

# NÖVÉR



AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA  
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

Scientific and educational journal  
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

2020. 33. ÉVFOLYAM 1. SZÁM

A TARTALOMBÓL:

Metabolikus szindróma és szövődményei  
PCOS-s várandósoknál

Az életminőség fizikai dimenziói dializált  
és vesetranszplantált betegeknél



<http://www.meszk.hu/nover>





# 20 ÁPOLÓ / 20 NYERTES PÁLYÁZATI FELHÍVÁS

A HARTMANN-RICO Hungária Kft. otthonápolói pályázata

Hogyan segítenek a HARTMANN termékei az otthoni szakápolás során?

## Pályázat célcsoportja

Otthonápolásban aktívan tevékenykedő szakdolgozók

## Pályázat célja

Az egészségügy élvonalába tartozó sebkezelési termékekkel szerzett tapasztalatok – fotódokumentáció útján történő – megosztása az ellátás bármely területén dolgozókkal, valamint alkalomszerűen a lakossági érintettekkel.

## Pályázati díjak

ÖSSZDÍJ: Közel 2,5 millió Ft értékű ajándék az alábbiak szerint:

Fődíj: 3 db 150 ezer forint értékű wellness-utalvány  
20 pályázónak 100 ezer forint értékű HARTMANN termékcsomag

## Témakörök

Diabetes lábseb kezelése  
Lábszárfekély kezelése  
Nyomási fekély kezelése  
Egyéb krónikus seb kezelése (égés, tumoros sebek, sztóma körüli sebek stb.)  
Műtéti sebek ellátása, fertőzések elkerülése, kezelése

## **BŐVEBB INFORMÁCIÓ:**

[WWW.HARTMANN.HU/HIREK/20 ÁPOLÓ 20 NYERTES](http://WWW.HARTMANN.HU/HIREK/20_APOLO_20_NYERTES)

[WWW.MESZK.HU/HIREK/20 ÁPOLÓ - 20 NYERTES](http://WWW.MESZK.HU/HIREK/20_APOLO_20_NYERTES)



# 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, 2020;33(1):1–40.**

## TARTALOMJEGYZÉK

### ISKOLATÖRTÉNET

Egy újpesti középiskola egy évszázados története  
II. rész ..... 3  
*Perkó Magdolna*

### EREDETI KÖZLEMÉNY

Metabolikus szindróma és szövődésményei PCOS-s  
várandósoknál ..... 13  
*Kömlósi Kálmánné, Kiss Sarolta, Ferenczy Mónika, Máté-Póhr Kitti,  
Dr. Pakai Annamária PhD, Habil*

Az életminőség fizikai dimenziói dializált és  
vesetranszplantált betegeknél ..... 20  
*Babarci Ágnes, Boros Edit, Dr. Balogh Zoltán PhD*

A jövő ápolója: a Z generáció  
munkaérték preferenciái ..... 28  
*Kiss Ibolya, Dr. Papp Katalin PhD*

### ÁPOLÁSTÖRTÉNET

A honvédelmi gondozónők tanfolyama és szerepe  
a második világháború idején ..... 35  
*Dr. Hirdi Henriett Éva PhD*

## CONTENTS

### HISTORY OF SCHOOLS

A Centuries-old History of a Secondary School  
in Újpest Part II..... 3  
*Magdolna Perkó*

### ORIGINAL CONTRIBUTION

Complication of the Metabolic Syndrome in Women  
with Polycystic Ovary Syndrome ..... 13  
*Kálmánné Kömlósi, Sarolta Kiss, Mónika Ferenczy, Kitti Máté-Póhr,  
Annamária Pakai PhD, Habil*

Physical Dimensions of Quality of Life on Dialysis and  
Renal Transplant Patients ..... 20  
*Ágnes Babarci, Edit Boros, Zoltán Balogh PhD*

The Future Nurse –Work Value Preferences of  
the Generation Z ..... 28  
*Ibolya Kiss, Katalin Papp PhD*

### HISTORY OF NURSING

The Course and Role of the Military Caregivers during  
World War II ..... 35  
*Henriett Éva Hirdi PhD*

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja és a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskolája elismeri és beszámítja, az EBSCO Discovery Service nemzetközi adatbázis indexeli.

## KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

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

**LifeTime Media Kft. egészségügyi divíziója**

**Nyomdai munka:** Vareg Hungary Kft. **Felelős vezető:** Egyed Márton  
ügyvezető igazgató. **ISSN szám:** 0864-7003  
Terjeszti a Magyar Posta Zrt.

**Postacím:** 1900 Budapest

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. Hirdi Henriett Éva (PhD)

**szerkesztők/editors**

Dr. Németh Anikó (PhD)

Dr. Papp Katalin (PhD)

**szerkesztőbizottság/editorial board**

Prof. Dr. Betlehem József (PhD)

Dr. Oláh András (PhD)

Dr. Pápai Tibor (PhD)

Dr. Rajki Veronika (PhD)

Szobota Livia

**szakértők/experts**

Arany Ida

Jakab Judit

Dr. Papp László (PhD)

Tóth Andrea

Dr. Tulkán Ibolya (PhD)

**tanácsadó testület/advisory board**

Boldogné Csurik Magdolna

Dr. Fedineczné Vittay Katalin

Dr. Helembai Kornélia (PhD)

Prof. Dr. OiSaeng Hong (PhD)

Prof. Dr. Kovács L. Gábor (PhD)

Mészáros Magdolna

Sövényi Ferencné

Tóth Ibolya

Prof. PhDr. Valérie Tóthova (PhD)

Dr. Velkey György

**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 szakpolitikai 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.

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

A kéziratot szerkesztőségünkbe 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 a MESZK, 1450 Budapest, Pf. 74. címre) „Szerzői nyilatkozat”-ot is.

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

A szerkesztőség a beérkezett kéziratokkal (elfogadott vagy nem elfogadott) kapcsolatosan biztosítja az érintetteknek 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 cikkekben 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: Henriett Éva Hirdi PhD. Editors: Anikó Németh PhD, Katalin Papp PhD. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungary with English summaries. The Journal also offers continuing education credits in every issue. Editorial office: PoB 214., H-1450 Budapest, Hungary. This Journal is peer-reviewed and indexed in EBSCO CINAHL. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Mátésné Horváth. Phone/Fax (36-1) 323-2070

**Lapunkat rendszeresen  
szemlézi a megújult**



[www.observer.hu](http://www.observer.hu)



ISKOLATÖRTÉNET

# Egy újpesti középiskola egy évszázados története II. rész

## 100 éves a Kanizsay Dorottya Katolikus Gimnázium, Égészségügyi Szakközépiskola és Szakgimnázium

PERKÓ Magdolna

*„A múlt – a közbídelemmel ellentétben – egyszerű:  
az emlékeket szűrjük, alakítjuk, történetté változtatjuk.*

*A történetek meg épp olyanok, amilyennek csináljuk  
őket; mondatok: itt írom, kihúzólok, hozzáírok,  
úgy, ahogy én akarom.”*  
Braun Róbert

Mint azt a Nővér folyóirat előző lapszámában köz-  
zétettük, az újpesti középiskola 2019-ben ünnepelte  
alapításának 100. évfordulóját, melynek alkalmából  
bemutattuk az iskola történetét létrehozásától egé-  
szen az 1956-os forradalom alatti eseményekig. Jelen  
publikációban folytatjuk a **Kanizsay középiskola**  
történetét az 1960-as évektől napjainkig.

Az 1960-as években a Kanizsay elismert közép-  
iskola volt, a tanulók egynegyede jeles, illetve kitűnő  
eredménnyel érettségizett, és az egyetemekre, főis-  
kolákra jelentkezők 25%-át fel is vették a választott  
szakokra (1. kép).

A kulturális élet is fellendült az iskolában, 1964-  
ben és 1967-ben az iskola énekkara részt vett az  
akkori Jugoszláviában, Ljubljánában, a nemzetközi  
kórusfesztiválon, ahol szép sikereket ért el mindkét  
alkalommal.

Az 1960-as évek **iskolareformot** hoztak, amelyet  
az oktatáspolitikai új törvénnyel is legitimált, ez volt  
az **1961. évi III. törvény a Magyar Népköztársaság  
oktatási rendszeréről**. A törvény a tankötelezett-  
séget kiterjesztette 16. életév betöltéséig, és létre-  
hozott egy új iskolatípust: a szakközépiskolát. Az  
új középfokú intézmény létrehozásának céljai közé  
tartozott, hogy a szakközépiskolát végzett fiatalok  
az érettségi vizsga mellett, az adott szakközépiskola  
szakmai profiljának megfelelő szakmai vizsgával is  
rendelkezzenek. A megszerzett érettségi bizonyít-  
vány lehetőséget adott felsőoktatási intézménybe  
való jelentkezésre.

**1. kép:** Tablókép 1970-ből (Forrás: saját gyűjtemény)



Ez az átalakítás a Kanizsay-t is érintette. 1968-tól  
felmenő rendszerben megszűnt a gimnáziumi kép-  
zés és átvette helyét az **egészségügyi szakközép-  
iskola**. Az iskola **igazgatója** ebben az időszakban **Dr.  
Pálmai Máttyás** (1968-1981) volt.

A képzés indításával, a személyi és tárgyi felté-  
telek megteremtésével, a gyakorlótermek kialakí-  
tásával és felszerelésével **Rezesné Mária** igazgató-  
helyettest, **Dr. Ádám Sándorné** és **Viczián Margit**  
gyakorlatioktatás-vezetőket bízták meg, akik nagy  
elkeseredéssel láttak munkához.

„...A legnagyobb kihívást a biológiai gyakorlatok jelentették, hiszen ezeken szövettani vizsgálatokat is kellett végezni, állati és növényi szöveteket mikroszkóppal vizsgálni. Ebben teljesen magunkra voltunk utalva. Egyetemi tankönyvekből tanultuk meg, hogy mit és hogyan csináljunk. Olyan jól sikerült a feladat megoldása, hogy azok a tanulók, akik később szövettani asszisztensi szakra mentek, már mindent tudtak, csak a kóros szövetváltozásokat kellett megtanulniuk. Rendkívül sokat dolgoztunk! A heti kötelező óraszám 28 óra volt, de a felkészülés, a gyakorlatok előkészítése még kezdetben kitett 38–40 órát...”

„...A fizetésünk minimális volt, mindezt még elvileg volna, de érthető okok miatt, a gimnáziumi tanárok többsége nem szívesen fogadott bennünket. Próbáltunk maximálisan alkalmazkodni, de nekik sem volt könnyű: presztízsvesztésként élték meg a gimnáziumi képzés megszűnését...” – olvashatjuk Dr. Ádám Sándorné visszaemlékezését a centenáriumi évkönyvben (Ádám, 2019).

**1972-re tisztaprofilú egészségügyi szakközépiszkolává vált a régi gimnázium.** Az évek során a létszám emelkedett, 800 fős, 24 osztályos egészségügyi szakközépiszkolává alakult. Az iskola tanszűlete nevelési tervét is átértékelte, az egészségügyi pálya követelményeinek megfelelően prioritást kaptak humánium, a tolerancia, az együttérzés, empátia, elkötelezettség a beteg ember ápolása, gondozása iránt. Az eddigi értékekből átemelték a tisztesség, becsület, az általános műveltség és a szakmai felkészültség jó színvonalú elsajátítását. Jól felszerelt szaktantermekben, szakrendelői, kórházi és bölcsődei gyakorlóterületeken sajátították el tanulók mindazokat a szakmai elméleti és gyakorlati tudnivalókat, amelyek a beteg emberek ápolásához, a kisgyermek gondozásához szükségesek. A tanulóknak heti programja négy iskolai oktatási naptól egy szakmai gyakorlati naptól állt. Ezen kívül egy hónapos nyári szakmai gyakorlatot is teljesíteniük kellett bölcsődében, szakrendelőben, kórházban.

Az iskola tanulói és tanárai a kulturális és sportéletben is szép eredményeket értek el. Az iskolai énekkar az énekkarok budapesti versenyén I. helyezést szerzett, ezen kívül a kórus többször szerepelt a rádió nyilvánossága előtt. Sportoló tanulóink is szép sikereket értek el, többen az Egyesült Izzóban NB II-es játékosokként erősítették a csapatot. Az országos egészségügyi versenyeken több alkalommal, több tanítványunk is bekerült az első 10 helyezett közé. A végzős tanulók 70–80%-a helyezkedett el az egészségügyben, és munka mellett végzett el valamilyen egészségügyi szakosító képzést, a 20–25% továbbtanult az Orvostudományi Egyetemeken valamelyikén, később az egészségügyi főiskola megalakulásával a főiskola valamely szakán, vagy más, nem szakirányú felsőoktatási intézményekben szerzett diplomát.

A szakirányú felsőoktatásban történő továbbtanulásnak azonban volt némi gátja az egészségügyi szakközépiszkolából az orvosi egyetemre jelentkezőknél. Eredeti koncepció szerint a szakközépiszkolák létrehozásának egyik célja a szakirányú továbbtanulás lehetőségének megteremtése a felsőoktatási intézményekben. Az elvi lehetőség megvolt, de nagyon sok kiváló tanulmányi eredményt elért tanuló azért nem juthatott be például az orvosi egyetemre, mert ott a felvételi vizsga tárgyai: biológia és fizika voltak. Az egészségügyi szakközépiszkola tantervében pedig az utolsó évben nem volt fizikaoktatás. Az első három évben tanult fizika tantárgy tartalmában, ismereti mélységében is eltért a gimnáziumi tananyagtól. Ezért a felvételin a Kanizsay-s diákok is hátrányban voltak. (Ez a felvételi követelmény azután évekkel később megszűnt, a szakközépiszkolások szakmai tárgyat is választhatnak felvételi tárgyként.)

Az 1980-as évektől egyre elismertebb lett országosan is a Kanizsay egészségügyi szakképzése (4. kép). A tanulók 70%-a újpesti, 20%-a a környéki kerületekből és az újpesti agglomeráció területéhez tartozó településekről, 10% egyéb távolabbi városokból érkezett iskolánkba, őket kollégiumban helyeztük el.

1981 szeptemberében kezdtem tanítani a Kanizsay-ban.

Évről évre növekedett az iskolába jelentkezők száma. A létszámnövekedés miatt iskolánk 10 osztályteremmel bővült, az épületünk alsó szintjén működő általános iskolától vettünk át tantermeket. A továbbtanulási mutatóink, a felsőoktatásba jelentkező és felvett tanulóink száma emelkedett. A végzett tanulók –akik nem tanultak tovább a felsőoktatásban– nagy része az újpesti egészségügyi intézményekben, bölcsődékben helyezkedett el.

Elkészült a névadónk tiszteletére a márványtábla, és a Kanizsay fal, amelyet minden évben a ballagó diákok megkoszorúztak (2. és 3. képek).

**2. kép:** Kanizsay Dorottya tiszteletére készített emlékfal (Forrás: Kanizsay Dorottya Katolikus Gimnázium, Egészségügyi Szakközépiszkola és Szakgimnázium Házirendje, 2017)



**3. kép:** Ballagó diákok koszorút helyeznek el az emléktáblánál (Forrás: Perkó Magda fényképgyűjteménye)



Az iskolavezetés kezdeményezésére, megalapítottuk a „**Kanizsay díjat**”, amelyben a tanév végén kiváló tanulmányi eredményt elért tanulók részesülhettek.

**4. kép:** Tablókép 1980-ból (Forrás: <http://szerver4.kanizsay.sulinet.hu/KDESZIG/tablo2.htm>)



Az iskola **igazgatója** ebben az időszakban **Dr. Rítecz Józsefné** volt.

