

# NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA  
JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

## A TARTALOMBÓL:

Terápiás hypotermiával végzett posztreanimációs ellátás  
jelentősége intenzív osztályon

Az idősothonokban élő ellátottakra vonatkozó jogi  
ismeretek a gondozók és az ápolók körében

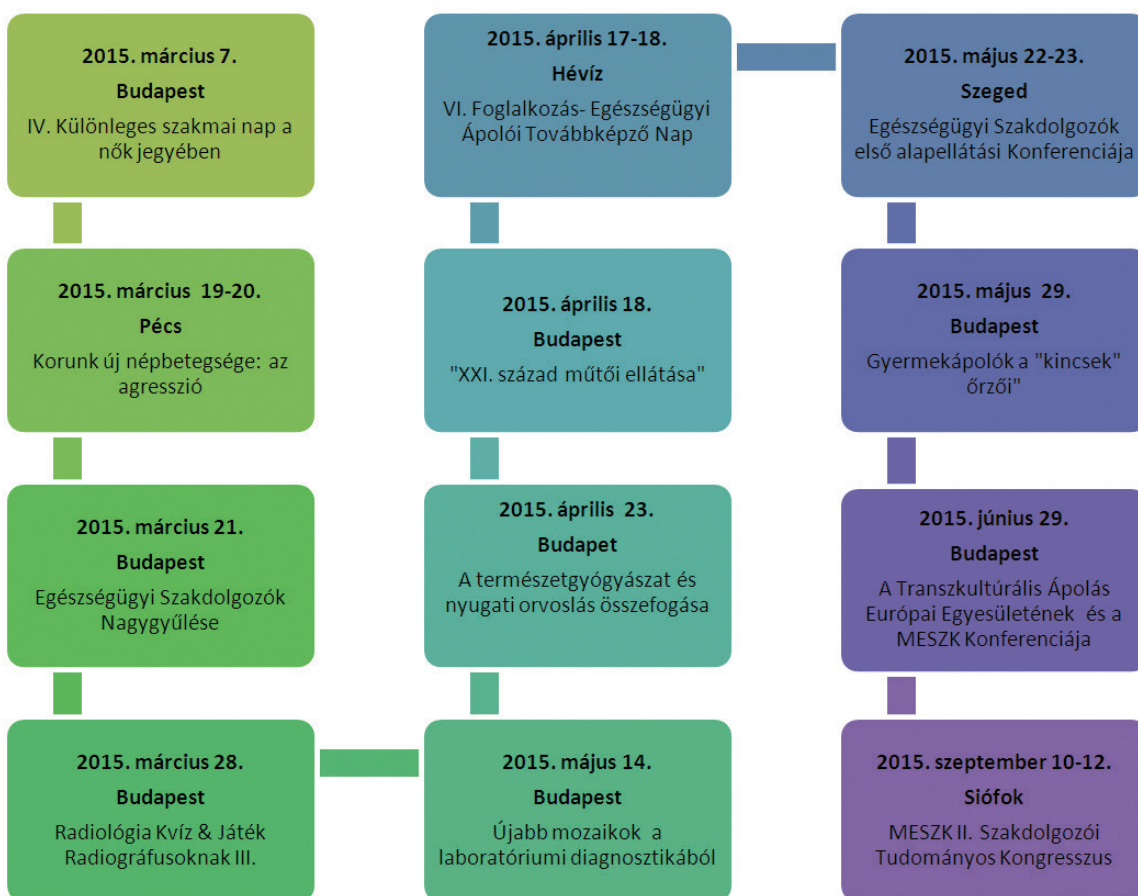
Ápolói pályát választó hallgatók értékutatása  
szakközépiskolában



2015. 28. ÉVFOLYAM 1. SZÁM  
<http://www.meszk.hu/nover>

# MESZK ÁLTAL SZERVEZETT

## 2015 évi rendezvények



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

# NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA/

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével/

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

*Nővér*, 2015, 28 (1), 1–40.

## TARTALOMJEGYZÉK

SZERKESZTŐI LEVÉL	3
<b>EREDETI KÖZLEMÉNY</b> Terápiás hypotermiával végzett posztreanimációs ellátás jelentősége intenzív osztályon Szűcs Erika	7
Az idősothonokban élő ellátottakra vonatkozó jogi ismeretek a gondozók és az ápolók körében Mészáros Lászlóné	16
<b>ÁPOLÁSOKTATÁS</b> Ápolói pályát választó hallgatók értékkutatása szakközépiskolában Kovácsné Melher Marianna	25
<b>KITEKINTÉS</b> 120 éve született Balogh Mária, a hazai gyárgondozónői képzés alapítója Hirdi Henriett Éva	35
SZERZŐI ÚTMUTATÓ	40

## CONTENTS

LETTER FROM THE EDITOR	3
<b>ORIGINAL CONTRIBUTION</b> The significance of post-reanimation treatment using therapeutic hypothermia in the intensive care ward Erika Szűcs	7
Knowledge on elderly home care residents' rights among caregivers and nurses körében Lászlóné Mészáros	16
<b>NURSING EDUCATION</b> Value research of students in the patient care sector. Research carried out in a vocational secondary school Marianna Kovácsné Melher	25
<b>OUTLOOK</b> The founder of industrial nurse training in Hungary, Maria Balogh was born 120 years ago Henriett Éva Hirdi	35
AUTHOR GUIDE	40

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

## KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

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

**Kiadja:** Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara. **Felelős kiadó:** Dr. Balogh Zoltán (PhD). **Terjeszti:** MESZK 1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 76. (1450 Budapest, Pf. 214.) Telefon: 323-2070 Fax: 323-2079.

**A kiadvány megjelenését gondozza:**

LITERATURA  MEDICA  
KIADÓ KFT.

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

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

**Főszerkesztő/Editor-in-Chief**

Dr. Csernus Mariann (PhD)

**Szerkesztő/Editor**

Hirdi Henriett Éva

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

Országos Tisztifőorvosi Hivatal

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

Magyar Kórházszövetség

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

Nemzeti Erőforrás Minisztérium

Prof. PhDr. Valérie Tóthova PhD, *dékán*,Dél-Csehországi Egyetem, Egészségügyi Szociális Kar,  
Cseh Köztársaság**Lapunkat rendszeresen  
szemléli a megújult****www.observer.hu****NŐVÉR****AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA**

A NŐVÉR elsősorban olyan kéziratokat fogad el közlésre, melyek az ápolástudománnyal, az ápolás gyakorlatával, a képzéssel, az ápolásvezetéssel, az ápolás határterületeinek tudományos vizsgálatával, valamint minőségügyi és szakmapolitikai kérdésekkel foglalkoznak. A Kiadó várja az ápolás szakterületein elméleti/gyakorlati tapasztalattal rendelkező kutatók, oktatók, gyakorlati szakemberek írásait. A megjelenés kritériumai: eredetiség, minőség és a szélesebb olvasóközönség érdeklődése a téma iránt.

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

A részletes, szerzőinknek szóló útmutatót, megtalálhatják a MESZK honlapján (<http://www.meszk.hu>).

A kéziratot szerkesztőségünkbe CD-n (NŐVÉR Szerkesztőség, MESZK, 1450 Budapest, Pf.: 74.) vagy e-mail útján juttassák el a [nover@meszk.hu](mailto:nover@meszk.hu) címre. Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton) „Szerzői nyilatkozat”-ot is.

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

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

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

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

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

A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.

A megjelent anyagnak – vagy részének – bármilyen formában történő másolásához, felhasználásához a kiadó írásos hozzájárulása szükséges.

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

## Tisztelt Olvasók

Az új esztendő első lapszámában széles érdeklődési kört érintő témákhoz válogattunk a szerkesztőségbe beérkező kéziratokból.

A Magyar Arc-, Állcsont- és Szájsebészeti Társaság kezdeményezésére a Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége Fórumot szervezett "A biszfoszfonátok által indukált állcsont oszteonekrózisok megelőzése és kezelése II." témakörben, mely eredményeként egy állásfoglalás született meg. A Szervezők kérésének eleget téve az alábbiakban tesszük közzé a Felhívást, mellyel támogatjuk a konszenzus anyagának minél több egészségügyi szakdolgozóval való megismertetését.

Az újraélesztés témaköre igen kardinális problémakör, és jelentősége nem szabad, hogy csökkenjen. Szűcs Erika vizsgálata is ezt az állítást támasztja alá. Kéziratában a reszusztitáció utáni hipotermia hatását mutatja be, és hangsúlyozza az ápoló feladatait a testhűtéssel, a hűtési technikák, valamint az alkalmazott eszközök ismeretével kapcsolatosan.

Az idős otthonokban, szociális otthonokban történő ellátást a szociális törvény szabályozza, mint az egyik legmagasabb szintű jogforrás. Azonban ezen intézményekben betegek ellátása is történik, akikre az egészségügyi ellátásra vonatkozó törvény is vonatkozik. Így ezen jogforrások ismerete elengedhetetlenül fontos az otthonokban, a beteg ellátottakkal foglalkozó nemcsak egészségügyi szakképesítéssel rendelkező ápolók, de a szociális gondozók részére is. Mészáros Lászlóné vizsgálatában felmérte az ápolók és a gondozók ismereteit ezen jogszabályokkal kapcsolatosan, és cikkében mutatja be az elgondolkodtató, szomorú eredményeket.

Az emberi létezéshez, magatartáshoz kapcsolódó értékek kultúra- és társadalomfüggőek. Az ápoló hivatás során, amelynek a középpontjában az ember, a beteg ember áll, igen fontos a tiszta, szigorú erkölcsi alapok mentén meghatározott értékek ismerete, és az azok figyelembevételével történő munkavégzés. Szükséges ezen értékek időszakonként történő felmérése, összevetése a társadalom értékrendszerével. Kovácsné Melher Marianna vizsgálatában ennek egyik lehetséges módszerével próbálkozott, amikor az ápolóhallgatók körében készített felmérést a fontosnak tartott értékekről.

A múlt értékeit, érdemeit ismernünk és elismernünk kell. Hirdi Henriett Éva kitartó, feltáró kutatásának eredményeként írásos dokumentumokkal alátámasztotta, hogy hazánkban volt, és indult el elsőként Európában – a foglalkozás-egészségügyi ellátás „őseként” – a gyárgondozónői képzés. A képzés megalapítójának, Baloghy Mária születésének 120. évfordulóját ünnepeljük ebben az évben. Emlékére, és úttörőmunkájának elismerésére készült a Kitekintés rovatunk rövid ismertetője.

Tisztelt Olvasók! Bízunk abban, hogy ápolótársaink elgondolkodtató, új és hasznos információkkal szolgáltak az Ön részére. Továbbá reméljük, hogy hamarosan a szerzők köreiből is üdvözölhetjük. Ehhez segítségül ezen lapszám végén is közzétettük a Szerzői útmutatót, melyben minden lényeges információ megtalálható.

*Szerkesztőség*



## Felhívás

A Magyar Arc-, Állcsont- és Szájsebészeti Társaság kezdeményezésére, a Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége

### **„A biszfoszfonátok által indukált állcsont oszteonekrózis megelőzése és kezelése II.”**

címmel, a *Magyar Osteoporosis és Osteoarthrológiai Társaság*, a *Magyar Onkológusok Társasága*, a *Magyar Urológusok Társasága*, a *Magyar Fogorvosok Egyesülete*, és a *FAKOOSZ - Alapellátó Orvosok Országos Szövetsége*

részvételével interdiszciplináris fórumot szervezett.

Az elmúlt években, szélesebb körben is ismerté vált a biszfoszfonát-származékok esetleges mellékhatása: az állcsontelhalás (BRONJ). Ez az idő sajnos még nem volt elegendő arra, hogy a gyógyszer szedését elrendelő, illetve a szövődményeket kezelő Kollégákhoz eljusson a témában rendelkezésre álló összes, releváns információ, klinikai adat. Emiatt gyakori a betegség túlhangsúlyozása, illetve a nem kellő komolysággal történő hozzáállás. Ezért, a 2008-as első konszenzus-konferencia után szükségét éreztük egy újabb, közös állásfoglalás létrehozásának. A jelen felhívásban szeretnénk a betegségről nyert új információk birtokában, a biszfoszfonát-származékok szedését elrendelő, a szájüregben dolgozó, illetve a gyógyszer okozta szövődményeket ellátó Kollégák számára támpontot adni az oszteonekrózis lehetséges prevencióját, a korai felismerést és a minél hatékonyabb kezelést illetően.

A jelenlegi adataink alapján a BRONJ előfordulása a biszfoszfonátot használók körében Magyarországon 0.1% - 0.2%. A tünetek elsősorban az intravénás készítményekkel és daganat miatt kezelt betegeknél jelentkeznek. A már ismert rizikófaktorok (pl. invazív szájüregi beavatkozás, diabetes mellitus, szteroid-kezelés, kemoterápia) mellé, újabb, szisztémás rizikófaktorok társultak, ilyen lehet jelenlegi ismereteink szerint a D-vitamin hiány és az ösztrogénhiányos állapotot eredményező kezelések, az antiangiogén terápia (pl. VEGF gátlás, statinok, tirozinkináz-gátlók).

A kezelési ajánlások és az új eredmények birtokában sem beszélhetünk sikerről, ami a betegség gyógyítását illeti. Így jelenleg is a megelőzés, a korai felismerés és a korai ellátás az elsőrendű feladat.

### **A fórumot lezáró kerekasztal-megbeszélésen a résztvevő szakmai társaságok az alábbi, konszenzusos állásfoglalást fogalmazták meg**

1. A biszfoszfonát-készítmények rendszeres szedésének előnye messze felülmúlja az esetleges mellékhatások okozta hátrányokat. Emiatt a kezeléseket elsődleges indikációi (pl. oszteoporózis, daganatáttétek kezelése, patológiás törések megelőzése stb.) nem kérdőjelezhetők meg.
2. Malignus kórképek esetén, az alapbetegség miatt immunszuppresszív állapotban lévő betegek a biszfoszfonátokat várhatóan magas dózisban, i.v. kezelés formájában, életük végéig kapják. Esetükben a kezelés megkezdése előtt szakmai szempontok alapján kötelező a fogászati vizsgálat, a szanáció. Nem onkológiai alkalmazás esetén is hangsúlyosan ajánlott a biszfoszfonát terápia megkezdésekor vagy legkésőbb annak első 3 hónapjában a fogorvosi vizsgálat, kezelés. A fogazat ellátása, szanációja megegyezik a sugárterápia előtt szokásos preventív beavatkozásokkal (rossz fogak-gyökerek minimál-invazív eltávolítása, depurálás, góctemesítés, konzerváló fogászati beavatkozások). E betegcsoport rendszeres fogorvosi ellenőrzése szükséges.
3. A BRONJ korai szakaszában a röntgen, mint képalkotó eljárás, gyakran adhat téves, negatív eredményt. Gyanú esetén a beteg szoros obszervációja mellett felmerülhet T1 súlyozott MR felvétel

készítése. Az alapbetegség szcintigráfias kontrollja során a maxillofacialis területen jelentkező, emelkedett jel-intenzitást érdemes komolyan venni, ez az igen szenzitív diagnosztikus jel gyakran megelőzi a klinikai tünetek kialakulását.

4. A biszfoszfonát kezelés alatt álló beteg foghúzás, szájsebészeti beavatkozás előtt a gyógyszer szedését semmiképpen se hagyja abba. Nem állnak rendelkezésünkre olyan kontrollált eredmények, melyek a szövődmények ily módon történő elkerülhetőségéről számolnának be. A kezelés felfüggesztése az alapbetegség eredményes kezelése miatt legtöbbször nem is lehetséges, továbbá csont-metabolikus okok miatt értelmetlen is. A biszfoszfonát terápia befejezését követően a gyógyszer a csontból hosszú évek alatt ürül csak ki, fenntartva addig a készítmény antireszorptív hatását.

5. Mindkét betegcsoport esetén fontos, hogy foghúzás, szájsebészeti beavatkozás antibiotikus (pl. amoxicillin + klavulánsav 2x1.0 g/die, penicillin-allergia esetén clindamycin 4x300 mg/die) védelemben - már a beavatkozás előtt 2 nappal megkezdve és azt követően legalább 1 hétig alkalmazva - történjék.

6. Törekedni kell a minimál-invazív megoldásokra, a fogmegtartásra. Az onkológiai indikációval i.v. biszfoszfonát terápiaiban részesülő betegek esetében fogászati-szájsebészeti invazív beavatkozásokat lehetőleg kerüljük, illetve ha szükséges, akkor a beavatkozás antibiotikum védelemben történjen. A csonthártya leválasztásával járó dento-alveoláris beavatkozásokat kerülni kell.

7. A myeloma multiplex modern terápiájában, illetve az oszteoporózis kezelésében az évi 1-2 alkalommal használt i.v. szerek esetében bevezették a csontátépülési markerek kontrollja szerinti biszfoszfonát-adagolást. Ismereteink alapján ez a kontrollált biszfoszfonát-adagolás csökkenti az oszteonekrózis kialakulásának kockázatát. Javasolt lehet tehát a gyógyszer kontrollált használata a „túladozozás” lehetőség szerinti kerülése.

Irodalmi adat alapján a pamidronát és zolendronát szimultán vagy alternáló adása jelentősen növeli a BRONJ kockázatát. Tekintettel arra, hogy a párhuzamosan használt biszfoszfonát készítmények az alapbetegség kezelését sem javítják, javasolt a monoterápia használata.

8. A szérumbeta-Crosslaps (Beta-CTX) szintje önmagában nem prediktora az oszteonekrózisnak, illetve fogászati-szájsebészeti kezelés esetén nem adható meg olyan érték, mely mellett az invazív beavatkozás biztonsággal, oszteonekrózis veszélye nélkül elvégezhető. Így amennyiben elkerülhetetlen a magas rizikójú, biszfoszfonátot használó betegek invazív fogászati (szájsebészeti) ellátása, nem szükséges előzetes CTx-meghatározás.

9. Kialakult BRONJ esetén a betegek kezelését minden esetben arc-állcsont-szájsebész véggezze. Műtét során kötelező a lágyszövetekből a mintavétel az alapbetegség (pl. daganat) propagációjának kizárására. A BRONJ az esetek többségében nem gyógyítható maradéktalanul, a betegek folyamatos kontrollja, időről-időre ismételt kezelése lehet szükséges.

10. BRONJ esetén gyógyulásról tehát nem, csupán tartós remisszióról beszélhetünk. Éppen ezért a legfontosabb feladat a széles körű tájékoztatás és a prevenció. A fórum résztvevői fontosnak tartják, hogy a hazai alap- és szakellátásban résztvevő általános és fogorvosok tájékoztatást kapjanak a biszfoszfonát kezelés előnyeiről, esetleges veszélyeiről. Az észlelt nekrozis esetén kötelező értesíteni az alapbetegséget kezelő orvost a diagnózisról.

Oszteoporózis miatt adott, biszfoszfonát-kezelés során kialakult BRONJ esetén, az oszteológus térjen át alternatív terápia (teriparatid vagy stroncium ranelát) javasolt). Daganatos betegnél kialakult BRONJ esetén a kezelést irányító onkoteam vizsgálja felül, hogy fennáll-e még a biszfoszfonát adásának indikációja. A kezelés szüneteltetésének egyik indikációjában sincs értelme.



11. Az alapellátásban dolgozó, sokszor a beteg panaszaival először találkozó Kollégák szerepe a betegség korai felismerésében elsősorban. A kezdeti stádiumban észlelt oszteonekrózis eredményesen kezelhető, a folyamat visszafordítható. A gyors és hatékony betegirányítás a BRONJ ellátásában gyakorlott, fekvőosztályos háttérrel rendelkező arc-, állcsont- és szájsebészeti osztály felé, nagymértékben tudja segíteni a betegség eredményes kezelését, a csonkolással járó műtétek elkerülését.

12. A biszfoszfonát terápia előtt elvégzett fogászati implantáció nem emeli a BRONJ kockázatát. A gyógyszeradagolás megkezdése után azonban kontraindikált (az indokolatlan) invazív beavatkozások elvégzése a szájüregben így az implantáció is. Kívánatos, hogy amennyiben a terápia kezdete tervezhető, a teljes fogászati restauráció megelőzze a biszfoszfonát adagolás megkezdését, és erre a Páciens figyelmét is fel kell hívni.

