lenne használható. Elsősorban a vezetéknev használataival lenne megszüntethető az ápolás anonimitása. Egyidejűleg valóra lehetne váltani azt az ötletet is, hogy azok a képzetlen kiségitők, akik nem rendelkeznek ápolói képzettséggel, ne használhassák az ápolói címet megtévesztően. Ez egyrészt az ápolói szakmai büszkeséggel függ össze, másrészt a szakmára való igényes felkészüléssel (képzés) és a szakma művelésével.

Az Ápolók Nemzetközi Tanácsa — ICN nem ismeri, s nem is használja a nővér fogalmat, hanem a nurse és nursing kifejezést, amely lefordítva ápolót és ápolást jelent. Ebben a már 110 éve létező szervezetben való tagságunk számunkra nagyon jelentős és fontos tekintettel az ápolói szakma fejlesztésére és a világméretű összetartozásra. Miért kellene magunkat másként nevezni, mint ápolónak?

Az ápolástudomány fogalmi folyamatosan fejlődnek, pl. ápolási anamnézis, ápolási diagnózisok, ápolási beavatkozások stb. Ebből azonnal világos, hogy e fogalmak nem tartoznak az orvosi területhez, „nővériséghez”, közegészségügyhöz, gondozói szolgálathoz stb.

Ezzel az írással egy szakmai vitát szeretnénk elindítani az ápolástudomány önálló fogalomrendszerének fejlesztésért. Az ápolástudomány szakmai fejlesztésére szükség van, ami bizonyos fejlődési fázisokban nem képzelhető el pontos fogalomalkotás nélkül. A történelmi elemzések és idegen nyelvű összehasonlítások segítenek e kérdések megoldásában.

A szakterületek megjelölései állandó, történelmi változásokon alapulnak. Lehetnek például a szakmai identitás, a szakterület feladataiban bekövetkező változások, vagy a szakma körülhatárolására tett fáradozások kifejezői. Bizonyos mértékig az állam törvényhozói hatalma alá tartoznak — a szakmapolitika feladata ez esetben keresztülvin-

ni a megfelelő és pontos szakmai fogalmakat. Valamennyi közép-európai országban az ápolási fogalmak tisztázása rendkívül időszerű feladat

Az ápolástudomány, mint szakma az elmúlt évszázadban egész Közép-Európában

a gyógyítás túlnyomóan asszisztensi funkciójából önálló hivatássá bontakozott ki. Nagyon időszerű az ápolás körülhatárolása a következő fogalmakkal, mint a gyógyítás, gondoskodás, gondozás, vizsgáztatás, tanítás, nevelés, megelőzés, stb.

Irodalomjegyzék

1. Verordnung des Ministers des Innern vom 25. Juni 1914, betreffend die berufsmäßige Krankenpflege, Reichgesetzblatt für die im Reichsrate vertretenen Königreiche und Länder (A belügyminiszter rendelete 1914. június 25-ről, érintve a hivatásos betegápolást, Birodalmi törvénytár), Nr. 139, R.G.Bl. Nr.139/1914.
2. Hanzlíková A. (1999): Universitäre Pflegeausbildung in der Slowakei (Egyetemi ápolóképzés Szlovákiában). Kozon V.-ben., Fortner N. (Hrsg.): Bildung und Professionalisierung in der Pflege (Képzés és professzionalizáció az ápolásban). ÖGVP Kiadó, Bécs, pp. 23-37.
3. Kozoň V. (2008): Ošetrovateľská faleristika a rozvoj profesionálneho ošetrovateľstva na Slovensku (Ápolói falerisztika és az ápolás szakmai fejlődése Szlovákiában). Revue medicíny v praxi (Revue orvostudomány a gyakorlatban), 6; 3:15-16.
4. Kozoň V. (2008): Ošetrovateľská faleristika a rozvoj profesionálneho ošetrovateľstva v Rakúsku (Ápolói falerisztika és az ápolás szakmai fejlődése Ausztriában). Revue medicíny v praxi (Revue orvostudomány a gyakorlatban), 6;2:23-24.
5. Betlehem J., Oláh A. (2003): Die Entwicklungen der Pflege in Ungarn (Az ápolás fejlődései Magyarországon). Kozon V.-ben, Fortner N. (Hrsg.): Gerontologische Pflege und Pflegeberatung (Időskorúak ápolása és ápolási tanácsadás.). ÖGVP Kiadó, Bécs, pp. 77-91.
6. Johan, B. Az ápolónő- és védőnőkérdésről. Magyar Királyi Országos Közegészségügyi Intézet, Budapest, 1929.
7. Johan, B. Gyógyul a magyar falu. Magyar Királyi Országos Közegészségügyi Intézet Közleményei 7. szám, Budapest, 1939.
8. Huszár L., Varannai G. (1977): Medicina in nummis. Hungarian Coins and Medals Related to Medicine. Kiadja a Medicina Könyvkiadó, Budapest. pp.131-133.
9. Farkašová D. és koll. (2001): Ošetrovateľstvo – teória (Ápolástudomány – elmélet). Osveta, Martin, pp. 134.
10. Laurinc M. (2008): Motivácia mužov k ošetrovateľskému povolaniu a ich pomenovanie (A férfiak ápolói tevékenységének motivációja, s ezek megnevezése). Revue medicíny v praxi (Revue orvostudomány a gyakorlatban), 6;5:31-32.
11. <http://www.rozvojovevzdelavanie.sk/pojmy/genderove-role.html>
12. Walter I. (2003): Zur Entstehung der beruflichen Krankenpflege in Österreich (A szakmai betegápolás létrejöttéhez Ausztriában). Historicum, Frühling (Tavaszi), pp. 22-29.
13. Seidl E. (1993): Pflegewissenschaft – eine Annäherung an Begriff und Bedeutung (Ápolástudomány – a fogalom megközelítése és jelentősége). Seidl E. (Hrsg.): Betrifft: Pflegewissenschaft; Beiträge zum Selbstverständnis einer neuen Wissenschaftsdisziplin (Tárgy: Ápolástudomány; Tanulmányok egy új tudományág megértéséhez). Wilhelm Maudrich, Bécs, pp. 99-117.
14. Betlehem J, Kukla A, Deutsch K, Marton-Simora J, Nagy G. (2009) The changing face of European healthcare education: The Hungarian experience. Nurse Education Today, 29;2:240-245.

Notes on the Terminology of Professional Nursing in Central Europe

Dr. Vlastimil Kozoň Ph.D., Dr. Alžbeta Hanzlíková Ph.D., Dr. Betlehem József Ph.D., Mgr. Dana Jurásková Ph.D., MBA, MMag. Dr. Ilsemarie Walter

Summary

The beginnings of professional nursing training in Central Europe are documented in the Act on Nursing, passed in 1914 in the Austro-Hungarian Monarchy. In Austria, it is since the promulgation of this law that members of the nursing profession are known as certified nurses (Diplomierte Krankenschwester or Diplomierter Krankenpfleger). In Austria during the time of National Socialism, and in Czechoslovakia under communism, these names were, in many cases officially, replaced with the term "sister". A similar change was also observed in Hungary. In this way nursing, which had once existed as a profession in its own right, came to be regarded as a semi-profession. For the organised development of the nursing profession the establishment of a precise terminology is necessary from a practical as well as a theoretical perspective, a fact to which this paper attempts to draw attention.

Key words: professional nursing, sister, nurse, precise terminology

TÁJÉKOZTATÁS

VII. Országos Járóbeteg Szakellátási Konferencia

Balatonfüred

2010. szeptember 9-11.

A konferencia témakörei: cardiovascularis betegségek, diabetes, obesitas, genetika, allergia, arjuvéda, menedzsment, innovációs új technológiák az egészségügyben, egyéb kategória

Ismét „Kettőt fizet, hármat kap” akció lesz a szakdolgozók részére: a konferencia 2 napos költségét kell befizetni, de a második nap esti program, a szállás és a harmadik nap ebéd költségét az általunk felkeresett szponzoroktól befolyt összegből biztosítjuk!

A szakdolgozók a jelentkezési lap kitöltésénél jelöljék meg, hogy a „Kettőt fizet, hármat kap” akció keretén belül kívánnak részt venni a konferencián.

A konferencia témaköreikhez várunk még előadásokat és posztereket, de az egyéb kategóriában minden járóbeteg-ellátást érintő témakört fogadunk.

Előadás időtartama: 10 perc, poszter szekcióban: 5 perc

A MESZK és a MÁE közösen ingyenes szűrést szervez a konferencia ideje alatt a konferencia résztvevői számára, a szűrést a Veszprém megyei tisztségviselők végzik.

Bővebb információ: <http://www.kmcongress.com/jaro2010.php>

A hajléktalanok ápolói ellátásának etikai problémái, illetve a hajléktalanok ellátásához fűződő ápolói attitűd vizsgálata

Raskovicsné Csernus Mariann

Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Etikai Kollégium
tanársegéd, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar,
Ápolástudományi és Egészségpedagógiai Intézet
Ápolástudományi Tanszék

Összefoglaló

A vizsgálat célja: A szerző bemutatja a hajléktalanok egészségügyi / ápolói ellátásában tapasztalható elégtelenségek és problémák főbb okait. Vizsgálja, hogyan viszonyul az ápoló a hajléktalanság kérdéséhez; valamint befolyásolja-e az ápoló hajléktalansággal kapcsolatos attitűdje a hajléktalan beteggel végzett ápolási munkáját.

Vizsgálati módszer és minta: A tényleges vizsgálatot megelőzően pilóta-tanulmány készült 38 önként jelentkező szakdolgozó részvételével. A tényleges felmérés módszereként önkítöltős kérdőívet alkalmazott (N=242), mely zárt kérdéseket, attitűdmérő rangsorkálákat (Likert, Bogardus) és szituációkhoz kapcsolódó egyértelmű válaszlehetőségeket tartalmazott. A feldolgozás során Microsoft Excel programot alkalmazott, és a kapott eredményeket a matematikai statisztika módszereivel elemezte (gyakoriság vizsgálat, súlyozott számtani átlag, Spearman-féle rangkorreláció, függetlenség vizsgálat (Chi-négyzet próba).

Eredmények: A hajléktalanságot 75 %-ban szociális problémának ítélték meg az ápolók. A válaszok 3/4-ed részében egyértelműen látható a társadalmi távolságtartás. A Likert-féle attitűdskála értékelésénél objektív (a megkérdezettek által adott válaszoknak megfelelő) és szubjektív (az általános ápolási etikai normák szerint elvárható) rangsor szerint nézett átlagot, és vizsgálta az ezek közötti eltérést. A társadalom tagjaként, illetve az ápolás szemszögéből megadott itemekre adott válaszok között a kiemelt összehasonlítások egyikében sem talált korrelációt. Az ápolók magatartása és az előítéletek jelenléte között nem ($p < 0,396$), míg a hajléktalan beteg magatartása és az ápolói eljárás között ($p < 0,000$) talált összefüggést.

Következtetések: A megkérdezett személyek a társadalom tagjaként tisztában vannak a hajléktalanság társadalmi problémáival, azonban ápolóként hivatásuk alapelveit, valamint a szabályok betartását fontosabbnak tartják a hajléktalanok jogainál, és ennek megfelelően vesznek részt a hajléktalan beteg ápolásában, továbbá így kezelik a kialakuló beteg-beteg közötti konfliktusokat.

Kulcsszavak: ápolói attitűd, hajléktalanság, hajléktalan beteg, krónikus betegség

A probléma ismertetése

A hajléktalanság napjainkban egyre gyakrabban előforduló társadalmi jelenség. Az állandó lakóhellyel nem rendelkező hajléktalanok jelenléte mindennapos a városok közterein, vasútállomásokon, és egyéb közösségi helyeken. A fedél nélküli létforma súlyosan károsítja az érintettek egészségi ál-

lapotát, melynek következtében a probléma az egészségügyi ellátásba is begyűrűzik.

Az 1980-as évek végére elmélyült a lakáshelyzet megoldatlansága, melyet a hatósági kilakoltatások tovább súlyosbítottak, elterjedt a munkanélküliség, illetve a környező és a fejlődő országokból érkező menekültek és bevándorlók száma is megemelkedett. Mindezen társadalmi, szociopolitikai jelen-

ségek felerősödése a hajléktalanság nyilvánosságát eredményezték.

(Oross J.: http://www.kazalkolos.lapok.hu/keret.cgi?oross_hajlekkezes.htm, leltöltve: 2008.02.15)

A hajléktalanság meghatározásánál külön-külön beszélhetünk fedél nélküliekről, effektív hajléktalanokról, lakástalanokról, valamint otthontalanokról. (Győri P., 2005) Másfajta csoportosításban krónikus, epizódikus és szituatív hajléktalanságot különböztethető meg aszerint, hogy mennyire tartós ez a nem kívánt „állapot”. (Farkas P., 2006) Ezen csoportok áttekintésének nehezítettsége következtében a hajléktalanok számának megállapítására csupán bec sült adatok állnak a rendelkezésre.

Az 1980-as évek végén az ENSZ becslése szerint a Föld lakosságának ötöde nem rendelkezett megfelelő lakással, és mintegy 100 millió embernek semmilyen hajléka sem volt. (Győri P., 1990) Ugyanekkor Magyarországon a megfelelő lakással nem rendelkezők tekintetében a népesség 2%-ával (200 ezer ember) kalkuláltak, míg az effektív hajléktalanok számát akkor, és egy 2005-ben készült felmérésben is 25-30 ezerre bec sülték. (MTI, 2008)

A Február Harmadika Munkacsoport rendszeresen, önkéntes kérdezőbiztosokkal végzett felmérése szerint évről-évre növekszik mind a szállókon, mind a közterületeken, mind pedig a Budapesten és vidéken élő válaszadó hajléktalanok száma. (Győri P., 2009)

Egy 2006-ban készült tanulmány megállapítása szerint „a hajléktalanná vált emberek leromlott egészségi állapotát egyrészt a szociális jólétet biztosító alapvető jogokhoz, ellátásokhoz, szolgáltatásokhoz való hozzáférés hiányából adódó pszichés problémák, valamint az ebből következő fizikai állapotromlás jellemzi.” (Bakos P., 2006) A hajléktalanok körében leggyakrabban előforduló megbetegedések a bőrbetegségek, a lábszárfekély, az alkoholizmus és az ebből következő bénulás és ideggyógyászati megbetegedések, az élőködők, valamint a tbc. Badlaga és munkatársai (2005) szignifikáns összefüggést mutattak ki ($p < 0,0001$)

a bőrbetegségek (pl. folliculitis, scabies, ekcema) és a hajléktalanság között. Stratigos és munkatársai (1999, 2003) szintén a bőrbetegségek magas előfordulási arányát emelték ki, melynek fő okaként a rossz személyi higiéniét és az elhanyagolt betegséget jelölték meg.