Az iskola történetében 1990-től, a rendszerváltást követően nagyarányú változás következett be. A politikai átalakulás kétségtelenül pozitív következménye az iskoláztatás korábbi állami monopóliumának és monolitikus jellegének a felszámolása volt. Az oktatási rendszer jogi újraszabályozását a társadalmi legitimitációt biztosító, nyilvános viták előzték meg, adott volt a társadalmi beleszólás, a véleménynyilvánítás lehetősége, és az 1993-ban elfogadott új alaptörvényeket demokratikusan választott törvényhozó testület alkotta meg. Az iskola „társadalmiasításának” szellemében az oktatási-nevelési intézmények túlnyomó többsége az oktatási alapellátásra kötelezett, miközben visszaállt az iskolalétesítésnek és fenntartásának szabadsága és sokszínűsége. 1990-től, az önkormányzati törvény elfogadása után az iskolák dön-

tő hányada települési, illetve megyei önkormányzati fenntartásba került.

A **Kanizsay fenntartója Budapest Főváros Tanácsa** lett. Az új helyzet, a 1990-es évek gazdasági, társadalmi változásai, a szabályozási rendszer teljes körű megújítása rendkívüli feladatok elé állította az oktatási intézményeket. A kihívás többirányú volt, és az oktatás ügye ekkor sem volt problémamentes. Az iskolarendszer fellazulása, az oktatási törvény megjelenése, annak módosítása, a közoktatási és a szakképzési törvény újfajta szemlélete, az OKJ és annak módosításai, a racionalizálási program és annak végrehajtása jellemezte az akkori feszültségekkel, gondokkal teli időszakot. Az eligazodás az oktatáspolitikában, az oktatási rendszerben igen nehéz volt, az ok a sokféle vertikális szerkezet, az ennél még több oktatásirányító hatóság volt. A helyzetet csak súlyosbította, hogy a „tudás érték” társadalmi presztízse csökkent.

Az oktatás, a képzés jövőjét úgy kellett meghatározni, hogy tekintettel legyünk a társadalmi fejlődésre, a gazdasági környezetre, a munkaerőpiac változó igényeire. Ezeket az igényeket össze kellett hangolni a lehetőségekkel. Nem utolsó sorban figyelembe kellett venni az oktató nevelői munka tartalmi változtatásait. A változás igen átgondolt tervezési, szervezési munkát igényelt a szaktárca oktatásirányítóitól, és megfeszített munkát az iskolák szakembereitől, vezetőitől, tanáraitól. Ebben a munkában iskolánk a kezdeti lépésektől vállalt feladatokat.

**Az iskola vezetését 1990-ben vettem át** (a tantestület teljes létszámában bizalmat szavazott az igazgató választáson, mert akkor az igazgatót a tantestület választotta, a fenntartótól csak a tantestület többségi támogatása után kaphatott megbízást, ki nevezést).

Igen nagy lelkesedéssel, tele új tervekkel láttam munkához! Nagyon szerencsés voltam, mert egy szakmailag felkészült, az iskolát magáénak érző, tantestületet, iskolavezetést „örökölttem”! Bizalmat szavaztak nekem, de soha nem is hagytak magamra a feladatok megoldásában, az elkövetkező évek során mindig mellettem álltak, fenntartás nélkül elfogadták döntéseimet, de keményen stoptáblát mutattak, ha túl gyorsan hajtottam.

Szerencsés voltam abban is, hogy elődöm, Ríteczné Ria, nagy odaadással, nagyon részletesen felkészített az igazgatói munkára. Ajándékba egy „tanévnaplót” kaptam tőle, ami tartalmazta a tanév eseményeit, minden olyan dátumot, amelyre figyelni kell a tanév során, az összes hatályos rendelet, jogszabály számát, amit tudnom kell. Évekig használtam ezt a „Kisokost”, nagyon jó szolgálatot tett, ezúton is köszönöm.

1990-től tantestületünk ismét vállalkozhatott – évtizedek után – a **gimnáziumi képzésre**, (igaz, hogy



„ÉS GIMNÁZIUM” bélyeggel, de szép munka volt!). Ismét megjelentek a fiú tanulók iskolánkban a lányaink nagy örömeire! Ugyanebben az évben az országban először egy 4+1-es egészségügyi technikus-képzést indítottunk, mellette felmenőben kifutóban volt a hagyományos egészségügyi szakközépiskolai képzés is. Hogy a tantervek megírása, egyeztetése, tartalommal való megtöltése, a tanmenetek, a tananyag megírása mennyi időt vett el a kollégáktól és az iskola vezetésétől, nem tudom pontosan. Teljesítményünket nem kötelező órákban mértük. Hittünk a jövőnkben. Éreztük, hittük, hogy iskolát teremtünk, amely csak a miénk, jogaival, kötelességeivel, feladataival, eredményeivel és kudarcaival együtt. Nagy erőpróba volt, gyakorlati megvalósítása naponta új és új problémák elé állította a testületet. Negyedévente mértünk, összehasonlítottunk.

A rengeteg munka ellenére igyekeztünk a kikapcsolódást szolgáló programokat is szervezni.

Ilyenek voltak a jó hangulatú tanári kirándulások, a Kanizsay napok programjai, közöttük a tanár-diák meccs, és a várva várt tanári műsor, a közös ünnepek, szalagavató, ballagás, érettségik (5-10. képek).

**5. kép:** Tanári kirándulás (Forrás: Farkas Ferenc kollégám fényképgyűjteményéből)



Szülői kezdeményezésre, megalapítottuk a „**Tudás érték alapítványt**”, amelynek célja a tehetséges tanulókkal való kiemelt foglalkozás, versenyfelkészítés. A kiváló tanulmányi eredményt elért tanulók jutalmazása. A regionális- és országos versenyeken eredményesen szereplő tanulók díjazása, Kanizsay Díj, Kanizsay ösztöndíj elnyerése.

A pályázati feltételek tanévenként kerültek írásra.

Amikor az új tanterv szerint haladó harmadikos egészségügyi szakközépiskolás tanulóink az első

**6. kép:** Tanári kirándulás (Forrás: Farkas Ferenc kollégám fényképgyűjteményéből)



**7. kép:** Tanári műsor - „Amikor mi tanárok renitens diákok lehettünk” (Forrás: Farkas Ferenc kollégám fényképgyűjteményéből)



**8. kép:** Szalagavató (Forrás: Farkas Ferenc kollégám fényképgyűjteményéből)



„tömbös gyakorlatról” (az eddigi heti egynapos körházi gyakorlat helyett a tanulók kilenc hetet töltöttek folyamatosan a gyakorlóterületen) visszajöttek, beszámoltak élményeikről, a gyakorlóterületek vezetői elmondták pozitív tapasztalataikat, a betegetől



**9. kép:** Ballagás (Forrás: Farkas Ferenc kollégám fényképgyűjteményéből)



**10. kép:** Az első testnevelésből érettségiző fiaink és tanárunk Farkas Feri, és az érettségizők egy csoportja (Forrás: Farkas Ferenc kollégám fényképgyűjteményéből)



kapott köszönő levelek adtak erőt a folytatáshoz, a kudarcok fiziológiás „megéléséhez”. Hitet, hogy érdemes újat akarni.

Eközben gimnáziumi osztályaink száma gyarapodott. Egy olyan kerületben, ahol 2 „patinás” gimnázium működik, újként nehéz volt betörni. Nem tűztük célul az „elit” képzést. Olyan gimnáziumot akartunk, ahol helye van mindazon 14 éves tanulóknak, akik nem rendelkeznek még szakmai irányultsággal (a szülei sem helyette!!?), de tanulni szeretnének. A négy év során igyekeztünk pályorientálással (idegen nyelv, számítástechnika, egészségügyi ismeretek, idegenvezetés) segítségükre lenni az érettségi utáni pályaválasztásban.

1994-ben sikerrel pályáztunk a **Munkaügyi Minisztérium** által meghirdetett „**Emberi erőforrások fejlesztése**” II. ütem világbanki program bevezetésére **Humán és Informatika szakmacsoportban, sikerrel.**

A magyar kormány felismerve az emberi erőforrások fejlesztésének jelentőségét, 1991 márciusában hitelszerződést kötött a Világbankkal, forrást teremtve ezzel új iskolai és munkaerő-piaci oktatási formák bevezetésére. A kölcsön teljes összege 150 millió dollár, ebből 63 millió dollár az emberi erőforrások fejlesztése program megvalósítására. Ezt a **PROJEKTET** a Munkaügyi Minisztérium vezette és koordinálta. A programot nemcsak a világbank támogatta, nagy támogatást élvezett a szociális partnerek, munkaadók, munkavállalók részéről is. Remélve a jóval harmonikusabb foglalkoztatás biztosítását és a munkanélküliségből adódó feszültségeken való enyhítést. Ifjúsági szakképzési komponense az érettségit adó középfokú szakképzés modelljének kifejlesztése, amely széleskörű, konvertálható szakmai alapot nyújtott a felsőfokú képzéshez, a gyors munkaerő-piaci irányultságú szakképzéshez, az életpályán többször szükséges szakmaváltáshoz.

Lényeges előnye volt, hogy a pályaválasztás kényszerét 14 évesen a tanulók ne érezzék egy életre szóló döntésnek. A nyújtott képzési idő horizontális mozgást tett lehetővé, árráthatóságot biztosított a kezdeti közös alapozás után 13 szakmacsoportban, közel 100 szakmában. A széles alapozású közismereti képzés megfelelő műveltségi szint elérését biztosította, lehetőséget adott egy idegennyelv-tudás megszerzésére.

Mindkét szakmacsoportban a pályázat eredményeként iskolánk skaktantermeinek felszereltsége bővült a legmodernebb eszközökkel. A gyakorlat az volt, hogy egy iskola annyiszor 10 millió forint többlettámogatásba részesülhetett, ahány szakmát elindít a modell szerint. A támogatás nem pénzben érkezett az iskolához, hanem egy „kínálati jegyzékből” kellett kiválasztani az eszközöket. Berendezhettük harmadik informatika termünket. Az egészségügyi demonstrációs termeink felszereltsége is bővült a legmodernebb eszközökkel (**11. kép**).

**11. kép:** Egészségügyi szakmai előadóterem (Forrás: Perkó Magda fényképgyűjteménye)



**12. kép:** Egészségügyi gyakorlat (Forrás: Perkó Magda fényképgyűjteménye)



Iskolai könyvtárunk **C Tóth Ági** vezetésével, több kötettel bővült, és elnyerte a **bázis könyvtár** címet.

Az ápolóképzést iskolánk továbbra is szívügyének tekintette. Az alapképzések mellett egészségügyi szakmai képzések vállalását tantestületünk részéről átgondolt, többéves előkészítő munka előzte meg. 1989 óta részt vettünk azokon a nyilvános és testületi vitákon, amelyeken egyre világosabbá vált, hogy amennyiben 1976-hoz hasonlóan csak foltoztatunk, javítgatunk egy elavult, a munkáltatók elvárásainak nem megfelelő tartalommal megtöltött tantervet, a képzés lassú és rendkívül költséges halálának lehetünk tanúi.

A **Népjóléti Minisztérium 1992-ben döntést hozott az egészségügyi szakképzés strukturális és tartalmi változtatásáról**. Nagy előrelépést jelentett, hogy 1993. szeptemberben a népjóléti miniszter dr. Surján László Ápolási Főosztályt létesített a Népjóléti Minisztériumon belül. A magyar ápolási főosztály vezetésére főosztályvezetői rangban **Sövényi Ferencné országos főnövért** nevezte ki a miniszter. Az ápolásüggyel foglalkozó önálló egység létrejöttével az egészségügyi szakképző iskolák szakmai irányítása végre szakértő kezekbe került.

Az ápolóképzés strukturális és tartalmi változtatásának lényeges célja az volt, hogy egész Európában fogadják el a magyar ápolók szakmai végzettségét, feleljünk meg a nemzetközi regisztrálás kritériumainak. Ennek érdekében szakmailag felkészült, önálló ápolásra képes, felelősségre vonható ápolószemélyzetet képezzünk. Magyarországon az egészségügyi szakképzés tanterveit át kell dolgozni az **Európai Unió ajánlásainak megfelelően**.

Ennek a programnak fontos eleme volt, hogy az egészségügyi szakembereket képző intézmények tananyaga közelítsen az európai normákhoz. Az ajánlás lényege az volt, hogy az **Ápolóképzés érett-**

ségre épüljön, összóraszámára 4600 óra legyen, és az elméleti, gyakorlati oktatás aránya 50-50%.

Az Egészségügyi Minisztérium felkérésére több kolléga és jómagam is részt vettünk a tantervek kidolgozásában. Az előkészítő munkát **külföldi szakemberek segítették, Doris Modly, Barbara Stilwell, a Népjóléti Minisztérium részéről Sövényi Ferencné főosztályvezető, országos főnövér és Kiss Mária osztályvezető irányították**.

Számtalan workshopon vettünk részt és készülünk a képzés átalakítására. Az új fogalmak bevezetése, az ápolástudomány, ápoláselmélet, ápolásfilozófia, ápolási modellek megismerése mellett egy komoly szemléletváltásra is szükség volt ahhoz, hogy azonosulni tudjunk az átalakítással, átszervezéssel. A tantervek megírásában Maurer Miklósné szakmai igazgatóhelyettes kollégámmal vettünk részt. A program bemutatására, a személyi és tárgyi feltételek ellenőrzésére is a Kanizsay-ban került sor. **Az EU-s öttagú delegáció részletes tantervelemzés és a helyszíni szemle után elfogadta és EU konformmá nyilvánította a magyar ápolóképzés tantervét**.

Az új tananyagtartalom bevezetése, új tanulási segédanyagot igényelt, amelyek természetesen a kezdetekkor nem álltak rendelkezésre. Ezen próbált segíteni az első tananyagcsomag a **LEMON (13. kép)**.

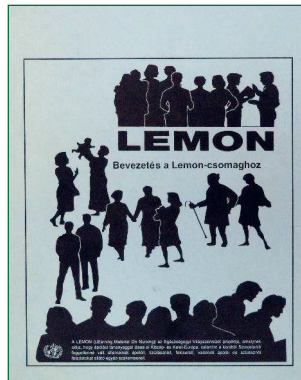
Az **Egészségügyi Világszervezet projektje** ápolási tananyag biztosítására Közép-és Kelet-Európa, valamint a korábbi Szovjetunió független állami ápolói számára, „**Befektetés az egészségbe: Befektetés az ápolásba**” címmel.

Tananyagcsomag ápolók, szülész-nő, felcserek valamint ápolói és szülész-női feladatokat ellátók számára. A LEMON Ápolási tananyag 0-12. füzetből állt, szerkesztői Dr. Fedineczné Vittay Katalin,

Rosemary Rogers, Yael Davidson, Marjorie Gott, Kate Barrett voltak. Kiadója pedig a MEDINFO – Országos Orvostudományi Információs Intézet Könyvtár, EVSZ Dokumentációs Központ. A füzetek tartalma a következő volt:

0. füzet: Bevezető
1. füzet: Élet, egészség és környezet.
2. füzet: Ápolás és társadalomtudományok.
3. füzet: Kommunikáció.
4. füzet: Az ápolási folyamat és az ápolási dokumentáció.
5. füzet: Egészségfejlesztés és egészségnevelés.
6. füzet: Élettani és anatómiai szempontok.

**13. kép:** Bevezetés a Lemon-csomaghoz 0. füzet (Forrás: Perkó Magda saját könyvtárából)





7. füzet: Az egészséges szülőség.
8. füzet 1-2. rész A klinikai ápolás gyakorlata.
9. füzet: Szakmai és morális kérdések.
10. füzet: Az ápolók munkahelyi egészsége és biztonsága.
11. füzet: Vezetés és változás az ápolásban.
12. füzet: Bibliográfia és hasznos információk.

Az Egészségügyi Minisztérium támogatásával, rövid időn belül hozzáférhetővé váltak külföldi tananyagok magyar fordításai, amelyek átmenetileg segítették az oktatást, de a végleges megoldást magyar szerzők, magyar viszonyokra készült tankönyvei, jegyzetei jelentették volna (14. kép).