Budapest, 2014. szeptember 17.



Magyar Arc-, Állcsont- és Szájsebészeti Társaság  
Dr. Németh Zsolt med. habil., elnök




Magyar Osteoporosis és Osteoarthrológiai Társaság  
Dr. Szekeres László főorvos, elnök



Magyar Onkológusok Társasága  
Dr. Géczy Lajos PhD., elnök



Magyar Urológusok Társasága  
Prof. Dr. Tenke Péter PhD., elnök



Magyar Fogorvosok Egyesülete  
Prof. Dr. Gera István tszv. egyetemi tanár, elnök



FAKOOSZ Alapellátó Orvosok Országos Szövetsége, Dr. Selmeczi Kamill szakorvos, elnök



# Terápiás hypotermiával végzett posztreanimációs ellátás jelentősége intenzív osztályon

SZÚCS Erika

## Összefoglalás

**Vizsgálat célja:** Felmérni, hogy CPR után a cerebrális neurológiai károsodás kialakulásának megelőzésében mekkora jelentőséggel bír a TH (terápiás hypotermia) alkalmazása.

**Vizsgálati módszer és minta:** Retrospektív, kvantitatív jellegű kutatás, keresztmetszeti, nem véletlenszerű mintavétel. A kutatás orvosi-, és ápolói dokumentációelemzéssel történt, direkt adatgyűjtéssel. Megyei kórház intenzív osztályára PLS miatt felvett betegek száma a vizsgált két évben (n= 68). 2005-ben, TH-ban nem részesülő betegek száma (n= 28) és 2010-ben TH-ban részesültek (= 29) és 2010-ben TH-ban nem részesült betegek száma (n= 11).

**Eredmények:** A két betegcsoport kutatási eredményeit összehasonlítva megállapítható, hogy a 2010-ben TH-ban részesült betegek nem szignifikáns különbséggel, de jobb neurológiai funkcióval kerültek el az intenzív osztályról. A teljes testhűtéssel végzett PLS hatékonyabbnak bizonyult, az agyszövet hypoxiás károsodásának csökkenése által, amely következtében jobb neurológiai kimenetel várható.

**Következtetés:** A TH alkalmazására minden olyan CPR követően szükség van, ahol a spontán keringés visszatérése után is eszméletlen a beteg. Az intenzív osztályon a mindennapi gyakorlatban, evidencia szinten kell alkalmazni a TH-t. Minden ápolónak ismernie kell a hűtési technikákat, az eszközös lehetőségek kihasználásával. A TH gyakorlatban történő alkalmazása, mielőbbi megkezdése az ápolók ezen irányú ismereteinek bővítésével, magasabb anyagi támogatással, az eszközös lehetőségek bővítése által hatékonyabban végezhető.

**Kulcsszavak:** újraélesztés, újraélesztés utáni ellátás, teljes testhűtés

### The significance of post-reanimation treatment using therapeutic hypothermia in the intensive care ward

Erika SZÚCS

#### Summary

**Aim of the research:** To assess the significance of applying therapeutic hypothermia (TH) in order to prevent cerebral neurologic damage following cardiopulmonary resuscitation (CPR).

**Research and sampling methods:** Retrospective and quantitative research, applying stratified, not random sampling. The research was conducted by analysing medical and clinical nurse documentation, using direct data collection. The total number of patients (n) referred to the intensive care ward of county hospital due to prolonged life support (PLS) during the two different years was 68. In 2005, the number of patients (n) not receiving TH was 28 whereas in 2010 the number of patients who did receive TH was 29 and the number of those who did not receive TH in the same year was 11.

**Results:** Comparing the research results of the two patient groups, it can be concluded that the patients who received TH in 2010 left the intensive care ward with better neurological function, no significant difference. PLS carried out with full body cooling proved to be more effective by decreasing hypoxic damage in the brain tissue, in consequence of which better neurological results are expectable.

**Conclusion:** the application of TH is necessary following CPRs when the patient remains unconscious even after regaining spontaneous circulation. In everyday practice of intensive care wards, TH should be applied as per standard protocol. All clinical nurse staff should be aware of the cooling techniques and of the use the necessary medical equipment. Practical application and the earliest possible start of TH can be done more effectively by improving the nurses' relevant knowledge, providing higher financial support and expanding the circle of medical equipment.

**Keywords:** resuscitation, prolonged life support (PLS), full body cooling

**Érkezett:** 2014. április 2. **Elfogadva:** 2014. október 11.

**Key words:** empathy, secondary traumatization, psychological aspects of care, emotion work

Érkezett: 2013. április 4. Elfogadva: 2013. május 6.

SZÚCS Erika, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Központi Intenzív Terápiás Osztály  
MSc ápoló hallgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék  
Levelező szerző (correspondent): SZÚCS Erika, elérhetőség: 9146 Rábapordány, Dózsa György út 15.,  
Tel.: +36-70/451-1164, e-mail: erika.szucs.80@gmail.com

## Bevezetés

A cardiopulmonáris reanimáció (CPR) tudománya egyike a napjaink dinamikusan fejlődő diszciplínájának. Az újraélesztési protokoll 5 évente frissül, az eszközfejlesztés által és a statisztikai adatok felhasználásával. Az ILCOR által kiadott szakmai eljárási javaslatokra és az ERC által publikált irányelv gyűjteményekre alapozva adta ki a HuRC 2011-ben a legújabb alap-, és emelt szintű újraélesztési irányelveit. Napjainkban Magyarországon vezető halálókként szerepel a hirtelen szívhalál. A beteg élete jó eséllyel megmenthető, amennyiben segítség 3-5 percen belül megérkezik. Percenként 10 %kal csökken a sikeres újraélesztés esélye. A CPR sikerének záloga a szív és az agy keringésének helyreállítása. (Diószeghy, 2000) A CPR a váratlan keringésmegállás progresszív ellátása, amelynek során a spontán keringés helyreállítása és a vitális szervek funkciójának megőrzése a cél. (Diószeghy, 2009) Az újraélesztések hosszú távú sikerét elsősorban a túlélési lánc elemei, a korai észlelés, a korai megkezdett alapszintű újraélesztés, a korán végzett elektromos defibrillálás és a minél korábban elkezdett, emelt szintű szakellátás határozza meg. Az újraélesztést követően észlelhető neurológiai károsodás 3 egymást követő fázisban alakul ki: keringés nélküli periódus (anoxiás), a reperfüziós károsodás és az alacsony áramlási (no-reflow) fázis. Anoxiás periódusban az agyi vérátáramlás fiziológiás értéke átlagosan 50ml/ 100g/min. Az agy által percnként felhasznált oxigén 3ml/ 100g/min. A cerebrális vérátáramlás 15-18ml/ 100g/min. érték alá csökkenését követően az elérhető energia, a sejtek strukturális fenntartásához szükséges folyamatokhoz még elegendő, de elektromos vezetési már nem észlelhető. Bicher munkacsoportja vizsgálatai szerint megfelelő reanimációs technikával az artéria carotis communis normális vérátáramlásának mindössze a 6-20%-a biztosítható. Az agykéreg egyes területei nem egyformán érzékenyek az ishémias behatásra. Leggyorsabban a bazális ganglionok, a hypocampus sejtszövetjei és a kisagyi struktúrák károsodnak. (Iványi, 2000) Az újraélesztés sikerének megítélésében primer sikernek nevezzük azt az állapotot, ha

## Rövidítések

ALS: Advanced Life Support: Emelt szintű újraélesztés  
 BLS: Basic Life Support: Alap szintű újraélesztés  
 CPC: Cerebral Performance Category  
 CPR: Cardiopulmonary resuscitation: Újraélesztés  
 ERC: European Resuscitation Council: Európai Resuscitációs Társaság  
 DM: Diabetes Mellitus: cukorbetegség  
 GCS: Glasgow Coma Scale: A tudatzavar, neurológiai status megítélésére alkalmazott pontrendszer  
 HuRC: Hungarian Resuscitation Council: Magyar Resuscitációs Társaság  
 ILCOR: International Liaison Committee on Resuscitation: Újraélesztéssel foglalkozó nemzetközi szervezeteket összefogó bizottság  
 Inicialis ritmus: újraélesztés megkezdésekor észlelt ritmuszavar  
 ISZB: Ischaemiás szívbetegség  
 PEA: Pulzus nélküli elektromos aktivitás  
 PLS: Prolonged Life Support: Újraélesztés utáni ellátás  
 RoSC: Return of Spontaneous Circulation: spontán keringés visszatérése  
 SCD: Sudden Cardiac Death: hirtelen szívhalál  
 TH: Therapeutic hypothermia: terápiás hypotermia/ teljes testhűtés  
 VF: Ventricularis Fibrillatio: Kamrafibrilláció  
 VT: Ventricularis Tachycardia: Kamrai tachycardia

terápiás beavatkozásoknak köszönhetően a spontán keringés helyreáll. (ROSC) A kórházban elhunyt betegek nem kis hányada a reanimációt követő kritikus időszakban elszennvedett másodlagos, reperfüziós károsodások áldozataként több szervi elégtelenségben vagy irreverzibilis központi idegrendszeri sérülés miatt hal meg.

Az eredményt a ROSC-nál jobban mutatja a kórházból való elbocsátás, és a 30 napos, illetve 1 éves túlélés. A túlélők között a neurológiai károsodások komoly kudarcnak számítanak. A neurológiai károsodás mértéke a Cerebral Performance Category (CPC) alapján vizsgálható. (I. táblázat Hauser & Péntes, 2000) Az agyműködés helyreállása

**I. táblázat: Cerebralis Performance Category (CPC) (Forrás: Hauser & Pénzes, 2000)**

CEREBRAL PERFORMANCE CATEGORY (CPC)	
CPC 1. Jó cerebralis teljesítmény	Eszméleténél lévő, normális agyi funkciókkal. Minor pszichológiai vagy neurológiai deficit lehetséges.
CPC 2. Középsúlyos cerebralis rokkantság	Eszméleténél lévő, éber, védett környezetben korlátozottan munkaképes. A napi élethez szükséges normális cerebralis funkcióval rendelkező beteg (öltözködés, közforgalmú járművön utazás, ételkészítés) önállóan képes. Görcs, hemiplegia, maradandó memóriazavar, vagy menthalis változás lehetséges.
CPC 3. Súlyos cerebralis rokkantság	Megtartott eszmélet korlátozott tudattal. Csökkent agyi funkció miatt a napi életben másokra szorul (intézetben, vagy családban), korlátozott kognitív képesség.
CPC 4. Coma, vagy vegetatív állapot	Eszméletlen, környezetét nem fogja fel, kognitív képesség nincs. Spontán szemnyitás és az alvási- ébrenléti ciklusok miatt ébernek tűnhet.
CPC 5. Agyhalál vagy halál	apnoe, areflexia

érdekében az agyi perfúzió javítását kell biztosítani. (Diószeghy, 2009)

Az eredményes reanimációt követően a betegség kimenetelének meghatározó tényezője a posztreanimációs ellátás. Ennek az időszaknak a feladata az optimális neurológiai kimenetel elérése, a szekunder károsodások kivédése és az újabb keringésmegállás megelőzése. A PLS részeként alkalmazott terápiás hypotermia (TH) neuroprotektív hatású, mielőbbi megkezdése javítja a neurológiai kimenetelt és a túlélési esélyt. A TH csökkenti az agy metabolikus aktivitását és a biokémiai károsodások mértékét. Jelen tudásunk feltételezése szerint azt gondoljuk, hogy a TH-ban gátlódnak a reperfúziós károsodásért felelős kémiai anyagok, a szabad gyökök képződése, amelyek mitokondriális károsodáshoz, és a programozott sejthalálhoz vezetnek. (Diószeghy & Pénzes, 2000) Jelenlegi ismereteink szerint a TH olyan terápiás eszköz, amely az újraélesztésen átessett betegek neurológiai kimenetelét bizonyítottan javítja egy komplex folyamat révén, csökkentve az agy oxigén felhasználását. (Kovács et al., 2011) A TH alkalmazandó minden olyan esetben, ahol VF vagy VT miatt történt a reanimáció, és ha az intenzív osztályra történő felvételkor a beteg még komatózus állapotban van. (Diószeghy, 2009) 2002-ben két randomizált, kontrollált vizsgálat jelent meg, amelyek egyértelműen azt bizonyították, hogy a kórházon kívüli sikeres reanimáción átesett betegek csoportja jobb neurológiai státusszal hagyta el a kór-

házat, mint azok, akik nem részesültek TH-ban. Ennek alapján az Amerikai Kardiológiai Társaság és az ERC ajánlásába bekerült a TH alkalmazása. 2002-ben két prospektív, randomizált vizsgálat eredményeit közölték, melyet a szív megállás követően az eszméletlen betegeknek hasonlítottak össze, a mérsékelt hypotermia és a normotermia alkalmazása tekintetében. Az egyik vizsgálat öt európai ország kilenc centrumában folyt, a másikat Melbourne négy kórházában végezték. A kórházi felvételkor a neurológiai státusz meghatározásához a Glasgow Coma Skálát használták. Az európai tanulmányban random módon hypotermiás csoportba sorolt betegeket a 32-34°C-os célhőmérsékletre hűtötték le.

Az ausztrál tanulmányban a betegeket pseudo-randomizálták (páros és páratlan napok szerint) terápiás csoportokba, ahol a hűtést már a helyszínen, a kórházi felvétel előtt megkezdtek. A célhőmérséklet a hypotermiás csoportban 33°C volt, a kontrollcsoportban 37°C. Az európai tanulmányban a hypotermiás csoport 136 betegből 75-nél (55%) volt kedvezőbb a 6 hónapos neurológiai kimenetel, függetlenül tudtak élni és részlegesen dolgozni. Szemben a normotermiás csoporttal, ahol 139 betegből 54-nek (39%) volt kedvező a neurológiai kimenetele. Az ausztrál vizsgálatban a hypotermiával kezelt 43 betegből 21-nek (49%) volt kielégítő a neurológiai státusza a haza-, illetve a rehabilitációra bocsájtáskor, míg a normotermiás csoportban 34 beteg-



ből 9-re (26%) volt ez jellemző. (Jerry et al., 2004) A beteg lehűtése a szívmegállást követően minél előbb megkezdendő. (Holzer & Behringer, 2008) Dániában 2002–2006 között végeztek tanulmányt, kétszer két éven keresztül, a kórházon kívüli szívmegállást követő reanimáció után. 2002–2004 közötti 2 évben nem végeztek hypotermiás kezelést reanimáció után, 2004–2006 között a másik vizsgált csoportnál pedig igen. Szignifikáns eltérés nem volt a hosszú távú túlélésben, de szignifikánsan jobb volt a kognitív státusz, és az életminőségben is változás következett be. (Bro-Jeppersen et al., 2010) 2008-ban végzett Finn tanulmány szerint ROSC után 100 ml/perces sebességgel adott 4°C-os Ringer-acetat infúziót addig adták, amíg a beteg nyelőcsövén keresztül mért hőmérséklete 33°C-ot el nem érte. Átlagosan 1571 ml (+/- 517ml) infúzióval érték el a célhőmérsékletet. (Kämäräinen et al., 2008) A TH történhet belső hűtéssel, ami 30ml/kg 4°C-os teljes elektrolit oldat (kristalloid) gyors cseppszámú infundálásával történik. Célja a testhőmérséklet óránként 1,5°C-kal történő csökkentése. A betegnél maghőmérséklet mérése Mayo pipán keresztül vezetett nyelőcsőbe történő méréssel vagy rektális hőmérsékletméréssel történik. A maghőmérséklet céltartománya 32–34°C, melyet 12–24 órán keresztül javasolt fenntartani, ezt követően a felmelegítésnek lassú ütemben óránként 0,25–0,5°C-kal kell történni. Belső hűtés történhet a gyomor jeges/ hideg vízzel történő öblögetésével, húgyhólyag jeges steril 0,9%-os NaCl-os öblögetésével, a sterilitás szabályait pontosan betartva. Belső hűtésre alkalmazható módszer az intravaskuláris hűtő katéteren keresztüli invazív hűtés. Az InnerCool RTX Endovaskuláris elnevezésű rendszer, amely a TH minél előbbi kivitelezésére használható. Egyedi beépítésű hőmérsékletmérő katéterrel van ellátva, melyet a véna femorálison keresztül kell bevezetni, ezen keresztül történik a hideg infúzió bevezetése.

Pontos hőmérséklet ellenőrzést biztosít, és a leggyorsabb hűtési technika kivitelezhető vele. A beteg felmelegítésére is alkalmas. **(1. kép)** Európában 2010-ben jelent meg a „RhiniChill” nevű eszköz, ami egy

**1. kép: PRODUCTS Intravascular Temperature Management (IVTM™)**



(forrás: <http://www.alsius.com/products/>)

noninvasív készülék, szintén a helyszíni hűtés elkezdésére használják a mentőszolgálatnál, már a reanimáció alatt. **(2. kép)** A belső hűtési technikákon kívül a testfelszín külső hűtése elterjedtebb. Erre elektromos hűtőtakaró használható, amely hideg levegő, vagy hideg folyadék keringetésével alkalmas a beteg hűtésére. Egyszerű testfelszín hűtési technikák közé tartozik a hideg vizes borogatás alkalmazása, továbbá a kriogélek, jégakkuk használata, melyet a betegen a nagy verőerek fölé, nyaki, lágyéki, hónalji régiókra kell elhelyezni. A külső testfelszíni hűtésnél fontos a fagyási sérülések elkerülése. A TH alkalmazása azonban kontraindikált, ha beteg kardiogén shockos állapotban van, terhességben, súlyos véralvadási zavarok esetén, illetve traumás kóreredet kapcsán, továbbá szeptikus shock esetén. Kórházi körülmények között alkalmazott teljes testhűtés alatt felléphetnek szövödmények, melyek kapcsán a hűtés leállítása szükséges. Hűtés szövödményei lehetnek a coagulopátiák, ritmuszavarok, kardiovasculáris instabilitás, infekcióra való hajlam fokozódása, ion és elektrolit zavarok.

2. kép: RhinoChill



The RhinoChill System

(forrás: <http://www.rettungsdienst.de/magazin/intranasale-kuhlung-12817-more-12817>)

## A vizsgálat célja

A kutatás célja a reanimáció után, az intenzív osztályra való felvételt követően szakszerűen, szakápolók által orvosi utasításra megkezdett posztreanimációs ellátásban mekkora jelentősége van a TH-nak. Összehasonlítás végzése a reanimációt túlélte betegek két csoportján, azokon, akik a posztreanimációs ellátás során részesültek TH-ban, és azokon, akik nem részesültek ebben az ellátásban. A vizsgálat további célja, hogy van-e összefüggés a között, hogy a TH alkalmazásával, ritkábban alakul ki neurológiai károsodás, és ezen eljárás javítja-e a gyógyulási esélyeket, továbbá gyorsítja-e a gyógyulási folyamatot. A kutatási eredmények alapján javaslattevés az intenzív osztályon dolgozó szakápolók számára a TH gyakorlati alkalmazásával, és ezzel összefüggően a hatékonyság növelésével kapcsolatban.

## Hipotézisek

Feltételezem, hogy az intenzív terápiás ellátás alatt szakszerűen alkalmazott TH-ban részesült betegek csoportjánál csökken a posztreanimációs ellátás után visszamaradt cerebrális- neurológia funkció károsodásának mértéke és a betegek jobb neurológiai funkcióval kerülnek el az intenzív osztályról.

Feltételezem, hogy a TH-ban részesült betegek csoportjánál rövidebb ideig tartó intenzív osztályon történő posztreanimációs ellátásra van szükség.