A hajléktalanok egészségügyi, valamint ezen belül ápolói ellátásában tapasztalható elégtelenségek és problémák főbb okai

Általános okok

A hajléktalanokkal foglalkozó szociális és egészségügyi ellátók általános véleménye szerint a hajléktalanok egészségi állapota rossz, és érzékelhetően rosszabb, súlyosabb, mint a korábbi években. Ennek pontos mérlegelésére és a rászorulóknak megfelelő ellátására a jelenlegi hajléktalan-egészségügyi ellátórendszer nem képes, energiáját leköti a „tűzoltás”.

A hajléktalan-szállók emberi és anyagi erőforrás hiányában (kompetencia, szakember, gyógyszer, kötszer, ápolási eszköz, fertőtlenítőszer, ágynemű stb.) nem tudják felvállalni az ápolást. A tárgyi felszerelések elhasználódtak, korszerűtlenek. Az ágyak általában emeletesek, melyekre egy begipszelt lábú, vagy idős, vagy mozgáskorlátozott ember nem is képes felmászni.

Az a hajléktalan, aki ápolásra szorul, általában nem képes előteremteni a hajléktalan-szállón fizetendő minimális összeget sem, tehát marad a népkonyhai ellátás, illetve a rendszeres szociális segély. Ezek az ellátási formák azonban végesek.

A hajléktalan-szállóra történő betegszállítás további problémát jelent. Az Országos Mentőszolgálat már nem kompetens a szállításban, a betegszállító szervezeteknek napokkal az esedékesség előtt kell a szállítási igényt jelezni, s még így is gyakran előfor-

dul, hogy nem a kért napon teljesítik azt. Ha a hajléktalan ambuláns ellátásban részesült, akkor szállítása további bizonytalansági tényezőktől nehezített.

Az egészségügyi és a szociális ellátó rendszer határterületén található okok

Mind az egészségügyben, mind a hajléktalan-ellátásban dolgozó szakemberek úgy érzik, hogy nem kapnak elegendő támogatást a másik oldalról. A hajléktalan-ellátó szervezetek nem rendelkeznek megfelelő kapacitással a beteg, tartós ápolásra szoruló hajléktalanok ellátásához, az egészségügyi dolgozók pedig nem rendelkeznek elegendő kapacitással a minden esetben többletmunkát jelentő beteg hajléktalanok szociális problémáinak felkarolásához.

Az elégtelen kapacitáson túl a szociális problémák kezelését nehezíti, a munka eredményességét jelentősen csökkenti az, hogy a különböző segítő szakmák között nem alakult ki közmegegyezés a kompetencia kérdésében. Hiányoznak a szociális munka standardjai, protokolljai, megoldatlan a folyamatos szakmai kontroll, a végzett munka eredményének és hatékonyságának mérése. Az egészségügyben dolgozó, kórházi szociális munkát ellátó szakembereknek nem megoldott a szupervíziója.

Az egészségügyi ellátó rendszeren belüli okok

Az egészségügyi ellátás területi alapelve a bizonytalan hovatartozású beteg esetében megnehezíti a betegellátást, az utógondozást pedig kifejezetten akadályozza.

A sürgősségi betegellátás során általában is előfordul a beteg „küldözgetése”, az érintett szereplők egymásra mutogatása.

A hajléktalan betegek ápolói ellátása lényegesen magasabb munkaidő-ráfordítást igényel, mint az azonos egészségi állapotúak átlaga, de az ápolók szinte minden intézményben a teljesítőképességük felső határán dolgoznak. Az intézmények a megszorító intézkedések miatt általában nem folytatnak

ápolói munkaerő-fejlesztést, különösen nem bővítést.

A hajléktalan betegek ápolásának dologi költsége is magasabb az átlagnál. Az egészségügyi intézmények pedig – általános gazdasági helyzetükre való tekintettel – ellenérdekelték a magasabb ráfordítási költség-igényű betegek ellátásában.

Az eredményes és sikeres kezeléshez, gyógyításhoz nélkülözhetetlen, hogy beteg megértse helyzetét, állapotának súlyosságát, és együttműködjön az ellátó szakemberekkel a saját gyógyulása érdekében. A hajléktalan betegek erre irányuló motivációja – sajnálatosan érthető módon – általában meglehetősen alacsony, vagy hiányzik.

Problémát jelent megtalálni a hajléktalan beteg számára az egészségi, szociális és mentális állapotának megfelelő, adekvát ellátási formát. Az idős, beteg hajléktalanok szociális otthonban való elhelyezése gyakorlatilag szinte megoldhatatlan, bár gyakran hónapokig, esetleg évekig lenne szükségük gondozásra, ápolásra. Ha olykor sikerül mégis ápolási, kórházi részlegen elhelyezni a hajléktalan beteget, gyakran az együttműködés hiánya miatt kerül újból utcára.

Az alkoholfüggőségben szenvedő hajléktalan betegeknél a függőség olyan erős, hogy a beteg csak végső stádiumban fordul orvoshoz és veti alá magát a szükséges kezelésnek vagy szűrővizsgálatnak. A napi alkoholhoz való hozzájutás a függőségben élő beteg számára többnyire előrébbvaló, mint az orvoshoz fordulás.

Előfordulnak adminisztratív akadályok, elsősorban a TAJ kártya, laccím-kártya és a személy igazolvány hiánya miatt, ezeket a hajléktalanok gyakran elveszítik, vagy ellopják tőlük.

Az elutasítás és az egyenlő bánásmód hiánya leginkább az elhanyagolt külső, az élőködők, vagy az agresszív magatartás miatt fordul elő, tehát nem kifejezetten a hajléktalan lét, hanem annak elháríthatatlan következménye az elutasítás oka.

A hajléktalanok ellátásával kapcsolatban a legfontosabb problémák közé tartozik az, hogy alig-alig található olyan átmeneti ápolást — gondozást is nyújtó intézmény, amely a kórházból kikerülő, de még ápolásra szoruló hajléktalan klienst ellátja, elláthatja.

Valamely ország egészségügyi ellátó rendszerének fejlettségét alapvetően három tényező határozza meg: a hozzáférhetőség és esélyegyenlőség, az ellátás minősége és a költségvetésből való részesedés. (Buda J., 1998) A hozzáférhetőség és esélyegyenlőség jogi alapján a Magyar Köztársaság Alkotmánya adja (70. §). Az egészségügyi dolgozók rendtartásáról szóló 30/2007. (VI. 22.) EüM rendelet továbbá kimondja: „Az egészségügyi dolgozóknak az egészségügyi ellátás nyújtása során az igazságosság, az egyenlő elbánás elvét kell követniük, ideértve azt is, hogy a rendelkezésre álló források elosztásában a hozzáférés egyenlő esélyének kell érvényesülnie. El kell kerülniük a diszkrimináció minden formáját.”

Zrínyi és Balogh (2002, 2003) felmérése alátámasztja, hogy az egészségügyi dolgozók, így a szakdolgozók (ápolók) magatartása és felfogása hatással van a hátrányos helyzetű, hajléktalan betegek egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréseire. A szerzők irodalmi kitekintéssel és saját vizsgálattal megállapították: „az ápolószemélyzetben megfogalmazódnak ellenérzések a hátrányos helyzetű csoportok tagjaival szemben. Ezek egy része tapasztalati, más része kulturálisan kialakult stigmákra alapozott.”

Jelen felmérés az ápolók körében vizsgálódva azt kívánja feltárni, hogy

- hogyan viszonyul az ápoló, mint a társadalom tagja, a hajléktalanság kérdéséhez, a hajléktalan embertársakhoz,
- befolyásolja-e az ápoló hajléktalansággal kapcsolatos beállítódása a hajléktalan beteggel végzett ápolási munkáját?

Vizsgálati módszer és minta

Jelen vizsgálatban az ún. effektív hajléktalanok csoportjába tartozó, kórházba került betegek ápolói ellátásának kérdéskörével foglalkozunk.

A tényleges vizsgálatot megelőzően pilóta-tanulmányként 38 önként jelentkező szakdolgozó töltött ki kérdőívet, mely főleg nyitott kérdéseket tartalmazott.

Ezen pilóta-tanulmány teljesítette legfőbb céljait, miszerint egyfajta felületes, de átfogó képet kaptunk az ápolók hajléktalanokhoz, hajléktalan betegekhez fűződő beállítódásáról, valamint a kérdésekre adott válaszok alkalmasak voltak arra, hogy alapul szolgálnak a későbbi vizsgálatban alkalmazott attitűd skálák meghatározásainak (itemeinek) az összeállításához.

A minta kiválasztása kényelmi mintavétellel történt. A mintát a 2008. július 3-5. között, a Szakdolgozói Országos Kongresszuson, Kaposváron résztvevő kollégák közül a kérdőív kitöltésére vállalkozó egészségügyi szakdolgozók jelentették. Természetesen a vizsgálatra való jelentkezés önkéntesen és névtelenül történt.

A tényleges felmérés módszereként szintén önkitöltős kérdőívet alkalmaztunk, mely zárt kérdéseket, attitűdmérő rangsorskálákat és szituációkhoz kapcsolódó egyértelmű válaszlehetőségeket tartalmazott.

A 243 db kiosztott (és visszakapott) kérdőívből csupán 1 db volt teljesen értékelhetetlen.

A kérdőív felépítését tekintve három vizsgálati terület köré csoportosultak a kérdések:

1. Általános kérdések (pl. életkor, nem, legmagasabb szakmai végzettség, melyik ellátó területen dolgozik)
2. A hajléktalanságról alkotott kép felmérésére vonatkozó kérdések, melyhez az alábbi attitűdmérő skálákat használtuk:
 - Likert-féle attitűdskálával azokat az indikátorokat tudtuk kiemelni, melyek leginkább jellemezték az ápolói sokaság hajléktalanságról alkotott véleményét. (állítás – skála: teljesen egyetért – egyetért – nem ért egyet – egyáltalán nem ért egyet – nem tudja eldönteni)
 - Módosított Bogardus-féle társadalmi távolságmérő-skála a hajléktalanokhoz való kapcsolat mérésére szolgált. (válaszlehetőségek: igen – nem – nem tudja – nincs válasz)

3. A hajléktalan beteg ápolásával kapcsolatos beállítódás vizsgálatára vonatkozó kérdések:

- Likert-féle attitűdskála alkalmazásával az ápolók etikai beállítódását mértük a hajléktalan beteg ápolásával kapcsolatosan. (állítás – skála: teljesen egyetért – egyetért – nem ért egyet – egyáltalán nem ért egyet – nem tudja eldönteni)
- Szituációkat (2 db) vázoltunk fel, majd a vélemény kérése a sztereotípiák vizsgálatára szolgált (egyetért – nem ért egyet; felismer-e sérelmeket, vagy nem)

A feldolgozás során Microsoft Excel programot alkalmaztunk, és a kapott eredményeket a matematikai statisztika módszereivel (gyakoriság vizsgálat, súlyozott számtani átlag, Spearman-féle rangkorreláció, függetlenség vizsgálat (Khi-négyzet próba) elemeztük.

Eredmények

A kérdőívet kitöltők kétharmada (65 %) középkorú, zömében nőnemű szakdolgozó volt.

A megkérdezettek több, mint 90 %-a városban, megyeszékhelyen, vagy a fővárosban dolgozott, tehát feltehetően volt tapasztalatuk a hajléktalan beteg ellátásában. Az egészségügyi ellátórendszerben való foglalkoztatás szerint 61 % a fekvőbeteg ellátásban, 18 % a járóbeteg-ellátásban, 3-3 % az alapellátásban és a szociális ellátásban, a fennmaradó 14 % pedig egyéb területen dolgozott.

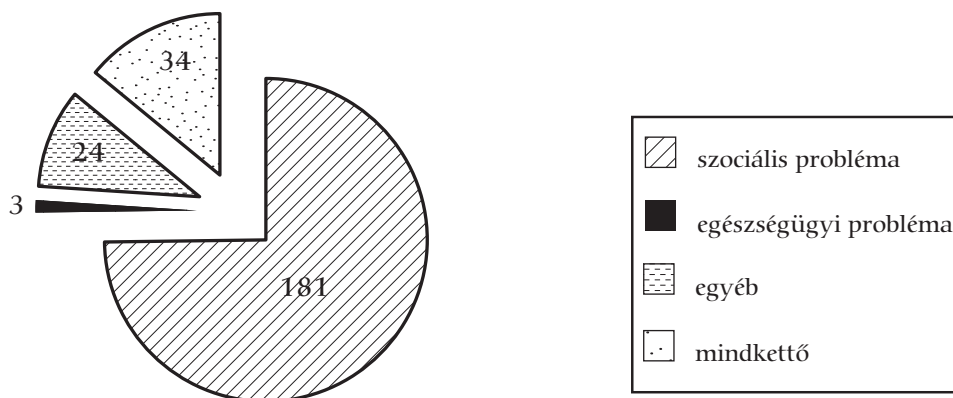
A hajléktalanságot 75 %-ban szociális problémának ítélték meg. (1. ábra)

A válaszok $\frac{3}{4}$ -ed részében egyértelműen látható a társadalmi távolságtartás. A kérdés háritása (nem válaszol) szintén távolságtartásra utal. (1. táblázat)

I. táblázat: A hajléktalanokhoz fűződő kapcsolat távolságának mérése, fő (N=242)

Megengedhetőnek tartja-e Ön, hogy hajléktalanok éljenek...	Megengedhető	Nem engedhető meg	Nem tudja	Nem kíván válaszolni	Nem válaszolt
...Magyarországon	45	144	17	32	4
...a városában, falujában	49	141	16	31	5
...a lakóhelyén	38	150	17	31	6
...a szomszédjában	29	153	18	37	5
...közös háztartásban	17	173	24	22	6

1. ábra: A hajléktalanság probléma-megítélésének megoszlása (fő), (N=242)



A Likert-féle skálák itemeinek megválasztásakor negatív és pozitív attitűd meghatározás egyaránt szerepelt.

A rangsornak megfelelő átlagos előfordulást a súlyozott számtani átlag mutatja, melynek számításánál a torzítást elkerülendő nem vettük figyelembe a bizonytalan (nem tudja eldönteni) választ adó eseteket. **(II-III. táblázatok)**

Az értékelésnél objektív / válaszoknak megfelelő (OD) és szubjektív / általános ápolási etikai normák szerint elvárható (SzD) rangsor szerint néztünk átlagot. Vizsgáltuk az ezek közötti eltérést: (E=OD-SzD). Az eltérés jellemzéséhez kritériumokat adtunk

meg: $0 < E < 0,5 \rightarrow$ kicsi; $0,51 < E < 1 \rightarrow$ közepes; $1,1 < E \rightarrow$ nagy.

Ezek alapján

- A válaszadók a társadalom tagja szerepben (10 elem) adott véleményeinek vizsgálatakor 5 elem esetében nem, 3 elem esetében kicsi, 2 elem esetében közepes volt az eltérés.
- A válaszadók az ápoló szerepben, az ápolás szemszögéből (8 elem) adott véleményei már lényeges eltéréseket mutatnak: csupán 2 elem esetében nem volt eltérés, 4 elem esetében kicsi, 1-1 elem esetében pedig közepes és nagy eltérés jelentkezett.