**14. kép:** Külföldi tananyagok magyar fordításaiként megjelent tankönyvek (Forrás: Perkó Magda saját könyvtárából)



1995 szeptemberében indítottuk a Kanizsai-ban az új, 3 éves OKJ-s képzést ápoló szakon.

Ezután jött az újabb megoldást követelő országos probléma, nevezetesen, az, hogy az egészségügyi intézményekben dolgozó, hagyományos szakiskolai képzésben ápolói oklevelet szerettek hogyan teljesíthetik az új követelményeket? Ki kellett dolgozni az „átképzésükre” alkalmas, az „új OKJ-ban” szereplő követelményeknek megfelelő tanterveket. A Népjóléti Minisztérium irányításával megkezdődtek a „Hídprogramként” ismertté vált tantervek készítése, amely munkálatokban iskolánkból több kolléga is részt vett. A képzés követelményei (előképzettségtől függően) 1 vagy 2 év alatt voltak teljesíthetők. További megoldásra váró feladat jelentkezett, ugyanis az érintettek nagy része (akik szakiskolában szereztek ápolói oklevelet) nem rendelkezett érettségi bizonyítvánnyal, így nem tudtak részt venni a hídprogramban. **1997-től a Népjóléti Minisztérium**

**um felkérésére megkezdtük az érettségivel nem rendelkező egészségügyi szakdolgozók oktatását, felkészítését az érettségi vizsgára, előképzett-ségüktől függően 2 és 3 éves levelező tagozatos munkarendben,** heti két napon délután 15-20 óráig. A jelentkezők száma a legmerészebb képzeletünket is felülmúlta. Szerettük ezeket az osztályokat, a kollégák szívesen vettek részt az oktatásban az estebe nyúló elfoglaltság ellenére is. Sikeres érettségi vizsga után a tanulók iskolánkban folytatták tanulmányukat az „ápoló hídprogramban”. Ennek következtében iskolánk tanulólétszáma sokszorosára emelkedett, ismét tanteremhiánnyal küzdöttünk, a megoldás a szombati oktatás bevezetése volt.

A hídprogramok indításakor a jelentkezők száma egyre nőtt, világhossá vált, hogy az igényeket hagyományos szervezeti keretek között országosan nem lehet kielégíteni. Ilyen létszámú jelentkező beiskolázása levelező és esti tagozatra több évet venne igénybe, arról már nem is beszélve, hogy a munkáltatók sem tudták biztosítani, hogy dolgozóik azonos időben tömegesen vegyenek részt a képzésben. Egyetlen jó megoldásnak látszott a **távoktatás bevezetése az ápolóképzésben országos projekt kidolgozása,** amelyet iskolánk, a Kanizsai vezettet az **Népjóléti Minisztérium** támogatásával, a programhoz 13 vidéki iskola csatlakozott. Ismét elkezdtük a tantervirást, a tananyagok adaptálását a távoktatás kritériumainak megfelelően (15. kép). Munkánkat a Gödöllői Egyetemen működő **Közép-Magyarországi Regionális Távoktatási Központ** munkatársai Dr. Szentpéteri Zsolt és Dr. Szabó József segítették. Első lépésként Maurer Miklósné kollégámmal elvégeztük a tananyagkészítés kurzust.

Majd elkezdtük a tananyag összeállítását, a támogatási rendszer kiépítését (16. kép). A csatlakozó iskolák számára biztosítottuk a mentorálási háttérrel, elkezdtük a tutorok felkészítését, közben nagy erővel írtuk és szerkesztettük a tanulási útmutatókat, minden tantárgyhoz.

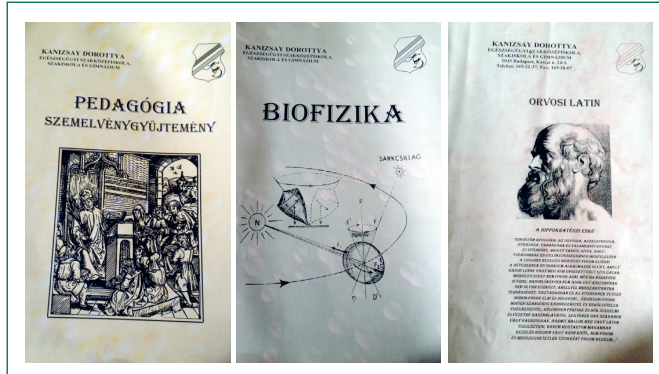
A program pozitívan zárult, országosan, több száz ápoló végzett eredményesen ebben a programban.

A változások itt nem értek véget, a 2000-es években újabb kihívások elé néztünk. Először is élünk a lehetőséggel, és a nyelvi és az informatikai kompetenciák fejlesztése érdekében vállalkoztunk a **nyelvi előkészítő osztályok elindítására,** amelyek rövid időn belül nagy népszerűségnek örvendtek a hozzánk jelentkezők körében. A BME Nyelvvizsga Központtal szerződve biztosítottunk nyugodt kö-

**15. kép:** Távoktatáshoz tananyag összeállítás (Forrás: Perkó Magda saját könyvtárából)



16. kép: Tananyagok (Forrás: Perkó Magda saját könyvtárából)



rülményeket a nyelvvizsgázni szándékozó tanulóink számára. Kollégáink nagy számban vettek részt a különböző módszertani és szaktárgyi továbbképzéseken, ezzel is felkészülve az előttük álló újabb kihívásokra. Pedagógiai Programunkat többször átdolgoztuk, alkalmazkodva a jogszabályi változásokhoz és a fenntartó döntéseihez, de mindig előtérben tartottuk, hogy a hangsúly a humánumon legyen, hogy tanulóink személyisége harmonikusan fejlődhessen. Egyaránt figyelmet fordítottunk a tehetséggondozásra és a felzárkóztatásra, a korszerű tanulási módszerek elsajátíttatására, hogy diákjaink képességeiket a lehető legszélesebb körben tudják kibontakoztatni.

2001-ben megjelent a **Felnőttképzési Törvény** (2001. évi CI. tv.) amely lehetőséget adott az iskolarendszeren kívüli szakmai képzésre, továbbképzésre, a felnőttképzésben intézményi akkreditációval rendelkező felnőttoktatási intézményeknek. Elkészítettük akkreditációs kérelmünket. A **sikeres felnőttképzési akkreditáció** eredményeként több pályázati lehetőség nyílt meg előttünk, („Lépj egyet előre program”, szakképzési támogatások, „Új pálya”) és ez ismét rengeteg munkával, de jelentős anyagi bevétellel is járt, amit ésszerű gazdálkodással (köszönet ezért **Királyné Ági gazdasági igazgató-helyettes** kollégámnak) az iskolaépület felújítására, és évente többször, a többletfeladatok elvégzéséért járó jutalmazásra költöttünk. Az iskolarendszeren kívüli szakmai képzéseink nagyon gyorsan népszerűek lettek vidéki jelentkezők között is, így vidéki nagyvárosok felé terjeszkedtünk „decentrumokban” is indítottunk kihelyezett szakképzéseket. Felnőttképzési kínálatunkban az ápolóképzés mellett helyet kapott a mentőápoló, geriátriai szakápoló, klinikai elektrofiziológiai szakasszisztens, csecsemő-és gyermekápoló, kardiológiai szakasszisztens, gyógymasszőr, ápolási asszisztens, foglalkozás-egészségügyi szakápoló, körzeti-közösségi ápoló.

Közben számtalan tantervi változást éltünk meg.

2005-ben a **kétszintű érettségi** bevezetése, a képzési rendszer, az **OKJ újabb átalakulása** ismét nagy munka elé állította a tantestületet, de összefogtunk, és megőrizve iskolánk hagyományait, elveit, alkalmazkodtunk az új körülményekhez.

Időközben azt is tapasztalunk kellett, hogy a hozzánk kerülő tanulók képzettségi és nevelési szintje, szociális háttere egyre nagyobb problémák elé állít minket, sokszor kellett a szülők, a család szerepét átvállalnunk. Egyre több olyan tanulóink lett, aki valamilyen tanulási, vagy viselkedési problémával küzdött, és szívesen jöttek hozzánk a testi, vagy érzékszervi adottságaik miatt sajátos nevelési igényű gyerekek és szülei is. Folyamatos feladatunk volt a kilencedikesek beilleszkedésének segítése, a bukácsok, lemorzsolódó tanulók, a mulasztások számának csökkentése. Sajnos egyre inkább előtérbe került a veszélyeztetett, hátrányos szociális helyzetű tanulókkal való foglalkozás, valamint szükségessé vált az egészséges életmódra nevelésen kívül a drog- és alkoholproblémák, az AIDS-szel kapcsolatos felvilágosítás, amelyet egészségügyi iskolaként szakmai kötelességünknek is tekintettünk. A lemorzsolódás ellen a szakiskolai képzés elindítása, a felnőttoktatás megerősítése jó útnak látszott, több diákunk kapott így lehetőséget a tanulmányai befejezésére. A prevenciók tevékenységben komoly szerepet vállaltak diákjaink is, akik **kortárssegítőként** az iskola falain kívül a kerület számos iskolájában is végezték munkájukat. A klasszikus értelemben vett oktatás mellett közös kulturális programokkal próbáltuk tanulóink általános műveltségét fejleszteni, igyekeztünk a klasszikus és kortárs művészeteket, színházlátogatásokat, múzeumlátogatásokat becsempészni a szabadidős tevékenységbe.

A problémák mellett sok örömet jelentettek azok a tanulóink, akik a szakmai, tanulmányi és sportversenyeken, kulturális rendezvényeken elért kiváló eredményeikkel öregbítették iskolánk hírnevét.

A 2005-2008 –as években ismét nehéz napok következtek a budapesti egészségügyi szakképző iskolák, így Kanizsai életében is. A szakképzési reform első lépéseként a **Fővárosi Közgyűlés elfogadta a Fővárosi Szakképzés-fejlesztési Stratégiát**. Az indok többek között, hogy az új struktúra a szakképzés és a közoktatás szétválasztásával, az intézményi szerkezet racionalizálásával, a működtetés költségeinek mérséklése mellett alkalmas lesz az uniós fejlesztési források koncentrált, ésszerűbb felhasználására.

A reform második lépése az úgynevezett **intézmény-racionalizálási terv** elkészítése: ez tartalmazta konkrétan az integráció során megszüntetésre, összevonásra ítélt, a beolvadó és a befogadó intézmények listáját.

Megkezdődött a harc az iskola fennmaradásáért. Hónapokig létbizonytalanságban éltünk. Összevon-

nak, megszüntetnek, átalakítanak bennünket. Végül életben maradtunk!

Újabb fordulópontra következett be 2007-ben, amikor a fenntartó **Fővárosi Önkormányzat átszervezte a szakközépiskoláit.**

A jogi háttér az volt, hogy a közoktatási törvényben meghatározott szakképzéssel összefüggő feladatok végrehajtására **Térségi Integrált Szakképző Központot (TISZK)** hozhatnak létre az önkormányzatok. A szabályozás alapján a térségi integrált szakképző központ (TISZK) nem közoktatási intézmény, hanem a szakképzés feladatainak a jelenleginél hatékonyabb formában történő megszervezése. Indokolta a TISZK-ek létrehozását az is, hogy 2008. szeptember 1-jétől kizárólag a térségi integrált szakképző központban folyó gyakorlati oktatás tárgyi feltételeinek fejlesztésére adható a fejlesztési támogatás. A törvény további korlátot szabott a fejlesztési támogatás nyújtása tekintetében, mert, hogy csak azon fenntartónak, szakképzés-szervezési társulásnak, társaságnak adható át a fejlesztési támogatás, amelynek intézményében illetve intézményeiben a nappali rendszerű iskolai oktatásban részt vevő tanulók létszáma – az iskola hivatalos statisztikai jelentése szerint három tanítási év átlagában – legalább 1500 fő. Feltétel volt még, hogy az intézmények a képzési profiljaikat csak az RFKB-k ún. „irány-arány” döntéseivel összhangban alakíthatták, amelyek sok szakmában korlátozták a felvehető tanulók számát. Ha ennek nem feleltünk meg, akkor nem részesülhettünk a szakképzési hozzájárulás országosan évi több tízmilliárd forintos fejlesztési forrásaiból. Be kellett látnunk, hogy e források nélkül a szakképzés működtetése hosszabb távon nem lehetséges, így ennek a szabályozásnak a kényszerítő ereje nagy volt.

A jelentős többletforrásokat az uniós társfinanszírozás és részben a Munkaerőpiaci Alap Képzési Alaprésze (MPA KA) biztosította.

A Térségi Integrált Szakképző Központokban (TISZK), a **központi iskolákba került a szakképzés**, a többi iskola – köztük a **Kanizsay is** – a **szakmacsoportos alapozó képzést kapta feladatául**. Az ezt megelőző iskola-összevonások után Budapesten megmaradt hat, az egészségügyi képzésben érdekelt iskolából jött létre a **Humán TISZK**, ide került a Kanizsay is, és az informatikai szakmacsoportos osztályaink révén bekerültünk egy másik, a **Petrik TISZK**-be. Mindkét TISZK tagiskoláival együtt kidolgoztuk a közös szakmai alapozó tanterveket a későbbi szakmai tanulmányokba való beszámíthatóság érdekében. Részt vettünk a TÁMOP projektekben, amelyek keretében pedagógusaink számos továbbképzésen vehettek részt. Tanulóink közös programokon, versenyeken, vetélkedőkön, kulturális- és

sportrendezvényeken ismerkedhettek meg egymással. A tananyagfejlesztés mellett bővült az eszköz-állományunk is, ezek jelentősen megkönnyítették a munkánkat. A szakiskolai képzésben is változás következett be, - amit tanulóink persze elkeseredetten fogadtak- az iskolánkban a kétéves alapozó képzés maradt, erre épülően újabb két év alatt a súlyponti iskolában szerezhettek szakmát a tanulóink.

Az egészségügyi szakképzést iskolánk csak az iskolarendszeren kívüli keretek között folytathatta tovább, igaz ennek köszönhetően országos hírnevünket továbbra is fenn tudtuk tartani.

Az világosan látszott, hogy az átalakításoknak, átszervezésnek, fenntartóváltásnak koránt sincs vége. Az állandó, néha átgondolatlan, autonómiájába is beavatkozó változások egy iskola életét nagyon megzavarják.

Ezért döntöttem úgy, hogy a következő vezetői ciklusra már nem pályázom, 2010-ben nyugdíjazásomat kértem.

A visszaemlékezésem közben elgondolkoztam azon, hogy a Kanizsay-ban töltött éveim alatt hány tanítványom végzett az almaméterben? Közülük vajon hányan emlékeznek jó szívvel az itt eltöltött évekre? Sokaknak ismerem további életútját, az osztálytalálkozókon szívesen elevenítik fel az itt eltöltött évek emlékeit. Örömmre szolgál, hogy sokan az egészségügyi szakokon végzetek közül ma is az egészségügyben dolgoznak ápolóként, osztályvezető főnővérként, ápolási igazgatóként, tanárként, oktatóként, (ketten közülük évek óta a Kanizsay-ban tanítanak) vagy más beosztásban, egészségügyi intézményekben. Többen közülük 7-9 évet is töltöttek az iskolában, több képzésben is végeztek. Büszke vagyok Rátok volt tanítványaim!

Az iskola vezetését utódom **Perlakiné Cserni Mónika**, majd egy újabb ciklus után az iskola jelenlegi igazgatója **Szabó Beáta** vette át.

Az átszervezés mellett egyfajta profiltisztítás is elindult, ennek következtében először meg kellett szüntetni az iskola a gimnáziumi képzését, majd 2012 szeptemberétől már nem iskolázhattak be az informatikai szakmacsoportba tanulókat. A változások az iskola egyéb feladatait is érintették, 2011 szeptemberétől létrejött a **Humán TISZK GSZ**, ami átvette az iskola működtetését, és gazdasági ügyeinek intézését, így az iskola már nem gazdálkodhatott önállóan. Szintén ekkor jött létre a Koordinációs Iroda, amelynek munkatársai (szabadidő-szervező, pszichológus, gyermek- és ifjúságvédelmi felelős, projektmenedzser) a hat iskolában látták el feladataikat. Ez a fajta együttműködés az iskolák és a GSZ vezetőit állította komoly kihívások elé, a közös programok szervezésétől, a gazdálkodás kérdéseinek át a szakmai munka összehangolásáig.