## Vizsgálati módszerek és minta

A kutatás típusa retrospektív, kvantitatív jellegű kutatás, keresztmetszeti, nem véletlenszerű mintavétel. A kutatás orvosi-, és ápolási dokumentációelemzéssel történt, direkt adatgyűjtéssel. A vizsgált populáció a győri Petz Aladár Megyei Oktató Kórház Központi Intenzív Osztályára 2005-ben (Január 1-től December 31-ig) és 2010-ben (Január 1-től December 31-ig) felvett összes reanimációt túlélte beteg, aki az intenzív osztályon posztreanimációs ellátásban részesült. A vizsgált célpopulációba tartozik Győrben, és a Győr környéki településeken, (melyek az egészségügyi- kórházi ellátás szempontjából területileg a győri kórházhoz tartoznak) és a győri kórházon belül történt összes reanimált beteg, aki a felvételkor eszméletlen állapotban volt. A vizsgált időszakban a győri kórház központi intenzív osztályára összesen 68 reanimációt túlélte beteg érkezett. Felmérést végeztem a vizsgált két évben az intenzív osztályra történő összesen felvett betegek számáról, a reanimációt túlélte betegek számáról, melyet két beteg csoportra osztva vizsgáltam tovább. A reanimációt túlélte betegek egyik csoportja a terápiás hypotermiában részesültek, a másik csoport tartoznak a terápiás hypotermiában nem részesült betegek.

Az esetcsoportba a 39 TH-ban nem részesült beteg (n=39), a kontrollcsoportba a 29 TH-ban részesült beteg (n=29) tartozik. **(II. táblázat)** 2010-es évben sem részesült minden beteg TH-ban, különböző okok miatt,

**II. táblázat: Beteglétszám, és a vizsgált két csoport szerinti megoszlás a vizsgált két évben**

Év	Összes felvett beteg száma (intenzív osztály)	Reanimált betegek száma	Therapias hypothermiával nem kezelték	Therapias hypothermiával kezelték
2005	591	28	28	0
2010	471	40	11	29

mint például a gyakorlatban történő rutin-szerű, evidencia szinten történő alkalmazás hiánya, vagy a beteg állapotára vonatkozott kontraindikációk miatt.

Az adatok felvétele az ápolási dokumentációból, az észlelőlapról és az ápolási lapról kigyűjtve történt, a betegek gyógyszeres terápiájára, vitális paramétereire vonatkoztatva, továbbá ápolási napok számát is figyelembe véve. Az adatgyűjtéshez írásos nővéri átadó leírásai is felhasználásra kerültek (például: a fájdalomingerre adott válasz, a légúti váladék leszívása kapcsán endotraheális tubuson, vagy trachea kanülön keresztül, és az ennek kapcsán megjelenő végtagi mozgások, spontán mozgások, szemnyitások észlelése, spontán, vagy fájdalomingerre, a pupilla nagysága, egyenlősége, a tudatra vonatkozó leírások, tudat hozzáférhetősége, a beteg együttműködése). Felhasználásra kerültek az észlelőlapon dokumentált vitális paraméterek. Az orvosi dokumentációból Hospitali rendszer segítségével a reanimáció kódolása alapján kigyűjtésre került az összes írásos orvosi zárójelentés, a hozzá tartozó dekurzus lapokkal. A beteg dokumentációiból került ki adatgyűjtésre a betegek felvételi státusza, a neurológiai státuszra vonatkozóan, az orvos által dokumentált reanimáció körülményeire és kivitelezésére vonatkozó adatok, a reanimáció megkezdésekor észlelt ritmuszavar, gyógyszeres igény, (Atropin, Tonogen) defibrilláció szükségessége, és azok száma. Összegyűjtésre kerültek az intenzív osztályon történt gyógyszeres terápiára, beavatkozásokra, PLS alatt a TH kapcsán fellépő szövődmények is. A beteg neurológiai státuszára használt GCS skála az orvosi dekurzusból került kigyűjtésre, kifejezetten az érkezési és az intenzív osztályról másik osztályra történő áthelyezés kapcsán a távozási GCS-re vonatkozóan. A vizsgálni kívánt adatok főbb témakörei és a kutatási szempontok a következők:

szociodemográfiai adatok, anamnézisben szereplő betegségek (ISZB, DM, Hypertonia, Hyperlipidaemia, dohányzás). A helyszínen történt-e BLS, reanimációs team / OMSZ kikerésekor észlelt GCS, CPR ideje, defibrillálás szükségessége, DC shockok száma, ALS közben adott gyógyszerek, iniciális ritmus. (VF, VT, Bradycardia, Asystolia, PEA) Az intenzív osztályra történő felvételkor észlelt GCS, intenzív osztályra történő felvételt követően mennyi időn belül kezdődött meg a beteg hűtése, a hűtéshez használt eszközök, célhőmérséklet eléréséig eltelt idő, hűtés ideje, hűtéssel kapcsolatos szövődmények. Jelentkezett-e újabb malignus ritmuszavar, történt-e újabb CPR, katekolamin, noradrenalin igény, mit és mennyi ideig kapott a beteg, az intenzív osztályon eltöltött napok száma, intenzív osztályról hova került a beteg, távozáskor észlelt GCS.

A statisztikai elemzés Microsoft Office Excel (2007) programmal történt, százalékos, és átlagszámítással. A leíró statisztika mellett valószínűségi statisztikai módszerként, változás vizsgálatot (variancia analízis) végeztem 2 mintás t-próba alkalmazásával.

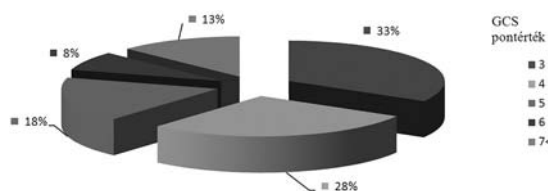
## Kutatási eredmények

A 2005-ben és 2010-ben felmértem az életkor és nem szerinti megoszlást. 2005-ben 28 reanimált beteg került felvételre az intenzív osztályra, ebből 12 nő, átlagéletkoruk 71,2 év, és 16 férfi, átlagéletkoruk 63,0 év. 2010-ben 40 reanimációt túlélt beteg érkezett az intenzív osztályra, ebből 14 nő, átlagéletkoruk 76,6 év, és 26 férfi, átlagéletkoruk 68,0 év. A TH-ban nem részesült 39 beteg esetében az asystolia volt a leggyakrabban előforduló iniciális ritmuszavar, 44%-ban fordult elő, ami 17 beteget jelent. A második leggyakoribb ritmuszavar a kamrafiibrilláció volt, ami 36%-os arányt jelent, ami 14 betegnél jelent-

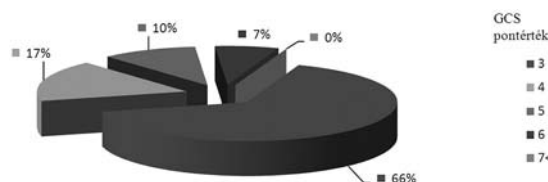


kezett. A TH-ban részesült 29 beteg esetében, leggyakrabban előforduló ritmuszavar szintén az asystolia volt, ami 45%-os gyakoriságot mutatott, ami 13 beteget jelent. A második leggyakoribb ritmuszavar ebben a csoportban a kamrafibrilláció ami 41%-ban fordult elő, ami 12 beteget jelent. Az iniciális ritmuszavarként észlelt asystolia rosszabb prognózist jelez, mivel esetlegesen feltételezhető a később észlelt és megkezdett reanimáció. A kutatás részét képezte a 39 TH-ban nem részesült beteg intenzív osztályra történő felvételkor a neurológiai funkciók megítélésére vonatkozó érkező GCS pontérték vizsgálata. A felvételi GCS a TH-ban nem részesült betegek 33%-ánál volt 3, ami 13 beteg, 28%-ban volt 4, ami 11 beteg, 18%-ban volt 5, ami 7 beteg, 8%-ban volt a GCS 6, ami 3 beteg, 13%-ban volt 7 feletti a GCS, ami 5 beteget jelent. **(1. ábra)** A TH-ban részesült 29 betegnek az intenzív osztályra történő felvételkor mért GCS értékek a következők voltak: 66%-ban volt a GCS 3 (19 beteg), 17%-ban GCS 4 (5 beteg), 10%-ban GCS 5 (3 beteg), és 7%-ban volt GCS 6 (2 beteg). Egy TH-ban részesült betegnél sem volt érkezőkor 7 feletti GCS. **(2. ábra)**

**1. ábra: Érkezősi Glasgow Coma Scala pontérték a TH-ban nem részesült betegeknek (n=39)**

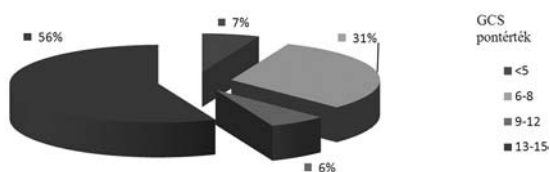


**2. ábra: Érkezősi Glasgow Coma Scala pontérték a TH-ban részesült betegeknek (n=29)**



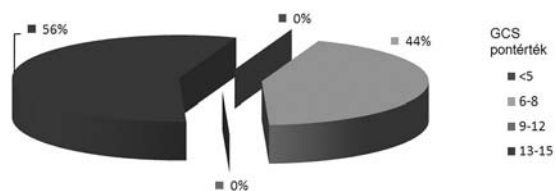
A TH-ban nem részesülő 39 beteg közül csak 16 beteget sikerült áthelyezni másik osztályra a további ellátás céljából. A 39 betegből 23 beteg elhunyt a posztreanimációs

**3. ábra: Távozási Glasgow Coma Scala pontérték a TH-ban nem részesült betegeknek (n=39)**



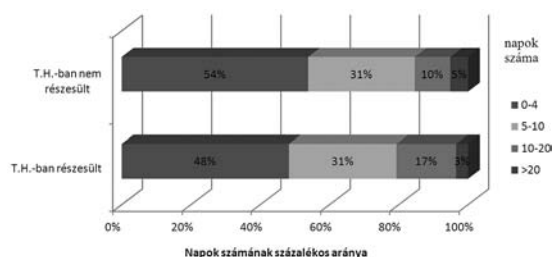
időszakban. Ebben a csoportban 16 beteg neurológiai státuszának vizsgálata történt, az osztályról való távozáskor. A 16 betegből 57%-nak volt a távozáskor észlelt GCS pontértéke 13 és 15 közötti (9 beteg), GCS 9-12 pontja 1 betegnek volt távozáskor ez 6%, GCS 6-8 közötti érték a betegek 31%-ánál volt, (5 beteg) és GCS 5 alatti pontja 1 betegnek volt, ami 6%-ot jelent. **(3. ábra)** A TH-ban részesült 29 betegből 16 beteg hagyta el az intenzív osztályt, és került áthelyezésre másik osztályra, további kezelés céljából. 13 beteg az posztreanimációs ellátás során hunyt el. A TH-ban részesült betegek csoportjában is 16 beteg neurológiai statusa került vizsgálatra, távozáskor észlelt GCS pontértékek alapján. A vizsgálati eredmények azt mutatták, hogy a 16 beteg 56%-a hagyta el az intenzív osztályt jó neurológiai statussal, 13-15 közötti GCS ponttal (9 beteg). Az intenzív osztályról való távozáskor GCS 9-12 közötti értéket ebben a csoportban nem észleltem, viszont a 6-8 közötti GCS ponttal távozott a betegek 44%-a (7 beteg). Ebben a csoportban GCS 5 alatti pontérték nem volt az osztályról távozó betegeknek. **(4. ábra)** A kutatás vizsgálata kiterjedt a két vizsgált csoport intenzív osztályon eltöltött idejére, az eltöltött napok száma alapján. A vizsgálatból kiderült, hogy a TH-ban nem részesült betegek csoportjának az 54%-a tartózkodott az intenzív osztályon 0 és 4 nap

**4. ábra: Távozási Glasgow Coma Scala pontérték a TH-ban részesült betegeknek (n=29)**



közötti időtartamig, 31% tartózkodott 5-10 nap közötti ideig, 10% volt az intenzív osztályon 10-20 nap közötti ideig, és 5%-a volt a betegeknek 20 napnál többet az intenzív osztályon. A TH-ban részesült csoport tagjainak 48%-a töltött az intenzív osztályon 0 és 4 nap közötti napot. A betegek 31%-a volt 5 és 10 nap közötti ideig az intenzív osztályon, 17%-ban 10 és 20 napig, és 3%-ban 20 nap feletti időt töltöttek el az intenzív osztályon. (5. ábra)

5. ábra: A vizsgált két csoport összehasonlítása az intenzív osztályon eltöltött időtartam alapján



### Hipotézisek eredményei

A hipotézisek alapján azt vizsgáltam, hogy történt-e változás a neurológiai funkciókban mindkét vizsgált betegcsoportnál az érkezési és az osztályról távozási GCS alapján. A hipotézisek elvetésére/ igazolására változás analízis vizsgálat történt annak tekintetében, hogy a TH-ban részesült betegek nagyobb arányban kerülnek áthelyezésre másik osztályra, illetve jobb neurológiai funkcióval kerülnek el az intenzív osztályról, azaz jobb-e a távozáskor észlelt GCS, mint a TH-ban nem részesült betegekénél.

Mindkét csoportból 16-16 beteg került áthelyezésre másik osztályra. Mindkét betegcsoport távozási GCS pontértékével számolva, a kutatás eredményeként a 2 mintás t-próba valószínűségi számításával végeztem a hipotézisekre vonatkozó változás vizsgálatot. A  $p=0,1$ , a véletlen valószínűsége 10%, ez alapján nincs szignifikáns különbség a két csoport között. Az 1. számú hipotézis feltételezése, a két a betegcsoportra vonatkoztatva nem igazolható szignifikáns különbséggel. A TH-ban részesült betegek távozási GCS pontjainak és a TH-ban nem részesült betegek GCS pontjainak össze-

hasonlítása alapján a következő eredményeket kaptam: A 29 TH-ban részesült betegből 16 hagyta el az intenzív osztályt. A 16 beteg 56%-ának távozási GCS értéke 13-15 (9 beteg). 9-12 GCS értéke egy betegnek sem volt. GCS 6-8 értéke a betegek 44%-ának (7 beteg) volt. A TH-ban részesült betegek között távozáskor nem volt olyan beteg, akinek a GCS értéke 5 alatti volt. A TH-ban nem részesült beteg csoportjában a következő eredményeket kaptam: Ebbe a csoportba 39 beteg tartozott, közülük szintén 16 beteg hagyta el az intenzív osztályt. A 16 betegből 57%-nak (9 beteg) volt 13-15 közötti GCS értéke, 9-12 GCS értéke távozáskor a betegek 6%-ának volt (1 beteg). GCS 6-8 közötti értéke a betegek 31%-ának volt (5 beteg). 5 alatti GCS értéke szintén a betegek 6%-ának volt (1 beteg). A hipotézisem feltételezésére irányul egy másik tanulmány, melyet a szombathelyi mentőállomás végzett. Már a helyszíni ellátáskor elkezdett TH-val, a hűtött 4°C-os infúzió adásával 2007. Január 1. és 2008. December 31. között végzett tanulmány, bizonyítottan jobb eredményt mutatott a reanimációt túlélő betegek neurológiai funkcióiban. (Kircfeld et al., 2010)

A TH-ban részesült és nem részesült betegek intenzív osztályon eltöltött idejét összehasonlítva a 2. számú hipotézisem azt feltételezte, hogy a TH-ban részesült betegek-nél lerövidül az intenzív osztályon való tartózkodás ideje. A hipotézis vizsgálatára leíró statisztikát végeztem. Az intenzív osztályon eltöltött időtartamban jelentős különbség nem volt a két csoport között. A TH-ban részesült beteg 48%-a tartózkodott az intenzív osztályról történő áthelyezés előtt 0-4 napig az intenzív osztályon, 31% 5-10 napig, 17% 10-20 napig. A betegek 3%-a 20 napnál tovább tartózkodott az intenzív osztályon. A TH-ban nem részesült betegek 54%-a töltött az intenzív osztályon 0-4 napot, 31%-a 5-10 napot, 10%-a 10-20 napot, és 5%-a 20 napnál többet.

### Megbeszélés

Korszerű kezelési irányelvek javasolják a PLS részeként a TH alkalmazását, mint az egyik leghatékonyabb módszert a reanimá-

ciót túlélő betegek neurológiai funkció károsodások kialakulásának megelőzésére, illetve mértékének csökkentésére. Az intenzív terápiában alkalmazott PLS gyakorlata az utóbbi években sokat fejlődött. A 2005-ben a PLS során, a betegek teljes testének hűtését még nem volt a mindennapi gyakorlat része. A TH alkalmazására minden olyan CPR-t követően szükség van, ahol a spontán keringés visszatérése után a beteg továbbra is eszméletlen. A kutatási eredmények birtokában megállapítható, hogy TH alkalmazása a neurológiai kimenetelt jó irányba befolyásolja, habár szignifikáns különbség nem volt a két csoport között. Azonban célszerű tűzhető ki, hogy használata evidencia szinten működjön a mindennapi gyakorlatban, a legújabb irányelvek ajánlása alapján.

## Következtetések, javaslatok

A posztreanimációs ellátás során alkalmazott terápiás hypotermia célja a beteg cerebrális reperfüziós károsodásának kivédése és az agy szöveti károsodásának csökkentése. A CPR időről-időre megújuló protokolljára

nak ismerete nagyon fontos minden intenzív osztályon dolgozó orvos és ápoló számára. A TH rendszeres és konzekvens használatát az intenzív osztályokon a mindennapi gyakorlat részeként kell alkalmazni. A PLS fázisában alkalmazott kezelés minősége befolyásolja a beteg kilátásait. Az eszközös feltételek biztosításával javítható a teljes testhűtés hatékonysága. A különböző endovazális eszközök, és elektromos felszíni hűtőberendezések alkalmazásával, leegyszerűsíthető a betegek hűtése, ez gyorsabb hűtést és pontosabb hőmérséklet kontrollt tesz lehetővé. Ezek használatáról minden PLS-ben részt vevő egészségügyi személyzetet tájékoztatni kell, ezért ilyen irányú szakmai továbbképzések megszervezése is javasolt. Ezeknek az eszközöknek az alkalmazásáról szükséges a szakápolók körében is előadásokat, bemutatókat tartani. A gyakorlatban történő használatukat a kórházak anyagi helyzete nagymértékben befolyásolja. Az eszközös feltételek korszerűsítése a külföldi viszonyokat nézve, szintén a jövőre nézve célszerű tűzhető ki. A legfontosabb cél, melyet szintén külföldi tanulmányok is igazolnak, hogy a TH-t minél előbb meg kell kezdeni.

## Irodalomjegyzék

1. Bro-Jeppesen, J., Kjaergaard, J., Horsted, T., I., Wanscher, M., C., Nilsen, S., L., ... Hassager, C. (2010) The impact of therapeutic hypothermia on neurological function and quality of life after cardiac arrest In *Resuscitation* (80) 171-176.
2. Diószeghy, Cs. (2000). A keringésmegállás és az újraélesztés kóreltana. In Pénzes, I. Az újraélesztés tankönyve, Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt., 33-44.
3. Diószeghy, Cs. (2009). A váratlan keringésmegállás progresszív ellátása. In Bogár, L. Aneszteziológia és intenzív terápia, Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt., 571-593.
4. Diószeghy, Cs., Pénzes, I. (2000) Újraélesztés. In Pénzes, I., Lencz, L. Az aneszteziológia és intenzív terápia tankönyve, Budapest: Semmelweis Kiadó, 329-351.
5. Holzer, M., Behringer, W. (2008) Therapeutic hypothermia after cardiac arrest and myocardial infarction In *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* (4) 711-728.
6. Iványi, Zs. (2000). Az agy hypoxiás- reperfüziós károsodásának kóreltana. In Pénzes, I. Az újraélesztés tankönyve, Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt., 45-55.
7. Jerry, P., Nolan, P., T., Morley-Terry, L., Vanden, H., Robert, W., H., (2004) Therapeutic hypothermia after cardiac arrest. In *Az ILCOR ALS munkacsoportjának irányadó közleménye Újraélesztés A magyar resuscitatio társaság lapja* 2004/1, 51-56.
8. Kämäräinen, A., Virkunen, I., Tenhunen, J., Yli-Hankala, A., Silfvast, T. (2008) Induction of therapeutic hypothermia during prehospital CPR using ice-cold intravenous fluid In *Resuscitation* (79) 205-2011.
9. Kircsfeld, Á., Schaffer, É., Puskás, T., Lórántfy, M., Bödecs, T. (2010) Reanimáció közben alkalmazott terápiás hypotermiával szerzett tapasztalataink. In *A magyar Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Társaság tudományos folyóirata Aneszteziológia és intenzív terápia* 40 (2), 77-80.
10. Kovács, E., Jenei, Zs., Horváth, A., Gellér, L., Szilágyi, Sz., Király, Á., ...Merkely, B. (2011) A Hypothermia élettani hatásai. In *A Markusovszky Lajos alapítvány tudományos folyóirata Orvosi Hetilap* 152 (5), 171-178.