II. táblázat: Az ápolók véleményének megoszlása a társadalom tagjaként (N=242)

	ITEMEK	OD	SzD	E
1.	Egy hajléktalan életének minden pillanata nehézség.	1,724576	1,724576	0
2.	Egy hajléktalan az alapvető és a szociális szükségleteit nem tudja kielégíteni.	1,805907	1,805907	0
3.	A társadalom tagjai részéről egy hajléktalan negatív előítéletekkel találkozik.	1,728033	1,728033	0
4.	A hajléktalanok a nem hajléktalanokkal szemben alapvetően udvariasak és békések.	2,755556	2,551111	0,204
5.	A hajléktalanok ellátása során az esélyegyenlőség elve az egészségügy minden területén érvényesül.	2,601695	2,398305	0,203
6.	Ha egy hajléktalan pénzt kér, természetes, hogy adunk neki.	2,956332	2,882096	0,074
7.	Egy hajléktalan ruhával és étellel való megsegítése erkölcsi kötelesség.	2,116379	2,116379	0
8.	Egy hajléktalan csak önmagát okolhatja kialakult helyzetéért.	2,862832	2,137168	0,73
9.	Minden hajléktalan szenvedélybeteg.	2,858407	2,141593	0,72
10.	Akárki válhat hajléktalanná.	1,869198	1,869198	0

III. táblázat: Az ápoló véleményének megoszlása az ápolás szemszögéből (N=242)

	ITEMEK	OD	SzD	E
1.	A hajléktalan beteg a közösségi normáknak nem tud megfelelni, ami zavarja a többi beteget.	1,683761	1,683761	0
2.	A hajléktalan beteg egészségügyi ellátása során a legfőbb problémát a hajléktalan negatív hozzáállása, együttműködésének hiánya jelenti.	2,274678	2,725322	-0,451
3.	A hajléktalan beteg a közösségi normáknak nem tud megfelelni, ami zavarja a többi beteget.	2,324561	2,324561	0
4.	A hajléktalan beteg ellátását az egészségügyi szakdolgozók negatív előítéletek nélkül végzik.	2,473684	2,526316	-0,053
5.	Az egy kórteremben elhelyezett hajléktalan és nem hajléktalan betegek között gyakori a konfliktus.	2,278539	2,360731	-0,082
6.	A betegvezetés technikája nem különbözik a hajléktalan és a nem hajléktalan betegek esetében.	2,350877	2,649123	-0,298
7.	A szakképzés során kialakított készségek alkalmassá teszik az egészségügyi szakdolgozót a hajléktalan beteggel való megfelelő bánásmód gyakorlására.	2,113122	2,886878	-0,774
8.	Az ápolás etikai elveinek teljesülése a betegellátás során minden körülmények között elvárható.	1,571429	3,428571	-1,857

Spearman-féle korrelációs mátrix segítségével kapcsolatokat próbáltunk keresni a társadalom tagjaként, illetve az ápolás szemszögéből megadott itemekre adott válaszok között. Azonban a kiemelt összehasonlítások egyikében sem találtunk korrelációt (az együtthatás annál jobb, minél közelebb van az érték az 1-hez). **(IV. táblázat)**

Az ápolók, valamint a hajléktalan beteg magatartásának elemzésére 1-1 szituációt adtunk meg a kérdőívben.

A szituációkra adott válaszok elemzése során arra a következtetésre jutottunk, hogy a megkérdezett szakdolgozók elítélik a negatív megkülönböztetést, elismerik a haj-

léktalan beteg személyiségi jogait, valamint a megértő kommunikáció fontosságát hangsúlyozzák.

Ugyanakkor ezekkel szemben is feltétlen elsőbbséget biztosítanak az ápolás egyes elveinek érvényesítésére (pl. megfelelő személyi higiéné). **(V-VI. táblázatok)**

Az ápolók magatartása és az előítéletek jelenléte között nem találtunk ($p < 0,396$), míg a hajléktalan beteg magatartása és az ápolói eljárás között találtunk összefüggést ($p < 0,000$), vagyis a válaszadók felismerték a hajléktalan beteg meg nem értésén alapuló magatartását az adott szituációban, és ennek alapján az ápoló tetteit, reakcióit helytelennek ítélték meg.

IV. táblázat: Spearman-féle korreláció vizsgálata az itemek között

Társadalom tagjaként	Ápolás szemszögéből	Spearman-féle korreláció
A társadalom tagjai részéről egy hajléktalan negatív előítéletekkel találkozik.	A hajléktalan beteg ellátását az egészségügyi szakdolgozók negatív előítéletek nélkül végzik.	0,065
A hajléktalanok ellátása során az esélyegyenlőség elve az egészségügy minden területén érvényesül.	A hajléktalan beteg a közösségi normáknak nem tud megfelelni, ami zavarja a többi beteget.	0,155
A hajléktalanok a nem hajléktalanokkal szemben alapvetően udvariasak és békések.	A hajléktalan beteg a közösségi normáknak nem tud megfelelni, ami zavarja a többi beteget.	-0,04
A hajléktalanok a nem hajléktalanokkal szemben alapvetően udvariasak és békések.	Az egy kórteremben elhelyezett hajléktalan és nem hajléktalan betegek között gyakori a konfliktus.	-0,01
A hajléktalanok ellátása során az esélyegyenlőség elve az egészségügy minden területén érvényesül.	A hajléktalan beteg a közösségi normáknak nem tud megfelelni, ami zavarja a többi beteget.	0,075

V. táblázat: Az ápoló magatartásának és „az egészségügyi szakdolgozók negatív előítéletek nélkül végzik a hajléktalan beteg ellátását” item összefüggéseinek vizsgálata, fő (N=236)

Az ápoló magatartása	Nem tudja eldönteni	Teljesen egyetért	Egyetért	Nem ért egyet	Egyáltalán nem ért egyet	Össz.
egyetért	1	3	8	6	2	20
nem ért egyet	13	17	77	101	8	216
Összesen	14	20	85	107	10	236

VI. táblázat: A beteg magatartásának és az ápolói eljárásnak az összefüggése, fő (N=242)

A beteg felháborodása	Helyes ápolói eljárás	Nem helyes ápolói eljárás	Összesen
jogos	32	88	120
jogtalan	109	5	114
Összesen	141	93	234

Megbeszélés

A munkanélküliség és szegénység tömegessé válása, a hajléktalanság, az esélyegyenlőség szűkülő lehetőségei, a nagy társadalmi csoportokat érintő létbizonytalanság, a társadalmi dezintegrációra utaló egyéb jelenségek (például a bűnözés, a kábítószeres használatának terjedése, stb.) a társadalom számára nagy kihívást jelentenek, és társadalmi válaszokat igényelnek.

A hajléktalanság elsősorban társadalmi jelenség, melynek okai strukturális és egyéni tényezők kölcsönhatásában foglalhatók össze. Alapvetően lakásprobléma, és a szegénységben gyökeredzik. Egyfelől az elszegényedés és a történelmi változások következményeként értékelhető, másfelől azonban a személyes jellemzők is meghatározónak tekinthetők.

A hajléktalan betegek körében előforduló leggyakoribb megbetegedések többnyire összefüggenek az elégtelen személyi higiéniával, az alkoholizmussal, és ennek következményeként az ellátás igénybevételének negálásával, valamint az együttműködés hiányával. A szerep- és egzisztenciális veszteségek megélése általában az önértékelés elvesztésével, önfeladással jár. A szociális izoláció, a társadalmi kapcsolatok beszűkülése, a szegregáció hatásaként depresszió, agresszió, frusztráció jelenik meg, melynek megoldására elégtelen és/vagy hibás coping stratégiaként deviáns magatartásformák alakulnak ki, és a hajléktalan szenvedélybetegségekre (alkohol, drog, játék) menekül.

Strukturális problémát jelent a szociális és az egészségügyi ellátó rendszer közötti átjárás nehezítettsége. A hajléktalan beteg ember a leggyakrabban akut kórházi osztályra kerül, azonban az orvosi ellátást már nem, de további ápolást még igénylő betegek ellátása sok esetben megoldatlan a kórházi intézményben, ugyanakkor a hajléktalan szállók emberi és anyagi erőforrás hiányában nem tudják, de nem is vállalhatják fel az ápolást. (Maróthy M.: <http://www.hajlektalansag.hu/marothy.htm>, letöltve: 2008.04.09)

A hajléktalan beteg ápolásában részt vevők magatartásában kettősség észlelhető: egyrészről a társadalom tagjaként tisztában van-

nak a hajléktalanság társadalmi problémáival, a hajléktalan ember életmódjával, életvitelével, magatartási normáival, valamint az őket érő atrocitásokkal. Másrészről viszont, mint ápolók, hivatásuk alapelveit, valamint a szabályok betartását fontosabbnak tartják a hajléktalanok jogainál, ennek megfelelően vesznek részt a hajléktalan beteg ápolásában, és így kezelik a kialakuló beteg-beteg közötti konfliktusokat is. Ez az ún. skizofrén helyzet semmilyen körülmények között nem ideális.

Az ápolónak mindenképp előtérbe kell ismerni saját, a hajléktalanokkal kapcsolatos előítéleteit, le kell küzdenie azokat, fel kell dolgozni esetleges rossz tapasztalatait, ugyanakkor a hajléktalan beteget annak szükségleteinek megfelelő, egyéni bánásmódban kell részesítenie, mely a jelenleg meglévő létszámhiány, leterheltség következtében erőn felüli elvárásokat állít szembe vele. A hajléktalan beteg ellátása erkölcsi dilemmákat állít az ápoló elé, melyek megoldásában nem kap segítséget, hiszen a társadalmi jelenségként létező elégtelen hajléktalan-ellátás ügye messze túlnő a lehetőségein, s ezáltal passzív elfogadója/elszenvedője lesz ezen megoldatlan helyzetnek.

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) Etikai Kollégiuma ezen vizsgálaton alapuló véleménye szerint az egészségügyi szolgáltatások rendszerében a hajléktalan betegek ellátását, ezen belül az ápolók (szakdolgozók) által történő ellátásukat is jelentősen befolyásolja a hajléktalanság ténye, elsősorban azért, mert az súlyosan csökkenti az emberi jogok (köztük az egészséghez való jog), az állampolgári jogok, az esélyegyenlőség, valamint a betegjogok érvényesülésének lehetőségét.

Köszönetnyilvánítás

A szerző ezúton mond köszönetet a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Etikai Kollégiuma tagjainak a vizsgálat előkészítésében és az eredmények értékelésében végzett közös munkáért, valamint a MESZK Veszprém Megyei Területi Szervezetének a kérdőívek kiosztásában való közreműködésért.

Irodalomjegyzék

1. Baglada S, Menard A, Tissot Dupont H, Ravaux I, Chouquet D, Graveriau C, Raouit D, Brouqui P: Prevalence of skin infections in sheltered homeless, *Fur J Dermatol.*, 2005 Sep-Oct; 15(5):382-6
2. Bakos P.: Az Egészséghez való jog emberi jog: Az egészség biztosítása a hajléktalan emberek számára Magyarországon, FEANTSA, 2006. július http://www.feantsa.org/files/Health_Annual_Theme/Annual_theme_documents/National_reports/other%20languages/HUN_health_report.doc (letöltve: 2010.06.04)
3. Makzarin Banaji: Rejtőzködő attitűdök és sztereotípiák, Osiris Kiadó, Budapest, 2003
4. Buda J.: Közösségi egészségügyi ellátás elmélete és módszertana, POTE Egészségügyi Főiskolai Kar, 1998
5. Farkas P.: Szegény Lázár – fedél nélkül, *Új ember*, 2006. 12. 03, 62(49) <http://ujember.katolicus.hu/Archivum/2006.12.03/0103.html>
6. Győri P.: Gyorsjelentés a hajléktalan emberek 2009. február 3-i kérdőíves adatfelvételéről, <http://bmszki.hu/file/f3/2009f3/7-3-2009-sajto.ppt> (letöltve: 2010.06.04)
7. Győri P.: Hajléktalanok – a szavak és számok hálójában, *Beszélő*, 2005. márc-ápr, 10(3)
8. Ligeti György: Sztereotípiák és előítéletek, In: Társadalmi riport 2006, Szerk.: Kolosi Tamás, Tóth István György, Vukovich György, Tárki, Budapest, 2006. (373-389. o.)
9. Maróthy M.: Gyorsjelentés a hajléktalan ellátó rendszerek egészségügyi ellátás elemeiről, <http://www.hajlektalansag.hu/marothy.htm> (letöltve: 2008.04.09)
10. MTI: Egyre több a beteg hajléktalan, <http://index.hu/politika/belfold/haj081123/> (letöltve: 2009.01.08)
11. MTI: Hajléktalan-számlálás: kevesebben, mint vártál, http://hvg.hu/itthon/20080204_hajlektalan_budapest (letöltve: 2008.02.14)
12. Oross J.: A hajléktalanság kezelése Magyarországon http://www.kazalkolos.lapok.hu/keret.cgi?/oross_hajlekkezeles.htm (letöltve: 2008.02.15)
13. Claire Selltiz, Marie Jahoda, Marton Deutsch, Stuart W. Cook: Az attitűd skálázása, In: Az attitűd pszichológiai kutatásának kérdései, Szerk.: Halász László, Hunyady György, Marton L. Magda, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1979, (131-175. o.)
14. Stratigos AJ, Katsambas AD: Medical and cutaneous disorders associated with homelessness, *Skinmed*, 2003 May-Jun; 2(3):168-72
15. Stratigos AJ, Stern R, González E, Johnson RA, O'Connell J, Dover JS: Prevalence of skin disease in a cohort of shelter-based homeless men, *J Am Acad Dermatol.*, 1999 Aug; 41(2 Pt 1):197-202
16. Vajda A.: Utcán, betegen – A hajléktalanok egészségügyi ellátásáról, <http://www.kazalkolos.lapok.hu/keret.cgi?/utcanbetegen.htm>
17. Zrínyi M., Balogh Z.: Szakdolgozói attitűdök és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés, *Nővér*, 2002, 15(1)11-16
18. Zrínyi M., Balogh Z.: Ami az alanyi jogból megmarad – Az egészségügyi dolgozók viszonyulása a hajléktalanok ellátásához, *LAM*, 2003, 13(4), 344-7

Ethical problems related to the nursing of homeless persons, and a survey of nurses' attitudes towards the care of homeless persons

Mariann Csernus Raskovicsne

Summary

Aim of the study: The author presents the main causes of homeless people's health deficiencies and problems, notably those experienced in the course of providing them with nursing care. She examines the attitudes of nurses towards the issue of homelessness, and the question of whether the nurse's attitude towards homelessness affects their nursing work performed with homeless persons.