2011 után az intézmények több fenntartóváltáson is keresztülmentek. **Szakképzési centrumok alakultak**, a szakképző iskolák döntő többsége – az akkor megalakult **Klebsberg Intézményfenntartó Központ** (KLIK) kerültek. A Kanizsai 2013. január 1-jén került a Klebsberg Intézményfenntartó Központ (KLIK) fenntartásába és működtetésébe, annak intézményegységévé vált.

Az iskola életét még jelentősebben befolyásoló, törvényi szintű változások is bekövetkeztek, amelyek 2011 szeptembere óta folyamatosan alakítják át a Kanizsai-t. Megjelent és hatályba lépett a nemzeti köznevelésről szóló törvény (a hozzákapcsolódó végrehajtási rendeletekkel együtt), ismét megújult az

OKJ, a szakképzési törvény, a NAT, megjelentek a kerettantervek.

2017. július 1-től jelenleg is az iskola **fenntartója az Esztergom-Budapesti Főegyházmegye Katolikus Iskolai Főhatósága (EKIF)**. De ez már egy másik történet, amelynek megírására reményeim szerint, 50 vagy 100 év múlva vállalkozik egy, ezt az időszakot átélte kolléga.

Szívemből kívánok az iskolának és munkatársainak sok sikert az elkövetkező évekhez, ezzel Kodály Zoltán idézettel:

*„Amit tudsz, nagy érték, az ősök hagyománya...  
Becsüld meg, erősödj benne, mert ha többre akarsz menni, csak erre építhetsz!”*

## Irodalomjegyzék

1. Ádám, Sné. (2019). Az egészségügyi sakképzés elindulása. In A Kanizsai Dorottya Katolikus középiskola elmúlt 100 éve. Centenárium Évkönyv 1919-2019. Budapest: Kanizsai Dorottya Katolikus Középiskola
2. Szabó, B. (kiadó) (2019) A Kanizsai Dorottya Katolikus középiskola elmúlt 100 éve. Centenárium Évkönyv 1919-2019. Budapest: Kanizsai Dorottya Katolikus Középiskola
3. LEMON Ápolási tananyag 1-12./Bevezetés a Lemon-csomaghoz. Hozzáférhető 2019-12-29, <https://www.antikvarium.hu/konyv/lemon-apolasi-tananyag>
4. „Ápolási Főosztály a Népjelölti Minisztériumban” (1993). NŐVÉR 6(4):9-10.

## 2020: ÁPOLÓK ÉS SZÜLÉSNŐK NEMZETKÖZI ÉVE

A WHO Közgyűlése 2020-at az „Ápolók és szüléshőnők nemzetközi évének” nyilvánította, Florence Nightingale születésének 200. évfordulója tiszteletére.



Az ápolók és szüléshőnők alapvető szerepet játszanak az egészségügyi szolgáltatások nyújtásában. Ők azok, akik életüket az anyák és gyermekek gondozására fordítják, életmentő védőoltásokat és egészségmegőrzési tanácsokat adnak, gondozzák az időseket és kielégítik a mindennapi egészségügyi igényeket.

Gyakran az első és egyetlen egészségügyi ellátást nyújtók a közösségükben. A világnak további 9 millió ápolóra és szüléshőnőre van szüksége, ha 2030-ra univerzális egészségügyi lefedettséget akarnak elérni. Az Egészségügyi Világszervezet Közgyűlése ezért nyilvánította a 2020-as évet az „Ápolók és szüléshőnők nemzetközi évének”.

Forrás: <https://www.who.int/news-room/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020>

EREDETI KÖZLEMÉNY

# Metabolikus szindróma és szövődményei PCOS-s várandósoknál

KOMLÓSI Kálmánné, KISS Sarolta, FERENCZY Mónika, MÁTÉ-PÓHR Kitti, DR. PAKAI Annamária PhD, habil

## ÖSSZEFOGLALÁS

*A vizsgálat célja:* Kutatás célja összehasonlítani a policisztás ovárium szindrómával diagnosztizált és a zavartalan várandósságon átesett édesanyák körében az emelkedett BMI érték, metabolikus szindróma, preeclampsia, polyhydramnion, macrosomia előfordulási gyakoriságát.

*Anyag és módszer:* Retrospektív, keresztmetszeti kutatást egy megyei kórházban végeztük 11 év beteganyagának áttekintésével. Nem véletlenszerű, célirányos szakértői mintavétel során a célcsoportot PCOS-sel diagnosztizált (n=50), a kontroll csoportot pedig zavartalan várandósságon átesett édesanyák alkották (n=50). Kizárási kritérium olyan endokrin, vagy más betegség együttes jelenléte, amely a vizsgált paramétereket befolyásolhatja. SPSS for Windows 22.0 program segítségével leíró statisztikát, kétmintás t-próbát és korrelációt számoltunk (p<0,05).

*Eredmények:* PCOS vizsgálati csoportban mért BMI értékek magasabbak, mint a kontroll csoportban (p<0,05). Nagyobb arányban alakul ki PCOS várandósoknál magas vérnyomás, emelkedett koleszterinszint (p<0,05). A két csoport között a fehérjevizelés, az ödéma kialakulása nem számottevő.

*Következtetések:* Nagy hangsúlyt kell fektetni a PCOS gravida gondozásra, az anyagcserezavar mielőbbi felfedezésére, a pontos dokumentáció vezetésére, a betegséggel járó szövődmények, megbetegedések kiküszöbölésére..

**Kulcsszavak:** PCOS, várandósság, BMI, metabolikus szindróma, preeclampsia, polyhydramnion, macrosomia

## Complication of the Metabolic Syndrome in Women with Polycystic Ovary Syndrome

Kálmánné KOMLÓSI, Sarolta KISS, Mónika FERENCZY, Kitti MÁTÉ-PÓHR, Annamária PAKAI PhD, habil

## SUMMARY

*The aim of the study:* In our research we compared whether pregnant women with polycystic ovary syndrome or the mothers who were healthy through pregnancy has a higher risk to develop high BMI, metabolic syndrome, preeclampsia, polyhydramnion and macrosomia.

*Methods:* Our research is a retrospective, cross-sectional study. In the random sampling within the target group, the target group was diagnosed with PCOS (n=50) and the control group was mothers who had undergone uninterrupted pregnancy (n=50). The exclusion criterion is the coexistence of other endocrine disease that may affect the parameters under consideration, in addition to the control group the diagnosis of PCOS. With IBM SPSS for Windows 22.0, we applied two-sample T-test and Chi2 test (p<0.05).

*Results:* The BMI values measured in the PCOS study group are higher than in the control group (p<0,05). Pregnant women with PCOS has a higher risk of developing high blood pressure, and high cholesterol (p<0,05). The difference between the two groups can not be considered significant for the development of proteinuria and oedema.

*Conclusions:* Emphasis should be placed on PCOS gravid care, early detection of metabolic disturbances, accurate documentation, and elimination of complications and illnesses associated with the disease.

**Keywords:** PCOS, pregnancy, BMI, metabolic syndrome, preeclampsia, polyhydramnion, macrosomia

KOMLÓSI Kálmánné szakoktató, PTE ETK, Szombathelyi Képzési Központ, Klinikai Koordinációs és Neveléstudományi Tanszék

KISS Sarolta szülész, Szent Margit Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály

FERENCZY Mónika tanársegéd, PTE ETK, Szombathelyi Képzési Központ, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet

MÁTÉ-PÓHR Kitti szakoktató, PTE ETK, Szombathelyi Képzési Központ, Klinikai Koordinációs és Neveléstudományi Tanszék

DR. PAKAI Annamária PhD, habil egyetemi docens, tan-  
székvezető, képzési igazgató,  
PTE ETK, Szombathelyi Képzési  
Központ, Ápolástudományi,  
Alapozó Egészségtudományi  
és Védőnői Intézet, Védőnő és  
Prevenációs Tanszék

## Levelező szerző

(correspondent):

DR. PAKAI Annamária; e-mail:  
annamaria.pakai@etk.pte.hu

**Beérkezett:** 2019. december 23.

**Elfogadva:** 2020. február 09.

## Bevezetés

A policisztás ovárium szindróma (Polycystic ovary syndrome; PCOS) (korábbi elnevezése Stein-Leventhal szindróma) egy olyan komplex, progresszív, heterogén megbetegedés, ami a reprodukív korú

(18–45 év) nők 5–10%-át érinti (Foroozanfard et al, 2014; Wu et al., 2019), egyes szakirodalmak 12–21%-os előfordulási gyakoriságot is említenek (Boyle & Teede, 2012). A túlsúlyos és elhízott nők esetében ez a tendencia elérheti a 30%-ot is (Kollmann et al, 2015). Szomorú tény, hogy a PCOS-ban szenvedő

nők 70%-át azonban nem diagnosztizálják (Boyle & Teede, 2012).

A betegséget oligo- vagy anovulatio, policisztás petefészek, menstruációs rendellenességek, meddőség, hiperandrogenizmus (pl.: hirsutizmus, pattanásos bőrkép), férfias típusú hajritkulás (androgén alopecia), inzulinrezisztencia és férfias/android típusú elhízás jellemez. Emellett gyakran szerepelnek a panaszok között a különböző szív-érrendszeri és pszichiátriai megbetegedések (pl.: hangulati zavar, depresszió) tünetegyüttese is (Mohácsi et al., 2015; Altintas et al., 2017).

A betegséget 1935-ben két amerikai nőgyógyász, Irving F. Stein és Michael L. Leventhal írta le, akik a munkásságuk során a petefészek ciszták jelenlétét az anovulációval társították. Évekig ezeket a tényezőket alkalmazták a szindróma diagnosztikai kritériumaként. Később bizonyították, hogy a helyes diagnosztikai kritérium az anovuláció és az emelkedett androgén szint, nem pedig a petefészek ciszták együttes jelenléte (Legro, 2018). A PCOS diagnózis felállítására jelenleg egy Rotterdami Kritériumrendszer alkalmaznak, ami magába foglalja a petefészek ultrahanggal igazolható policisztás elváltozását, az oligo- és/vagy anovulációt, a hiperandrogenizmus klinikai és laboratóriumi jeleit, valamint egyéb endokrin betegség kizárását (Micskei et al., 2014).

A policisztás ovárium szindrómával diagnosztizált nőknél a várandósság során számos szövődmény alakulhat ki. Ilyen a spontán vetélés, a preeclampsia, a terhesség indukálta magas vérnyomás és a gesztációs diabetes mellitus (GDM) (Homburg, 2006). Egy hazai kutatás alapján a GDM előfordulásának gyakorisága közepesen magas, ezért a várandósok teljes körű szűrése indokolt (Kerényi et al., 2011). Egy iráni publikáció azt bizonyítja, hogy kapcsolat van a terhességi cukorbetegség és a policisztás ovarium szindróma között, ebből adódóan azoknál a nőknél, akiknél igazolt a PCOS jelenléte, a GDM kialakulásának kockázatát is érdemes lenne figyelembe venni (Kashanian, 2008), bár a terhesség előtt elkezdett metformin terápia hatékonyan csökkentheti a GDM kialakulását (Ashrafi, 2014). Annak ellenére, hogy a legtöbb esetben bizonyított a PCOS és a GDM közötti kapcsolat, egyes tanulmányok úgy vélik, hogy a vizsgálatok közötti jelentős különbözőség miatt ez vitatható (Toulis et al., 2009).

Fontos a figyelmet felhívni arra, hogy a gyógyszeres kezelésen túl a betegek más lehetőséget is választhatnak a policisztás ovárium szindróma tüneteinek enyhítésére. Egy vizsgálat alapján a diétás tanácsadáson résztvevő nőbetegek teherbe esési aránya 90%, viszont azoknál, akik nem vettek részt az oktatásban ez az arány már csak 68% volt. A komplex kezelés során célul kitűzött 20-24-es BMI esetén 43%

### Rövidítések jegyzéke

GDM = Gesztációs diabetes (Gestational diabetes mellitus)  
 PCOS = Policisztás ovárium szindróma (Polycystic ovarian syndrome)  
 BMI = testtömeg-index (Body mass index)  
 VCT = vércukorterhelés  
 HDL = nagy sűrűségű lipoproteinek  
 LDL = kis sűrűségű lipoprotein

volt a szülések aránya, az ettől eltérő testtömeg index értéknél ez az arány jóval alacsonyabb volt. Fontos a szénhidrátanyagcsere-zavarral diagnosztizált nőbetegek személyre szabott, komplex kezelése, melynek alapja a visszacsatolásokon alapuló együttműködés, valamint a kezelés szoros utánkövetése (Nas & Túú, 2015).

A kutatás célja felmérni és összehasonlítani a policisztás ovárium szindrómával diagnosztizált és a zavartalan várandósságon átesett édesanyák körében az emelkedett BMI érték, metabolikus szindróma, preeclampsia, polyhydramnion, valamint macrosomia előfordulási gyakoriságát.

### Anyag és módszer

A retrospektív, keresztmetszeti kutatást egy megyei kórházban végeztük, ahol 11 év beteganyagát tekintettük át. Az adatgyűjtésre 2017. január 1. és 2017. december 31. közötti időintervallumra kaptunk engedélyt. A nem véletlenszerű, célirányos szakértői mintavétel során a célcsoportot szülésen átesett PCOS-sel diagnosztizált édesanyák alkották (n=50). A Medsol elemzés során BNO és WHO kódokat használtunk, majd az ambuláns- és kórlapokat elemeztük a megfelelő szelektálás érdekében. Az alábbi kódokat használtuk: E28.2 (*Policisztás ovárium szindróma*); E66.9 (*Elhízás, k.m.n.*); O10.9 (*Terhességgel, szüléssel és gyermekággal szövődött, a terhesség előtt ismert, k.m.n. magas vérnyomás*); O12.0 (*Terhességi vizenyő*); O12.1 (*Terhességi fehérjevizelés*); O12.2 (*Terhességi vizenyő fehérjevizeléssel*); O14.0 (*Középsúlyos preeclampsia*); O14.1 (*Súlyos preeclampsia*); O14.9 (*Preeclampsia k.m.n.*); O16 (*Anyai magas vérnyomás k.m.n.*); O24.4 (*Terhesség alatt jelentkező cukorbetegség (gesztációs diabetes mellitus) (GDM)*); O40 (*Hydramnion (polyhydramnion)*); O80.9 (*Spontán egyes szülés, k.m.n.*); O82.9 (*Szülés császármetszéssel k.m.n.*); P08.0 (*Óriás újszülött*); P08.1 (*Egyéb, gesztációs idejéhez képest nagy magzat*) (WHO, 2016). Kizárási kritérium egyéb más endokrin, vagy olyan betegség együttes jelenléte, amely



**I. táblázat:** A szisztolés és diasztolés vérnyomás eredményei gravidák körében (N=100)

	PCOS	Kontroll csoport	p érték
<i>szisztolés vérnyomás</i>			
átlag ± szórás	130,44 ± 16,85 Hgmm	121,68 ± 12,44 Hgmm	p=0,004
minimum	102 Hgmm	94 Hgmm	
maximum	168 Hgmm	157 Hgmm	
<i>diasztolés vérnyomás</i>			
átlag ± szórás	80,40 ± 11,36 Hgmm	77,78 ± 10,26 Hgmm	p=0,229
minimum	59 Hgmm	60 Hgmm	
maximum	107 Hgmm	mm	

a vizsgált paramétereket befolyásolhatja. A kontroll csoportot 50 policisztás ovárium szindrómával nem diagnosztizált, zavartalan várandósságon átesett édesanya alkotta, akik nem szenvedtek olyan endokrin megbetegedésben, amelyek a vizsgált paramétereket befolyásolhatták volna (n=50).