# Az időotthonokban élő ellátottakra vonatkozó jogi ismeretek a gondozók és az ápolók körében

MÉSZÁROS Lászlóné

## Összefoglalás

**A vizsgálat célja:** A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény és az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény által biztosított betegjogokkal kapcsolatos ismeretek felmérése a gondozók és ápolók körében.

**Vizsgálati módszer és minta:** A kutatás során kérdőíves adatgyűjtés, dokumentumelemzés, és statisztikai módszerek lettek alkalmazva. A vizsgálat 2013 decemberében és 2014 januárjában történt. A mintát a Fővárosi Idősek Otthonának gödöllői intézményének gondozói és ápolói adták. A dokumentum-elemzésben a házirend került áttekintésre. A szerző a kérdőív segítségével összegyűjtött adatokat az SPSS 22 statisztikai program segítségével elemezte. Leíró statisztikai módszereket és a változók kapcsolatának vizsgálatára khi-négyzet próbát alkalmazta.

**Eredmények:** A gondozók és az ápolók ismeretei hiányosak a betegjogok területén. A szociális törvény által biztosított jogokat jobban ismerik, mivel a dolgozók többsége már régóta dolgozik a szociális szférában, és a szociális törvény által biztosított jogokat a munkájuk során folyamatosan sajátították el.

**Következtetés:** Mivel a betegjogokat nem tudták iskolában elsajátítani, ezért az otthonban kell biztosítani a dolgozók számára, hogy ezeket a hiányosságokat be tudják pótolni.

**Kulcsszavak:** emberi jogok, alaptörvény, betegjogok, szociális jogok, házirend, idősek otthona, ellátottjogi képviselő

### Knowledge on elderly home care residents' rights among caregivers and nurses

Mrs. Lászlóné MÉSZÁROS

#### Summary

**Aim of the study:** To survey the awareness of carers and nurses regarding to patients' rights as outlined in Act III of 1993 and Act CLIV of 1997, regulating welfare management, welfare services and health care.

**Sample and methods:** The survey was conducted with the means of data collection with questionnaires, analysis of documents and statistical methods. The Survey was conducted in December 2013 and January 2014. The sample of respondents consisted of the carers and nurses of the Gödöllő unit of the Budapest Metropolitan Home for the Elderly. The analysis of the document aimed to introduce the of the house rules of the Home. The author used SPSS 22 statistical software to analyse the data collected with questionnaires. A chi squared test was employed to investigate the relations between the descriptive statistical methods and variables.

**Results:** The knowledge of carers and nurses have deficiencies in the area of patients' rights. They are more familiar with the rights provided for by the welfare act, as the majority of the workers have worked in the welfare area for a long time, and, in the course of their work have become aware of the rights described by the act in question.

**Conclusions:** as the workers had no possibility to familiarise themselves with the patients' rights during their education, the Home is to provide the workers with adequate training to make up for the above mentioned lack of knowledge.

**Keywords:** human rights, constitution, patients' rights, welfare rights, house rules, home for the elderly, commissioner for the rights of the patients.

Érkezett: 2014. április 14. Elfogadva: 2014. december 12.

## Bevezetés

Az idősek számának növekedésével új problémák, új kihívások jelennek meg az egészségügyben és a társadalomban egyaránt. Az orvostudomány fejlődésének kö-

szönhetően, nem csak a 60-70 évesek lesznek többen, de egyre nő majd a 80-90 évesek, sőt a 100 esztendőre elérők száma is. (Tariska, 2006) Sok ember életében az egészségügyi állapot romlásával és az életkörülmények rosszabbodásával felértékelődnek a

MÉSZÁROS Lászlóné Fővárosi Idősek Otthona, Gödöllő

MSc ápoló hallgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék

Levelező szerző (correspondent): MÉSZÁROS Lászlóné, elérhetőség: 2100 Gödöllő, Dózsa György u. 65.,

Tel.: +36-70/617-5923, e-mail: laszlonemeszaros@freemail.hu

szociális ellátások jelentőségei. Nagy szükség van és lesz a fenntartható szociális rendszerekre és a bentlakásos szociális intézményekre. Az intézményekben eltöltött évek száma is növekszik. A népesség csökkenésével a családi kapcsolatok szűkülnek, az érzelmi alapon nyújtott támogatás fogyatkozik. (Iván, 2002)

Az idősek otthonai a szociális szakellátás részei, amelyeknek meghatározott szabályok szerint kell működniük. Az intézményekhez rendelt értékek és normák befolyásolják az otthonok életét. (Vaskovics, 2013)

Az idősek otthonaiba az ellátottak kétféleképpen kerülhetnek be. Saját maguk kérelmezhetik a felvételüket, vagy pedig a törvényes képviselő kérheti az elhelyezést. A lakó és az otthon között egy szerződés jön létre, melyben foglaltakat mind a két félnek be kell tartania. A lakókra, mint minden állampolgárra elsődlegesen az Alaptörvény által biztosított jogok érvényesek. Az otthonba költözéskor találkoznak az intézményben alkalmazott szabályokkal, jogosultságokkal, amit a szociális törvény biztosít a számukra. Betegségük esetén, ha egészségügyi szolgáltatást vesznek igénybe, alkalmazni kell az egészségügyi törvény által biztosított betegjogokat is. Az ellátóknak természetesen ismerniük kell, a fent említett jogosultságokat, hogy megfelelő segítséget tudjanak nyújtani az ellátottaknak. Számos intézményben ösztönösen alkalmazzák a szociális és betegjogokat, de a szabályozás elméleti háttéréről meglehetősen hiányosak az ismeretek. (Szűcs & Lipták, 2006)

A kutatás annak felmérésére irányult, hogy a Fővárosi Idősek Otthonának gödöllői intézményében, (1) a gondozók és ápolók mennyire ismerik az ellátottakra vonatkozó jogokat, (2) megfelelően tudják-e ezeket a jogi normákat alkalmazni és (3) a jogi ismeretek elsajátításához és alkalmazásához megkapják-e a megfelelő segítséget?

## Tudományelméleti háttér

### Betegjogok nemzetközi áttekintése

Az emberiség történelmében, csak a legutolsó évszázadban jelentkezett igény arra,

hogy a polgári, politikai és a szociális jogok mellett átfogó védelemben részesítsék az egészségügyi ellátást igénybe vevőket is. (Feith, 2013) Az Egyesült Államokban kezdődött, majd folytatódott nyugat Európa országaiban a betegjogokért a küzdelem. A betegjogban az eltérést az okozza, hogy a különböző országokban és törvénykezésükben más kulturális és szociális normák uralkodnak. („Patients` Rights”, 2014)

A betegjogok adaptálása háromféle módon történhet. A betegjogok biztosítására chartákat, jogszabályokat vagy kerettörvényeket alkalmaznak. Ahol nincs betegjogi törvény, ott rendelkezésre állnak nemzetközi szintű deklarációk.

A legfontosabb releváns nemzetközi deklarációk: 1946–47 Nürnbergi Kódex; 1948 Emberi jogok Egyetemes Deklarációja; 1950 Róma, Egyezmény az emberi jogok és alapvető szabadságok védelméről; 1961 Európai Szociális Charta; 1964 Orvosok Világszövetségének Helsinki Nyilatkozata.

Az egészségügyi ellátás területére nemzeti és nemzetközi szervezetek fogalmaztak meg ajánlásokat:

1973 - A Betegek Jogai (Az Amerikai Kórházzövetség dokumentuma);

1976 - Az Európai Tanács Ajánlásai a Betegek és a Haldoklók Jogaival kapcsolatban;

1979 - Charta a kórházakban ápolott betegek jogairól - Európai Gazdasági közösség;

1981 - A Betegek Jogainak Deklarációja (WHO, Lisszabon);

1986 - Ottawai Karta;

1993 - Európai Karta a kórházakban ápolott gyermekek jogairól;

1994 - Betegek Jogainak Európai Deklarációja;

1996 - Ljubljana Karta;

1997 - Bioetikai Konvenció. (Molnár, 2001)

### Az egészségügyi jogalkotás hazai szabályozásának időbeli áttekintése

Nemzetközi viszonylatban is hamar elkezdődött az egészségügyi ellátórendszer működésének a jogi szabályozása. Már az 1876. évi XIV. törvénycikk szabályozta a járványügyi és közegészségügyi feladatok

körét. Az 1959. évi 8. törvényerejű rendelet a betegek tájékoztatását, a műtéti belegegyezések írásos feltételeit és az orvosi titoktartást szabályozta.

Az 1966. évi 12. törvényerejű rendelet a pszichiátriai betegek kötelező gyógykezelésével kapcsolatban tartalmazott rendelkezéseket, amelyek a kilencvenes évekig maradtak hatályban.

Az 1972. évi II. törvény az orvos-beteg jogviszonyt és a beteg tájékoztatás követelményeit szabályozta.

1991. évi XI. törvény az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat tevékenységét szabályozta. Három törvény megalkotása történt 1997-ben. Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 1997. évi XLVIII. törvény az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó személyes adatok védelméről és az 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítási ellátások megalkotásáról. Az 1997. évi CLIV. törvény nemzetközi szabályozásokból indult ki. A törvény a közegészségügyet, az egészségügyi ellátórendszer működését, a betegek jogait és az egészségügyi dolgozók jogait - kötelezettségeit szabályozza. (Dósa, 2012)

Az egészségügyi törvény tíz betegjogot nevesít. Az egészségügyi ellátáshoz való jog; az emberi méltósághoz való jog; a dokumentáció megismerésének joga; a kapcsolattartás joga; gyógyintézet elhagyásának joga; a tájékoztatáshoz való jog; önrendelekezéshez való jog; az ellátás visszautasításának joga; az orvosi titoktartáshoz való jog; panasz kivizsgálásának joga. (Kovácsy, 2008) A betegjogok azokat illetik meg, akik az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe veszik. A betegjogok az alapjogok harmadik generációjához tartoznak. (Antal, 2003)

A kormány 2012.09.01-jén megalapította az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központot (OBDK) a Semmelweis Terv egyik programjaként. (Benke, 2013) Az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központot jelentése alapján az országban 2012.12.31-én 38 fő betegjogi képviselő működött. (Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ [OBDK], 2013)

## Szociális jogrendszer Magyarországon

Az 1949. évi XX. törvényt a Magyar Köztársaság Alkotmányát a közelmúltban felváltotta Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25) amelynek szükségességében megoszlottak a vélemények. Az új törvénynek az európai előírásoknak is meg kellett felelnie. (Juhász, 2012) Az állampolgárok öregségük, betegségük és munkaképтелenségük esetén anyagi támogatásra jogosultak. Az anyagi ellátáshoz való jogot a társadalombiztosítás keretén és a szociális intézmények rendszerén keresztül biztosítja. A szociális biztonságon és a szociális védelmi rendszeren keresztül garantált az emberi méltósághoz való jog. 1993-ban ezek a szolgáltatások új jogszabályi keretbe kerültek azok érdemi változtatása nélkül. A szociális szolgáltatások rendszerét az 1993. évi III. törvény (szociális törvény) írja le. (Bugarszki, 2004)

A Szociális törvény két ellátási formát különböztet meg, az alapszolgáltatások és a szakosított ellátási formákat. A személyes gondoskodás körébe tartozó szakosított ellátások körébe tartoznak az átmeneti és a tartós bentlakásos intézmények. Tartós bentlakásos intézmények az idősek, pszichiátriai, szenvedélybetegek, fogyatékosok, hajléktalanok otthonai és a rehabilitációs intézmények. Az ellátottak jogait a szociális törvény szabályozza. A törvényben megtaláljuk azokat a jogokat, amelyek minden ellátottat megilletnek, és külön rendelkezések tartalmazzák az egyes ellátotti csoportok speciális jogait. Ennek megfelelően részletezi a fogyatékkal élők, a pszichiátriai betegek, a hajléktalan személyek, a szenvedélybetegek és a demenseket megillető jogokat. (Juhász & Tausz, 2012)

## A vizsgálat célja

A kutatás célja a Szociális törvényi szabályozás és az Egészségügyi törvény által biztosított betegjogokkal kapcsolatos ismeretek felmérése a gondozók és az ápolók körében annak feltételezésével, hogy az esetleges hiányosságok korrekációjával javíthatjuk az idősothoni ellátás minőségét.



Hipotézisek:

1. A gondozók és ápolóknak legalább fele nem ismeri megfelelően a betegjogokat, és maguk is csak közepesnek ítélik a tudásukat.
2. A gondozók és ápolók jobban tisztában vannak a szociális törvény által biztosított jogokkal, mint a betegjogokkal és a tényleges tudásuk is ezt bizonyítja.
3. Az otthonban élő ellátottnál alkalmazható speciális jogokat a megkérdezettek több mint az 50%-a ismeri.
4. Az idősek otthonainak háziarendjében megjelennek a releváns jogi szabályozók, azonban ezeket a gondozók és ápolók nem egyformán ismerik.

## A választott módszer és minta bemutatása

A vizsgálat 2013 decemberében és 2014 januárjában történt. A kutatásom során két-féle módszer került alkalmazásra. Az első részében az adatokat kérdőíves technikával gyűjtöttem össze. A kérdőív saját szerkesztésű, ami előtte tesztelésre került. A kérdőív négy részből áll. Ezekben demográfiai adatokra, a betegjogi- és a szociális törvény által biztosított jogi ismeretekre, továbbá a jogi szabályozók meglétére vonatkozó kérdések szerepelnek. A kérdőív 35 kérdést tartalmaz. A kérdőív 4 nyitott kérdést és 23 egyszerű, 8 többszörös választási lehetőséget kínál. A kérdőív adatait az SPSS 22 statisztikai program segítségével dolgoztam fel. A minta megismerésére, jellemzésére, leíró statisztikai módszereket alkalmaztam. A különböző változók közti kapcsolatokat khi-négyzet próbával vizsgáltam, ahol a szignifikancia szint  $p=0,05$ .

A kutatás második részében a háziarend tartalomelemzését végeztem el. Azt vizsgáltam, hogy az Alaptörvény által biztosított jog hol és milyen formában található meg a háziarendben és ezek mutatnak-e párhuzamosságot a betegjogokkal. Az összehasonlítást az alábbi Alaptörvény által biztosított jogokkal végeztem el:

„Valljuk, hogy az emberi lét alapja az emberi méltóság; (...)

Mindenkinek joga van ahhoz, hogy magán- és családi életét, otthonát, a kapcsolattartás és jó hírnevét tiszteletben kell tartani; (...)

Mindenkinek joga van a gondolat, a lelkiismeret és a vallás szabadságához; (...)

Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez; (...)

Mindenkinek joga van személyes adatainak védelméhez, valamint a közérdekű adatok megismeréséhez és terjesztéséhez; (...)

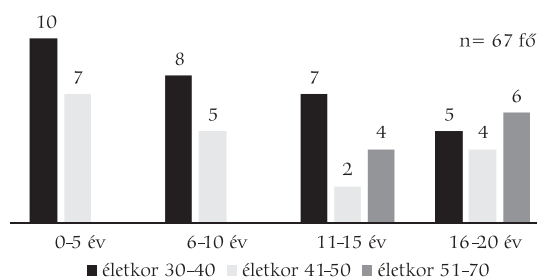
Mindenki, aki törvényesen tartózkodik Magyarország területén, joga van a szabad mozgáshoz és a tartózkodási helye szabad megválasztásához.” (Alaptörvény)

A vizsgálati mintát a gödöllői Fővárosi Idősek Otthonának gondozói és ápolói adták. A kérdőív kitöltése önkéntes és anonim volt. A kutatásba az összes gondozót és ápolót bevontam. Az intézményünkben 72-en dolgoznak. 67 kérdőív került kitöltésre, ami a vizsgálati minta 93 %-át adja.

## Eredmények

A szocio-demográfiai adatok összegzését két ábra szemlélteti. Az **1. ábra** mutatja, az otthonban töltött munkaviszony idejét és az életkorok kapcsolatát, a **2. ábra** az iskolai végzettségek és a korcsoportok alakulását.

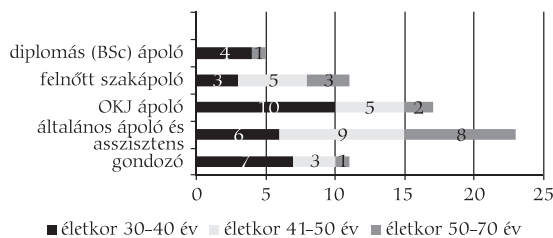
**1. ábra: Az otthonban töltött munkaviszony és az életkorok kapcsolata**



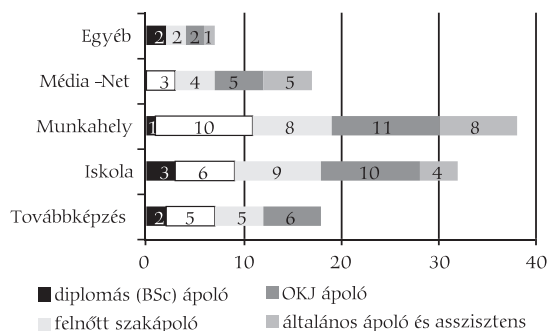
A **3. ábra** szemlélteti, hogy a kutatásban résztvevők milyen forrásból szerezték a tudásukat a betegjogokról.

Az iskolai végzettség és az ismert betegjogok száma között szignifikáns kapcsolat van ( $p=0,046$ ). Két fő jelölte meg, hogy 7 betegjog létezik, 47 válaszban szerepel 9 betegjog,

2. ábra: Szakmai végzettségek korcsoportok szerint, fő (n=67)



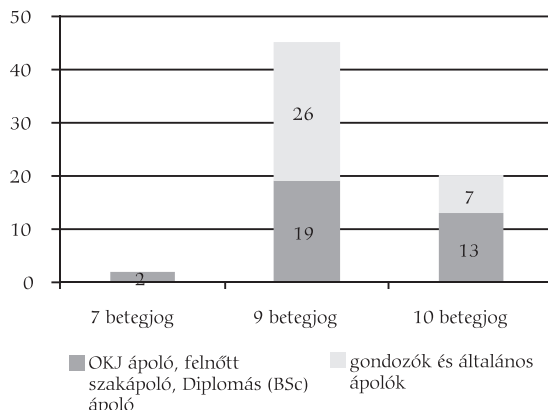
3. ábra: Az ismeretekhez jutás helyszínei szakmai végzettség szerint, fő (n=67)



és 20-an mondták helyesen, hogy az egészségügyi törvény tíz betegjogot nevesít. (4. ábra)

Legtöbben a kapcsolattartás jogát (46%), legkevesebben pedig a panaszjog kivizsgálásának jogát (3%) jelölték meg. Az iskolai végzettség szoros kapcsolatot mutatott a tájékoztatáshoz való jog (p=0,026), dokumentáció megismerésének joga (p=0,002) és

4. ábra: A betegjogok száma a legmagasabb szakmai végzettség kapcsolatában, fő (n=67)



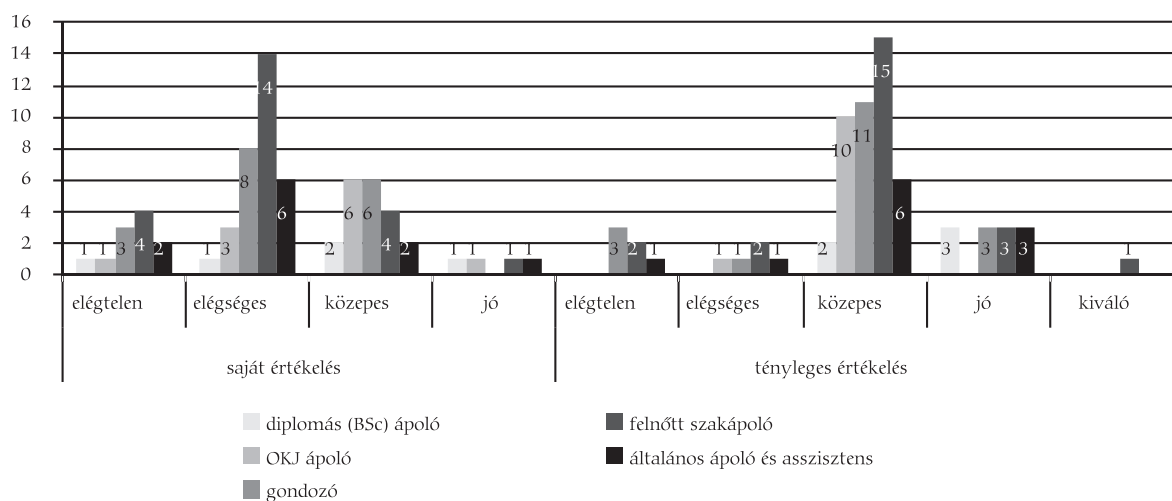
a titoktartáshoz való jog (p=0,016) ismereteivel.