Methodology and sample: Prior to the actual survey a pilot study was performed, with the voluntary participation of 38 skilled nurses. The method used in the actual survey was also a self-completion questionnaire (N=242), which contained closed questions, attitude-measuring ranking scales (Likert, Bogardus) and multiple choice questions related to specific situations. For processing, Microsoft Excel was used, and the results were analysed using mathematical statistical methods (frequency assessment, weighted statistical average, Spearman's Rank Correlation, Chi-square test).

Results: Some 75% of the nurses judged homelessness to be a social problem. Three quarters of the respondents clearly displayed social distancing. In the analysis of the Likert attitude scale, in the case of both the objective (in line with the answers) and subjective (expected under general nursing ethical standards) ranking, an average was taken and the difference between these was examined. She found no correlation in any of the key comparisons between replies given to items as a member of society and from a nursing perspective. She found no correlation between the conduct of nurses and the presence of prejudices ($p < 0,396$), while she did find a correlation between the patient's conduct and the nursing procedure ($p < 0,000$).

Conclusions: The surveyed nurses, as members of society, are aware of the social problem of homelessness. In contrast, as nurses they regard the fundamental principles of their profession and compliance with the rules as being more important than the rights of the homeless, and it is in keeping with this attitude that they participate in the nursing of homeless patients, and manage the conflicts arising between one patient and another.

Keywords: homelessness, nurse's attitude, homeless patient, chronic disease

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Országos Szervezete

2010. szeptember 4. – október 2.

között rendez meg a

Kis- és középvállalkozás ösztönzése című 40 órás szakmai továbbképzését

A továbbképzés helyszíne:

**Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar 335-ös Terem
1089. Budapest, Vas u. 17.**

Képzési időpontok: 2010. szeptember 4. 11. 18., 25., október 2.

Vizsga: elektronikus teszt formájában, a továbbképzést követő 2 héten belül

A továbbképzést az Egészségügyi Szak- és Továbbképzési Bizottság 40 pontra értékelte.

Regisztrációs díj: térítésmentes. A rendezvényt kizárólag érvényes kamarai tagsággal rendelkezők számára hirdetjük meg!

A jelentkezések beküldési határideje: 2010. augusztus 31.

Beküldési cím: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, 1450. Budapest, Pf.: 214.

Jelentkezéseket korlátozott 80 fő létszámban érkezési sorrendben tudjuk elfogadni.

A részletes programot a jelentkezés visszaigazoláskor küldjük!

Jelentkezési lap (letölthető formában) elérhető: www.meszk.hu honlapon. További információ: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamaránál Tel.: 1/323-2070, e-mail: meszk@meszk.hu

Boka-kar index mérés az ápoló szemszögéből

(A Boka/kar index mérés az Ereink Védelmében (ÉRV)
Programban szakmai verseny díjazott pályamunkája)

Kovácsné Levang Szilvia

osztályvezető főnővér, PTE KK II.sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai Centrum
Általános Belgyógyászati Osztály, Pécs

Összefoglaló

A vizsgálat célja: A boka-kar index mérés egyszerű, non-invazív vizsgálati módszer, mellyel a perifériás érbetegségek korai stádiumban kiszűrhetők. Cél a tünetmentes érbetegségek korai felismerése, a betegek számára egyéni terápia és életmódi tanácsadás, a kapott adatok feldolgozása, ismertetése.

Vizsgálati anyag, módszer: A PTE II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai Centrumban egy év alatt 503 random módon kiválasztott beteg szűrését végeztük el. A boka-kar index mérésen túl laboratóriumi vizsgálat, cardiovascularis rizikófelmérés és egyéb fizikális paraméterek ellenőrzése (testsúly, testmagasság, BMI, háskörfogat, pulzus, vérnyomás mérés) is történt. Az adatok feldolgozásához Microsoft Excel programot használtak.

Eredmények: A szűrésben résztvevő betegek többsége a kapott eredmények alapján magas cardiovascularis rizikócsoportba tartozik. A vizsgált személyek közel 1/5-énél kórosan alacsony boka-kar indexet találtak.

Következtetés: A vizsgálat alapján megállapítható, hogy a lakossági szűrővizsgálatok nagy fontossággal bírnak. Korai stádiumban felismerhetővé válnak olyan súlyos betegségek, melyek nemcsak a beteg számára jelenthetnek terhet, de prevenciójuk társadalmi-gazdasági szempontból is megfontolandó.

Kulcsszavak: érbetegség, életmód, szűrővizsgálat, megelőzés

A probléma ismertetése

Hazánkban a szív-érrendszeri megbetegedések a halálozási statisztikák élén állnak. Az arteriosclerosis veszélye abban rejlik, hogy sokszor lappangva alakul ki, alig okozva panaszokat, tüneteket. Az alsó végtagi érszűkület globális érbetegség jele lehet. Sok esetben előre jelezheti olyan súlyos kórképek kialakulását, mint a szívinfarktus és a stroke. (Pécsvárady, 2007)

Az artériák betegségeinek előfordulási gyakorisága alapján elmondható, hogy az alsó végtagi érszűkület népbetegség. 2006-ban országosan több mint hatezer amputációt végeztek érbetegség miatt. (Nemes, 2006)

A korai diagnózis tehát prevenció, társadalmi és gazdasági szempontból is fontos feladat. Ebben lehet segítségünkre a boka-kar index mérés (BKI). (1. ábra)

1. ábra: Boka-kar index mérés



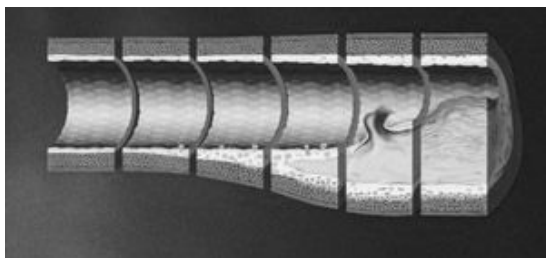
A szűrővizsgálattal a panaszmentes perifériás érbetegek szűrhetők ki (Fontaine I. stádium). Egyszerűsége, hatékonysága alapján a cardiovascularis rendszer egyik független rizikótényezőjévé vált.

Elméleti háttér és felhasznált fogalmak

Az alsó végtagi érszűkület

Az atherosclerosis lényege az, hogy az erek mediájában lerakódó lipidek, kötőszöveti elemek fokozatosan beszűkítik az ér lumenet, akadályozva ezzel a vér és az oxigén áramlását. (2. ábra)

2. ábra: Az érszűkület kialakulása



A panaszok elsősorban a szűkület helyétől és mértékétől függnek. A kórlefolyásban négy szakaszt különíthetünk el Fontaine stádiumbeosztása alapján:

1. stádium: a beteg panaszmentes, de dopplerrel már kimutatható az elváltozás
2. stádium: járáskor lábikragörcs jelentkezik, mely pihenésre enyhül
3. stádium: nyugalomban is fájdalmat jelez a beteg, a panaszok éjszaka rosszabbodnak
4. stádium: az állandósult oxigénhiány necrosist, gangraenát okoz.

A kórkép kialakulását elősegítik a dohányzás, az elhízás, a mozgásszegény életmód, a rendezetlen magas vérnyomás, a vércukor-és zsíryanagcsere zavarai.

A diagnózis felállítását segítő vizsgálatok:

1. A körültekintő családi és egyéni anamnézis

2. Alapvető belgyógyászati vizsgálatok: inspectio, palpatio, auscultatio
3. Provokációs próbák: bizonyos testhelyzetben a végtagokon érszűkület esetén a bőr sápadttá válik.
4. Műszeres vizsgálatok:
 - Folyamatos hullámú doppler
 - Boka-kar index mérés
 - Plethysmographia: a végtagi vérátáramlás okozta térfogatváltozás meghatározása
 - Járópadló-teszt: claudicatios távolság mérését segítő vizsgálat
 - Dupplex ultrahang: az ér falának és lumenének ábrázolása
 - Angiographia: az erek belsejének kontrasztanyagossal vizsgálat
 - CT, MR

Az alsó végtagi verőérszűkület kezelésére konzervatív, gyógyszeres, sebészeti és katéteres eljárások állnak rendelkezésünkre. Az ellátás fő célja, hogy az elváltozást korai szakaszban felismerjük, a folyamat előrehaladását megakadályozzuk, a tünetek rosszabbodását elkerüljük.

Csupán a rizikófaktorok befolyásolásával – mozgás, testsúlycsökkentés, a dohányzás mellőzése, helyes diéta – is eredményeket érhetünk el a betegség korai szakaszában.

A különböző fizioterápiás módszerek (balneoterápia, fizioterápia, magnetoterápia, masszázs) a fájdalom csillapításában, a vérkeringés fokozásában játszanak szerepet. (Meskó, 2002, Meskó, 2004)

Boka-kar index mérés

A perifériás érbetegség egyik legegyszerűbb, non-invazív vizsgálati módszere az ún. boka-kar index mérés. A boka-kar index (BKI) a bokán és a felkaron mért szisztolés vérnyomásérték hányadosa. Normális esetben a kapott érték 1-1,3.

A 0,9 alatti értéket kórosnak, a 0,4 alatti BKI-t súlyosnak tekintjük. Diabetes mellitusban szenvedő betegeknél a gyakrabban előforduló mediasclerosis miatt az erek nehezen komprimálhatóak, emiatt 1,3 feletti eredményt kaphatunk. (Farkas, 2008, Meskó, 2004)

A szűrőprogram menete klinikánkon:

- a beteg fogadása, pszichés és szomatikus felkészítés
- eszközök előkészítése
- anamnézis felvétele, mérés kivitelezése, vérvétel, kapott eredmények dokumentációja
- kezelőorvos tájékoztatása
- lelet megbeszélése a beteggel
- beteg edukáció: gyógyszeres és egyéb terápiák ismertetése, életmódi és diétás tanácsadás (sz.e. dietetikus bevonása)
- további vizsgálatok megbeszélése
- kontroll vizsgálat időpontjának egyeztetése.

Rövidítések:

BKI: boka-kar index

BMI: Body Mass Index

eGFR: glomerulo-filtrációs ráta

ÉRV-Program: Ereink Védelmében Szűrőprogram

MDRD: Modification of Diet in Renal Disease

Vizsgálati módszerek és minta

A Pécsi Tudományegyetem II.sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai Centrum ambulanciáján a Betegregiszter program keretén belül 2008 szeptembere óta végzünk BKI méréseket. 2009 szeptemberéig 544 véletlenszerűen kiválasztott páciens szűrését

végeztük el. A betegeknél a BKI mérés mellett cardiovascularis anamnézis felvétele, ill. szérum creatinin, koleszterin és vércukor meghatározás történt. A creatinin és életkor paramétereiből a betegek eGFR-jét is meghatároztuk az MDRD képlettel.

Az ÉRV-Program által beválasztási kritériumként meghatározott 50-75 éves korosztályba sorolható 503 beteg adatait dolgoztuk fel. Az adatok feldolgozása Excel táblázatkezelő program segítségével történt.

Eredmények

A szűrésben résztvevő betegek 64,8 %-a nő, 35,2 %-a férfi. (**3. ábra**)

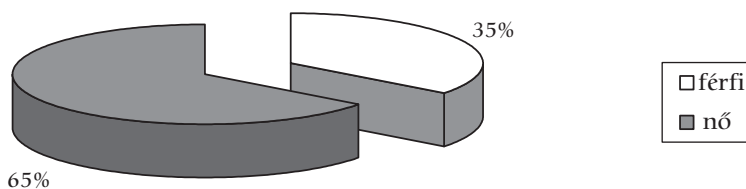
A betegek testtömegindex átlaga (BMI) 29.1 kg/m². A BMI a férfiak 79%-ánál, a nők 74%-ánál volt kóros (>25kg/m²). Az összes megvizsgált beteg 76,3%-ánál a túlsúly, mint cardiovascularis rizikó szerepelt.

A vizsgált betegek csupán 19%-a vallotta magát dohányosnak.

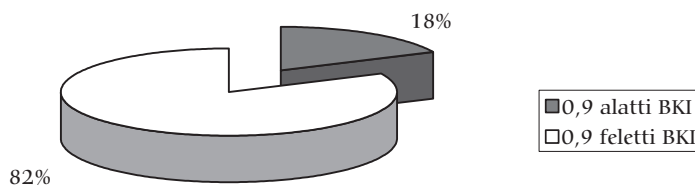
A betegek 45%-a diabetéses (n=229), 79%-a hypertóniás (n=397).

A vizsgált betegek átlagéletkora 61,5 év, vérnyomásátlagáa 142,2/81,8 Hgmm, vércukor átlaga 6,7 mmol/l, eGFR-je 71,2 ml/min, átlagos se-koleszterin szintje 4,99 mmol/l. A BKI átlaga betegek jobb oldali végtagján 1,01, a bal oldalin 1,00. A vizsgált személyek 18%-ánál (n=93) 0,9 alatti (kóros) a BKI. (**4. ábra**)

3. ábra: A minta nemek szerinti megoszlása (n=503)



4. ábra: A kórosan alacsony boka-kar index megoszlása a mintában (n=503)



Következtetések, javaslatok

A vizsgálatba random módon bevont betegeink többsége nő. Az elhízás/túlsúly betegeink több mint $\frac{3}{4}$ -t jellemezte. A túlsúly ilyen arányú előfordulása jelzi, hogy ez a probléma kifejezetten jelentkezik a kardiovaszkulárisan veszélyeztetett, polymorbid betegek között. A hypertonia és a diabetes mellitus magas előfordulási gyakoriságát klinikánk profilja (diabetológia, nephrológia, hypertonia) magyarázhatja. Ezzel függ össze a magasabb vércukorátlag, ill. a mérsékelt beszűkült vesefunkcióra utaló eGFR. A kórosan magas vércukor oka a betegektől kapott információk alapján legtöbbször diétahiba, a gyógyszeres terápia elmaradása. A betegeink között észlelt alacsonyabb dohányzási arány háttérben valószínűleg a dohányzás ellenes kampányok, a dohányzás változó társadalmi megítélése miatti szégyenérzet állhat.

Az átlag szisztolés vérnyomás meghaladja a nem magas rizikójú betegek célvérnyomását (140 Hgmm), a diasztolés vérnyomás alig haladja meg a normális vérnyomás felső értékét – 80 Hgmm-t. Ebben valószínűleg betegeink idős kora játszik szerepet, mivel 60 év felett már csökken a diasztolés vérnyomás. Ez a tény azért is kiemelendő, mert a fokozott kardiovaszkuláris betegek célvérnyomása a 130/80 Hgmm alatti érték. Tehát betegeink jelentős részénél nem tudtuk a célvérnyomást elérni. A problémát egyes betegek esetében az is jelenthette, hogy reggeli gyógyszereiket nem vették be. De még így is jelentős számú betegnél a vérnyomáscsökkentők kiegészítése illetve revíziója szükséges.

A BKI és a vesefunkció között a vizsgált mintában nem találtunk kapcsolatot.