A dokumentumelemzés során az alábbi paramétereket vizsgáltuk: az édesanya életkora, BMI, vérnyomás, koleszterin, triglicerid, vizelet fehérje értékei, az OGTT eredményei, valamint a várandósság során esetlegesen kialakult ödéma és polyhydramnion jelenléte. Az újszülöttre vonatkozó adatok közül vizsgáltuk a születési súlyt és a születési hetet, melyekből meghatároztuk a súlypercentil értékét, majd ebből következtettünk a macrosomia esetleges jelenlétére. A >90 percentil értékkel született újszülötteket tekintettük macrosomnak (Kiserud et al., 2017).

A statisztikai elemzést IBM SPSS for Windows 22.0 program segítségével végeztük. A leíró statisztika során abszolút- és relatív gyakoriságot, átlagot, szórást, minimum- és maximum értékeket számoltunk. A vizsgált változók közti kapcsolat elemzéséhez kétmintás t-próbát és  $\chi^2$ -próbát alkalmaztunk (p<0,05).

## Eredmények

A policisztás ovárium szindrómával diagnosztizált várandósok átlag életkora 34,16 ± 5,49 év volt, a legfiatalabb 20 éves, a legidősebb pedig 43 éves. A kontroll csoportban vizsgált várandósok átlag életkora 31,44 ± 6,22 év (min= 20 év, max= 45 év)(p=0,023).

A WHO szerinti klasszifikáció alapján a teljes mintát tekintve 37 esetben túlsúly, 16 esetben elsőfokú elhízás, 11 esetben másodfokú elhízás igazolható és 33 főnél esett a testsúly a normál tartományba.

A PCOS csoportban az induló BMI átlag 30,83 ± 6,15 kg/m<sup>2</sup> volt, a legalacsonyabb BMI átlag 20,57 kg/m<sup>2</sup>, a legmagasabb érték 44,29 kg/m<sup>2</sup>. Azonos arányban található normál és túlsúlyos gravida (12 fő vs. 12 fő), I. fokú elhízás 13 főnél, II. fokú elhízás 10 főnél tapasztalható.

A kontroll csoportban az átlag BMI érték 25,88 ± 3,05 kg/m<sup>2</sup> (min=21,15 kg/m<sup>2</sup>, max=35,94 kg/m<sup>2</sup>), 21 főnek normál a testsúlya, a csoport felénél túlsúly (25 fő) mérhető, azonban elenyésző I. és II. fokú elhízás (3 fő vs. 1 fő) (p<0,001).

A preeclampsia diagnosztikai kritériumait keresve a magas vérnyomás, a fehérjevizelés és az ödéma jelenléte is a vizsgálatunk tárgyát képezte. Kíváncsiak voltunk arra, hogy a policisztás ovárium szindróma érrendszerre gyakorolt hatása miatt nagyobb arányban alakul-e ki preeclampsia a PCOS-sel kódot várandósok között, mint a kontroll csoportban.

A vérnyomást vizsgálva a szisztolés érték teljes mintára vonatkozó átlaga 126,06 ± 15,38 Hgmm, a minimum 94 Hgmm, a maximum értéke 168 Hgmm volt. A diasztolés vérnyomás átlaga 77,09 ± 10,85, a minimum 59 Hgmm, a maximum értéke 107 Hgmm volt. A PCOS csoportban szignifikánsan magasabb a szisztolés vérnyomás értéke (p=0,004), a diasztolés vérnyomás tekintetében azonban nincs számottevő különbség a két vizsgálati csoport között (p=0,229). A két csoport paramétereit az **I. számú és II. számú táblázat** szemlélteti.

A vizelet fehérjére vonatkozó adatok közül a PCOS csoportba tartozó várandósok közül 3 főnél emelkedett, 46 főnél pedig normális értéket mértek. A kontroll csoportban 7 főnél volt magasabb a vizelet fehérjetartalma.

Ödéma a kontroll csoportban 6 főnél alakult ki, míg a PCOS vizsgálati csoportban 4 esetben találtunk az adatbázisban ödémára vonatkozó feljegyzést (**II. számú táblázat**).

A szisztolés és diasztolés vérnyomás és a BMI értékek között sem a teljes mintára, sem a csoportok tekintetében nem találtunk korrelációs összefüggést (p>0,05).

A vizsgálat során hangsúlyt fektettünk a metabolikus szindróma tüneteinek előfordulási gyakoriságának vizsgálatára a vérnyomás mellett a koleszterin és a triglicerid értékek függvényében. A vérnyomást tekintve a PCOS-s várandósok közül 17 főnél a di-

**II. táblázat:** A preeclampsia diagnosztikai kritériumai (vérnyomás, vizelet fehérje és ödéma) (N=100)(fő)

	PCOS várandós (n=50)	Kontroll csoport (n=50)
<i>diasztolés vérnyomás</i>		
alacsony	25	28
normális	8	12
emelkedett-normális	3	3
I. fokozat (enyhe hypertónia)	11	5
II. fokozat (enyhe hypertónia)	3	2
<i>szisztolés vérnyomás</i>		
alacsony	13	18
normális	14	22
emelkedett-normális	9	5
I. fokozat (enyhe hypertónia)	9	5
II. fokozat (enyhe hypertónia)	5	0
<i>vizelet fehérje</i>		
normál	46	43
emelkedett	3	7
nincs eredmény	1	0
<i>ödéma</i>		
van	4	6
nincs	45	44
nincs eredmény	1	0

asztolés és 24 főnél a szisztolés érték mutatott emelkedett értéket, a kontroll csoportban 10-10 főnél dokumentáltunk magasabb vérnyomást. A koleszterinszint vonatkozásában teljes mintát tekintve 19 főnél rögzítettek emelkedett szintet, a csoportok vonatkozásában mind a 19 fő a PCOS csoportba tartozott. A triglicerid értéket vizsgálva is megállapítható, hogy csak a PCOS várandósok közül tapasztaltunk káros eredményt (6 fő) (**III. táblázat**).

A dokumentumelemzés során a szénhidrát-anyagcsere zavar gyakoriságát is görcső alá vettük,

**III. táblázat:** Triglicerid- és koleszterinszint eltérései a várandósság alatt (N=100)(fő)

	PCOS várandós (n=50)	Kontroll csoport (n=50)
<i>Koleszterin</i>		
normál	23	39
emelkedett	19	0
nincs eredmény	8	11
<i>Triglicerid</i>		
normál	36	39
emelkedett	6	0
nincs eredmény	8	11

vizsgáltuk a terheléses vércukor vizsgálat-, illetve vércukorprofil vizsgálat eredményeit, melyet a **IV. számú táblázat** szemléltet. Az eredmények tükrében kijelenthető, hogy a kontroll csoportban mért vércukorértékek alacsonyabbak, mint a policisztás ovárium szindrómával diagnosztizált várandósok csoportjában ( $p < 0,05$ ). Az éhgyomri vércukor értéket tekintve a kontroll csoportban 1 főnél volt 7 mmol/l.

A 60 perces vércukor terhelés eredményeit tekintve a kontroll csoportba 2 főnél, a PCOS csoportba 10 főnél 8,8 mmol/l feletti értéket mértek. A terhelést követő 120 percben 6,6 mmol/l feletti érték a kontroll csoportban 5 főnél, a PCOS csoportban 17 főnél rögzítettek.

A vizsgálat helyszínéül választott kórház protokollja szerint vércukorprofil vizsgálatot abban az esetben kell végezni, ha a várandósság során elvégzett vércukor terheléses vizsgálat pozitív eredményt mutatott, illetve ha a vizsgált személynél élete során már csináltak pozitív VCT-t. Ezt figyelembe véve a kontroll csoportban 4 főnél, a PCOS csoportban 9 esetben végeztek VCP-t. Mindkét csoportban 1-1 esetben mutatott káros eredményt a vizsgálat, a többi élettaninak bizonyult.

Vizsgáltuk a polyhydramnion PCOS csoportban történő magasabb előfordulási gyakoriságát is. A policisztás ovárium szindrómával diagnosztizált várandósok közül 6 esetben fordult elő polyhydramnion, a kontroll csoportban nem rögzítettek polyhydramniont.

A kutatásban a vizsgálat tárgyát képezte nagy magzatok előfordulási gyakoriságának áttekintése. Első lépésként kiszámoltuk az újszülöttek születési súlyának átlagát mindkét vizsgálati csoportban. A PCOS csoportban  $3404,20 \pm 517,979$  g volt az átlag születési súly. A legalacsonyabb testsúly 2300 g, a legmagasabb 4400 g volt. A kontroll csoportban  $3250,80 \pm 674,660$  g volt az átlag születési súly (min=920 g, max= 4300 g) ( $p > 0,05$ ). Második lépésben kiszámoltuk a két vizsgálati csoport szülési hetének átlagát. A policisztás ovárium szindrómával diagnosztizált csoportban  $38,94 \pm 1,376$  hét (min=36. hét, max= 41. hét), a kontroll csoportban ez  $38,46 \pm 2,644$  hét (min=29. hét, max= 41. hét) ( $p > 0,05$ ).

Koraszülésnek tekintettük, ha a betöltött 37. hét előtt befejeződött a várandósság. Ennek értelmében, a kontroll csoportban 6 esetben, a PCOS-s csoportban pedig 4 esetben beszélhetünk koraszülésről.

A születési súly és a születési hét függvényében meghatároztam a súlypercentil értékét. A 90-es súlypercentillel vagy e fölötti értékkel született újszülötteket tekintettük macrosomnak. Ennek fényében a kontroll csoportban 3, a PCOS csoportban pedig 8 újszülöttnél lehetett megállapítani a macrosomiát.

**IV. táblázat:** Vércukor vizsgálat eredményei (N=100)

	PCOS (n=50)	Kontroll csoport (n=50)	p érték
<i>éhomi vércukorszint</i>			
átlag ± szórás	4,22 ± 0,75 mmol/l	3,87 ± 0,76 mmol/l	p=0,036
minimum	2,5 mmol/l	2,8 mmol/l	
maximum	5,9 mmol/l	7,0 mmol/l	
<i>60 perces vércukorszint</i>			
átlag ± szórás	7,44 ± 1,97 mmol/l	6,13 ± 1,64 mmol/l	p=0,001
minimum	3,1 mmol/l	2,6 mmol/l	
maximum	11,9 mmol/l	9,8 mmol/l	
<i>120 perces vércukorérték</i>			
átlag ± szórás	6,15 ± 1,69 mmol/l	5,15 ± 1,42 mmol/l	p=0,004
minimum	2,9 mmol/l	3,2 mmol/l	
maximum	9,4 mmol/l	9,5 mmol/l	

## Megbeszélés

Számos hazai és nemzetközi publikáció foglalkozik a PCOS diagnosztizált nők tüneteivel, életminőségével, a várandóságuk alatt fellépő szövődményekkel. Tanulmányunkban dokumentumelemzés segítségével hasonlítottuk össze a policisztás ovárium szindrómával diagnosztizált és a kontroll csoport közti eltéréseket különböző változók tekintetében, mint életkor, BMI-érték, a metabolikus szindróma-, szénhidrát anyagcserezavar tünetei, az érrendszerre gyakorolt hatás és az újszülött antropometriai adatai.

A szocio-demográfiai adatokat tekintve a teljes minta átlag életkora  $32,80 \pm 5,998$  év, a PCOS-s várandósok átlag életkora magasabb ( $p=0,023$ ). A kutatásunk során feldolgozott tanulmányok jelentős részében hasonló eredmények születtek, azonban Behboudi-Gandevani et al. arról számoltak be, hogy az általuk vizsgált két csoport között a PCOS-s csoport átlag életkora alacsonyabb (Behboudi-Gandevani et al., 2016).

Az átlag testtömeg-index vonatkozásában a két vizsgálati csoport között jelentős különbség mutatkozott ( $p<0,001$ ), miszerint a PCOS-s várandósok átlag BMI indexe magasabb, mint a kontroll csoportban. Hasonló eredmény született Glueck és mtsai; Manju és mtsai. vizsgálatában is (Glueck et al., 2004; Bala et al., 2017.). Wang nagyobb elemszámból álló ( $n_{\text{PCOS}}=144$ ,  $n_{\text{kontroll}}=594$ ) munkájában azonban az eredmények nem mutattak szignifikáns különbséget (Wang et al, 2013).

Célunk volt a metabolikus szindróma tüneteinek előfordulási gyakoriságát is vizsgálni a vérnyomás, a koleszterin és a triglicerid értékek függvényében. A magas vérnyomás, az emelkedett koleszterin és triglicerid szint is többször fordult elő, mint a kontroll csoportban. Kiss Katalin és munkatársai a BMI

függvényében vizsgálták meg a magas vérnyomás előfordulási gyakoriságát, a koleszterin és triglicerid szinteket. Eredményként azt kapták, hogy a BMI függvényében szignifikánsan nagyobb arányban alakul ki magas vérnyomás és emelkedett triglicerid szint a policisztás ovárium szindrómával diagnosztizált nők körében, de emelkedett koleszterinszint nem (Kiss et al, 2014). Felmérésünkben a BMI és a vérnyomás értékek között nem tapasztaltunk szignifikáns különbséget ( $p>0,05$ ).

Számos kutatás, köztük Wang és munkatársainak vizsgálata is bizonyítja, hogy policisztás ovárium szindrómában gyakrabban alakul ki terhességi cukorbetegség (Wang et al, 2013). A saját tudományos munkánk során hangsúlyt fektettünk az esetlegesen kialakuló szénhidrát-anyagcsere zavar gyakoriságának kimutatására is a két csoporton belül a vércukor terheléses vizsgálat 0, 60 és 120 perces vércukorértékeinek, illetve az esetleges vércukorprofil vizsgálat eredményeinek összehasonlításával. Mindhárom időpontban mért vércukorértékek átlaga szignifikánsan magasabb ( $p=0,036$ ;  $p=0,001$  és  $p=0,004$ ) a policisztás ovárium szindrómával diagnosztizált várandósok között.

Vizsgáltuk, hogy a policisztás ovárium szindróma érrendszerre gyakorolt hatása miatt nagyobb arányban alakul-e ki preeclampsia a PCOS-val kódolt várandósok között, mint a kontroll csoportban. Ehhez a magas vérnyomás, a fehérjevizelés és az ödéma jelenlétét, mint a preeclampsia diagnosztikai kritériumait kerestük. A szisztolés vérnyomásértékek szignifikánsan magasabbak, mint a kontroll csoportban mérték ( $p=0,004$ ), azonban a diasztolés vérnyomásra ez már nem volt jellemző ( $p=0,229$ ). Kiss és mtsai. vizsgálatukban azt találták, hogy policisztás ovarium szindrómában a testtömeg index nagymértékben befolyásolja a vérnyomásértékek növekedé-



sét. Ezenkívül azt az eredményt kapták, hogy a BMI 46%-ban befolyásolta a szisztolés, 35%-ban pedig a diasztolés vérnyomást (Kiss et al, 2014).

Nem találtak szignifikáns eltérést a két vizsgálati csoportban az emelkedett vizelet fehérje előfordulásában, illetve az ödéma kialakulásának gyakoriságában. Saját kutatásunkhoz hasonlóan más releváns szakirodalom sem mutatott jelentős különbséget a két vizsgálati csoport között a preeclampsia előfordulási gyakoriságának tekintetében (Glueck et al, 2004), azonban van olyan tanulmány, mely szerint a (PCOS-ban jellemző) emelkedett BMI érték a preeclampsia kialakulásának kockázatát megkétszerezi, esetleg megháromszorozza (Horváth et al, 2009).

Kevés olyan tudományos publikáció áll rendelkezésre, amely a PCOS és a polyhydramnion kapcsolatát elemzi. Foroozanfard et al. vizsgálatának eredménye szerint a PCOS csoportban nem alakult ki polyhydramnion, viszont a kontroll csoportban igen (Foroozanfard et al, 2014). A saját kutatásunk a policisztás petefészek szindrómával kódolt várandósok körében 6 esetben fordult elő polyhydramnion.