A betegjogi ismeretek értékelését a résztvevők és a kutatás vezetője egyaránt elvégezték. (5. ábra)

A kutatásban résztvevők átlagosan közepesre (2,99 +/- 0,80) értékelték a tudásukat, a kutatás vezetőjének értékelése pedig (2,25 +/- 0,78). Az elért eredmények rosszabbak, mint a saját értékelések. A saját értékelés és az emberi méltósághoz való jog (p=0,043), a kapcsolattartás joga (p=0,013), és az orvosi titoktartáshoz való jogok (p=0,013) között találtam szignifikáns kapcsolatot.

62-en válaszolták, hogy az otthonban élő ellátottakra az állampolgári, szociális és a betegjogokat is alkalmazni kell. Öten nem jelölték meg ezt a három jogot együttesen.

5. ábra: A megkérdezettek saját és tényleges értékelése, fő (n=67)

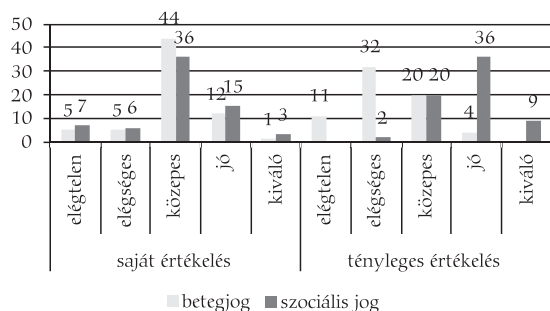


A vizsgálat arra is kiterjedt, hogy az általános jogvédelem mellett bizonyos csoportokat a szociális ellátásban, megilletnek-e speciális jogvédelmek. A 67 válaszadóból 55-en mondták hogy a demenseket, 47-en a fogyatékosokat, 45-en a pszichiátriai betegeket, 23-an a szenvedélybetegeket és 20-an a hajléktalanokat jelölték meg olyanoknak, akiket speciális jogvédelem illet meg.

64-en felelték azt, hogy a demenseket külön gondozási egységekben kell-e ellátni, szemben 3 részvevővel, akik szerint nem kell külön gondozási egységben ellátni a demenseket. A külön gondozási egységet javaslok közül 51-en elsőként a biztonságos környezetet jelölték meg indokként, 21-en a képességfejlesztést, 18-an, hogy törvény írja elő és 16-an válaszolták, hogy zavarják a többi ellátottat.

A válaszadók életkora és a pszichiátriai betegek jogvédelme között találtam szignifikáns összefüggést ( $p=0,029$ ). A válaszadók a szociális jogokra vonatkozó ismereteiket is értékelték. A saját értékelés nem mutatott összefüggést a munkaviszony, iskolai végzettség, eddigi munkahelyek és a korcsoport egyikével sem. Legtöbbször közepesre értékelték a tudásukat. A 6. ábrán a betegjogok és szociális jogokra vonatkozó ismeretek kerültek összehasonlításra. A betegjogok értékelésnek az átlaga 2,25 ezzel szemben a szociális jogok értékelése 3,78 +/- 0,71). A tényleges tudás az eddigi munkahelyekkel volt szoros kapcsolatban ( $p=0,008$ ).

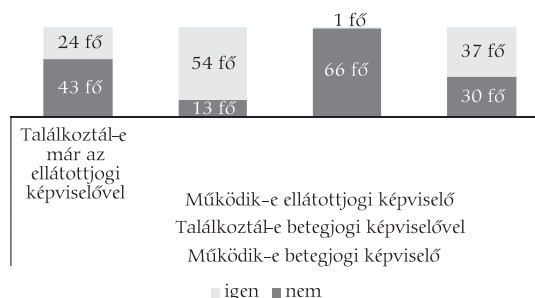
6. ábra: A saját és a tényleges értékelés a betegjogok és a szociális jogok ismeretéről, fő (N=67)



41 fő szerint a szociális ellátásban dolgozó ápolókra egyértelműek a jogi és etikai szabályozások. Ez a válaszadóknak a 61%-a. 26 fő (39%) számára a jogi és etikai szabályo-

zások nem egyértelműek. Az otthonba 66-an válaszolták, hogy az otthonban működik ellátottjogi képviselő. 30-an már találkoztak is vele. 43-an mondták, hogy betegjogi képviselő is működik az otthonban és már 13-an találkoztak is vele. (7. ábra)

7. ábra: Jogi képviselők helyzete az otthonban (n=67)



43-an felelték, hogy a házirendben, 14-en az Intézményvezetőnél, 5-en a falon, 10-en a mentálhigiénés csoportnál és 7-en felelték azt, hogy nem tudják, hol találják meg a releváns jogi szabályozásokat.

Nyitott kérdéssel mértem fel, hogy a kollégáim munkáját mely alapelvek és törvények szabályozzák. A válaszadók 61%-át a szociális törvény szabályozza, 46%-ék mondta, hogy a munkáját az egészségügyi törvény, 16%-ot Etikai kódex és a házirend befolyásolják.

A házirendben nem szerepel az önrendelkezéshez való jog és az ellátás visszautasításának joga. A többi betegjogot a házirend megfelelően tartalmazza.

## Megbeszélés

Az első hipotézisem beigazolódtott: a gondozók és ápolók több mint fele nem ismeri megfelelően a betegjogokat, és maguk is csak közepesnek ítélik a tudásukat.

Az iskolai végzettség és a betegjogi ismeretek között szignifikáns kapcsolat van. Az iskolai végzettség szintén befolyásolja a tájékoztatáshoz való jog, a dokumentáció megismerésének joga, a titoktartáshoz való joggal kapcsolatos ismereteket. Az életkor szignifikánsan befolyásolja az egészségügyi ellátáshoz való joghoz kapcsolódó ismereteket.

A jogi hiányosságok az önértékelési ada-

tokban is megnyilatkoznak. A válaszadók összesítésben 2,99 +/- 0,80- re értékelték a tudásukat. A tényleges tudás értékelése 2,25 +/- 0,78. Az önértékelési és tényleges ismereteket tükröző pontszámok között erős pozitív korreláció van, de a tényleges ismeretek szignifikánsan alacsonyabbak annál, amit a résztvevők a saját tudásukról gondolnak. (5. ábra)

A betegjogi ismeretek saját értékelése szorosan összefügg az emberi méltósághoz való jog, a kapcsolattartás joga, a gyógyintézet elhagyásának joga és az orvosi titoktartáshoz való jog ismeretével.

Második hipotézisem is beigazolódott: a gondozók és ápolók ismereti szintjei jobbák a szociális törvény által biztosított jogokban, mint a betegjogok ismereteiben és a tényleges tudásuk is ezt bizonyítja.

A szociális törvény által biztosított jogok ismeretét a válaszadók átlagosan közepesre értékelték. (3,01 +/- 0,96) (6. ábra) Ez az önértékelés független az otthonban eltöltött munkaviszony hosszától, az eddigi munkahelyektől, a legmagasabb iskolai végzettségtől, és az életkortól.

Összehasonlítást készítettem a betegjogok és a szociális törvény által biztosított jogok tényleges tudása között. A tudásukat átlagban 3-ra értékelték, a tényleges tudásuk ezzel szemben az átlag 3,78 +/- 0,78. A tényleges tudásuk jobb, mint az önértékelésük.

A saját értékelés nem mutatott összefüggést a munkaviszony, iskolai végzettség, eddigi munkahelyek és a korcsoport egyikével sem. A tényleges tudás és az iskolai végzettség, részlegek, korcsoportok, az otthonban töltött munkaviszony és az eddigi munkahelyek között nincs összefüggés. A tényleges tudás és az eddigi munkahelyek kötött azonban szignifikáns kapcsolat van ( $p = 0,009$ ).

A harmadik hipotézisem nem igazolódott be, mert az otthon lakóinál alkalmazható speciális jogokat a megkérdezettek több mint az 50%-a nem ismeri.

A korcsoport és a pszichiátriai betegeket megillető speciális jogok ismerete között találtam kapcsolatot.

A részlegek és a speciális jogokat megillető csoportok közül a pszichiátriai betegek és a hajléktalanok esetében találtam összefüggést.

16-an mondták, hogy azért kell külön részlegben ellátni a demenseket, mert zavarják a többi ellátottat. 18 fő szerint törvény írja elő a külön gondozási egységet. Az utóbbi alatta van a várt aránynak. A képességek fejlesztését 21-en írták, pedig az otthonban fontosnak tartjuk a demensek fejlesztését. A biztonságos környezetet 51-en jelölték meg indokként. A demens gondozás központi feladata a szociális ellátásnak, mivel az idősellátás egyik legdinamikusabban fejlődő területe. A felsorolt okok nem függtek az iskolai végzettségtől.

Negyedik hipotézisem is beigazolódott, hogy az idősök otthonainak házirendjében megjelennek a releváns jogi szabályozók, azonban ezeket a gondozók és ápolók nem egyformán ismerik.

Meglepően sokan (61-en) felelték, hogy az ápolóknak nincs etikai kódexe, pedig különböző etikai kódexek is léteznek. A munkát befolyásoló alapelvek és törvények valamint az iskolai végzettség/korcsoport között nincs összefüggés.

## Következtetések

Az otthonunkban a dolgozók ismeretei a betegjogokról hiányosak, ezzel szemben az ellátottaknál alkalmazott szociális törvény által biztosított jogokat jobban ismerik. Ennek okai:

A rendszerváltás után a szociális és az egészségügyi ellátást szétválasztották. Csak egészségügyi intézményekben lehetett egészségügyi szolgáltatást nyújtani. Régebben tilos volt szakápolási feladatot ellátni. Most különböző feltételeknek megfelelő elvégezhetőek ezek a feladatok, de a finanszírozásuk most sem rendezett.

Az életkorokból és az iskolai végzettségekből kiderül, hogy a dolgozók már régen jártak iskolába. (1. ábra) Azok, akik az egészségügyi törvény megjelenése előtt jártak iskolába ők nem tanulhatták az iskolai keretek között a betegjogokat. Ezek a dolgozóink más forrásokból szerezhették az ismereteiket. (3. ábra) Lassan már a betegjogok is húsz éves múltta tekintenek vissza. Gondolhatnánk, hogy a betegjogi ismeretek az évek múlásával ismertebbé váltak, de a



dolgozóink is hiányosnak érezték a tudásukat. Ezek a kutatásban be is igazolódtak.

A dolgozók a szociális törvény által biztosított jogokat jobban ismerik. A szociális törvény által biztosított jogok a napi munkánk részét képezik. Az otthonban dolgozók több éve, év tizede, állnak már az intézmény alkalmazásában. 17 fő dolgozik az otthonban 0-5 éve. 50 fő ennél régebb óta. A dolgozóink többsége a szociális szakellátás oszlopos tagja. A gondozók, ápolók nem csak írott szabályokat tarthatnak be, hanem íratlanokat. Ezek az íratlan szabályok a szokások, amik a munkánk során napi rutinná váltak. Ha ezeket a pozitív szokásokat követjük, amit az otthonban már kialakult, akaratlanul is jogtudatosan cselekszünk, nem követünk el jogtalanságot. Az intézmény egy normarendszert követ, amit minden dolgozó a munkája során folyamatosan elsajátít. Az intézményünk ezekre a normákra szocializálja a dolgozóit. Az ellátottaink emberi méltóságának megőrzése nagyon fontos a munkánk során. Nem hiába az alaptörvény és bármilyen törvényi rendelkezés az emberi lét alapjának tartja.

„Légy becsületes. Úgy bánj másokkal, ahogy te is szeretnéd, hogy veled bánjanak.” (Everett W. Lord)

De mivel nem csak magunk felé tartozunk elszámolással, ezért kell ismerni a jogokat, mert a társadalom felé is kell bizonyítanunk a munkánk szakszerűségét.

A hirdetőtáblákon a házirend egy példány is ki van függesztve, amit a szociális törvény előír. A házirendünkben a releváns jogi szabályozások meg vannak, amik nem minden dolgozó számára egyformán hozzáférhetőek és ismereteseek.

## Javaslatok

Fontosnak tartom, hogy az intézményekben dolgozók közel azonos ismeretekkel rendelkezzenek az alkalmazott jogokról. Azok a dolgozók, akik a képzéseik tanulmányaik során megismerkedtek a joggal, felelősséggel tartoznak a többi dolgozóért, akiknek ezen a

területen hiányosságai vannak.

Jogi probléma esetén előnyös, ha az osztályokon dolgozók közösen megbeszélik és elemzik a történeteket.

Az új dolgozóknak is biztosítani kell a releváns jogi szabályozókat, amiket a munkája során alkalmaznia kell.

Készítenék minden részlegre egy kézikönyvet, amely tartalmazna egy általános átfogó jogi ismereteket, a középső részben az egészségügyi törvény és a szociális törvény által biztosított jogokat mutatnám be, és a végén kerülné megfogalmazásra az otthon elvárásai a dolgozók felé. Mellékletben pedig olyan esettanulmányok szerepelnének, amelyek az otthonban előfordultak vagy előfordulhatnak és ezekre az esetekre intézkedési tervek lennének megalkotva. Az tanulmányokat folyamatosan bővíteném az újonnan felmerülő jogi esetekkel.

Az új dolgozókkal a felvételt követően, egy erre a feladatra kinevezett személynek kellene oktatást tartania, melynek keretében az otthon szokásait, a házirendjét és egyéb jogi elvárásokat áttanulmányoznák.

Azoknak a dolgozóinknak, akik régóta az otthon dolgozói, de az iskolai tanulmányaik során még nem találkoztak jogi ismeretekkel, továbbképzésen bővíteném a tudásukat. Meg lehetne szervezni az otthonban egy kreditpont szerző továbbképzést. Ehhez az adott területekhez megfelelő jogászokat hívnánk előadónak. Mivel az otthonban havonta tart fogadóórát az ellátottjogi képviselő az Ő tapasztalataiból is tudnánk profitálni. Az otthon ellátottjogi képviselője időnként előadásokat tarthatna a személyzet számára a jogszabályi változásokról és eset bemutatásokról tájékoztatná a dolgozókat, ami egyébként is a feladatai közé tartozik.

Ha lehetőségem adódna, több fővárosi otthont is bevonnék a kutatásomba. A demensek jogait az ellátásában jobban átnézném, elemezném például önrendelkezés jogát és a tájékoztatás jogát, az emberi méltósághoz való jogot. A demensek jogvédelme kiemelten fontos mivel ők nem tudják a jogukat érvényesíteni.

## Irodalomjegyzék

1. Antal, G. (2003). Betegjogok Európában és Magyarországon – orvos földrajzi megközelítésben. *Földrajzi értesítő*, 52(3-4), 291-297.
2. Benke, T. (2013). Új lehetőségek a betegjogok – védelmében?!. Az OBDK megalakulása és előzményei *IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben*, 12(8), 7-10.
3. Bugarszki, Zs. (2004). A szociális szolgáltatások újjászülése Magyarországon. *Esély*, 15(4), 100-110.
4. Dósa, Á. (2012). *Összehasonlító egészségügyi jog, Orvosetikai kérdések jogi szemmel*. Budapest: Complex Kiadó jogi és Üzleti Tartalomszolgáltató Kft
5. Feith, H. J. (2013). Betegjogok. *Élet és Tudomány*, 27, 844-845.
6. Iván, L. (2002). Az öregedés aktuális kérdései. *Magyar tudomány*, 108(4), 412-418.
7. Juhász, G. (2012). A gazdasági és szociális jogok védelme az Alkotmányban és az Alaptörvényben. *Fundamentum*, 16(1), 35-49.
8. Juhász, G. & Tausz, K. (2012) *Szociálisjog A 2011. december 31-én hatályos állapot szerint*. Az elektronikus kiadvány a TÁMOP-4.1.2-08/2/A/KMR-2009-0043 – „A szociálpolitikus és a szociális munkás képzés megújítása az ELTE és a BCE együtt működésében” (SZOCMEG) projekt keretében készült. Hungarian edition © ELTE-TÁTK, 2012 Budapest, Hozzáférhető: [http://jak.ppke.hu/uploads/articles/186601/file/SZOCI%C3%81LIS\\_JOG-1.pdf](http://jak.ppke.hu/uploads/articles/186601/file/SZOCI%C3%81LIS_JOG-1.pdf) (Letöltve: 2014. 04. 10.)
9. Kovácsy, Zs. (2008). *Egészségügyi jog, Az egészségügyi ellátás részeseinek jogai és kötelezettségei* Budapest, Semmelweis Kiadó pp. 47-98.
10. Molnár, A. (2001). A magyar betegjogi szabályozás a nemzetközi rendelkezések tükrében. *Legis Artis Medicinae*, 11(8-9), 597-610.
11. OBDK (2013) *Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és dokumentációs Központ szakmai beszámolója a 2012. évi betegjogi, ellátottjogi és gyermekjogi feladatokról*. Hozzáférhető: [http://www.obdk.hu/UserFiles/obdk\\_beszamolo\\_2012.pdf](http://www.obdk.hu/UserFiles/obdk_beszamolo_2012.pdf) (Letöltve: 2014. 04. 10.)
12. *Patients' Right. Genomic Research Center*. (2014). Hozzáférhető: <http://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/> (Letöltve: 2014. 06. 18.)
13. Szűcs, Á., Lipták, K. (2006) A betegjogok és az ápolók a XXI. században. *Nővér*, 19 (5). Hozzáférhető: [http://www.eski.hu/new3/kiadv/nover/2006/200605/0605tart\\_hu.html](http://www.eski.hu/new3/kiadv/nover/2006/200605/0605tart_hu.html) (Letöltve: 2014. 11. 10.)
14. Tariska, P. (2006). Az időskori demenciák fékezése. *Háziorvosi Továbbképző Szemle*. 11(4), 340-343
15. Vaskovics, L. (2013). Az időskori életforma intézményülése a modern társadalmakban. *Demográfia*. 56(1), 7-24.

## FELHÍVÁS

**Immár második alkalommal kerül megrendezésre a  
MESZK II. SZAKDOLGOZÓI TUDOMÁNYOS KONGRESSZUSA**

**Időpont: 2015. szeptember 10-12.**

**Helyszín: Hotel Azúr – Siófok**

Tudományos előadásokra szóló absztraktok beküldési határideje: 2015. március 31.

A Kongresszusról bővebb információ, jelentkezés 2015. április 1-től lesz elérhető a [www.meszk.hu](http://www.meszk.hu) honlapon.