Betegeink életkora megegyezik az ÉRV-Programba bevont betegek országos átlagával (61,5 vs.61,8 év). Ennek ellenére az országos átlagnál magasabb arányban észlelt kóros BKI (országos 15% vs. általunk mért

18 %) háttérben a klinikánk jelentős cardi-vascularis rizikó tényezőként szereplő speciális profiljai által gondozott nagyszámú diabéteszes illetve krónikus vesebeteg vizsgálata állhat.

A szűrés kapcsán felmerülő problémák és megoldási javaslatok szakdolgozói szemszögből

Nagy örömünkre szolgál, hogy egyre többen kívánnak részt venni a Betegregiszter Programban. Az egyre növekvő érdeklődés azonban számunkra problémákat is magában rejt. Sajnos személyi és tárgyi feltételeink korlátozottak, ezért a várakozási idő jelentheti betegeink számára az egyik legfőbb gondot. Úgy érezzük munkaszervezéssel, a vizsgálatok időpontjának egyeztetésével ez a probléma némileg orvosolható.

Problémát jelenthet, ill. eredményeinket torzíthatja, hogy, a betegek egy része nem éhgyomorral, az előírt gyógyszeres terápiát elmulasztva érkezik ambulanciánkra. Emiatt a már jól beállított vércukor és vérnyomás kóros értékeket mutathatnak.

Szeretnénk nagyobb hangsúlyt fektetni a betegoktatásra, a vizsgálatra történő felkészítésre, s ebben a beutaló orvosok segítségét is kérjük. Nagyon hasznos lenne a szóbeli tájékoztatáson túl írásos ismertető alkalmasítása is.

Klinikánk gondozott betegeinek leleteiről a kezelőorvos rögtön tájékoztatást kap, s ő dönt a beteg további kezeléséről. Az önként szűrésre jelentkező betegek ABI értékét és összesített eredményeit szakorvosaink javaslataival a betegek részére továbbítjuk. Sajnos ezekben az esetekben kevésbé követhető a beteg sorsa. Talán a háziorvosokkal történő szorosabb együttműködés, kommunikáció, ill. a betegek visszarendelése megoldás lehetne.

A perifériás érbetegségek prevenciója

Már a Framingham tanulmány is bizonyította az életmóddal kapcsolatos rizikófaktorok fontosságát a cardiovascularis megbetegedésekben. A beteggel történő találkozásakor minden esetben fel kell hívni a figyelmet az egészséges életmód jelentőségére.

- Dohányzás:

Régóta ismert tény, hogy a megelőzhető halálokok között a dohányzás igen előkelő helyen áll. A dohányzásról való leszoktatás azonban sokszor igen nehéz feladat. A dohányzáshoz rituálék kötődnek, a társas érintkezés alapja lehet bizonyos csoportokban. Mindenekelőtt a felvilágosító tevékenységen legyen a hangsúly. Ismertessük a dohányfüst szervezetre gyakorolt hatásait, a függőség kialakulásának folyamatát. Ne az elrettentést, megfélemlítést alkalmazzuk pedagógiai módszerként. Tárjuk fel a dohányzáshoz kötődő érzelmeket, találjuk meg a dohányzásra motiváló tényezőket, ez segíthet megszüntetni a kényszer érzését. A csoportos leszoktató programok, a betegtárs jelenléte nagyobb hatásfokú lehet. Rövidtávú célok kitűzésével és azok elérésével könnyebben sikerélményhez juttathatjuk a beteget. Soha ne feledkezzünk meg a jutalmazás, dicséret jótékony hatásától sem.

- Testsúlycsökkentés, ideális diéta:

A fejlett országok egyre növekvő problémája az elhízás. A túlsúly hátterében a mozgáshiány és az egészségtelen táplálkozás áll. Az érrendszer védelme érdekében az ún. mediterrán diéta javasolt. A mediterrán vidékeken főként halat, olívaolajat, sok zöldséget és gyümölcsöt fogyasztanak. A testsúly csökkentéséhez azonban nem elegendő csupán az egészséges táplálko-

zás. Napi 30 perc séta még idős korban is csökkentheti a cardiovascularis szövődmények kialakulását. Sokan időhiánnyal magyarázzák a fizikai inaktivitást. Készítsünk napirendi tervet a beteggel közösen, keressünk együtt olyan lehetőségeket a mozgásra, melyek könnyen megvalósíthatók (pl.: egy megállóval előbb szálljon le a buszról).

- A megfáradt láb gondozása:

Különösen álló foglalkozásúaknál gyakori panasz a nap végére jelentkező lábdagadás, lábfájdalom. A nap közben végzett lábkörzések, izomfeszítés-elernyesztés, értorna, a láb felpolcolása, a váltott vizes zuhanyozás mérséklék a tüneteket. Javasoljuk a kényelmes, könnyű, a bokát jól tartó lábbeli viselését.

A szív-érrendszeri megbetegedések és a perifériás verőérszűkület szoros kapcsolatot mutatnak. A boka-kar index méréssel a perifériás érbetegségek korai stádiumban felismerhetők. A szűrés kapcsán a rizikófaktorok, az életmódi és laboratóriumi adatok meghatározása segíthetnek az individuális terápia megválasztásában. A beteg az orvos, ápoló, dietetikus és az egészségügyi team többi tagjának összehangolt együttműködése a perifériás érbetegségek megelőzésének fontos építőelemei.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretném megköszönni Dr. Kovács Tibor tanár úrnak a szűrőprogram orvosi felügyeletét, szakmai irányítását, a dolgozat elkészítésében nyújtott segítségét, javaslatait. Hálámat szeretném kifejezni az ambulancián dolgozó kollégáimnak (Ácsné Berkes Judit, Bakó Mihályné, Budavári Edit, Dittrich Andrásné, Tölcsér Ilona, Volenszki Csaba) a szűrővizsgálatok elvégzéséért, az adatok pontos dokumentálásáért.

Irodalomjegyzék

1. Farkas, K. (2008): Irányelvek a boka/kar index szűrésére. *Metabolizmus Supplementum*, 6, pp. 59-61.
2. Meskó, É. (2002): Érbetegségekről mindenkinek - Képzett beteg könyvek. B+V L-és Lap-és Könyvkiadó Kft. Budapest
3. Meskó, É.(szerk) (2004): *Vascularis Medicina*. Therapia Kiadó, Budapest
4. Nemes, A. (2006): 2006. évi érsebészeti statisztika. *Érsebészet*, 14,2, pp. 71-74.
5. Pécsvárady, Zs. (2007): Perifériás artériás érbetegség (PAB) és a komplex kardio-vascularis prevenció. *Érbetegségek*, 14,2, pp. 77-76.

Ankle brachial pressure index measurement from the nurse's perspective

Szilvia Levang Kovácsné

Summary

Aim of the study: Ankle brachial pressure index (ABPI) measurement is a simple, non-invasive test for the early detection of peripheral vascular disease. The aim is the early detection of symptom-free vascular diseases, to provide the patients with individual therapy and lifestyle advice, and to process and present the gathered data.

Sample and method: We performed the screening at the Internal Medicine Clinic and Nephrology Centre of the University of Pécs, among 503 randomly selected patients over the course of a year. In addition to the ABPI measurement, laboratory tests, cardiovascular risk assessments and checks on other physical parameters (body weight, body height, BMI, abdominal circumference, blood pressure) were carried out. The data was processed using Microsoft Excel software.

Results: Based on the results, the majority of the patients participating in the screening fall into a high-risk group in terms of cardiovascular disease. Almost one fifth of the tested persons were found to have a pathologically low ABPI.

Conclusions: Based on the study, it can be concluded that screening of the general public is very important. Screening makes it possible to recognise, at an early stage, serious diseases that not only represent a burden on the patient, but the prevention of which is also important from a social and economic perspective.

Key words: vascular disease, lifestyle, screening test, prevention

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

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

A fogszuvasodás megelőzésével kapcsolatos szokások, ismeretek felmérése 12 és 14 évesek körében

Dr. Bartos Júlia

Fog- és Szájbetegségek szakorvosa,

Varga Ágnes

osztályvezető főnővér-helyettes, Városi Önkormányzat Kórháza, Orosháza, SBO

Összefoglaló

A vizsgálat célja: Feltárni a fogszuvasodás megelőzésével kapcsolatos szokások, ismeretek kialakulását 12 és 14 éves fiatalok körében. Választ találni arra, hogy kimutatható-e a tárgyban eltérés az életkor alapján, illetve van-e különbség az alap- és felsőfokú végzettséggel rendelkező szülők gyermekeinél e szokások, ismeretek alakulásában.

Vizsgálati módszer és minta: Anonim kérdőíves felmérés történt három Békés megyei község és egy város, valamint egy Tolna megyei város általános iskolájában, 12 és 14 éves tanulók körében. Összesen 427 kérdőív került feldolgozásra, leíró statisztikai megközelítéssel.

Eredmények: A kutatásban résztvevő diákok közül a 14 évesek nagyobb ismerettel rendelkeznek és jobb szokásokat alakítottak ki a fogszuvasodás megelőzésével kapcsolatosan, mint a 12 éves tanulók. A felsőfokú végzettséggel rendelkező szülők gyermekei több ismerettel rendelkeznek, szokásaik kialakultabbak, mint az alapfokú végzettséggel rendelkező szülők gyermekei.

Következtetések: A fogszuvasodás súlyos problémát vet fel már a gyermekek körében is. A megelőzés módszereit kombináltan kell alkalmazni; a jó egészségnevelő, így az egészségügyi szakdolgozó, tanít, motivál, segít, támogat. A téma ismerete, az intézmények és a szülők szoros együttműködése a gyermekek száj- és fogazati állapotának javulásához és egészségének megőrzéséhez vezet. Az egészséges életmódra nevelés akkor a legsikeresebb, ha már gyermekkorban elkezdődik.

Kulcsszavak: egészségnevelés, fogszuvasodás, fogmosási szokások, megelőzés

A probléma ismertetése

Az egészséges fogazat a mai ember számára sajnos már nem jelent túl nagy értéket. A fogszuvasodás és a fogágy betegségek a lakosság döntő többségét közelről érintő problémák; elterjedtségük miatt ezeket ma már népbetegségnek tekintjük.

A hivatásunk, munkánk során gyakran szembesülünk azzal a ténnyel, hogy a gyermekek többsége egynél is több szuvas foggal rendelkezik. Meggyőződöttünk arról, hogy ennek kialakulásában nagy szerepet játszik a szülők és a gyermekek tájékoztatatlansága, ismereteinek hiánya, s olykor a szülők túlzott elfoglaltsága. „Igen nehéz a mintaképzés kialakítása, mert a szülő

maga is felvilágosulatlan és a gyermekek szájhygiéjére való nevelését időhiány miatt sem segíti elő. Saját egészségkultúrájuk is minimális, így jó példával ők sem járnak elől.”(Pintér A., 1993)

Tapasztaltuk továbbá, hogy az étkezési és szájhygiénés kultúra lassan és gyakran rossz irányba fejlődik, a környezeti ártalmak növekednek. Mindezek következtében progresszíven emelkedik a fogászati megbetegedések száma: ez a körülmény anyagi és szervezési szempontból egyaránt nehéz, csaknem megoldhatatlan feladatokat jelent a fogorvoslás számára. „Alapvető fontosságú, hogy a fogápolással és megelőzéssel kapcsolatos technikai kérdésekben előrelépünk.”(Papphalmi Zs., 1993)

Nincs más megoldás tehát, mint a megelőzés; ennek segítségével ezek a betegségek lényegesen csökkenthetők. Sajnos eddig sem a fogászat területén végrehajtott fejlesztések, sem a fogorvosképzés nem tudta ezt a feladatot megnyugtatóan megoldani. Csupán három okot említve: alacsony az egészségkultúráltsági szint, drága a magánpraxis, s a megelőzésben az orvosok nem érdekeltek. Emiatt a lakosság nagy része csak a sürgősségi ellátási formák (pl. foghúzás) igénybevételére szorítkozik; nincs általános „igény” az egészséges táplálkozás alapját képező, rágási funkcióra alkalmas fogakra, a normális szájhigiéniére, sőt még az esztétikai szempontok érvényesítésére sem – általában a legelemibb védekezésre és szájápolásra sem fordítanak kellő gondot. (Papphalmi Zs., 1993)

Az ép fogazat értékrendjének helyreállításáról, elfogadtatásáról azonban nem mondhatunk le, hiszen az egészséges, gondozott – szükség esetén kezelt és szanált – fogazat a medicinális előnyökön túl feltétlenül magasabb rendű, jobb életminőséget jelent. A panasz- és fájdalommentesség növeli a komfortérzetet, a munkabírást, a szép szabályos és ápolat fogazat biztos fellépést eredményez: az egyén belső harmóniájának és kisugárzásának egyik meghatározó eleme.

Meggyőződünk, hogy az intézmények és a szülők szoros együttműködése, a fogszuvasodás megelőzésének megfelelő ismerete a gyermekek száj- és fogazati állapotának javulásához és egészségének megőrzéséhez vezet.

Elméleti háttér

A caries

A caries (fogszuvasodás) – régi meghatározása szerint – a fognak a szájüreggel érintkező felszínén kezdődő, a felszínről a mélybe progrediáló idült folyamat, amelynek lényege a kemény fogszövetek nem gyógyuló roncsolását okozza. Ez a meghatározás a már üregképződéssel járó (a fog „kilyukadását” okozó) cariesre ma is áll, viszont a felszínes, kezdeti caries továbbhaladása megfelelő módszerekkel megállítható, a folyamat megállítható, illetve visszafordítható. Kezelés hiányában azonban a fogszuvasodás a fog kemény szö-

veteinek előrehaladó károsodásával elérheti a fog pulpáját (az „ideget”) is, s abban különböző jellegű és mérvű kóros elváltozásokat okozhat. (Bánóczy J., Nyárasdy I., 1999)

A caries lokalizációja

Koronacaries főleg fiatal korban fordul elő. A fogak áttörése után a fog koronáját borító zománccfelszín érik a károsító hatások, a kórfolyamat tehát a zománccfelszín kitüntetett (predilectios) helyein kezdődik. Ilyenek a nehezen tisztítható barázdák, gödröcskék, s a fogak legnagyobb domborulata és az ínyszél közé eső területek, valamint az approximalis felszínnek. Ezeket habitualisan tisztátalan zónáknak, ún. nem öntisztuló területeknek nevezzük.

A caries időbeni lefolyása

Caries acuta: Az acut, gyors lefolyású caries esetén a kezdeti cariest gyorsan követi a zománc szétesése és a gyorsan növekvő üreget fehér pépes massa tölti ki. Ez a caries-forma főleg fiatal korban jellemző.