Emellett kitértünk a nagy magzatok előfordulási gyakoriságának vizsgálatára is. Első lépésként kiszámoltuk az újszülöttek születési súlyának átlagát mindkét vizsgálati csoportban, amely nem mutatott szignifikáns különbséget ( $p > 0,05$ ). Második lépésben kiszámoltuk a két vizsgálati csoport szülési hetének átlagát, amely szintén nem mutatott jelentős különbséget ( $p > 0,05$ ). Nem lehet számottevőnek tekinteni a két csoportban a koraszülés illetve a macrosomia előfordulási gyakoriságának különbségét sem. Egy iráni kutatás a vizsgálatunkhoz hasonló eredményeket közölt, itt sem volt jelentős különbség

a két vizsgálati csoport között az újszülöttek születési súlyát, a macrosomiát vagy a koraszülés gyakoriságát tekintve (Foroozanfard et al, 2014).

Yu et al témában megjelenő szakirodalmak metaanalízise során megállapítja, hogy a PCOS a várandósság esetén rizikófaktora a GDM-nek, preeclampsianak, terhesség okozta magas vérnyomásnak, a koraszülésnek, a császármetszésnek, a vetélésnek, a hypoglykaemiának és perinatális halálozásnak. Ugyanakkor a PCOS a terhesség során nem vagy csak csekély hatást gyakorolt az oligohydramnion, polyhydramnion, a nagy születési súly, a kis születési súly, a magzati növekedési zavar kialakulására, valamint az éhgyomri vércukorszintre, a HDL, az LDL, a triglicerid illetve a koleszterinszintre. Továbbá nem hozható összefüggésbe a veleszületett rendellenességek, a makrosómia és légzési distressz szindróma kialakulásával. A kontrollcsoport elemzése arra utalt, hogy ezekre az asszociációkra hatással lehet a pre-BMI is (Yu et al, 2016).

Összefoglalva fontos szerepe van az egyénre szabott várandósgondozásnak, mind az alacsony, mind a magas rizikójú várandósok esetében. A jelenleg érvényben levő szűrővizsgálatok lehetővé teszik az anyagcserezavar mielőbbi felfedezését, a betegséggel járó szövődmények megelőzését, megbetegedések időbeni felfedezését, azok káros hatásainak lehetőség szerinti megszüntetését, és egészséges újszülött születését. A szülésznői, védőnői munka területén is magas színvonalú munkák valósulnak meg (Karácsony et al, 2017a; Karácsony et al, 2017b);, ezért ebben a témában is az oktatás, a bizonyítékokon alapuló kutatás és publicitás révén szemléletformálás érhető el.

## Irodalomjegyzék

- Altıntaş, K. Z., Dilbaz, B., Cirik, D. A., Ozcelci, R., Zengin, T., Erginay, O. N., & Dilbaz, S. (2017). The incidence of metabolic syndrome in adolescents with different phenotypes of PCOS. *Ginekologia Polska*, 88(6), 289-295.
- Ashrafi, M., Sheikhan, F., Arabipoor, A., Hosseini, R., Nourbakhsh, F., Zolfaghari, Z. (2014). Gestational diabetes mellitus risk factors in women with polycystic ovary syndrome (PCOS). *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 181, 195-199. doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.07.043.
- Bala, M., Meenakshi, K.M., Gupta, A. (2017). Correlation of HbA1c levels with body mass index in newly diagnosed polycystic ovary syndrome. *The Journal of the International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*, 28(3), 196-204.
- Behboudi-Gandevani, S., Tehrani, FR., Cheraghi, L., Azizi, F. (2016). Could „a body shape index” and „waist to height ratio” predict insulin resistance and metabolic syndrome in polycystic ovary syndrome? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 205, 110-114. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.08.011.
- Boyle, J., Teede, HJ. (2012). Polycystic ovary syndrome. An update. *Australian Family Physician*, 41(10), 752-756.
- Foroozanfard, F., Abbas Moosavi, S. G., Mansouri, F., & Bazarganipour, F. (2014). Obstetric and Neonatal Outcome in PCOS with Gestational Diabetes Mellitus. *Journal of Family and Reproductive Health*, 8(1), 7-12.
- Glueck, C., Bornovoli, S., Pranikoff, J., Goldenberg, N., Dharashivkar, S., & Wang, P. (2004). Metformin, preeclampsia, and pregnancy outcomes in women with polycystic ovary syndrome. *Diabetic Medicine*, 21, 829-836. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2004.01251.x.
- Homburg, R. (2006). Pregnancy complications in PCOS. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 20(2), 281-292. DOI: 10.1016/j.beem.2006.03.009.
- Horváth, B., Kovács, L., Riba, M., Farkas, G., Bödecs, T., Bódis, J. (2009). Metabolikus tünetegyüttes és egyes szülészeti szövődmények kapcsolata. *Orvosi Hetilap*, 150(29), 1361-1365.
- Kiserud, T., Piaggio, G., Carroli, G., Widmer, M., Carvalho, J., Jensen, L. N., . . . Platt, LD. (2017). The World Health Organization Fetal Growth Charts: A Mul-

- tinal Longitudinal Study of Ultrasound Biometric Measurements and Estimated Fetal Weight. *PLoS Med*, 24;14(1), e1002220. doi: 10.1371/journal.pmed.1002220.
11. Karácsony, I., Mohácsi, F., Karamánné, Pakai, A. (2017a). Alvászavar előfordulása a várandósság során. *Acta Medicinæ et Sociologica*, 8 (25), 23-38.
  12. Karácsony, I., Simon, M., Harjárné, Brantmüller, É. (2017b). Gestációs diabetes mellitussal gondozott magas rizikójú várandósok terápiás együttműködésének vizsgálata kiemelten a diéta és a fizikai aktivitás tekintetében. *Egészség-Akadémia*, 8(1), 27-35.
  13. Kashanian, M., Fazy, Z., Pirak, A. (2008). Evaluation of the relationship between gestational diabetes and a history of polycystic ovary syndrome. *Diabetes research and clinical practice*, 80(2), 289-292. doi: 10.1016/j.diabres.2007.12.022.
  14. Kerényi, Z., Bosnyák, Z., Péterfalvi, A., Szánthó, J., Madarász, E., Rákóczi, I., ... Tamás, G. (2011). A gesztációs diabetes előfordulási gyakorisága: validált, teljes körű hazai szűrés hároméves eredményei. *Magyar Belorvosi Archívum*, 64, 349-356.
  15. Kiss, K., Váradyné Horváth, Á., Pakai, A. (2014). A policisztás ovarium szindróma és a metabolikus szindróma kapcsolata. *Nővér*, 27(5), 10-19.
  16. Kollmann, M., Klaritsch, P., Martins, WP., Guenther, F., Schneider, V., Herzog, SA., ... Raine-Fenning, N. (2015). Maternal and neonatal outcomes in pregnant women with PCOS: comparison of different diagnostic definitions. *Human Reproduction*, 30(10), 2396-2403. doi: 10.1093/humrep/dev187.
  17. Legro, RS. (2018). Stein-Leventhal syndrome. *Encyclopaedia Britannica Online [Internet]*, Available from: <https://www.britannica.com/science/Stein-Leventhal-syndrome>
  18. Micskei, O., Deli, T., Jakab, A., Bugán, A. (2014). A testkép és az életminőség vizsgálata polycisztás ovarium szindrómában. *Orvosi Hetilap*, 155(27), 1071-1077.
  19. Mohácsi, B., Almássy, Z., Szemán-Nagy, A. (2015). A policisztás ovarium szindróma pszichológiai megközelítése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 70 (3/1), 493-506. DOI: 10.1556/0016.2015.70.3.1.
  20. Nas, K., Tüü, L. (2015). A szénhidrátanyagcsere-zavar kezelésének eredményessége meddőségben. *Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle*, 17(4), 208-210.
  21. Toulis, KA., Goulis, DG., Kolibianakis, EM., Venetis, CA., Tarlatzis, BC., Papadimas, I. (2009). Risk of gestational diabetes mellitus in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and a meta-analysis. *Fertility and sterility*, 92(2), 667-77. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.06.045.
  22. Wang, Y., Zhao, X., Zhao, H., Ding, H., Tan, J., Chen, J., . . . Yang, D. (2013). Risk of Gestational Diabetes Mellitus and Pregnancy-Induced Hypertension Are Increased in Polycystic Ovary Syndrome. *BioMed Research International*, 2013, 182582. doi: 10.1155/2013/182582.
  23. Wu, ZH., Tang, Y., Niu, X., Pu, FF., Xiao, XY., Kong, W. (2019). Prostatic-specific antigen (PSA) levels inpatients with polycystic ovary syndrome (PCOS): a meta-analysis. *Journal of Ovarian Research*, 12, 1-8. DOI: 10.1186/s13048-019-0569-2.
  24. Yu, H.-F., Chen, H.-S., Rao, D.-P., & Gong, J. (2016.). Association between polycystic ovary syndrome and the risk of pregnancy complications. *Medicine*, 95(51), 1-12.
  25. WHO. (2016) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2016/en>

## A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA KÖZÖSSÉGI, FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYI, OTTHONI ÉS HOSPICE SZAKÁPOLÁSI SZAKMAI TAGOZATA

2020. április 17-18-án, Hévízen  
rendezi meg

a  
**XI. Foglalkozás-egészségügyi Ápolói Továbbképző Napok**  
c. pontszerző rendezvényt.

A rendezvényre vonatkozó bővebb információ a [www.meszk.hu](http://www.meszk.hu) honlapon  
a Továbbképzések menüponton keresztül érhető el.

EREDETI KÖZLEMÉNY, TOVÁBBKÉPZÉS

# Az életminőség fizikai dimenziói dializált és vese-transzplantált betegeknél

BABARCI Ágnes, BOROS Edit, DR. BALOGH Zoltán PhD

## ÖSSZEFOGLALÁS

**Bevezetés:** A végstádiumú veseelégtelenség a betegek mindennapi életére súlyos hatással bíró kórkép.

**A vizsgálat célja:** A kutatás célja felmérni a szegedi hemodializált és transzplantált betegek életminőségét elsősorban a fizikai dimenziók mentén, majd a kapott eredmények összehasonlítása más hazai és külföldi felmérésekkel.

**Anyag és módszer:** A kutatás során a Kidney Disease Quality of Life Short Form-36 kérdőív, Betegségteher-index mellett saját szerkesztésű kérdések alkalmazása történt. A vizsgálatba összesen 111 beteg adata került felvételre 2018. szeptember - 2019. május között.

**Eredmények:** A fizikai egészséggel összefüggő doménekre adott pontszámok transzplantált betegeknél a fájdalom alskálánál voltak a legmagasabbak  $76 \pm 26$  (átlag $\pm$ SD) vs.  $55 \pm 33$  dializált betegeknél ( $p < 0,001$ ). A szomatikus állapot okozta szerepcsökkenés értékei voltak a legalacsonyabbak a transzplantált csoportnál  $45 \pm 40$  vs.  $27 \pm 36$  dializáltaknál ( $p < 0,017$ ). A vesebetegség specifikus kérdések közül a transzplantált csoportnál a vesebetegség okozta teher alskálánál mutatkozott a legalacsonyabb összpontszám  $69 \pm 25$  vs.  $50 \pm 30$  dializáltaknál ( $p < 0,0001$ ). Az életminőség és betegségteher korrelációt elemezve, minél nagyobb a fizikai területek összpontszáma, annál kisebb a mindennapi tevékenységek értéke ( $r = -0,478$ ).

**Következtetések:** A vizsgálat alapján a szegedi dializált betegek életminősége rosszabb, mint a fővárosban élő művesekezelésben részesülő betegeké. Az eredmények hozzájárulnak betegeink holisztikus szemléletű gondozásához.

**Kulcsszavak:** hemodialízis, vesetranszplantáció, életminőség

## Physical dimensions of quality of life on dialysis and renal transplant patients

Ágnes BABARCI, Edit BOROS, Zoltán BALOGH PhD

### SUMMARY

**Introduction:** End stage renal failure is a disease with a serious impact on the everyday life of patients.

**The aim of the study:** The aim of this study is to measure and compare the quality of life of patients on hemodialysis and following renal transplant in Szeged, based primarily on physical dimensions and to compare the results with similar national and international data.

**Material and method:** Throughout the research the authors used the Kidney Disease Quality of Life Questionnaire- Short Form-36, the Illness Intrusiveness Rating Scale, and their own questionnaire. They involved 111 patients into their study from September 2018 to May 2019.

**Results:** The results show that among the dimensions regarding physical health the pain subscale in the renal transplant cohort reached the highest scores:  $76 \pm 26$  (average $\pm$ SD) vs.  $55 \pm 33$  in the dialysis cohort. ( $p < 0,001$ ). The result of physical role functioning subscale was the lowest, reaching  $69 \pm 25$  points vs.  $50 \pm 30$  in the dialysis cohort. ( $p < 0,0001$ ). Analyzing the correlation of quality of life and illness intrusiveness, they found that the higher the quality of life result, the lower is the illness intrusiveness result ( $r = -0,478$ ).

**Conclusion:** Due to the results of the present study, it can be stated, that the quality of life in the dialysis cohort is lower in Szeged. These results may contribute to a holistic view of care of our patients.

**Keywords:** Hemodialysis, renal transplantation, quality of life

BABARCI Ágnes tanársegéd,  
Semmelweis Egyetem  
Rácz Károly Doktori Iskola,  
Patológiai Tudományok,  
Egészségtudomány, Budapest

BOROS Edit tanársegéd,  
Semmelweis Egyetem  
Rácz Károly Doktori Iskola,  
Patológiai Tudományok,  
Egészségtudomány, Budapest

DR. BALOGH Zoltán PhD  
tanszékvezető, Semmelweis  
Egyetem Egészségtudományi  
Kar, Budapest

### Levelező szerző

(correspondent):  
BABARCI Ágnes;  
E-mail cím:  
babarci@etszk.u-szeged.hu

**Beérkezett:** 2019. november 12.  
**Elfogadva:** 2019. december 20.



## Bevezetés

Az átlagéletkor növekedésével a krónikus megbetegedések, köztük a végstádiumú veseelégtelenség előfordulása is növekszik (Aggarwal et al, 2016; Bartófi, 2006). Ennek a kórképnek a kezelésére az 1900-as évek előtt nem volt lehetőség, a betegek kezelés hiányában meghaltak. Az egészségügyben végbemelő technológiai fejlődés azonban ma már lehetővé teszi a végstádiumú vesebetegek hosszútávú kezelését (Gál, 2003).

Krónikus vesebetegség (CKD) nemzetközi irányelvek szerint a vesék strukturális és funkcionális károsodása mellett, a GFR <60ml/perc/1.73m<sup>2</sup> érték alatt marad 3 hónapnál hosszabb ideig (Webster, 2017). A kórképnek öt stádiumát különítjük el, az 5. stádium a végstádiumú veseelégtelenség (ESRD), a veseműködés olyan mértékű károsodása, amikor a beteg vesepótló kezelés nélkül meghal (Maaz, 2010).

A végstádiumú veseelégtelenség kezelési módjai közül ma ismert a dialízis kezelés, ezen belül a hemodialízis és a peritonealis dialízis, valamint a vesetranszplantáció. Utóbbi optimálisabb, növeli a várható élettartamot (Turányi et al, 2012; Oniscu et al, 2005).

A krónikus megbetegedések közül a végstádiumú veseelégtelenség kimagasló hatással van a betegek életminőségére. Folyamatos kooperációt igényel a folyadék megszorítás betartásában, a kezeléseken, illetve kontrollokon való megjelenésben és a gyógyszereszedésben. Megfelelő terápiás compliance nélkül ez elképzelhetetlen. A betegek együttműködése a vesetranszplantációt követő graft túléléshez is nélkülözhetetlen. Átültetés után a pácienseknek életük végéig immunszuppresszív gyógyszereszedés, rendszeres orvosi ellenőrzés, fertőzésekre való fokozott odafigyelés szükséges. Mind a dialízis kezelés, mind a vesetranszplantáció életre szóló együttműködést, terápiahűséget igényel a betegek részéről (Kovács, 2010).