További információ: Mátésné Horváth Mónika, MESZK Országos Szervezet irodavezetőjénél  
lehetőség, tel.: 1-323-2070, e-mail: [monika@meszk.hu](mailto:monika@meszk.hu)

# Ápolói pályát választó hallgatók értékutatása szakközépiskolában

KOVÁCSNÉ MELHER Marianna

## Összefoglalás

**A vizsgálat célja:** Az Egri Kossuth Zsuzsanna Szakközépiskola, Szakiskola és Kollégium ápoló tanulóinak értékrendszerének, a pályaválasztási indíttatásuknak, valamint a szociokulturális háttérüknek a felmérése.

**Vizsgálati módszer és minta:** A kutatás leíró jellegű, a minta elemszáma 169. (n=169) Az adatok összegzése Microsoft Office Excel 2007 program segítségével történt.

**Eredmények:** A szülők iskolázottságának és foglalkozásuk hatásának nagyságát tekintve megállapítható, hogy szülők hatása érvényesül gyermekük iskolaválasztásánál. Minden vizsgált csoportban erős családi támogatás áll a hallgatók mögött. A legtöbb tanulót pályaválasztási döntésében az ápolói hivatás választásában az emberek segítségének a vágya motiválta. Az iskolai tanulmányok befejezése után pályát választók a pályaválasztása határozottabb, mint fiatalabb hallgató társaiké. Az ápolói hivatás legfontosabb értékeinek a szakmai tudás, felkészültség, felelősségteljeség és a pontosság bizonyult. Nem nyert bizonyítást az, hogy az ápolói pályához tartozó értékek az életkorral növekednek.

**Következtetések:** A tanulók értékrendszerének megismerése nagyon fontos feladat, mivel a hallgatók a képzés során kapott és az otthonról hozott értékei meghatározóak az ápolási munkában.

**Kulcsszavak:** érték, értékpreferencia, ápolói hivatás

**Value research of students in the patient care sector. Research carried out in a vocational secondary school**  
Marianna MELHER KOVÁCSNÉ

### Summary

**Aim of the study:** Mapping out the value system, the professional motivation and the socio-cultural background of care provider students at the Zsuzsanna Kossuth Vocational Secondary School

**Sample and methods:** Descriptive type research, number of elements 169 (n=169). The data was synthesized with Microsoft Office Excel 2007.

**Results:** Taking into consideration the influence of the parents' educational and professional background it can be stated that the parents's influence gains control of their children's school choice. In every analyzed group students are backed by strong family support. Regarding their career choice most students were motivated by the desire to help people. Graduate students demonstrate a more consistent career choice than younger students. The most important values of the care provider career proved to be: professional knowledge, know-how, responsibility and precision. An increase in career values related to age has not been demonstrated.

**Conclusions:** It is very important to know the students's value system because the values gained in the family and at school play a determining role in the care providers's job.

**Key words:** value, value preference, care provider profession

Érkezett: 2014. szeptember 02. Elfogadva: 2014. október 14.

## Bevezetés

Az élet minden területén, de munkánk során is naponta tapasztalhatjuk, hogy az értékek szerepe megváltozott az emberek életében. Az látható, hogy átrendeződnek a sok évszázados hagyományok és egy más-

fajta szemlélet alakul ki a társadalomban. Ugyanakkor tudjuk azt, hogy az értékek teszik lehetővé a társadalom működését, fontos szerepe van az emberek egyéni életvitelében, de meghatározó az az értékrend, amely jellemzi az egyént munkavégzése során. A család a legfontosabb intézmények egyike,

KOVÁCSNÉ MELHER Marianna

oktató, Egri Kossuth Zsuzsanna Szakközépiskola, Szakiskola és Kollégium

Levelező szerző (correspondent): KOVÁCSNÉ MELHER Marianna,

elérhetőség: 3300 Eger, Töviskes tér 10. 7/51, Tel.: 20/490-6967, e-mail: knemelherm@gmail.com

amely fontos szerepet tölt be az érték közvetítésben, a kulturális tőke átörökítésében, segíti a társadalmi beilleszkedést a gyermek számára. Az iskola, mint másodlagos szocializációs színtér egyik fő feladata a családban elkezdett személyiségfejlesztés alakítása, a pozitív értékek kimunkálása.

Jelenleg az oktatás területén dolgozom és tapasztalom, hogy az egészségügyi pályát választó tanulók száma is és felkészültsége csökken. Felmerült bennem az, hogy az ápolási munka minőségét meghatározó értékek, amelyeket hozunk magunkkal menyire változtathatók a képzés során, és azok a tanulók, akik az ápolói pályát választják, milyen értékrenddel rendelkeznek jelenleg, van-e kapcsolat a kapott és a hozott értékek között és javítható-e az egészségügyi ellátás rendszere az értékek változásával.

## A választott téma jelentősége, aktualitása

Napjainkban az egészségügy humán erőforrás krízise zajlik, általánosságban körvonalazódnak a lehetséges okok, amelyek munkaerőhiányt okozhatják. Az ápolói létszám nagymértékű csökkenésének okai közt fontos szerepet játszik az ápolók pályaelhagyása, amely egyrésztől más szakmában való elhelyezkedést jelent, másrésztől az elvándorlás, melynek fő oka leginkább anyagi okokban keresendő. Az ápolóképzést választók számának csökkenése, a jelentős létszámú ápoló nyugdíjba vonulása, a rendszerben maradt túlterheltsége, a nem képzettségüknek megfelelő feladatok végzése, az alacsony bérezés, a túlóra és túlterheltség miatti kiegészítés, a magánélet válsága, alacsony társadalmi megbecsültség és hierarchiában elfoglalt hely jelentősen hozzájárul ahhoz, hogy ápolóhiány alakult ki Magyarországon.

Az Egészségügyi Világszervezet a 2006-os Egészség jelentésben (The World Health Report 2006- Working together for Health; WHO) az egészségügyi emberi erőforrások hiányában bekövetkezett válságot már központi és világméretű problémává nyilvánította. A WHO a humán erőforrás globális állományában fennálló hiányok súlyos kö-

vetkezményeire, és ezek várható negatív hatásaira figyelmeztette az országokat. (WHO, 2006) Az ápolóhiány mértéke 2020-ra Európában is elérheti a 20%-ot. (Auerbach, Staiger, Muench, & Buerhaus, 2013)

A dolgozók nagy része Magyarországon fizikálisan és pszichésen is túlterhelt. Az ápolók a munkavégzés során gyakran találkoznak lelki megterheléssel, feszültséget generáló helyzetekkel. Az ápolókra nehezedő terheket fokozhatja még az is, hogy a szakdolgozók akár tíz százalékát is elveszítheti az egészségügy, ha a jogosultak élnek a 40 év munkaviszony utáni nyugdíjazás lehetőségével. Az egészségügy magas színvonalú és hatékony működésének egyik legfontosabb feltétele, hogy az ágazatban megfelelő létszámú, jól képzett, elkötelezett munkaerő dolgozzon. Az eredményes munkához elengedhetetlen az emberi erőforrással való gazdálkodás fejlesztése. Az ápolói pálya iránti érdeklődés drasztikusan csökkent, a távozókat csak alacsonyabb képzettségű munkatárssal tudják pótolni. (Szabó Bakos, 2007)

Az Országos Képzési Jegyzék (továbbiakban: OKJ) nappali ápolóképzése helyett az ápolók gyakrabban választják a munka melletti képzést bizonyítványuk megszerzésére, nincs utánpótlás. Az EU normáknak megfelelő ugyan, de az ápolás, mint szakma elvesztette a társadalom érdeklődését. Alacsony az ápoló szakma társadalmi megbecsültsége, és a hierarchiában elfoglalt helye is tetézi a problémákat. (Balogh, 2009) A nappali képzésben végzettek közül egyre kevesebben helyezkednek el az egészségügyben. Az alacsony anyagi megbecsülés, a kevés fizetés az ágazatban is oka annak, hogy kevésbé vonzó a pálya a fiatalok számára. Egykori ápolási igazgatóm szerint az egészségügyi dolgozók egyre többet kell hogy dolgozzanak, egyre alacsonyabb bérért, mert az ápolói fizetések nem biztosítják a megélhetést. (Szloboda, 2004) A szakképzésben jelentkező anomáliák, az együttes társadalmi és gazdasági hatásokkal együtt, az elmúlt húsz évben elvezettek odáig, hogy a kulcsfontosságú egészségügyi területekre kevés a jelentkező, némely szakokon pedig nagy a túljelentkezés a felsőoktatásban. (Konczné, 2012)

A hivatásra való felkészülésben a pozitív



benyomásokkal találkozó alapos szakmai tudás lenne az egészségügy megváltoztató ereje, ez a folyamat kibontakozni látszik a különböző egészségügyi oktatási tartalmak összehangolásában. Ezen problémák felismerése miatt hazánkban is elkezdődött egy folyamat, mely nem csak az egészségügyi ellátórendszer átalakítására irányul, de már az oktatási rendszer átalakítására is, melytől remélhetőleg hosszútávon a humán erőforrás hiányának a megszűnése várható más az ápolói hivatás presztízsének a javítására szolgáló átfogó intézkedésekkel együtt.

## Kutatási célkitűzés

A hazai felsőoktatás területén számos kutatás született, amely a képzésben résztvevő hallgatók ápolói pályához kapcsolódó értékek kutatására, szociokulturális háttérére valamint a pályaválasztási motivációira irányult. Az egészségügyi szakképzés területén kevés ilyen feltáró kutatás készült, ami az ápolótanulók pályaválasztási motivációját, pályán maradási szándékát, valamint a tanulók értékutatására irányul. Úgy gondolom, hogy ez a téma fontossága és aktualitásának ellenére nem kapott még kellő figyelmet. A sürgető ápolóhiány az oktatást és a képzést is nagy feladat elé állítja, hiszen már itt törekedni kell arra, hogy minél több szakképzett ápolót képezzünk és tartsunk az ápolói pályán.

Kutatásomban elsődleges célkitűzés az ápoló tanulók érték kutatása. Azokat a tényezőket keresem, melyek meghatározzák az értékek kialakulását. Céлом még a pályaválasztás, pályán maradási szándék és a szociokulturális háttér feltárása is és ezen tényezők egymásra hatásának a vizsgálata.

### Vizsgálati hipotézis

1. Feltételezem, hogy a szülők iskolai végzettsége és foglalkozása hatással van gyermekük pályaválasztására, az alacsonyabb iskolai végzettségű szülők gyermekei inkább szakiskolába, a magasabb végzettségűeké inkább szakközépiskolába járnak.

2. Feltételezem, hogy a pályaválasztás sikeressége és pályán maradási szándék erősebb azoknál a hallgatóknál, akik az iskolai tanulmányok elvégzése után választják az ápolói hivatást.
3. Feltételezem, hogy a választott hivatás társadalmi megítélésében a vizsgált hallgatói csoportoknál a nincsenek lényeges eltérések.
4. Feltételezem, hogy a vizsgált csoportokban az ápolói pályához tartozó értékek az életkorral növekednek.

## Vizsgálati módszer

### Vizsgálat helye és ideje

Vizsgálat helye: Egri Kossuth Zsuzsanna Szakközépiskola, Szakiskola és Kollégium  
Felmérés ideje: 2014. május hónap

A vizsgálat elvégzését megelőzően írásbeli engedélyt kértem az intézmény vezetőjétől kutatásom elvégzéséhez, majd egy a kutatásomban nem szereplő csoportban a kérdőívet kitölttettem, az időigény meghatározására és a hibák felmérésére.

Az iskola Heves megye egyetlen egészségügyi képzésekkel foglalkozó oktatási intézménye. Az intézményben a tanulók száma 594 fő (2013. október 1. adatok szerint), a tantestület tagjainak a száma: 59 fő.

- Intézményünkben jelenleg folyó képzések:
- ⇒ Szakközépiskola 10-12 osztály (humán szakterület, egészségügyi szakmacsoportos képzés valamint rendészeti pályára előkészítő, szakmacsoporton kívüli szakközépiskola) ez jelenleg már kifutó képzés
  - ⇒ Ágazati szakközépiskolai képzés 9. évfolyamtól 2013/2014 tanévtől felmenő rendszerben (ápolói és rendészeti képzés)
  - ⇒ Szakiskolai képzés (szociális gondozó és ápoló képzés)
  - ⇒ Érettségi utáni szakképzés: gyakorló ápoló képzés, valamint gyakorló ápoló képzésre épülő OKJ ápoló,
  - ⇒ Egészségügyi asszisztens képzés

Az iskolánk, egyben a kutatás helyszíne idén ünnepelte fennállásának ötvenedik évfordulóját. *1964-ben kezdődött iskola-rendszerű nővérképzés akkor még a Markhot Ferenc kórház területén. Jelenlegi helyére a*

*Bem Tábournok útra iskolánk 2000-ben költözött. Pár évvel ezelőtt színesedett képzési palettánk a rendészeti pályára készítő képzéssel, s ezzel elmondhatjuk, hogy a modern kor követelményeinek megfelelő egészségügyi, szociális és rendészeti szakképzés folyik intézményünkben. A jövő tervezése nem csak arra ad lehetőséget, hogy az új kihívásoknak megfelelő iskolát képzeljünk el, de mód van a vizsatekintésre, értékelésre is. Melyek azok az értékek, amelyeket meg kell őriznünk és mi az, amit újra kell gondolnunk, újra kell fogalmaznunk.*

### Vizsgálat eszköze

Az iskola ápoló tanulóinak felmérése, a leíró jellegű kutatás kérdőív segítségével történt, amely egy általam összeállított összesen 31, önkitöltős, anonim, zárt és nyitott kérdéseket tartalmazott. A kérdőív kitöltése előtt a résztvevőket tájékoztattam vizsgálatom céljáról és módjáról, biztosítottam őket névtelenségükről.

### Minta, populáció

A kérdőíveket ágazati egészségügyi szakközépiskolai képzés 9. évfolyamán 53 tanuló, szakiskolai képzés tanuló 9., 11. és 12. évfolyamán 66 tanuló, valamint az érettségi utáni szakképzés 13-14-15 évfolyamán 104 tanuló részére osztottam ki. A szakközépiskolai képzésből: 48 (n=48), szakiskolai képzésből: 49 (n=49) és érettségi utáni szakképzésből: 72 (n=72) kérdőív került feldolgozásra. A visszakapott kérdőívekből csak azok kerültek feldolgozásra, amelyek értékelhető eredményt mutattak.

Az adatokat Microsoft Office Excel 2007 program segítségével összegeztem, majd statisztikai számításokat végeztem.

## Eredmények

Vizsgálatom során megállapítottam, hogy a mintában szereplő (n=169) hallgatók között a női hallgatók száma dominál (89,34%). A lakóhely és lakás típusát tekintve a vizsgált tanulók túlnyomórészt vidéken, családi házban élnek. Családjuk társadalmi helyzetét szubjektíven megítélve a mintában vizsgált csoportok magukat középosztályhoz tartozónak sorolták anyagi szempontból.

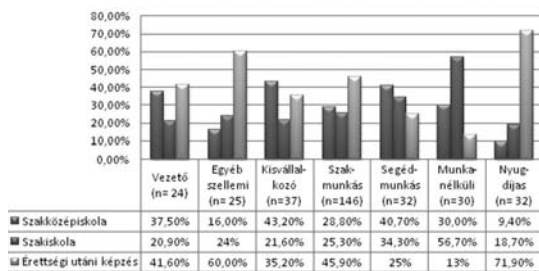
A legtöbb tanulót pályaválasztási döntésében az ápolói hivatás választásában az embe rekben segítségének vágya motiválta. Minden képzési formában erős családi támogatás állt a hallgatók mögött. Figyelemreméltó az, hogy az iskolai tanulmányok befejezése után pályát választók határozottabbak, mint fiatalabb hallgató társaik. Megítélésem szerint az idősebb korosztály ténylegesen is határozottabb a választással kapcsolatban. A pályánmaradási szándék a szakközépiskolában és szakiskolában nem határozott, a „nagyon valószínű” és „biztosan” válaszok a kisebb arányt képviselték, míg ezzel szemben az érettségi utáni szakképzésben a vá laszadók többsége az előbb említett két lehetőség között döntött. (I. táblázat)

Az ápolói hivatás legfontosabb értékeinek a szakmai tudás, felkészültség, felelősségteljesség és a pontosság bizonyult. A szakmai tudás és a felkészültséggel kapcsolatban, az érettségi utáni szakképzésben résztvevő hallgatók magabiztos aránnyal döntöttek úgy, hogy ezek a legfontosabb értékek, míg a pontossággal kapcsolatban a szakiskolai hallgatók nagyobb arányban gondolták ezt. Vizsgálatom során nem nyert bebizonyítást az a feltételezésem, hogy az ápolói pályához tartozó értékek az életkorral növekednek, de megnyilvánul a válaszokban, hogy az ápoló

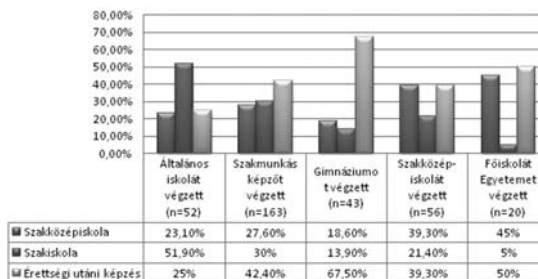
**I. táblázat Pályaválasztás határozottsága**

Pályaválasztás határozottsága	Szakközépiskola fő (%); (n=48)	Szakiskola fő (%); (n=49)	Érettségi utáni szakképzés fő (%); (n=72)
Nem volt sikeres	6 (12,5)	4 (8,16)	2 (2,77)
Sikeres volt	19 (39,58)	23 (46,94)	33 (45,83)
Biztosan nem ezt választaná	9 (18,75)	8 (16,33)	2 (2,77)
Ma is ezt választaná	14 (29,16)	14 (28,57)	35 (48,61)

**1. ábra: Szülők foglalkozása szerinti megoszlás (n=169)**



**2. ábra: A szülők iskolai végzettsége szerinti megoszlás (n=169)**



**II. táblázat: Szülők iskolai végzettsége, foglalkozása és a képzés közötti kapcsolat (n=169)**

Szülők iskolai végzettsége, foglalkozása és a képzés közötti kapcsolat	Khi négyzet ( $\chi^2$ )	C mutató	Kapcsolat erőssége (0= nincs kapcsolat, 1= teljes kapcsolat)
<i>Apa végzettsége</i>	18,458	0,66	közepesenél erősebb kapcsolat
<i>Anya végzettsége</i>	22,683	0,734	közepesenél erősebb kapcsolat
<i>Apa foglalkozása</i>	18,300	0,833	erős kapcsolat
<i>Anya foglalkozása</i>	27,197	0,985	erős kapcsolat

pályához tartozó értékeknek fontos szerepe van a hallgatók életében.

**Első hipotézisem** a szülők iskolai végzettségével és foglalkozásával áll kapcsolatban. E szerint, az alacsonyabb képzettségi és foglalkoztatottsági szinten álló szülők gyermeke a szakiskolai képzést választja, míg a felsőfokú végzettségűeké a szakközéiskolait.

A szülők iskolázottságának és foglalkozásuk hatásának nagyságát tekintve megállapítható, hogy a szakközéiskola választásánál az érettségizett szülők hatása jóval erősebb, mint a szakmunkás- vagy általános iskolai végzettségé, míg a szakiskolai továbbtanulás esetében, a szakmunkás és az általános iskolát végzett végzettség szülők hatása érvényesül. (1-2. ábra) A képzés és a szülők iskolai végzettségének kapcsolatánál a vizsgálatot az apa és az anya tekintetében külön folytattam le. A kapcsolat szorosságát asszociációs (két minőségi ismérv, tulajdonság kapcsolata) vizsgálattal Csuprov-féle mutatókkal, összefüggés-vizsgálat asszociációval vizsgáltam. A peremgyakoriság és Khi-négyzet meghatározásakor, amennyiben függetlenség állna fenn akkor az eredmény 0 lenne, a számítások meghatározott statisztikai mutató (c mutató) számításával ka-

pott eredménye mutatja a szorosság értékét, amelynek értéke 0 és 1 közötti lehet, és 1-nél van teljes kapcsolat, 0-nál pedig nincs. (II. táblázat) Feltevésem igazolódott, a szülők foglalkozása és a gyermekük képzése között kapcsolat található. Családon belül az anya foglalkozása döntően befolyásolja gyermeke választott képzési formáját.