Caries tarda: Idősebb korban a dentinca-tornák meszesedése miatt a carieses folyamat előrehaladása lelassul, a laesio szárazabb és barnára színeződött. (Bánóczy J., 1997)

Szervezeti és egyéb befolyásoló tényezők szerepe a caries kialakulásában

A caries etiológiájában a mai felfogás szerint elsősorban az exogén behatások – így a mikrobiológiai flóra, a dentalis plakk keletkezése, a táplálkozás – játszik a legnagyobb szerepet.

Helyi szervezeti tényezők

A fogazat morfológiájában bekövetkező, a normálistól eltérő változások makroszkopikus és mikroszkopikus jellegűek lehetnek. A makroszkopikus változások a számbeli, nagyságbeli és alaki rendellenességek, beleértve a fissuraalakok módosulásait.

A mikroszkopikus változások zománcdefektusként jelentkeznek, gyakran makroszkopikus változásokhoz és más befolyásoló

tényezőkhöz kapcsolódva. (L. Mitchell, D. A: Mitchell, 1996)

Általános szervezeti tényezők

Genetikai adottságok: alkat, öröklés, fajta.

Kétségtelen, hogy a caries nem öröklődő megbetegedés. Vannak azonban olyan hajlamosító tényezők, amelyek örökölhettek, és így az adott egyén fogszuvasodásra való hajlama nagyobb lehet, mint az átlagé.

Az alkat – mely, mint tudjuk örökölhető – szerepe a caries kialakulásában kétségtelen. A fogak alakja, illetve anatómiai adottságai, amelyek ugyancsak örökölhettek, valamint a zománc strukturális tulajdonságai is befolyásolják a cariesre való hajlamot. A fajta és a cariesrizikó közötti összefüggés közvetett, és befolyásolhatja többek között a testtömeg, a testmagasság, az alkat, az étkezési szokások és az általános ellenálló képesség is. A fogak méretét a fajtára jellemzőnek tekintik.

Életkor. Az üregképződéssel járó carieses laesiók irreverzibilisek, ezért számuk, ill. az ezekbe készített tömések száma az életkor függvényében nő, kumulálódik.

Az életkor és a DMF-index növekedése között szoros párhuzam mutatható ki. A cariesincidencia (új laesiók száma / év) az élet folyamán három csúcst mutat: 4-8 éves korban, 11-19 és 55-65 évek között, ahol az utóbbi a gyökércarieset jelenti. (Bánóczy J., Nyárasdy I., 1999)

A nyál caries kialakulását elősegítő hatásai közé tartozik a mucin-, mucoidtartalma; ez növeli a nyál viszkozitását és elősegítheti a lepedék képződését. A nyálnak azon enzimeit, amelyek a szénhidrátbontásban részt vesznek, szintén elősegítik a caries keletkezéseit, mert minél nagyobb a nyál amiláz és maltóz aktivitása, annál gyorsabban bontja a táplálék poliszacharidjait diszachariddá, majd monoszachariddá, és ezek savi végtermékeikkel a caries keletkezését elősegítik. Szénhidrát tartalma szubsztrátumot nyújt ehhez a folyamathoz.

E tulajdonságaival szemben azonban a nyálban túlsúlyban vannak a caries keletkezését gátló tényezők. Közülük elsősorban a nyál hígító hatását kell megemlítenünk. A nyál mennyisége fontos tényező a lepedék, ill. a savak hígításában. Közismert, hogy a nyálmirigyek kiirtása vagy röntgenbesu-

gárzása után a cariesintenzitás megnövekszik, pl. az imbecilliseknek, akiknek a nyáltermelése nagyobb mértékű, a cariesintenzitása csökken. Másodsorban szerepel a nyál pufferhatása, amellyel a szénhidrátbontás során keletkező savakat neutralizálni képes. Fontos az anorganikus ion tartalma: a kalcium, a foszfát, a fluoridok jelenléte, ezeknek a zománc kezdeti carieses laesiónak remineralizációjában van szerepe. A nyál rendelkezik ezen kívül bactericid, illetve bacteriostaticus hatással is, ami a nyálban lévő enzimeknek tulajdonítható. (Bánóczy J., 1997)

Egyéb befolyásoló tényezők

A földrajzi, szociális és gazdasági tényezők szerepe igen jelentős. A cariesintenzitás földrajzi különbségei elsősorban a táplálkozási szokásokban gyökereznek. A primitív népek közt tapasztalt csekély cariesfrekvencia és -intenzitás az urbanizáció és civilizáció fokának emelkedésével együtt növekszik. A vallásosság ugyancsak a táplálkozási szokásokon keresztül befolyásolhatja a caries viszonyokat. (Bánóczy J., 1996)

Az ipari ártalommal összefüggésbe hozható változások egyrészt a foglalkozási ártalmak kategóriájába sorolhatók, másrészt a káros ipari produktumoknak kitett populációkon észlelhetők. A caries mint foglalkozási ártalom nagyobb arányú előfordulása a cukoriparban dolgozóknál közismert. A cariesintenzitás emelkedését észlelték higanyártalomnak kitett egyéneken, melynek oka a nyálmirigyek gyulladása következtében csökkent salivatio lehet. Az ólomtartalom – egyrészt a közlekedés, másrészt a talaj szennyezettsége révén – nagyobb cariesintenzitást okozhat. Ezzel szemben a fluortartalmú ipari pollutio, a föld és a levegő nagyobb fluorid tartalma révén, az adott területen élő gyermekek cariesintenzitását csökkenti. (Bánóczy J., 1997)

A vizsgálat célja, módszere; a minta

A vizsgálat célja az volt, hogy megtudjuk, hogy a 14 éves diákok fogszuvasodás

megelőzésével kapcsolatos szokásai, ismeretei milyen szinten alakultak ki, mennyivel fejlettebbek, többek e téren, mint a 12 éves tanulók. Választ kerestünk arra is, hogy a szülők iskolai végzettsége befolyásolja-e a gyermekek caries prevencióval kapcsolatos szokásait, ismereteit, s azok helyes kialakulását.

Vizsgálati módszernek az anonim kérdőíves kutatást választottuk, ezt véltük a témához, s a mintához (12 és 14 éves fiatalok) leginkább adekvátnak. A mintát négy Békés megyei település – három község és egy város –, valamint egy Tolna megyei város általános iskolái 12 és 14 éves tanulóinak köréből merítettük; leíró statisztikai megközelítéssel összesen 427 kérdőívet dolgoztunk fel.

Az életkor szerinti megoszlás: 38% 12 éves, 30% 13 éves, 32% 14 éves.

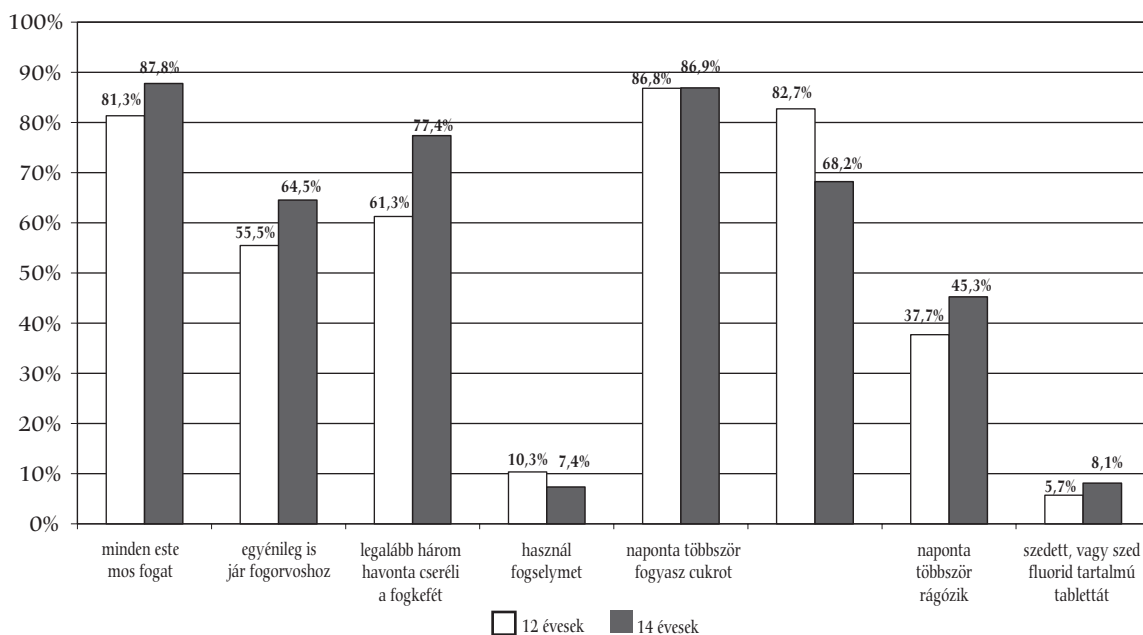
Eredmények

A 12 és 14 éves tanulók fogszuvasodás megelőzésével kapcsolatos szokásai kialakulásánál szembevetendő eredmény, hogy a 14 évesek gyakrabban mosnak este fogat, mint a 12 évesek (87,8% és 81,3%). A 14 éves diákok 77,4%-a három havonta cseréli a fogkefét

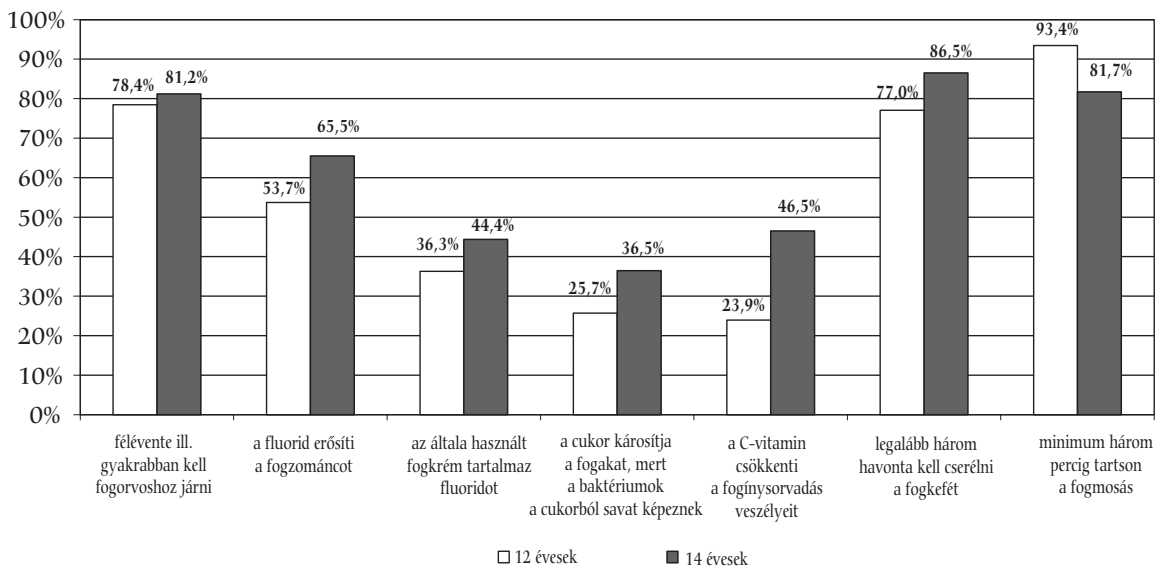
keféjüket, míg a 12 éveseknek csak 61,3%-a teszi ugyanezt hasonló gyakorisággal. Meglepő eredményt kaptunk viszont a fogselyem használatának tekintetében: a 12 évesek közül többen használnak fogselymet (10,3%), mint a 14 éves társaik (7,4%). A kötelező szűrővizsgálaton kívül a 14 évesek közül többen járnak egyénileg is fogorvoshoz. Megdöbbentő eredmény a gyermekek magas cukorfogyasztása: mindkét korcsoport igen magas százaléka válaszolta, csaknem egyformán, hogy naponta többször fogyaszt cukrot (a 14 éves diákok 86,9, a 12 éves tanulók 86,8%-a). A 12 évesek közül többen naponta többször is fogyasztanak csokoládét, többet, mint a 14 évesek; a 14 évesek többet és többször rágóznak, mint a 12 évesek (45,3%, 37,7%). Figyelemre méltó, hogy a vizsgált gyermekek közül nagyon kevesen szedtek vagy szednek fluorid tartalmú tablettát. (1.ábra)

Az ismeretek tekintetében érdekes összevetés, hogy a 14 évesek közül kevesebben tudták (81,7%), hogy a fogmosásnak minimum három percig kell tartania, mint a 12 évesek (93,4%). Meglepő, hogy mindkét korcsoportban kevesen adtak jó választ arra, miszerint a C-vitamin csökkenti a fogínyorvadás veszélyeit. A 14 évesek 36,5%-a tudja, hogy miért károsítja a fogakat a cukor, a 12 évesek

1. ábra: A fogszuvasodás megelőzésével kapcsolatos szokások kialakulása a 12 és 14 évesek körében



2. ábra: A fogszuvasodás megelőzésével kapcsolatos ismeretek kialakulása a 12 és 14 évesek körében



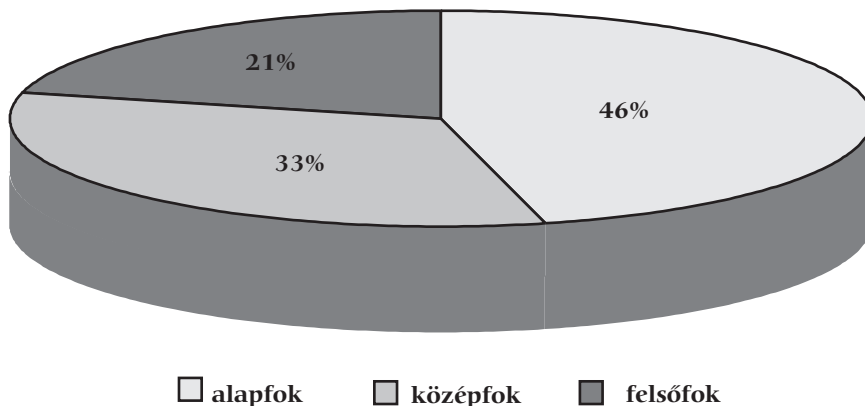
közül csak 25,7% adott jó választ erre a kérdésre. (2. ábra) Érdekes eredmény született az ismeret és szokás tekintetében. A gyermekek magas százaléka tudja, hogy mikor kell pl. fogkefét cserélni, mégis a szokás tekintetében ezt kevesen teszik helyesen.

A szülők iskolai végzettsége és a fiatalok fogápolási szokásai között lévő korrelációt vizsgálva a következő eredményeket kaptuk. (A 12 és 14 éves tanulók megoszlását a szülők iskolai végzettsége szerint a 3. ábra szemlélteti.)