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) definíciója szerint „Az életminőség az egyén észlelete az életben elfoglalt helyzetéről, ahogyan azt életterének kultúrája, értékrendszerei, valamint saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják. Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magába foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet lényeges jelenségeihez fűződő viszonyát” (Mató-Juhász & Szegedi 2016).

Az életminőség alapvetően szociológiai jellegű, komplex fogalom. Az egészségügyben elsősorban az egészséggel kapcsolatos életminőség vizsgálata jellemző, mely nem elemzi többek között a jövedelem, szabadság, lakóköznyezet faktorokat. Ezáltal jobban fókuszál az egészségüggyel szorosabban összefüggő

### Rövidítések jegyzéke

CKD: Chronic kidney disease  
 ESRD: End stage renal disease  
 WHO: World Health Organisation  
 KDQOL-SF™ : Kidney Disease Quality of Life Questionnaire-Short Form  
 IIRS: Illness Intrusiveness Rating Scale

tényezőkre (Novák, 2004). Az egészséggel kapcsolatos életminőség az egészség testi, lelki és szociális (társas) komponenseit, valamint a betegségnek az egyén mindennapi életére kifejtett hatásait vizsgálja (Kovács, 2010; Novák, 2004; Valderrábano et al, 2001).

Az egészséggel kapcsolatos életminőség mérése során a betegek egészségi állapotukról szubjektíven nyilatkoznak, két azonos klinikai paraméterrel rendelkező, azonos kezelésben részesülő beteg életminősége is jelentősen eltérhet. Kutatások azonban bizonyították, hogy az életminőség a betegek morbiditásának és mortalitásának erős prediktora (Kovács, 2010; Tayebi et al, 2010; Novák, 2004).

Az életminőség felmérésre rendelkezésre állnak általános, betegség specifikus és moduláris kérdőívek.

Az általános kérdőívek az életminőség szempontjából univerzális kérdéseket tartalmaznak, így különböző kórképpel rendelkező és nagy elemszámú betegcsoportok összehasonlítására is lehetőséget adnak.

Gyakran használt általános életminőség felmérő kérdőívek dializált betegek körében a Karnofsky Index, transzplantált betegeknél a Nottingham Health Profile, valamint mindkét betegcsoportnál alkalmazzák a Sickness Impact Profile és Medical Outcome Study Short Form 36 kérdőíveket (Turányi et al, 2012; Tayebi et al, 2010; Bartófi, 2006).

A betegség-specifikus kérdőívek konkrét betegcsoportok életminőségének felmérésére irányulnak. Részletesebben vizsgálják a betegség egyénre kifejtett hatását, az adott kórképre jellemző speciális tüneteket, ugyanakkor különböző betegcsoportok összehasonlítására nem alkalmazhatók (Bartófi, 2006).

Betegség-specifikus kérdőívek dializált betegeknél a Kidney Disease Questionnaire, transzplantáltaknál a Kidney Transplant Questionnaire, End-Stage Renal Disease Symptom Checklist Transplantation Module, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease Transplantation Quality of Life (Turányi et al, 2012; Bartófi, 2006; Stavem & Ganss, 2006).

A moduláris kérdőívek egyesítik a fent említett két típus jellemzőit. A kérdőívek első része egy ál-

talános életminőség kérdőívet tartalmaz, a második egy betegség-specifikus egységet, mely specifikus kérdéseket tartalmaz a vizsgált betegséggel kapcsolatban. Az általános modulnak köszönhetően opcionális a különböző betegcsoportok összehasonlítása.

Vesebetegek körében a leggyakrabban használt moduláris skálák egyike a Kidney Disease Quality of Life Questionnaire-Short Form (KDQOL-SF™). A kérdőív első verzióját, mely 134 kérdést tartalmazott, 1994-ben Hays és mtsai. fejlesztették ki. A kutatók többsége nem szívesen használta az eszközt hosszúsága miatt, a kérdőív jó pszichometriai tulajdonságai (megbízhatóság, validitás) ellenére sem. Emiatt később az Egyesült Államokban létrehozták a 80 kérdésből álló rövidített verziót (KDQOL-SF™) (Chong et al, 2018; Bartófi, 2006).

A KDQOL-SF™ kérdőív magyarországi validálását Bartófi Szabolcs és munkatársai végezték 2006-ban. A kérdőív magyar változata megbízható és valid eszköz művesekezelésben részesülő krónikus vesebetegek és vesetranszplantáción átesett betegek életminőségének mérésére is (Turányi et al, 2012; Kovács, 2010; Bartófi, 2006).

A KDQOL-SF™ kérdőív két fő részből áll. Az első, generikus része a korábban említett SF-36 kérdőív, mely 8 általános egészségi állapothoz kapcsolódó dimenziót tartalmaz (Kovács, 2010; Bartófi, 2006).

Második része egy speciálisan vesebetegek számára kifejlesztett kérdőívet tartalmaz (KDQOL), mely további 11 kérdéskört foglal magába. Összesen 43 vesebetegséggel kapcsolatos, illetve 1 általános egészségi állapotra irányuló kérdést tartalmaz (Bartófi, 2006).

Elsőre azt gondolhatnánk, a vesetranszplantált betegek életminősége jobb a művesekezelésben részesülőkénél. Számos tényező befolyásolja azonban egy veseátültetésen átesett páciens életminőségét is, mint az immunszuppresszív gyógyszerek mellékhatásai, vérszegénység, eritropoetin kezelés, társbetegségek, graftkilökődéstől való félelem, beültetett szerv miatti testképzavar, depresszió (Turányi et al, 2012; Kovács, 2010).

Célunk, hogy betekintést nyerjünk szegedi betegeink, mind a dialízis kezelésben részesülő, mind pedig a vese transzplantált betegek életminőségébe. Továbbá különböző területeken mutatkozó különbségek felmérése, valamint korábbi kutatási eredményekkel való összehasonlítása.

## Anyag és módszer

Kutatásunk során keresztmetszeti, nem valószínűségi mintavételt alkalmaztunk. Ez a felmérés része a „Krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegek

és vesetranszplantáción átesett betegek életminőség vizsgálata” kutatásnak.

A kutatást a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Regionális Humán Orvosbiológiai Tudományos Etikai Bizottsága engedélyezte (109/2018-SZTE).

A kutatás lebonyolítását a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Sebészeti Klinika Transzplantációs ambulanciáján kontrollra érkező, működő grafftal rendelkező betegek és a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ I. sz. Belgyógyászati Klinika, Nephrológia és Hypertonia Centrum Dialízis Központban hemodialízis kezelésben részesülő betegek körében végeztük. Az adatfelvétel vesetranszplantált betegekénél 2018. szeptember 1. - 2019. május 1. között, a hemodializált betegcsoportnál 2018. szeptember 1. - 2019. augusztus 18. között zajlott. A felmérésből kizárásra kerültek a 18 év alatti, működő grafftal nem rendelkező és peritoneális dialízis kezelésben részesülő betegek. A hemodializált populáció kis méretére való tekintettel nem bontottuk tovább várólistán lévő és nem várólistás csoportra mintánkat.

Kutatásunk során a Kidney Disease Quality of Life Questionnaire-Short Form (KDQOL-SF™) magyar nyelven validált kérdőívet, Betegségteherindexet, valamint saját szerkesztésű kérdéseket használtunk. A kérdőív kitöltése önkéntes és anonim módon történt. Minden beteg teljeskörű szóbeli tájékoztatásban részesült, egy példányban megkapták a kutatás résztvevői számára készült tájékoztatót, aláírták a beleegyező nyilatkozatot, melyet a kérdőívektől elkülönítve gyűjtöttünk. Az adatfelvétel hemodializált betegekénél (továbbiakban dializált) a kezelés alatt, vesetranszplantált betegekénél (továbbiakban transzplantált) kontroll orvosi vizsgálatra várva történt.

A KDQOL-SF™ kérdőív általános alszkálái megbízhatóak és validak dializált és vesetranszplantált betegek életminőségének mérésére is. Jelen tanulmányban a 8 általános életminőség dimenzió közül a fizikai egészségi állapotot jellemző alszkálákat vizsgáltuk: erőnlét, szomatikus állapot okozta szerepcsökkenés, fájdalom, általános egészségi állapot, vitalitás.

Az *erőnlét* alszkálához 10 kérdés tartozik, melyek kitérnek a megerőltető fizikai tevékenységekre, bevásárló szatyor cipelésére, lépcsőzésre, hajlásra, térdelésre, különböző távolságú sétára, önálló fürdés és öltözködésre. A *szomatikus állapot okozta szerepcsökkenéshez* 4 item tartozik, melyek felmérik, az utóbbi időben kellett-e csökkenteni a munkával járó időt, testi egészségük befolyásolta-e munkájukat, tevékenységeiket. A *fájdalom* alszkála két kérdésből tevődik össze, melyek a testi fájdalmak jelenlétére, annak

munkára való befolyására irányulnak. Az *általános egészségi állapot* alszála összesíti az egészségi állapot jellemzését, értékelését, saját egészség minősítését másokhoz képest. A *vitalitás* pontértékét az életkedv, energia, kimerültség, fáradtság kérdéseken keresztül kapjuk meg.

A magyar verzió pszichometriai validálása során megbízhatónak és validnak talált vesebetegség specifikus alszála közül a vesebetegséggel kapcsolatos tünetek és problémák, a vesebetegség okozta teher, a vesebetegség hatása a mindennapi életre életminőség területet elemeztük.

A vesebetegséggel kapcsolatos tünetek és problémák alszála 13 item tartozik, ebből kettő kizárólag dializált betegekre vonatkozik (fisztulával, hasi katéterrel kapcsolatos kérdések) a transzplantált csoporttal való összehasonlíthatóság érdekében ezt a két kérdést nem vontuk be az értékelésbe. A *vesebetegség általános tüneteire* vonatkozó kérdések kitérnek az izomfájdalomra, mellkasi fájdalomra, görcsök-, bőrviszketés-, száraz bőr-, légszomj, ájulás vagy szédülés-, étvágytalanság fáradtság vagy kimerültség-, zsidadás-, hányinger jelenlétére.

A *vesebetegség okozta teher* 4 itemet foglal magába, melyek felméri a vesebetegség befolyását a beteg életére, vesebetegséggel töltött időt, betegséggel való megküzdést és a beteg családban elfoglalt helyzetét.

A *vesebetegség hatása a mindennapi életre* domén 8 kérdésből áll, melyek érintik a folyadék korlátozást, étrendi megkorlátozásokat, ház körüli teendők elvégzését, utazást, orvosoktól és más egészségügyi személyzettől való függést, a vesebetegség okozta stresszt vagy aggodást, nemi életre és külső megjelenésre vonatkozó adatokat. A KDQOL-SF™ szerkezeti felépítését az **I. számú táblázat** mutatja be.

A kérdőíves felmérésünkbe 115 főt vontunk be. A kérdőívek áttekintése után összesen 111 volt értékelhető, 4 esetben a kérdések több, mint 80%-a nem került megválaszolásra. Az adatokat Excel 2017 verzióval kódoltuk. Ezt követően a KDQOL-SF™ kérdőív minden kérdése 0-100 pont közötti értéket kapott meghatározott algoritmus alapján, majd az egyes alszála átlagpontszámai az így kapott értékekből kerültek meghatározásra. (Hays, 1997) A nagyobb pontszám jobb életminőséget jelent.

A Betegségteher-index a betegség, valamint a kezelés hatását 13 kérdésen keresztül méri fel a beteg mindennapi életében bekövetkező negatív változásokon keresztül. A magasabb pontszám nagyobb betegségterhet jelent. A kérdések három alszála rendezhető: társas kapcsolatok, magánélet, mindennapi tevékenységek. (Devins, 2010; Schimmer et al, 2001)

Az adatokat kategorikus változók esetén gyakorisággal jellemeztük, a kérdőívek összepontszámait átlaggal és standard deviációval (átlag±SD). Az adatok elemzésénél a leíró statisztikai módszerek mellett, statisztikai próbákat végeztünk SPSS 24.0 szoftverrel. Az összpontszámok esetén a normális eloszlás feltételezhető, így a hipotézisek vizsgálatához Welch-féle két mintás t próbát, kétszemponos ANOVA-t, korrelációt végeztünk, minden esetben a  $p < 0,05$  értéket tekintettük szignifikánsnak.

## Eredmények

A vizsgálatban 111 beteg vett részt, 70 (63%) transzplantált és 41 (37%) dializált. A nemek aránya a teljes mintát tekintve 56 férfi és 55 nő, a nemek közötti megoszlás betegcsoportra bontva is hasonlóan alakult.

A minta életkori jellemzőit tekintve a dializált

### I. táblázat: KDQOL-SF™ kérdőív felépítése

SF-36 kérdőív (kérdések száma)	Vesebetegség specifikus kérdőív (kérdések száma)
1. Erőnlét/Fizikai teljesítőképesség (10)	1. Vesebetegség tünetei (12)
2. Mindennapi tevékenység korlátozottsága erőnlét miatt (4)	2. Vesebetegség hatása a mindennapi életre (8)
3. Fájdalom (2)	3. Vesebetegség okozta teher (4)
4. Általános egészségi állapot (5)	4. Foglalkoztatottság (2)
5. Energia/Vitalitás (4)	5. Vesebetegség hatása a kognitív funkciókra (3)
6. Hangulat (5)	6. Társas kapcsolatok (3)
7. Társas kapcsolatokban való részvétel (2)	7. Szexuális működés zavara (2)
8. Mindennapi tevékenység korlátozottsága hangulati állapot miatt (3)	8. Alvás (4)
	9. Szociális támogatottság (2)
	10. Betegelégedettség (1)
	11. Kezelőszemélyzettől kapott bátorítás (2)

Forrás: Hays, R. E. (1997). *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™), Version 1.3: A Manual for Use and Scoring*. Retrieved from: [https://www.rand.org/health-care/surveys\\_tools/kdqol.html](https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/kdqol.html), [accessed: 2019.09.20.]



**II. táblázat:** Dializált és transzplantált csoport nem, életkor szerinti megoszlása, kezelés óta eltelt idő

	Dializáltak n (%)	Transzplantáltak n (%)
<b>Nem</b>		
Férfi	20(49%)	35(50%)
Nő	21(51%)	35(50%)
<b>Életkor</b>		
18-40	6(15%)	9(13%)
41-60	9(22%)	33(47%)
61-80	24(58%)	28(40%)
80 felett	2(5%)	0%
<b>Kezelés/átültetés óta eltelt idő</b>		
x ≤ 1 év	10(26%)	9(16%)
1 < x < 3 év	5(13%)	10(17%)
3 ≤ x < 5 év	13(33%)	15(26%)
x ≥ 5 év	11(28%)	24(41%)

betegek többsége, 58%-a 61-80 év közötti korcsoportba tartozott, mindössze a minta 5%-a volt 80 év feletti. A transzplantált csoportnál a minta 47%-át 41-60 év közötti betegek alkották, 80 év feletti beteg nem szerepelt a válaszadók között.

A dializált betegek közül a minta közel 50%-át 1 évnél hosszabb, de 5 évnél rövidebb ideje kezelték. A transzplantált csoportnál a betegek 41%-nál 5 éven túl történt a beültetés, 72%-nál első beültetett graft működött, 22%-nál a második, 6% a harmadik vesetranszplantáción volt túl a felméréskor. A vizsgált betegek főbb jellemzőit az **II. számú táblázat** mutatja be.