**Második hipotézisemben** feltételezem, hogy a pályaválasztás sikeressége és pályámaradási szándék erősebb azoknál a hallgatóknál, akik az iskolai tanulmányok elvégzése után választják az ápoló hivatást. Az összefoglaló III. táblázatban is látható, hogy a pályaválasztás sikerességére utaló eldöntendő kérdésben mindhárom képzés azonos válaszokat preferált, mégis az érettségi utáni szakképzésben – ahol a legmagasabb az átlag életkor – határozottan választották a pozitív választ, míg a szakközéiskolában és szakiskolában sokkal tagoltabbak az eredmények. Tehát ez a hipotézis kapcsolatban állt az életkorral és a választási képességgel, pályán maradási szándékkal. Megítélésem szerint az idősebb korosztály ténylegesen is határozottabb a választással kapcsolatban. A pályámaradási szándék a szakközéiskolában és szakiskolában nem határozott, a „nagyon valószínű” és „biztosan” válaszok a

III. táblázat: Értékpreferáció a hivatásban

Értékpreferáció a hivatásban	Szakközépiskola fő (%); (n=48)			Szakiskola fő (%); (n=49)			Érettségi utáni szakképzés fő (%); (n=72)		
	1-Egyáltalán nem fontos érték, 2-Fontos érték, 3-Legfontosabbnak tartott érték								
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Szakmai tudás, felkészültség	-	17 (35,42)	31 (64,58)	-	14 (28,45)	35 (71,43)	-	17 (23,61)	55 (76,39)
Empátiás készség	2 (4,16)	29 (60,42)	17 (35,42)	2 (4,08)	22 (44,9)	25 (51,02)	-	21 (29,16)	51 (70,84)
Önzetlen segítségnyújtás	3 (6,25)	22 (45,83)	23 (47,92)	2 (4,08)	16 (32,7)	31 (63,22)	1 (1,38)	24 (33,33)	47 (65,29)
Kommunikációs készség	-	33 (68,75)	15 (31,25)	2 (4,08)	17 (34,7)	30 (61,22)	-	37 (51,38)	35 (48,62)
Problémamegoldó képesség	1 (2,08)	24 (50)	23 (47,92)	-	22 (44,9)	27 (55,1)	-	30 (41,66)	42 (58,34)
Felelősségteljeség	-	20 (41,66)	28 (58,34)	-	10 (20,8)	39 (79,2)	-	10 (13,88)	62 (86,12)
Önállóság	4 (8,3)	22 (45,83)	22 (45,83)	2 (4,08)	21 (42,86)	26 (53,6)	-	44 (61,11)	28 (38,89)
Szavahihetőség	8 (16,6)	25 (52,08)	15 (31,25)	2 (4,08)	18 (36,73)	29 (59,19)	2 (2,77)	22 (30,55)	48 (66,68)
Udvariasság	4 (8,3)	18 (37,5)	26 (54,16)	-	22 (44,9)	27 (55,1)	-	37 (51,38)	35 (48,62)
Lelkiismeretesség	6 (12,5)	24 (50)	18 (37,5)	2 (4,08)	18 (36,73)	29 (59,19)	-	23 (31,94)	49 (68,06)
Tisztaság, ápoltság	-	11 (22,92)	37 (77,08)	1 (2,04)	12 (24,49)	36 (73,47)	-	22 (30,55)	50 (69,45)
Pontosság	-	13 (27,08)	35 (72,92)	-	9 (18,37)	40 (81,63)	-	17 (23,61)	55 (76,39)

kiseb arányt képviselték, míg ezzel szemben az érettségi utáni szakképzésben a válaszadók többsége az előbb említett két lehetőség között döntött. Így valószínűsítem, hogy az átlagéletkor szerinti legidősebb vizsgált csoport, az érettségi utáni szakképzésben résztvevők határozottabban és stabilabban döntöttek emellett a hivatás mellett, és ebből fakadóan a pályánmaradási szándékuk is erősebb. Feltételezésemet a kapcsolat szorosságának vizsgálatát rangkorrelációval végeztem el, amivel minőségi ismérvváltozatokat lehet rangsorolni.

A lineáris korrelációs együttható kapott értéke 0,9998 (0 és 1 közötti lehet az értéke) tehát nagyon szoros, majdnem teljes kapcsolat van a pályaválasztás életszakasza és a választott kapcsolata között. A pályán maradási szándék és a választott képzés vizsgálatánál először mindhárom csoportban átlag és a szórás értékét határoztam meg. A

minta alapján megvizsgáltam, hogy 5%-os szignifikancia szinten befolyásolja-e a pályán maradási szándékot a választott képzést. A nullhipotézis (H0): függetlenség áll fenn, hipotézis (H1): van kapcsolat. Bizonyításra a F próbát használtam, melynek értéke: 7,191. Megnéztem, hogy alfa=5%-os szignifikancia szinten mi a felső kritikus érték, azaz a H0-t meddig fogadhatom el. A szabadságfokok meghatározása után az F próba értéke a kritikus határon kívül esett, így a H0-t elvettem és az alternatív hipotézist fogadtam el, miszerint van kapcsolat a képzés és a pályán maradási szándék között. (IV. táblázat)

**Harmadik hipotézisben** feltételezem, hogy a választott hivatás társadalmi megítélésében nincsenek lényeges eltérések a vizsgált hallgatói csoportoknál. A kutatásomban a közepes megbecsülést választották a legtöbben, mégis nagyon alacsonynak a legtöbben az érettségi utáni szakképzésben gondol-



IV. táblázat: Egészségügyi pályán való elhelyezkedés valószínűsége

Egészségügyi pályán való elhelyezkedés valószínűsége	Szakközépiskola fő (%); (48 fő)	Szakiskola fő (%); (49 fő)	Érettségi utáni szakképzés fő (%); (72 fő)
Egyáltalán nem	12 (25)	2 (4,08)	1 (1,38)
Talán	12 (25)	19 (38,77)	6 (8,33)
Nem tudja eldönteni	11 (22,92)	12 (24,49)	6 (8,33)
Nagyon valószínű	11(22,92)	7 (14,29)	36 (50)
Biztosan	2 (4,16)	9 (18,37)	23 (31,94)

V. táblázat: Hivatás megítélése a társadalomban a hallgatók szerint

Hivatás megítélése a társadalomban	Szakközépiskola, fő (%); (n=48)	Szakiskola fő (%); (n=49)	Érettségi utáni szakképzés fő (%); (n=72)
Nagyon alacsony	2 (4,16)	2 (4,08)	8 (11)
Alacsony	5 (10,42)	13 (26,53)	16 (22)
Közepes	29 (60,42)	27 (55,1)	43 (60)
Magas	11 (22,92)	7 (14,29)	5 (7)
Nagyon magas	1 (2,08)	-	-

ták Ez összefügghet az életkorukkal, már-mint több tapasztalattal, emberi kapcsolattal rendelkezhetnek, sőt ez a csoport kifejezetten jellemzőnek találta tagjaira az újságolvasást, és a számítógép használatot is, amiből fakadóan az internetes fórumok, és különböző médiumok böngészése közben szélesebb spektrumú véleményekkel találkozhatnak. Mégis ezen tények ismeretében választották ezt a hivatást, ami az előző megállapításommal kapcsolatban csak visszajelzésként hat, hogy a hallgatók döntése mennyire tudatos. Hipotézisvizsgálatom arra irányult, hogy a két képzés között nincs lényeges különbség a társadalmi megítélésben, azaz két csoport (minta) társadalmi megítélésének átlaga megegyezik. A szórás értéke szakközépiskolai képzésben: 0,767, szakiskolai képzésben: 0,735, érettségi utáni szakképzésben: 0,861. (V. táblázat)

#### Szakközépiskola és szakiskola összehasonlítása

Mivel kis minta van, a t-próba elvégzéséhez először a szórások egyezőségét kell vizsgálni, ezt a korábban kiszámolt szórások segítségével tettem meg. Két minta szórásának egyezőségének vizsgálatához F próbát alkalmaztam. 5%-os szignifikancia szinten. F értéke: 1,088. A szabadság fokok megha-

tározása után az F értéke a két érték közé esik, a szórások egyeznek, így elvégezhettem a t-próbát. T-próbával néztem meg, hogy a két minta várható értéke (átlaga) megegyezik-e. 5%-os szignifikancia szinten t értéke 1,883, szabadságfokok meghatározása alapján a t-próba értéke az alsó és felső kritikus határ között van, ezért H<sub>0</sub> hipotézist elfogadtam, azaz nincs eltérés az átlagos társadalmi megítélésben a szakközépiskolába járók és a szakiskolába járók között.

#### Szakközépiskola és érettségi utáni képzés összehasonlítása

A számítás ugyanaz, itt is kis minta van, a t-próba elvégzéséhez először a szórások egyezőségét kell vizsgálni, ezt a korábban kiszámolt szórások segítségével tettem meg. A két minta szórás-egyezőségének vizsgálatához az F próbát alkalmaztam, 5%-os szignifikancia szinten. F értéke: 0,793. T-próbával néztem meg, hogy a két minta várható értéke (átlaga) megegyezik-e. 5%-os szignifikancia szinten T értéke 0,090, szabadságfokok meghatározása alapján a T értéke az alsó és felső kritikus határ között van, ezért megállapítható, hogy nincs eltérés az átlagos társadalmi megítélésben a szakközépiskolába járók és az érettségi utáni képzésben résztvevők között.

### Szakiskola és érettségi utáni képzés összehasonlítása

Természetesen itt is ugyanúgy jártam el, mint a két előző számításnál. 5%-os szignifikancia szinten F értéke: 0,729, és szintén 5%-os szignifikancia szinten meghatározott t-próbánál a T értéke: -1,817 és a szabadságfokok meghatározása után megállapítottam, hogy a T próba értéke az alsó és felső kritikus határ között van, tehát nem találtam eltérést az átlagos társadalmi megítélésben a szakiskolai tanulók és érettségi utáni képzésben résztvevők között.

**Negyedik hipotézisemben** feltételezem, hogy a vizsgált csoportokban az ápolói pályához tartozó értékek az életkorral növekednek. A szakmai értékek elhelyezésével kapcsolatban a vizsgált mintából 31 tanuló gondolta valamelyik értékről, hogy egyáltalán nem fontos. Megoszlásukat tekintve a szakközépiskolai tanulók – összesen 18 fő – vezeték ezt a negatív rangsort. Közülük 16,6% vélte, hogy a szavahihetőség egyáltalán nem fontos érték az ápolói hivatásban. Szakközépiskolában fontos értéknek a kommunikációs készséget (68,75%), legfontosabbnak pedig a tisztaságot, ápoltságot (77,08%) értékelték. A szakiskolai hallgatók számára az empátia, a problémamegoldás és az udvariasság (44,9%) egyaránt fontos, míg a legfontosabb a pontosság (81,63%). Az érettségi utáni szakképzésben résztvevők értékrendjében kiemelkedően fontos az önállóság (61,11%), míg a legfontosabbnak a szakmai tudás, felkészültség és a pontosság (76,39%) bizonyultak. A feladatnál összegeztem a kutatásban az értékrendekre adott pontszámokat, ezeknek a pontszámoknak megnéztem az adott mintában (szakközépiskola, szakiskola és érettségi utáni képzés) az átlagát és szórását. A teljes minta átlaga (tehát a 3 féle képzés összegezve): 30,96.

A minta alapján megvizsgáltam, hogy – 5%-os szignifikancia szinten – befolyásolja-e az ápolói értékrendek alakulását az, hogy milyen képzésben vett részt. Ennek eldöntésére varianciaanalízisre volt szükség. F próbát végeztem, melyhez szükségesek: a külső és a belső eltérés négyzetösszeg, a mintaelem

szám és a csoportok száma. Az F kapott értéke: 2,66. A továbbiakban meg kell nézni, hogy alfa=5%-os szignifikancia szinten mi a felső és alsó kritikus érték, azaz a H<sub>0</sub> hipotézist meddig fogadjuk el. Mivel az F próba értéke 2,66, ami a felső és az alsó kritikus érték között helyezkedik el, tehát a nullhipotézist elfogadjuk, és így megállapítható, hogy nincs kapcsolat az ápolói értékrend alakulása és a képzési forma között, tehát negyedik hipotézisem nem nyert igazolást.

### Következtetések

A tanulók értékrendszerének és pályaválasztási indíttatásának megismerése nagyon fontos feladat, mivel a hallgatók a képzés során kapott és az otthonról hozott értékei meghatározóak az ápolási munkában. Ápolói munkám során tapasztaltam azt, hogy az ápolói létszám nagymértékű csökkenésének okai közt fontos szerepet játszik az ápolók pályaelhagyása, amely egyrésztől más szakmában való elhelyezkedést jelent, másrésztől az elvándorlás, ami nagyon sok ápolóban felmerülő kérdés. Ennek fő oka napjainkban azonban leginkább anyagi okokban keresendő.

Az értékek meghatározzák mindennapi életvitelünket és döntéseinket valamint viselkedésünket más emberekhez.

### Javaslatok

Az ápolói hivatás vonzóvá tétele nagy kihívás, jelenleg sürgető feladata az egészségügyi ágazatért felelős vezetőknek, az egészségügyi intézményeknek és az oktatásnak is. Ezekhez a saját vizsgálatom alapján három javaslatot szeretnék tenni, amelyek a következők:

#### **Életpálya modell bevezetése az egészségügy területén**

Az oktatás területén 2013 szeptemberében bevezetésre került a „Pedagógus Életpálya-modell”, mellyel a szakmai előmenetel tudatosra és tervezhetővé vált a pedagógus pályán. Egy hasonló intézkedés – az egészség-

ségügy szerkezetének fejlesztésével összhangban – lehetővé tenné azt, hogy az ápolás területén is egy hasonló életpályamodell bevezetésre kerüljön. A jövőkép egy kiszámítható szakmai előmenetelt biztosítana a jelenleg pályán lévő és a pályakezdő dolgozó számára egyaránt, továbbá a karriertervezés kialakításában nyújtana segítséget. Ahhoz, hogy az ápolói pálya utánpótlása biztosított legyen, pozitív benyomások kell, hogy érjék a fiatalokat a tanulmányaik folyamán. A hallgató céltudatosan az ápolói pálya irányába kell, hogy orientálódjon.

### **Tanulószerződés átírója**

Tanulószerződés a 2013/14-es tanévben került bevezetésre az ápolóképzésbe, de bármely iskolarendszerű szakképző programban szervezhető. Ettől a tanévtől már intézményünkben két ápoló évfolyam rendelkezett tanulószerződéssel. A jelenleg végzett ápoló évfolyamon a végzett tanulók mindegyike rendelkezett tanulószerződéssel, és kivétel nélkül, mindenki Egerben helyezkedett el. A tanulók véleménye alapján választásukban az is jelentős szerepet játszott, hogy munkájukat gyakorlatvezetők mellett végezték. A tanulószerződések újragondolásával jelentősen megnövekedhetne az ápolói pálya vonzereje, ha magasabb összeggel motiválnák a tanulókat, a jobb eredmények elérésében. A későbbi pályántartást az ápolói életpályamodell biztosítaná. A hallgatók támogatását az egészségügyi intézmények egy központi alapról finanszírozhatnák.

### **Oktatásvezetők képzése és alkalmazása a gyakorlati képzési helyeken (egri példa alapján)**

Az egri „Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet” A Képzési programok az egészségügyben foglalkoztatottak számára, hiányszakmák képzése, kompetenciafejlesztés támogatása /TÁMOP-6.2.2/ projekten

belül 125 millió forint pályázati támogatást nyert el. A pályázattal elnyert támogatás az egészségügyben jelenlévő hiányszakmák képzésének biztosított megfelelő anyagi hátteret a kórházban. 28 dolgozó lett beiskolázva. Közöttük 15 fő gyakorlati oktatásvezető akkreditált szakképzésben vett részt. (OKJ 54 146 01 0000). Az egészségügyi gyakorlatvezető a gyakorlati oktatás keretében, a szakmai elméleti képzéssel és a szakképzési dokumentumokkal összhangban felkészíti a tanulókat választott hivatásuk gyakorlására, a szakmai kompetenciák megszerzésére. Sikeres vizsga letétele után a kórház tizenöt osztályán kezdték el a munkát. A tanulószerződéssel rendelkező tanulók az ő munkájukat is értékelték. A tanulók elmondták, hogy egy állandóságot biztosítanak az oktatásvezetők a gyakorlatban és jelentősen változott a tanulók munkája a gyakorlati képzés során az oktatók hatására. Az országban egyedülálló példa, hogy ezzel a szakképzéssel rendelkező oktatásvezetők foglalkoznak a tanulókkal, mely az egri példa alapján országosan is bevezetendő példa lehetne. Fontos szerep jut az oktatásvezetőknek a tanulók pályorientációjában. A javaslatom ennek alapján, a képzés bevezetésének a hatékonyságának a mérése az adott intézményben. Majd az eredmények alapján az egészségügyi és a képzési szakmai szervezeteknek a döntéshozatala arról, hogy országosan bevezethető és alkalmazható legyen. A személyi minimum feltételek közé kerüljön bele, hogy minden, a gyakorlati képzésben résztvevő osztályon alkalmazni kell ilyen szakirányú végzettséggel dolgozót. Azok a tanárok, gyakorlati oktatók, ápolók, akik a hallgatókkal bármilyen formában kapcsolatba kerülnek, közvetlenül viselkedésükkel maguk is nevelnek. Az egészség értékét, ennek jelentőségét az ápolási munka során az ápolói pályára készülő hallgatók képzésekor kiemelkedően kell megnyilvánulnia. Ez a képzés feladata és kötelessége.

## Irodalomjegyzék

1. Auerbach, D. I., Staiger, D. O., Muench, U., & Buerhaus, P. I. (2013). The nursing workforce in an era of health care reform. *N Engl J Med*, 368(16), 1470-1472. doi: 10.1056/NEJMp1301694
2. Balogh, Z. (2009). Mi lett veled, nővérke? *Egészségügyi gazdasági szemle*, 47(1), 15-22.
3. Konczné, K. K. (2012). Az egészségügyi szakképzés, ápolóképzés helyzete a miskolci Ferenczi Sándor Egészségügyi Szakközépiskolában. *Nővér*, 25(2), 13-23.
4. Szabó Bakos, Z. (2007). Hivatás vagy érték? *IME : Informatika és menedzsment az egészségügyben*, 6(10), 19-23.
5. Szloboda, I. (2004). Jótékony hatású béremelés. *Egészségügyi menedzsment*, 6(3-4), 32-36.
6. WHO. (2006). Human Resources For Health in the WHO European Region. Hozzáférhető: [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/98403/E87923.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98403/E87923.pdf) (Letöltve. 2014.05.19.)

### FELHÍVÁS

#### **Európai Transzkulturális Ápolási Egyesület IV. Konferenciája**

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK), az Európai Transzkulturális Ápolási Egyesület (ETNA) és a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar (SE ETK) nemzetközi konferenciát szervez, hazai és külföldi előadók, vendégek részvételével.

Időpont: 2015. június 29-30.

Helyszín: Budapest

A konferencia hivatalos nyelve: angol

A jelentkezés részleteiről szóló információk miatt kérjük, kövesse figyelemmel a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara honlapján ([www.meszk.hu](http://www.meszk.hu)) az Eseménynaptárt.