A felsőfokú végzettséggel rendelkező szülők gyermekeinek a 93,3%-a, az alacsonyabb

végzettséggel rendelkező szülők gyermekeinek a 81,5%-a válaszolta, hogy minden este mos fogat. A felsőfokú végzettséggel rendelkező szülők gyermekei legalább három havonta cserélik a fogkeféjüket (78,7%), és gyakrabban járnak egyénileg is fogorvoshoz (74,2%), mint az alacsonyabb végzettséggel rendelkező szülők gyermekei (64,6% és 60,5%). A fogselymet szintén a felsőfokú végzettséggel rendelkező szülők gyermekei használják többen (14,8%), míg az alacsonyabb végzettséggel rendelkező szülők gyermekeinek csak a 6,2%-a használ fogselymet. Az alacsonyabb végzettséggel rendelkező szülők gyermekei naponta többször fogyasztanak cukrot (56,4%),

3. ábra: A vizsgált populáció (12–14 éves gyermekek szüleinek iskolai végzettség szerinti megoszlása)

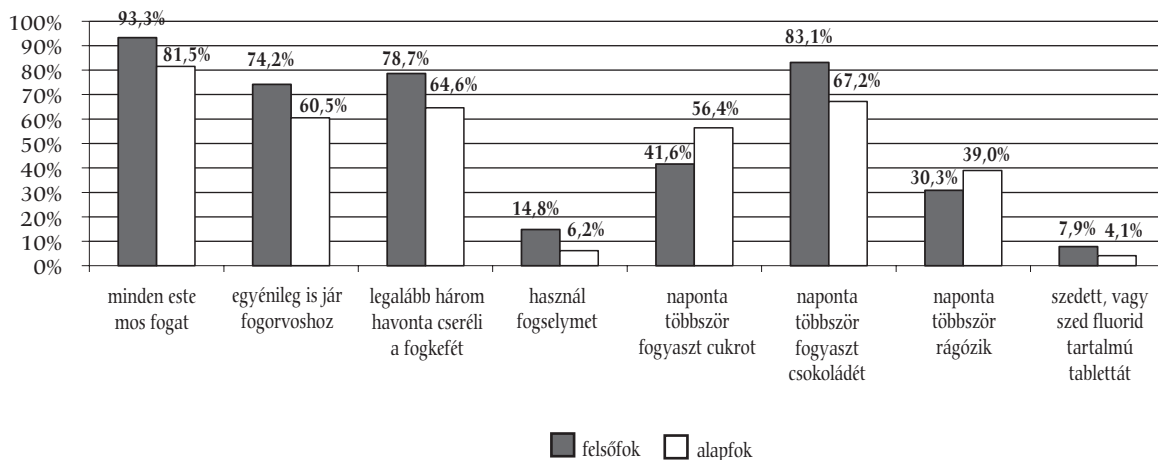


mint a felsőfokú végzettséggel rendelkező szülők gyermekei (41,6%). Természetesen a cukorfogyasztás mindkét csoportban így is nagyon magas. Megállapítható a további vizsgálatból, hogy mindkét csoportban magas a csokoládéfogyasztás (felsőfokú 83,1%, alapfokú 67,2%). Naponta többször rágóznak az alapfokú végzettséggel rendelkező szülők gyermekei, mint a felsőfokú végzettséggel rendelkező szülők gyermekei (39% és 30,3%). Mindkét vizsgált csoportban kevesen szedtek vagy szednek fluorid tartalmú tablettát (felsőfokú 7,9%, alapfokú 4,1%). (4. ábra)

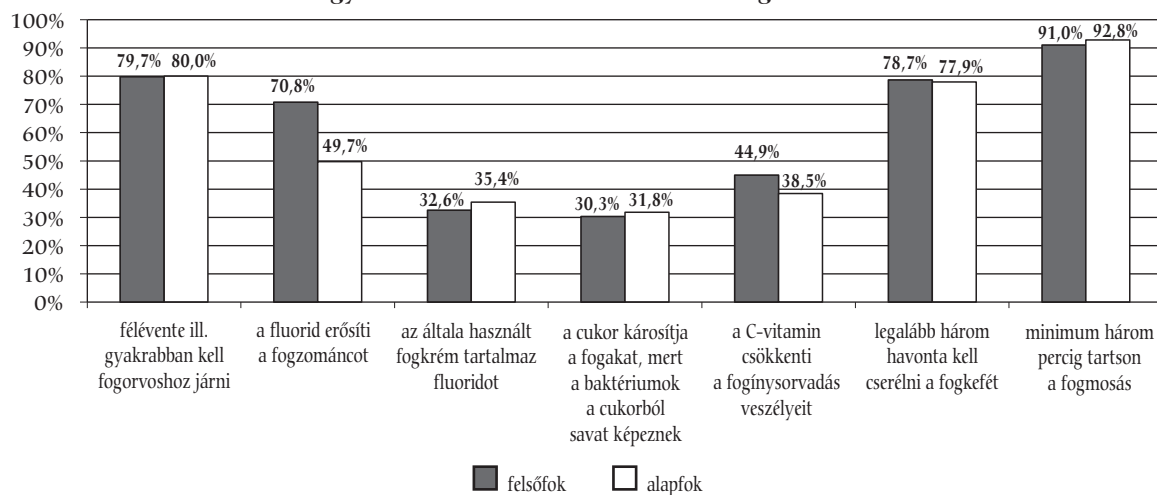
A fogszuvasodás megelőzésével kapcsolatos ismeretek felmérésénél a vizsgálatban résztvevő gyermekek közül szinte egyfor-

mán válaszolták, hogy félévente, illetve gyakrabban kell fogorvoshoz járni. Érdekes eredményt kaptunk a fluorid fogyasztás tekintetében: a felsőfokú végzettséggel rendelkező szülők gyermekei többen válaszolták, hogy a fluorid erősíti a fogzománcot (70,8%), ugyanakkor lényegesen kevesebb gyermek tudta megmondani, hogy az általuk használt fogkrém tartalmaz-e fluoridot (32,6%). Az alapfokú végzettséggel rendelkező szülők gyermekei kevesebben válaszolták, hogy a fluorid erősíti a fogzománcot (49,7%), de többen tudták, hogy az általuk használt fogkrém tartalmaz fluoridot (35,4%). Arra a kérdésre, hogy a cukor miért károsítja a fogakat, mindkét vizsgált

4. ábra: A fogszuvasodás megelőzésével kapcsolatos szokások kialakulása a gyermekeknél a szülők iskolázottsága szerint



5. ábra: A fogszuvasodás megelőzésével kapcsolatos ismeretek kialakulása a gyermekeknél a szülők iskolázottsága szerint



csoportnál közel azonos eredményt kaptunk (felsőfokú 30,3%, alacsony 31,8%). A felsőfokú végzettséggel rendelkező szülők gyermekeinek 44,9%-a tudta, hogy a C-vitamin csökkenti a fogínyorvadás veszélyeit, az alacsony végzettséggel rendelkező szülők gyermekei csak 38,5%-a ismeri ezt. A gyermekek többsége jól válaszolt arra, hogy minimum három percig kell tartani a fogmosásnak (felsőfokú 91%, alacsony 92,8%). Mindkét csoport tisztában van azzal, hogy a fogkefét legalább háromhavonta kell cserélni (felsőfokú 78,7%, alacsony 77,9%), mégis az alacsony végzettséggel rendelkező szülők gyermekei közül csak 64,6%-uk teljesíti ezt a gyakorlatban. (5. ábra)

Következtetések, javaslatok

A vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy a 14 éves diákok közül többen adtak jó választ a fogszuvasodás megelőzésével kapcsolatos szokások, ismeretek kialakítására vonatkozó kérdésekre, mint a 12 évesek.

A felsőfokú végzettséggel rendelkező szülők gyermekei jelentősen jobb szokásokat alakítottak ki, mint az alacsony végzettséggel rendelkező szülők gyermekei.

Az ismeretek tekintetében mindkét csoport közel azonos százalékban válaszolt jól.

Jelentősebb eltérést két kérdésnél, a fluorid és C-vitamin szerepénél láthatunk, ahol a felsőfokú végzettséggel rendelkező szülők gyermekei jobban teljesítettek.

Meglepő eredményt kaptunk a fogszelvény használatával kapcsolatosan: sajnos mindkét vizsgálatban jellemző, hogy kevesen alkalmazzák. A fogszelvényről érdemes tudni, hogy a fogak egymás felé tekintő felszíneinek tisztítására szolgál, amelyeket fogmosással képtelenség elérni. A fogszelvény használata igen fontos lenne, hiszen nélküle a fogfelszínek kb. 40%-a nem kerül megtisztításra. Már a középkor embere is rájött arra, hogy a fogközetek alaposan meg kell tisztítani az ottmaradt ételmaradékoktól. Ennek nem csupán esztétikai funkciója van, bár az sem elhanyagolható, hanem egészségügyi okai is. A fogak közé beszorult ételmaradék elrothad, és fogszuvasodáshoz vezet. Kiváló

minőségű fogszelvények kaphatóak, amelyek kíméletesen, de hatékonyan tisztítják meg a fogközeteket.

A gyermekek táplálkozási szokásait tekintve megdöbbentő a magas cukorfogyasztás. A caries szempontjából a legártalmasabb a gyakoriság, a főétkezések közötti szünetekben fogyasztott cukorfeleségek nagy mennyisége; megoldás ennek a rossz szokásnak a teljes kiküszöbölése lenne. (JM Ten Cate, 2008) Természetesen nem várhatjuk el a gyermekektől, hogy ne fogyasszanak cukorkát, de meggyőződésem szerint megfelelő felvilágosítás esetén javulást érhetünk el. Tudatosítani kell a gyermekekben, hogy az édesség fogyasztása csak a főétkezések alkalmával történjen, a „nasi” tilos, vagy legalább mossanak fogat utána. A cukros üdítők helyett ún. „cukormentes” üdítőket fogyasszanak. Hangsúlyozni kell a rágás fontosságát – ne csak pépes ételeket fogyasszanak –, hiszen a rágás tisztítja a fogakat. A gyermekek csokoládé fogyasztása is magas, de a fogszuvasodással kapcsolatosan a zsíroknak megelőző hatásuk van, mert hátráltatják a glükóz oldódását és megakadályozzák a baktériumok anyagcseréjét. Érdekes és fontos, hogy a kakaó magas zsírtartalma miatt a szénhidrátban gazdag csokoládé fogszuvasodást előidéző hatása sokkal kisebb.

A vizsgálatból kitűnik, hogy a gyerekek szívesebben fogyasztanak cukrot és csokoládét, mint rágót. Bár a rágógumi nem tartozik a táplálékokhoz, a fogzatra gyakorolt hatása hosszú ideig vita tárgyát képezte, és sokan a rágógumizást rossz szokásnak tartották. Az utóbbi években – főleg angolszász kutatók – sokat foglalkoztak a rágógumi által kiváltott fokozott nyáleválasztás esetleges kedvező hatásával a caries kialakulásának megállításával. Megállapították, hogy az étkezés után fogyasztott cukormentes rágógumi képes a savas plakk semlegesítésére, és a kezdeti szuvas elváltozásokban elősegíti az ásványi sók újra lerakódását. Hosszú távú, a létrejövő caries redukciót bizonyító kísérleteket elsősorban Finnországban és Kanadában folytattak, melyek során nagyobb gyermekek fogyasztottak több éven át rágógumit. Eredményeik szerint a xilit tartalmú rágógumi

rendszeres rágása egyesíti a xilit és a tartós rágás kedvező hatásait, s így alkalmazása akár főétkezések után, akár azok között mindenképpen ajánlható. Tehát a cukormentes rágógumi rágása, a nyáleválasztás fokozása révén, elősegítő tényező lehet a caries prevencióban. (Bánóczy J., Nyárasdy I., 1999)

A vizsgált gyermekek közül nagyon kevesen szednek vagy szedtek fluorid tartalmú tablettát. Természetesen a caries nem csak fluorhiány-betegség, sőt a fluor önmagában nem is elegendő a megelőzésére, azonban fontos a bevitel. A fluoridok helyileg és szisztémásan is hatnak. Figyelembe kell venni az adott település ivóvizének fluorid tartalmát. Hazánkban technikai hiányosságok miatt nincsenek meg a feltételek az ivóvíz, a só és a tej fluorozására, így tablettával kell pótolni a hiányt, de vigyázni kell a kettős adagolás elkerülésére. Egyidejű szisztémás és lokális alkalmazás esetén a hatás összegződik. A fluorid helyileg a már áttört fogak zománcába épül be. Lehetőségei: fluortartalmú fogpaszták, zselék, öblítések, ecsetelések — a fluortartalmú fogpasztáknak kiemelt jelentőséget tulajdonítanak.

Az ismeretek szempontjából meglepő, hogy a diákok több mint fele tudja, hogy a fluorid erősíti a fogzománcot, de kevesebben tudták, hogy az általuk használt fogkrém tartalmaz-e fluoridot. A fluorid tartalmú fogkrémeket már több mint ötven éve vizsgálják. Korábban nem voltak túl hatékonyak, a fogkrémekben található abrazív anyagok és a fluorid közötti összeférhetetlenségnek köszönhetően. Ezt a problémát a hetvenes években oldották meg, azóta a fogkrémek népszerűsége növekszik, mivel a fogpaszta a caries prevenció egyik fontos eszköze; továbbá mint vivőanyag, alkalmas arra, hogy gyógyszereket juttassunk be vele a szájüregbe. Így például a fogkrémek tartalmaznak többek között a fogkövel, elszíneződéssel,

különbéle gingiva fertőzésekkel, rossz lehellettel, valamint fognyaki érzékenységgel szemben védő komponenseket. (JM Ten Cate, 2008)

Mivel a caries létrejötté multikauzális folyamat, megelőzése is komplex tevékenységet kíván. Nem ismerünk ma egyetlen olyan megelőzési módszert sem, amely önmagában elég lenne a caries kialakulásának megakadályozására, bár a caries frekvencia és intenzitás jelentős mérvű csökkenéséhez külön-külön hozzájárulnak, ezért az ismert módszerek kombinációit kell alkalmaznunk. A komplex gyermekfogászati megelőzésnek így öt alappilléret különböztetjük meg: 1) A táplálkozás befolyásolása, ezen belül főként a szénhidrát fogyasztás mennyiségi és minőségi átállítása útján. 2) Fluoridok általános és helyi alkalmazása a zománc ellenálló képességének fokozására. 3) A szájhygiénés módszerek, amelyek elsősorban a foglepedék eltávolítása útján hatnak. 4) Barázdazárás a túl mély fogfelszíni barázdák és gödröcskék lezárására. 5) A primer prevenció e módszereit feltétlenül ki kell egészíteni a korai és megfelelő gyermekfogászati ellátással és gondozással. (Dénes J., Hidasi Gy., 1998)

Az eredményekből levonhatjuk a következtetést, miszerint a gyermekek ez irányú egészségkultúrájának a fejlesztése folyamatos feladat. Ehhez fontosnak tartjuk az elsődleges egészségügyi taem (fogorvos, fogászati asszisztens, dentálhigiénikus, védőnő), valamint a szülők és pedagógusok együttműködését a fogászati prevenció programok szervezésében és lebonyolításában. Továbbá fontos kiemelni az egészségügyi szakdolgozók szerepét az egészségtudatos életmód követésében a példamutató magatartással, az egészségügyi ellátás valamennyi területén következetesen folytatott tájékoztatással és figyelemfelkeltéssel a megelőzés irányába.