Szervezők



# 120 éve született Baloghy Mária, a hazai gyárgondozónői képzés alapítója

HIRDI Henriett Éva

## Összefoglalás

*Baloghy Mária, a magyarországi gyárgondozónő képzés alapítója, 120 évvel ezelőtt született Kassán. Jelen rövid tanulmány célja, hogy megemlékezzünk érdemeiről, amelyek halála óta eltelt hosszú évtizedek után is példaképpül szolgálhatnak.*

### Summary

**The founder of industrial nurse training in Hungary, Maria Baloghy was born 120 years ago**

*Maria Baloghy, founder of industrial nurse training in Hungary, was born 120 years ago at Košice. This short paper intends to commemorate her merits, which remained valid even after long decades after her death.*

## Származása

Baloghy Mária százhusz éve, 1895. február 22-én született Kassán, ahol március 6-ai keresztelésekor a Mária Therezia Amália nevet kapta. Az anyakönyvi kivonat alapján szülei lakhelye – tehát vélhetően egyben az újszülött születési helye – a Rózsa út 9-es számú ház volt. Édesapja Dr. Baloghy György (Derencsény, 1861. okt. 22. – Budapest, 1931. okt. 22.) jogász, jogi író, bányajogász. Mária születésének idejében a királyi törvényszéknél alkalmazott bíró, később igazságügyminiszter Friedrich István kormányában, nyugalomba vonulásáig pedig kúriai tanácselnök volt. Édesanyja Hrivnyák Mária Nagymihályról (Zemplén vármegye) származott. **(1. kép)** Egyetlen testvére, nővére 1893. december 30-án született Kassán és a keresztségekben a Márta Mária Magdolna nevet kapta. E korban a lányok rendszerint anyjuk nevét örökölték, ezért is szerepel mindkettőjük nevében a Mária keresztnév. Nővére, Márta zongora-

művész, -tanárként 1923-ban az Amerikai Egyesült Államokba emigrált. A zeneművészet mellett az irodalom területén is kipróbálta tehetségét, 1945-ben a bostoni Christopher kiadó gondozásában jelent meg „A Carnival Night” című könyve, mely egy 19. századi Osztrák–Magyar Monarchiában játszódó romantikus kalandregény. Az idősebb Baloghy lány tehát, 1984-ben – 91 évesen – Denverben (Colorado, USA) halt meg. A denveri Fairmount temetőben található sírkövén férjezett neve, Márta Baloghy Teodonno látható. (Denver Public Library Digital Collections, 2015; Find A Grave Index, 2015; Kenyeres, 2015; Slovakia, Church and Synagogue Books, 1592–1910)

## Tevékenysége

Baloghy Mária tanulmányai befejezését követően középiskolai tanárként dolgozott. A század elején kapcsolatba került Nemesné Müller Mártával, aki a reformpedagógia je-

HIRDI Henriett Éva országos alapellátásért felelős alelnök, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara PhD-hallgató, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola  
Levelező szerző (correspondent): HIRDI Henriett Éva, elérhetőség: 1027 Budapest, Margit krt. 64/A,  
Tel.: +36-30/276-1590, e-mail: hirdi.henriett@gmail.com

1. kép. Az újszülött Baloghy Mária keresztelési bejegyzése a keresztelési anyakönyvben

Kereszteltek Anyakönyve										
Lap 361		1895 Évből.			Hónap Május			3/11		
Anyakönyvi száma	Év, hó és napja		N T O V O I			Vallásuk	Rendjük és állapotjuk	Lak- helyük	A keresztszülőknél vezeték- s keresztnévük, állásuk és lakhelyük	Észrevétel
	a szül- télés- nek	a ke- reszte- lésnek	a keresztlő- nek	a keresztel- teltnek	a szülőknek és azok születési helyének					
188	22	6	Miskolc	Mária Therésia Emília	D. Baloghy György Damenovny (Gyémén)	Mag.	R. Lovány utca bér.	Miskolc út 9.	Baloghy Endre Magdolna, és János Panna Korbútl	János Korbútl

(Forrás: Szlovákia, Church and Synagogue Books, 1592-1910)

lentősebb korai törekvéseit alkalmazva létrehozta és vezette a Családi Iskolát. Közös erővel indították el és szerkesztették a „Jövő Útjain” (1926-1939) című magyar nyelvű reformpedagógiai folyóiratot az Új Nevelés Világligája (New Education Fellowship) támogatásával. A tanügyi folyóirat – melynek Baloghy Mária nemcsak szerkesztője, hanem felelős kiadója is volt – a kezdetekben évente négyszer, később hatszor jelent meg. (Sziklay, 1939)

Már az 1900-as évek elejétől küzdött a nők képzéséért, a női munkahelyek létrehozásáért és a munkakörülmények javításáért. Előadásában elemezte, hogy hol tartanak a nők egyenjogúságának elérésében és hogyan lehetne emelni a női foglalkozások értékét. Az országot járva pályaválasztási tanácsokat is adott, felhívva a figyelmet arra, hogy milyen új munkaterületek, elhelyezkedési lehetőségek vannak a középosztálybeli lányok számára. Nyilatkozataiban a szociális munka és a nők e téren történő szerepvállalásának fontosságát hirdette. A '30-as évek elején a nyugat-európai államokban működő „women's college”, illetve „Frauenschule”, női főiskolák mintájára alapította meg a Budapesti Szociális Női Iskolát, melynek igazgatója lett. Az iskola „igazgatósága” eleinte saját otthonában, a Budapest, II. kerület Keleti Károly utca 29. III. em. 9. szám alatt működött. Az iskola keretein belül először, 1932. szeptemberében az ún. „Kisanyák iskoláját” indította el, bővebb néven: „Egészségügyi és pedagógiai tanfolyam fiatal lányok és anyák számára”. Erről későbbi nyilatkozatában azt mondta, hogy a Kisanyák iskolájának ötletét egy nyolc

esztendő kislány adta, „aki arra a kérdésre: mi akar lenni, ezt felelte: én – anya-egyetemre megyek”. A növendékek a tanfolyam elvégzése során ismereteket szerezhettek a csecsemőápolás, házi betegápolás, gyermekfoglalkoztatás, pedagógia, lélektan, biológia, stb. terén. Az elméleti oktatás mellett a gyakorlat megszerzésére is nagy hangsúlyt fektetett, a csecsemőgondozás alapjait az Országos Stefánia Szövetség bölcsődéjében, a háziápolást az Országos Vöröskereszt Egylet ápolónőképző intézetében sajátíthatták el a hallgatók. (Kisanyák Iskolája, 1932; Pályaválasztási ankét, 1938)

A Kisanyák iskolájának indulását követő évben, 1933-ban újabb tanfolyamot alapított. A gyárgondozónői tanfolyam megszervezésekor elsősorban azokra az értelmiségi leányokra gondolt, akik magasabb szintű ismereteket szerettek volna szerezni és hasznosítani, önálló karriert építeni, de akiknek nem volt lehetőségük felsőfokú tanulmányokat folytatni. Tíz évvel a tanfolyam indulását követően, 1943. március 3-án „Anyai szív a gyárakban (Közvetítés a Gyárgondozó Nővéri Tanfolyamról)” címmel rádióinterjú készítették vele, ahol így emlékezett vissza: „Az iskola valóban úgy kelt életre, ahogy a régi időkben iskolák keletkeztek, amikor egy vezető köré gyülekezett a tanulni vágyó fiatalság. A vezetésem alatt álló értelmi leány ifjúság arra sürgetett, hogy ne csak szociális világszemléletet adjak neki, hanem teremtsék számukra munkakört, ahol védettebb életükben gyűjtött szellemi, erkölcsi tartalékaikat a náluk védtelebbs és veszélyeztetettebb munkásfiatalság szolgálatába állíthatassák. Én, aki eddig csak középiskolás ifjúsággal foglalkoztam, erre név-

## 2. kép. Dr. Baloghy Mária és növendékei



Dr. Baloghy Mária »Anyu mesélj valamit...« címmel tartott előadást a rádióban. A rendkívül sokoldalú író nő többek között a »Kis anyák iskolájának« is a vezetője, ahol fiatal anyákat és lányokat arra tanítja, hogyan kell a gyereket lélektani szempontból helyesen foglalkoztatni és nevelni

(Forrás: Színházi Élet, 1937. 21. szám p.71.)

telenül és ismeretlenül beálltam gyári munkásnőnek. Együtt laktam, együtt dolgoztam munkásnőtársaimmal s az így szerzett tapasztalatok alapján építettem ki a gyárgondozónői munkakört.” (Budinszky, 1942) Arra a kérdésre, hogy miért pont gyári munkásnőnek állt, és miért gyárgondozónői tanfolyamot indított talán a következő idézet adhat választ: „eszembe jutnak a békeidők, a kis zempléni város sápadt, elnyűtt testű „cigaroskái”, akikkel nekem az úri kisasszonykának, rossz hírük miatt nem volt szabad szóbaállanom. – Jóval később tudtam meg, hogy női szervezetüket roncsolja, izgatja a dohánypor, s mint foglalkozási ártalom kergeti őket a könnyelmű életbe. Az ő fellobbanó emlékiük volt talán a döntő élmény abban, hogy kezdeményezője lettem Magyarországon a gyárgondozónői intézménynek.” (Baloghy, 1939)

Dr. Baloghy Mária látóterét nagyban tágította, szemléletét még inkább megszilárdította 1935–38-ban tett nyugat-európai

körutazása. Az iparügyi minisztérium és a főváros támogatásával eljutott Angliába, Németországba és Svédországba, majd a megszerzett tapasztalatok birtokában továbbfejlesztette tanfolyamainak tematikáját. Gondoskodott arról is, hogy a tanfolyamokat már elvégzett hallgatók is frissíthessék, bővíthessék tudásukat, számukra havi rendszerességgel továbbképző szemináriumokat szervezett, mely lehetőséget biztosított az összefogására, a kapcsolattartásra és a jó gyakorlatok megosztására is. Mindeközben tudatosan népszerűsítette a tanfolyami képzéseket, a végzett hallgatók tevékenységét, számos interjút adott, elismert személyeket hívott meg a vizsgákra, kiállítás és konferenciát szervezett. Tevékenységének eredménye nem maradt el, 1940-ben a gyári gondozás intézményes megszervezéséről már szabályrendelet készült. 1944-ben a Magyar Királyi Állami Védőnői Intézettől Budapestre és Kassára

is meghívást kapott, hogy a tantervbe beépítve ismertesse a gyárgondozónői intézményrendszert, továbbá megbízást kapott az Iparügyi és Honvédelmi Minisztériumtól arra, hogy megszervezze a Honvédelmi Gondozói Tanfolyamot. (Baloghy, 1944; Hirdi, 2013; Kisanyák, egy kiállítás, amelyet szívvel csináltak, 1935)

A tanfolyamok vezetése mellett számos publikációja jelent meg, melyekben egyrészt beszámolt a külföldi tanulmányúton szerzett tapasztalatairól, másrészt a szociális munka feltételeiről, harmadrészt tanácsokat adott gyermeknevelési kérdésekben. Írói vénáját nemcsak pedagógiai cikkeiben csillogtatta meg. Nevéhez fűződik számos gyermek- és ifjúsági irodalom szerkesztése, pl. az Athenaeum gondozásában megjelent „Magyar mesék” (1933), „Babakönyv” (1935), „A baba első képeskönyve” (1935), „A baba második képeskönyve” (1935), „Lányok könyve” (1940), „Kislegények könyve” (1942). Sokan nem is tudják, hogy a könyvesboltokban napjainkban is kapható Ransome Arthur által írt „Fecskék és fruskák” című ifjúsági regény sorozatának több kötetét és Montgomery Florence a „Gyermekszív rejtelméi” ifjúsági regényt is Baloghy Mária fordította. (2. kép)

A második világháborút követően jelentős változások történtek, melynek hatására

a gyárgondozónő képzés átalakult üzemi gondozónő képzéssé, melyben Dr. Baloghy Mária már nem vehetett részt. Az 1946 előtt végzett gyárgondozónőkről úgy tartották, hogy „a gyár vezetőségének, a kapitalistának szolgálatában állottak, egészen természetes, hogy nem a dolgozók érdekeiért szállottak síkra”. Az új elképzelés szerint „Munkások bajait, munkások ügyét csak munkás tudja lelkiismeretesen elvégezni... a dolgozók bizalmából ideküldött nőket képezhetjük”. Ugyanakkor az üzemi gondozónői tanfolyam képzési ideje és tanrendje a kezdetekben még hasonlított a Baloghy-féle képzési rendhez. (Ifjú gyárgondozónő-jelöltek között, 1946)

Előzőek miatt érthető, hogy Baloghy Mária a közélettől visszavonultan folytatta életét. További munkásságáról csak elvétve található publikáció. Az 1950-60-as években segítette a Magyar Tudományos Akadémia Középkori Latin Szótárbizottsága tevékenységét a középkori források kicédulázásával, hogy kiadásra kerülhessen a magyarországi középkori latinság teljes szótára. (Szovák, 2011) 1966-ban a Látóhatár című folyóiratban jelent meg kézírata „Csinszka” címmel, a Kortárs című folyóiratban pedig „József Attila utolsó szanatóriumi napjai” címmel. Halálának időpontja és sírjának helye jelenleg ismeretlen.

## Irodalomjegyzék

- Baloghy, M. (1939). Útak és élmények. Különlenyomat a Jövő Útjain 1939. évi. 3. számából. Szövegben hivatkozásként: (Baloghy, 1939)
- Baloghy, M. (1944) Beszámoló jelentés a gyárgondozónői tanfolyam 1943/44 évfolyamáról. BFL – Budapest székesfőváros Iskolánkívüli Népművelési Bizottság iratai. IV. fondfőcsoport 1502 fond 192. doboz. Gyárgondozói tanfolyam iratai (1941-44). Szövegben hivatkozásként: (Baloghy, 1944)
- Budinszky, S. (1942) „Anyaszív a gyárban” rádióinterjú. BFL – Budapest székesfőváros Iskolánkívüli Népművelési Bizottság iratai. IV. fondfőcsoport 1502 fond 192. doboz. Gyárgondozói tanfolyam iratai (1941-44). Szövegben hivatkozásként: (Budinszky, 1942)
- „Find A Grave Index,” index, Marta Baloghy Teodonna, 1984; Burial, Denver, Denver, Colorado, United States of America, Fairmount Cemetery; citing record ID 104642024, Find a Grave, Megtalálva: <https://familysearch.org/pal:/MM9:1.1/QVLP-VH36> Hozzáférhető: 2015-02-14 Szövegben hivatkozásként: (Find A Grave Index, 2015)
- Hirdi, H. (2013) Magyarország a foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés bölcsője. Nővér, 6: 26-40. Szövegben hivatkozásként: (Hirdi, 2013)
- Ifjú gyárgondozónő-jelöltek között (1946. december 3). Népszava, p.6. Szövegben hivatkozásként: (Ifjú gyárgondozónő-jelöltek között, 1946)
- Kenyeres, Á. (szerk.), (2015). Baloghy György. In Magyar Életrajzi Lexikon 1000-1990 Megtalálva: <http://mek.oszk.hu/00300/00355/html/ABC00523/00853.htm> Szövegben hivatkozásként: (Kenyeres, 2015)
- Kisanyák, egy kiállítás, amelyet szívvel csináltak. (1935. június 19). Népszava, p.7. Szövegben hivat-



- kozásként: (Kisanyák, egy kiállítás, amelyet szívvel csináltak, 1935)
9. Kisanyák Iskolája. (1932. augusztus 5). Békésmegyei Közlöny, p.2. Szövegben hivatkozásként: (Kisanyák Iskolája, 1932)
  10. Marta Baloghy Teodonno. (2015) In Denver Public Library's Western History and Genealogy Digital Collections Megtalálva: <http://digital.denver-library.org/cdm/search/searchterm/Teodonno> Hozzáférhető: 2015-02-14 Szövegben hivatkozásként: (Denver Public Library Digital Collections, 2015)
  11. Slovakia, Church and Synagogue Books, 1592-1910, index and images, FamilySearch Megtalálva: <https://familysearch.org/pal:/MM9.1.1/KHHS-GPT> : accessed 14 February 2015), Mártha Mária Magdolna Baloghy, 1894. Szövegben hivatkozásként: (Slovakia, Church and Synagogue Books, 1592-1910)
  12. Slovakia, Church and Synagogue Books, 1592-1910, index and images, FamilySearch Megtalálva: <https://familysearch.org/pal:/MM9.1.1/KHHQ-48C> Hozzáférhető: 2015-02-14, Mária Thérézia Amália Baloghy, 1895. Szövegben hivatkozásként: (Slovakia, Church and Synagogue Books, 1592-1910)
  13. Sziklay, J. (szerk.), (1939) Nevelésügyi, orvosi, jogi és más kulturális lapok. In A Magyar Sajtó Évkönyve 1939. p. 135. Szövegben hivatkozásként: (Sziklay, 1939)
  14. Szovák, K. (2011) Supplementum ad Lexicon Latinitatis Medii Aevi Hungariae A-I. Akadémiai Doktori Értekezés p.14. Szövegben hivatkozásként: (Szovák, 2011)
  15. Új pályákat ajánlottak az érettségiző leányoknak a MANSz pályaválasztási ankétján. (1938. május 20). Pesti Napló, p.4. Szövegben hivatkozásként: (Pályaválasztási ankét, 1938)

## FELHÍVÁS

### Egészségügyi Szakdolgozók Első Alapellátási Konferenciája

címmel a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara és a Szegedi Tudományegyetem ÁOK Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ **2015. május 22-23-án, Szegeden** első alkalommal, hagyományteremtő céllal szervez tudományos konferenciát az alapellátás területén alkalmazott egészségügyi szakdolgozók számára.

Kedvezményes díjú jelentkezési határidő: 2015. március 31.

A jelentkezés részleteiről szóló információk miatt kérjük, kövesse figyelemmel a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara honlapján ([www.meszk.hu](http://www.meszk.hu)) az Eseménynaptárt.

Szervezők

# Szerzői útmutató

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

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

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

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

## Formai szempontok

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

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

## Hova küldje kéziratát?

• Az írást szerkesztőségünkbe CD-n (NŐVÉR Szerkesztőség, MESZK, 1458 Budapest, Pf.: 74.) vagy e-mail útján juttassa el a [nover@meszk.hu](mailto:nover@meszk.hu) címre.

• Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton) „Szerzői nyilatkozat”-ot is, melyben a szerző(k) nyilatkoznak az összeférhetetlenségről, a vizsgálat és a publikálás etikai megfelelőségéről, valamint tartalmazza a megjelenéshez szükséges hivatalos beleegyezést. Ennek két változata van (egyszerűs kézirat és többszerzős kézirat), honlapunkon mindkettő megtalálható ([www.mesz.hu](http://www.mesz.hu) NŐVÉR menüpontjában).

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

## Mi történik a kézirattal?

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

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

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

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

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

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

• Az elfogadott cikk felhasználója a NŐVÉR című folyóirat lesz.

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

## Szerkesztőségi és kiadói kitételek

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

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

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

## Szerzői jog és másolás

• Minden jog fenntartva. A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.

• A megjelent anyagnak – vagy részének – bármilyen formában történő másolásához, felhasználásához a kiadó írásos hozzájárulása szükséges.

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

# ELSŐ FELHÍVÁS

## A MESZK II. SZAKDOLGOZÓI TUDOMÁNYOS KONGRESSZUSÁRA

**Időpont: 2015. szeptember 10-12.  
Helyszín: Hotel Azúr – Siófok**



Tudományos előadásokra szóló absztraktok benyújtása online formátumban a

További információ: [www.meszk.hu/tovabbképzések/MESZK által szervezett tovbkképzések](http://www.meszk.hu/tovabbképzések/MESZK_által_szervezett_tovabbképzések)

A témakörök listája ugyanitt található meg.

**Az absztraktok benyújtási határideje: 2015. március 31.**

Az absztraktok elbírálását a MESZK Országos Oktatási, Továbbképzési és Tudományos Bizottság által felállított szakértői bizottság végzi 2015. április 20-ig bezárólag, az eredményről minden pályázót a bírálatot követően írásban értesítünk.

A Kongresszusról bővebb információ, jelentkezés 2015. április 1-től lesz elérhető!

Kapcsolattartó: Mátésné Horváth Mónika, MESZK Országos Szervezet irodavezetőjénél  
lehetséges, tel.: 1-323-2070, e-mail: [monika@meszk.hu](mailto:monika@meszk.hu)