Irodalomjegyzék

1. Bánóczy, J. (1997): Cariologia és endodontia. Medicina kiadó, Budapest
2. Bánóczy, J. (1996): Fogunk védelmében. Magyar Honvédség Egészségügyi Csoportfőnökség kiadványa, 34-35 pp. , 49-50 pp.
3. Bánóczy, J., Nyárasdy, I. (1999): Preventív fogászat. Medicina kiadó, Budapest, 18-19 pp, 44-45 pp, 90-92 pp.
4. Dénes, J., Hidasi, Gy. (1998): Gyermekfogászat, fogszabályozás. Semmelweis kiadó, Budapest, 133-138. pp.
5. JM Ten Cate, (2008): A nyál, a fluorid és a fogszuvasodás kapcsolata. Magyar Fogorvos, 2008, 1
6. L Mitchell, D. A. Mitchell (1996): A fogászati oxford zsebkönyve. Medicina kiadó, Budapest, 39- 40 pp.
7. Papphalmi, Zs. (1993): Tennivaló a fogászati megelőzés terén magyarországon. Egészségnevelés. XXXIV. évf. 249- 250 pp.
8. Pintér, A. (1993): Néhány szó a fogszuvasodás megelőzéséről. Egészségnevelés. XXXIV. évf. 68 pp.

Survey of habits and skills related to the prevention of tooth decay among 12 and 14-year-olds

Dr. Júlia Bartos, Ágnes Varga

Summary

Aim of the study: To map the development of habits and skills related to the prevention of tooth decay among 12 and 14-year-olds. To determine whether any divergence can be observed in this regard based on age, and whether there is any difference between the children of parents with only basic schooling and those with a higher education qualification, in terms of the development of these skills.

Methodology and sample: An anonymous questionnaire survey was conducted among pupils aged 12 and 14 years at primary schools in a village and town in Békés county, and a town in Tolna county. A total of 427 questionnaires were processed using a descriptive statistical approach.

Results: Among the participants in the survey, the 14-year-olds possessed more advanced skills and had developed better habits related to the prevention of tooth decay than their 12-year-old counterparts. The children of parents with a higher-education qualification possessed more skills, and their habits were more highly developed, than the children of parents with only basic schooling.

Conclusions: Tooth decay presents a serious problem even among children. The methods of prevention need to be applied in combination: a good health educator, such as a health care professional, should teach, motivate, assist and support. An understanding of the issue, and close cooperation between the institutions and parents, will lead to an improvement in children's oral and dental well-being, and the preservation of their health. Efforts to promote a healthy lifestyle achieve the best results if they begin in childhood.

Key words: health education, tooth decay, tooth brushing habits, prevention

100 évvel Florence Nightingale után Harc az egészségért

Papp Katalin

főiskolai docens, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Ápolási Tanszék, Nyíregyháza

Közel 155 éve annak, hogy Florence Nightingale a Krími-háborúban, szervezett ápolói csapattal, önfeláldozó munkával végezte a sebesültek ápolását, gondozását.

Florence Nightingale a krími háborúban szerzett tapasztalatai kövezték ki az utat a modern ápolás számára. Miután hazatért otthonába Scutariból (Üsküdar), ami ma Törökországban Isztambul városrésze, elhatározta, hogy ápolókat fog oktatni. Ennek érdekében megalapította az első ápolóképző iskolát a Szent Tamás Kórházban, Londonban. Ezt követően sorra alakultak ápolóképző iskolák a világ különböző tájain, így az alapötletet adó Törökországban is.

2008. októberében az ápolóképzéssel kapcsolatos kongresszuson vettem részt Kappadókiában. A rendezvényen több mint 200 előadó és vezető vett részt, többek közt Jemenből, Portugáliából, Amerikából, Angliából és Magyarországról. A résztvevők könnyen megértették egymást és szinte barátokká váltak.

Ez időben vendége lehettem az Isztambul Egyetem Florence Nightingale Ápolóképző Iskolájának, mely nevét 1961-ben az iskola megnyitásakor vette fel. Az iskola Sisli városrészen működik, nem az Üsküdari részen, de ott is látogatást tehettem.

Az ápolóképzés intézményi rendszere úgy tűnik virágzik Törökországban, ahol erős egyetemi háttér mellett, 80 intézményben, évente 6 000 hallgatót vesznek fel.

A szűnni nem akaró lobbizások után és a hanyatlások óta, 1954 óta szabályozza a törvény az ország betegellátását, mely alapján legális védelmet nyújt az 'ápoló' címnek és kimondja, hogy a diploma az egyetlen út az ápolói hivatáshoz.

Számos kar folytat kutatási programokat és dolgozik tengeren túli partnerkapcsolatokkal, pl. az isztambuli Nightingale iskolának csere programja van a londoni Nigh-

tingale iskolával, melynek alapja az Európai Unió Erasmus Program.

Az ápolóképzés minősége nagyon egyenlőtlen. Nagy úr van az elmélet és a gyakorlat között. - mondta Gülsün Tasocak kongresszusi elnök, aki egyben a Nightingale iskola ápolási professzora. Néhány iskola kevés személyzettel rendelkezik és kevésbé jól felszerelt, míg mások ajándékként osztják a diplomákat.

Tasocak professzor asszony és a többi előadó sürgetett ott és akkor egy határozat életre hívását. Nincs független szakmai szabályozás Törökországban és hiányzik a képzőintézmények hatékony akkreditációja. A széleskörű egészségügyi rendszer bár központilag kontrolált, de ugyanakkor katodikus, széttöredezett. Gomba módra szaporodnak a magán kórházak és -klinikák. A nemzeti alapellátási hálózat is hiányzik. Az egészségügyre fordítható kiadások nem a betegellátásra, hanem a bérjellegű juttatásokra fordítják.

A hivatalos statisztikák megbízhatatlannak, bár az új minisztérium javaslata szerint, Törökországnak elegendő 92 509 ápoló és 46 172 szülésznő, ami elszomorító szakember hiányt mutat. Százezer lakosra jut 200 ápoló és szülésznő, ellentétben az angliai Nemzeti Egészségügyi Rendszerrel (NHS), ahol 660.

Az ápolóképzésbe történő felvételen változtatásként lehetővé teszik a fiúk számára is az egyetemi ápolóképzésbe való bekapcsolódást. A WHO is kiemeli a férfi ápolók hiányát, akiket, mint „egészségügyi hivatalnok”-nak képzelnek el.

A Nightingale iskola az utóbbi 11 évben szintén követte ezen törekvést, így ez idő alatt 150 fiúhallgató jelentkezett a képzésbe.

Számos szigorú szociális, gazdasági és politikai kihívások miatt Kelet-Anatóliai régió van a legnehezebb helyzetben. A kongress-

szus ideje alatt is híradások szóltak a heves éjszakai lázadásokról a török határnál Van városnál. A vidék szegényes egészségügyi helyzete veszélyezteteti a fejlődés reményét. A WHO megemlíti az egészségügyi különbségeket a gazdagok és a szegények, kelet és nyugat, a városi és a vidéki területek között. Kelet-Anatóliában kevesebb az egészségügyi szakember, kevesebb és szegényebb egészségügyi ellátási lehetőségek vannak, és nincs egészségügyi alapellátás. A török népesség kb. 40%-a kevesebb, mint 2 fontból él naponta. 2008. évi adatokat figyelve Törökország összlakossága 69 660 559 fő, mely a Föld lakosságának 1.08%-át jelenti. Az egy főre jutó GDP értéke 7,400\$ (Nagy-Britanniában 29,600\$, Magyarországon 14,900\$).

Az anyai halálozás igen magas (100 000 lakosra vetítve 70) és 5 szülésből 1 nem képzett szakember által vezetett, míg összehasonlítva az angliai adatokkal, ahol 11-ből egy nem szakember által segített. Az 5 év alatti halálozás 1000 élveszületésre 44, míg ugyanez Angliában 7.

Törökországban a várható élettartam 70 év, míg az EU átlag 78 év. A nélkülözés és a személyiségjogokkal kapcsolatos kérdések veszélyeztethetik az EU-hoz csatlakozás esélyét. Csatlakozás esetén az ápolóhiány tovább mélyülhet, mert a szakemberek elindulnának nyugat felé. A férfi ápolóhallgatók nem valószínű, hogy visszatérnének a közösségükbe, hacsak nem ösztönzik őket azzal, hogy egy rehabilitált egészségügyi rendszerben fognak dolgozni.

A 2008/2009-es oktatási évben a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Ápoló szakirányának 2 török ápoló hallgató vendége volt, a rodostói Tekirdag Ápolóképző Iskolájából, akik Erasmus ösztöndíjjal töltöttek el 3 hónapot. Mindkét hallgató családjával együtt Isztambulban él, és az oktatási idő alatt kollégiumban laknak. Nagyon büszkék arra, hogy ápolók lesznek, és elmondásuk szerint könnyen el

fognak tudni helyezkedni végzés után a tanult szakterületükön. Az egyik hallgató mostanra már befejezte tanulmányait, és egy isztambuli kórház sürgősségi osztályán dolgozik. A másik hallgató most utolsó éves az iskolában. Már a nyár folyamán dolgozott a Güllhane Katonai Kórházban, szintén Isztambulban.

A végzett ápoló keresett és megbecsült személy náluk. 2009/2010. oktatási év tavaszi szemeszterében ismét érkezett a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karára két ápoló hallgató Erasmus ösztöndíjjal, ők Burdurból, az Mehmed Akif Ersoy Egyetem Ápolóképző Iskolájában tanulnak.

Törökországban a képzési programok akkreditálása lényegesen egyszerűbb, így valamennyi iskola rendelkezik BSc, MSc és doktori iskolával az ápolói képzésben.

Florence Nightingale meglepéssel tekinthet le régi munkahelyére. Náluk megfogadták üzenetét: „A legnagyobb veszély, hogy megállunk a fejlődésben!” Dinamikusan fejlődik az egészségügyi és a szociális ellátás, a szakdolgozók képzése Törökországban.

A harmadik évezredben Törökország egy igen rohamosan, széles ívben fejlődő ország, ahol hatalmas beruházások, építkezések zajlanak. A fejlettebb részeken nyugat-európai szintű az infrastruktúra. Kultúrája rendkívül színes, igazi transzkultúra, ami az egészségügyi rendszerben is megmutatkozik.

Három egyetem ápolói karát látogatta a cikk szerzője az elmúlt évben. A cikk az Ankara, Kappadocia, Izmir, Rodostó és Isztambul egészségügyi intézményeinek és ápolóképző iskoláinak Erasmus ösztöndíjjal való látogatása alapján készült.

A 2010-es év a világon az ápolóképzésben Florence Nightingale munkájának méltatására kitűnő lehetőség, hisz ez évben ünnepeljük halálának 100. évfordulóját.

Irodalomjegyzék

1. Buda, J. (1994): A betegápolás története, POTE EFK, Pécs
2. Demográfiai évkönyv 2008, Központi Statisztikai Hivatal
3. Egészségügyi Statisztikai évkönyv 2008, Központi Statisztikai Hivatal
4. www.cascoly.com

Gratulálunk!

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium vezetője kitüntetéseként adott át Semmelweis Ignác születésének 192. évfordulója alkalmából.

Kiemelkedő szakmai tevékenysége elismeréseként **Pro Sanitate-díj elismerésben részesült**

Bogláriné Szilágyi Erzsébet, a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Ápolásigazgatásának ápolási igazgató-helyettese

Petercsák Lászlóné, Pálháza Egészségügyi és Szociális Közös Intézmények területi védőnője

Több évtizeden át végzett kimagasló, példaértékű tevékenységéért, életműve elismeréseként **Nemzeti Erőforrás Miniszter Díszoklevele elismerésben részesült**

Dinnyés Illésné, a Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ Statisztikai és Betegfelvételi Iroda osztályvezetője

Domján Nándorné, a Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza Krónikus Belgyógyászati Osztályának vezető ápolója

Kercsner Erzsébet, az ajkai Magyar Imre Kórház Központi Műtő és Sterilizálójának vezető műtő szakasszisztense

Litzinger Anna, a Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza Központi Műtőjének szakasszisztense

Olcsvári Éva, a sátoraljaújhelyi Erzsébet Kórháza Pszichiátriai Rehabilitációjának ideg-elmeápolója

Szabó Olga, a sátoraljaújhelyi Erzsébet Kórháza Központi Aneszteziológia és Intenzív Betegellátójának főnővér-helyettese

Tretter Ildikó, a Vas Megyei Markusovszki Lajos Általános, Rehabilitációs és Gyógyfürdő Kórház Egyetemi Oktató Kórház Nonprofit Zrt. Központi Radiológiai Osztálya csoportvezető asszisztense

Tűz Lászlóné, az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet osztályvezető ápolója

Eredményes, példamutató tevékenysége elismeréseként **Nemzeti Erőforrás Miniszteri Dicséretben részesült**

Balázs Józsefné, a Szent Lázár Megyei Kórház dietetikusa

Balogh Albertné, a Nagykőrös Város Önkormányzat Rehabilitációs Szakkórháza és Rendelőintézete gazdasági nővére

Györkőné Kovács Irén, a Betegápoló Irgalmasrend Pécsi Háza Hospice Osztályának osztályvezető főnővére

Herczeg Zsuzsanna, a Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza Reumatológia-Mozgásszervi Rehabilitációs Osztályának gyógytornásza

Lukácsné Szabó Katalin, a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Neurológiai Klinika szakasszisztense

Mesterházi Pálné, a Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórháza Drogambulanciájának vezető asszisztense

Teszlerné Ébert Etelka, a Betegápoló Irgalmasrend Pécsi Háza Ápolási Osztályának osztályvezető főnővére

Tóthné Varga Mária, a Kátai Gábor Kórház Szüléset-nőgyógyászati Osztályának vezető ápolója

Együttesen végrehajtott kiemelkedő tevékenységükért **A Nemzeti Erőforrás Miniszter Elismerő Oklevele elismerésben részesült**

A Szent Lázár Megyei Kórház Onkológiai Osztályának kollektívája: **Dr. Szöllösi Zsuzsanna** osztályvezető főorvos, **Dr. Telekes András** főorvos, **Dr. Reményi Péter** főorvos, **Dr. Abdulfatah Mohamed Bishr** főorvos, **Dr. Deme Dániel** szakorvos-jelölt, **Pásztor Attiláné** főnővér, onkológiai szakápoló, **Boros Katalin** ápoló, **Fegyveresiné Cseh Mária** ápoló, **Lábadai Ferecné** ápoló, **Pintéerné Forgó Valéria** ápoló, **Sándor Tünde** ápoló, **Farkasné Gál Zsuzsanna** onkológiai szakápoló, **Sály Ilona** adminisztrátor