Az KDQOL-SF™ kérdőív alskáláinak jellemzését leíró statisztikai paraméterek meghatározásával kezdtük. Az általános életminőség dimenziók közül vizsgáltuk az erőnlét, szomatikus állapot okozta szerepcsökkenés (fizikai szerep), fájdalom, általános egészségi állapot, vitalitás alskálákat. Minden dimenzió esetében összehasonlítottuk a dializált és transzplantált csoport átlagpontszámait, szórását.

A fizikai egészséggel összefüggő doménekre adott pontszámok transzplantált betegeknél a fájdalom alskálánál voltak a legmagasabbak 76±26, dializált betegeknél 55±33, szignifikáns különbség igazolódott (p<0,001). Ezt követte az erőnlét domén transzplantált betegeknél 64±25 vs. dializált betegeknél 47±29, a különbség ebben az esetben is szignifikáns (p<0,002). A vitalitás domén értékei is jobbnak bizonyultak transzplantáltaknál 60±21 a dializált betegcsoporthoz képest 50±27, míg az általános egészségi állapot pontértékei transzplantált betegeknél 47±19 vs. dializáltak 37±25. A szomatikus állapot okozta szerepcsökkenés értékei voltak a

legalacsonyabbak a transzplantált csoportnál 45±40 vs. dializáltak 27±36.

A vitalitás (p<0,049), általános egészségi állapot (p<0,029) és a szomatikus állapot okozta szerepcsökkenés (p<0,017) estében is szignifikáns különbség igazolódott a két betegcsoport között.

A vesebetegség specifikus alskálák közül a transzplantált csoportnál a vesebetegséggel kapcsolatos tünetek domén érte el a legmagasabb pontszámot 82±14, ez az érték dializált betegeknél 66±22, a két csoport között szignifikáns különbség mutatkozott (p<0,001). Ezt követte a vesebetegség hatása a mindennapi életre alskála, mely transzplantáltaknál 78±20, dializáltaknál 63±26, köztük a különbség szignifikáns (p<0,003). Legalacsonyabb összpontszám a három vizsgált vesebetegség specifikus domén közül transzplantált mintánál a vesebetegség okozta tehernél mutatkozott 69±25 vs. 50±30 dializáltak, ebben az esetben is szignifikáns különbséget tapasztaltunk (p<0,001). A dializált és transzplantált betegcsoportok életminőség pontszámait a **III. számú táblázat** mutatja be.

Megnéztük, hogy az életminőség fizikai dimenziói összefüggésben vannak-e a Betegségteher-index mindennapi tevékenységek alskálájával, minél nagyobb a fizikai területek összpontszáma, annál kisebb a mindennapi tevékenységek értéke (r=-0,478, p<0,0001) (**1. sz. ábra**).

**III. táblázat:** Általános és vesebetegség specifikus dimenziók értékei dializált és vesetranszplantált betegcsoportnál

	Dializált Átlag (SD)	Transz- plantált Átlag (SD)	p érték
<b>Általános (SF-36) dimenziók</b>			
Erőnlét (10)	46,83 (28,6)	64,06 (24,95)	p<0,002
Szomatikus állapot okozta szerepcsökkenés (4)	26,88 (35,53)	44,64 (39,32)	p<0,017
Fájdalom (2)	54,63 (33,14)	75,51 (25,27)	p<0,001
Általános egészségi állapot (5)	37,04 (25,22)	47,21 (19,08)	p<0,029
Vitalitás (4)	49,76 (27,25)	59,64 (21,13)	p<0,049
<b>Vesebetegség specifikus dimenziók</b>			
Tünetlista (12)	66,34 (22,47)	81,7 (13,61)	p<0,001
Vesebetegség hatása (8)	62,62 (26,02)	77,58 (19,97)	p<0,003
Vesebetegség okozta teher (4)	50,15 (29,76)	68,93 (24,65)	p<0,001

Nemek tekintetében megnéztük, hogy a transzplantáltak és dializáltak közti különbség más-e a férfiaknál, mint a nőknél. Az általános életminőség dimenzióknál az erőnlét ( $p=0,431$ ), fizikai szerep ( $p=0,934$ ), fájdalom ( $p=0,634$ ), általános egészségi állapot ( $p=0,234$ ), vitalitás ( $p=0,202$ ) alsókálák között nem tudtuk kimutatni, hogy a transzplantáltak és dializáltak közti különbség függene a nemtől, a nemek közötti különbség nem volt szignifikáns.

A vesebetegség specifikus alsókáláknál a tünetek ( $p=0,664$ ), a vesebetegség okozta teher ( $p=0,202$ ), a vesebetegség hatása a mindennapi életre ( $p=0,962$ ) életminőség területek között sem igazolódott szignifikáns összefüggés.

## Megbeszélés

A kutatások többsége arról számol be, hogy a vesetranszplantált betegek életminősége jobb a dializáltakéhoz képest. A transzplantációt követően javul az életminőség, néhány területen az átlagpopuláció értékeit is megközelíti (Kostro et al, 2016; Bartófi, 2006; Rebollo et al, 2000; Mingardi, 1999).

Vizsgálatunkban feltételeztük, hogy a vesetranszplantált betegek életminősége a fizikai dimenziók és egyes vesebetegség specifikus alsókálák mentén jobb a dializáltakénál.

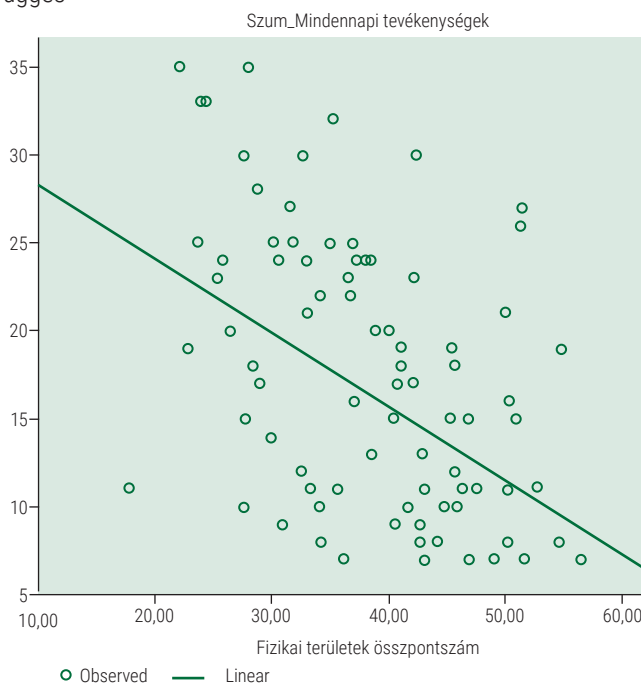
Összevetve a kapott pontszámokat, kijelenthetjük, hogy az általunk vizsgált vesetranszplantált betegcsoport életminősége a dializált csoporténál lényegesen jobb volt, továbbá az alsókálák mindegyikénél szignifikáns különbség mutatható ki a két betegcsoport között az egészséggel kapcsolatos életminőség terén. Az átlagpontszámok a két populáció között mind az 5 generikus, mind pedig a 3 betegség-specifikus alsókála esetében meghaladták a 10 pontot.

Több forrás is említi, hogy a férfiak jobb életminőséggel rendelkeznek (Cruz et al, 2011; Bartófi, 2006). Betegcsoportjainkban megnéztük az életminőség alsókálák alakulását nemek tekintetében, kezelésekre bontva. Eredményeink nem mutattak szignifikáns különbséget a nemek között.

Cruz és munkatársai által végzett felmérésben a magasabb iskolai végzettséggel rendelkező és szakmailag aktív egyének magasabb pontszámot értek el a fizikai dimenziók mentén. Eredményeik alapján a hemoglobinszint összefügg a fizikai dimenziókkal, illetve három vagy több társbetegség hatással van a fizikai dimenzióra (Cruz et al, 2011). Saját kutatásunk során nem volt lehetőségünk klinikai paraméterek rögzítésére.

Kapott eredményeinket összehasonlítva más hazai felmérés eredményeivel, elmondható, hogy az általános életminőség dimenziók mentén a transzplantált betegcsoport értékeinél a fájdalom és az ál-

**1. ábra:** Az életminőség fizikai dimenziók és a Betegségteher-index mindennapi tevékenységek összpontszám közötti összefüggés



talános egészségi állapot kivételével, az erőnlét, szomatikus állapot okozta szerepcsökkenés és vitalitás pontszámokban elmaradás figyelhető meg a szegedi mintánál. A dializált populáció értékei az általános egészségi állapot alsókálán kívül alacsonyabb pontszámokat mutattak a budapesti mintához képest. A KDQOL-SF™ amerikai validálása során kapott eredményei is alacsonyabbak a fővárosi dializált betegcsoportéhoz képest egy alsókála, az általános egészségi állapot kivételével. A szegedi és az amerikai dializált betegcsoport összehasonlításánál azt tapasztaljuk, hogy mintánk az energia domén mentén teljesített csak jobban az amerikai mintához képest.

Mindhárom vesebetegség specifikus alsókála mentén a budapesti transzplantált betegek eredményei jobbnak bizonyultak a szegediekhez képest. A budapesti és holland dializált mintánál a tünetek és a vesebetegség hatása nagyobb pontszámot kapott a szegedi mintához képest, a vesebetegség terhe 47-50 pont között alakul a szegedi, budapesti, amerikai, holland betegcsoportnál is (Bartófi, 2006).

Magyarországon a krónikus vesebetegek száma közel egymillió, közülük több, mint 6 ezer beteget dialízissal tartanak életben (Országos Vérellátó Szolgálat, 2017). Az első élődonoros veseátültetés Szegeden történt 1962-ben, ezt követően 1973-ban indult vesetranszplantációs program Budapesten. Az elmúlt 45 évben 10 ezer szervátültetés történt, ebből 1000 alig több mint két év alatt valósult meg. A vese transzplantációs program működése óta hazánkban több

mint 8 ezer beteg kapott új vesét (Országos Vérellátó Szolgálat, 2018). A várólistán aktuálisan több, mint ezer beteg várja a riadót (Országos Vérellátó Szolgálat, 2019). Ezek a számok is azt mutatják, hogy a krónikus vesebetegek száma jelentős, és a populáció öregedésével a mutatók várhatóan emelkedni fognak. A végstádiumú veseelégtelenség, vesetranszplantáció hosszútávú, életre szóló együttműködést igényel a betegek részéről. Fontos a partneri kapcsolat kialakítása, hogy a páciensek érezzék saját felelősségüket is állapotuk alakulásában. A holisztikus betegápolás során fontos a fizikai, pszichés és szociális dimenziók értékelése, a klinikai mutatók mellett a betegek egészségükről, életminőségükről alkotott szubjektív véleménye.

### Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretném köszönetemet kifejezni Dr. Boda Krisztinának a statisztikai próbák terén nyújtott segítségéért.

### Etikai jóváhagyás

Ez a tanulmány része a „Krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegek és vesetranszplantáción átesett betegek életminőség vizsgálata” kutatásnak. A kutatást a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Regionális Humán Orvosbiológiai Tudományos Etikai Bizottsága engedélyezte (109/2018-SZTE), nem sérti a Helsinki Deklaráció előírásait.

### Összeférhetlenség

A szerzők kijelentik, hogy ez a tanulmány a „Krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegek és vesetranszplantáción átesett betegek életminőség vizsgálata” részét képezi, a projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg. EFOP-3.6.1-16-2016-00008, melynek résztvevője B.Á.

## Irodalomjegyzék

1. Aggarwal, H. K., Jain, D., Pawar, S., Yadav, R. K. (2016). Health-related quality of life in different stages of chronic kidney disease. *QJM*, 109(11), 711–716. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcw054>
2. Bartófi, S. (2006). Krónikus vesebetegek életminőségének vizsgálata, Budapest, Doktori értekezés, Retrieved from: [http://semmelweis.hu/wp-content/phd/phd\\_live/vedes/export/barotfiszabolcs.d.pdf](http://semmelweis.hu/wp-content/phd/phd_live/vedes/export/barotfiszabolcs.d.pdf), [accessed: 2019.08.10]
3. Chong, K., Myaskovsky, L., Unruh, M. (2018). A Timely Evaluation of the Psychometric Properties of the KDQOL-36. *American Journal of Kidney Diseases*. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2017.10.028>
4. Cruz, M. C., Andrade, C., Urrutia, M., Draibe, S., Nogueira-Martins, L. A., Sesso, R. de C. C. (2011). Quality of life in patients with chronic kidney disease. *Clinics*, 66(6), 991–995. <https://doi.org/10.1590/S1807-59322011000600012>
5. Devins, G. M. (2010). Using the Illness Intrusiveness Ratings Scale to understand health-related quality of life in chronic disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6) 591–602. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.05.006>
6. Oniscu, G. C., Brown, H., & Forsythe, J. L. R. (2005). Impact of cadaveric renal transplantation on survival in patients listed for transplantation. *Journal of the American Society of Nephrology*, 16(6), 1859–1865. <https://doi.org/10.1681/ASN.2004121092>
7. Gál, G. D. (2003). A művese kezelés elmúlt 50 éves története Szegeden. Retrieved from: [https://www.doki.net/tarsasag/nephrologia/upload/nephrologia/document/Prof\\_Dr\\_Gal\\_Gyorgy\\_Szegedi\\_Dializis\\_kezeles\\_50\\_eves\\_tortene.pdf?web\\_id=](https://www.doki.net/tarsasag/nephrologia/upload/nephrologia/document/Prof_Dr_Gal_Gyorgy_Szegedi_Dializis_kezeles_50_eves_tortene.pdf?web_id=), [accessed: 2019.09.05.]
8. Hays, R. E. (1997). Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™), Version 1.3: *A Manual for Use and Scoring*. Retrieved from: [https://www.rand.org/health-care/surveys\\_tools/kdqol.html](https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/kdqol.html), [accessed: 2019.09.20.]
9. Kostro, J. Z., Hellmann, A., Kobiela, J., Skóra, I., Lichodziejewska-Niemierko, M., Dębska-Lizien, A., Iedziński, Z. (2016). Quality of life after kidney transplantation: A prospective study. *Transplantation Proceedings*, 48(1), 50–54. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2015.10.058>
10. Kovács, Á. Z. (2010). Krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegek egészséggel kapcsolatos életminőségét befolyásoló tényezők, Budapest, Doktori értekezés. Retrieved from: [http://semmelweis.hu/wp-content/phd/phd\\_live/vedes/export/kovacsagneszosofia.d.pdf](http://semmelweis.hu/wp-content/phd/phd_live/vedes/export/kovacsagneszosofia.d.pdf) [accessed: 2019.09.20.]
11. Maaz, Z. A. (2010). End-stage renal disease. *BMJ Clinical Evidence*, 1–16. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3217820/> [accessed: 2019.09.20.]
12. Mató-Juhász, A. S., Szegedi, K. (2016). Az egészség tudatos magatartás és a fenntartható fejlődés elméleti összefüggései. *MultiScience – XXX. microCAD International Multidisciplinary Scientific Conference University of Miskolc, Hungary*, 21–22 April 2016, ISBN 978-963-358-113-1., Retrieved from: [https://www.researchgate.net/publication/328015404\\_Az\\_egeszseg\\_tudatos\\_magatartas\\_es\\_a\\_fenntarthato\\_fejlodes\\_elméleti\\_összefüggései](https://www.researchgate.net/publication/328015404_Az_egeszseg_tudatos_magatartas_es_a_fenntarthato_fejlodes_elméleti_összefüggései) [accessed: 2019.09.30.]
13. Mingardi, G. C. (1999). Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 14(6), 1503–1510. <https://doi.org/10.1093/ndt/14.6.1503>
14. Novák, M. (2004). Alvászavarok és életminőség, Budapest, Doktori értekezés. Retrieved from: [http://semmelweis.hu/wp-content/phd/phd\\_live/vedes/export/novakmarta.d](http://semmelweis.hu/wp-content/phd/phd_live/vedes/export/novakmarta.d) [accessed: 2019.09.20.]
15. Oniscu, G. C., Brown, H., Forsythe, J. L. R. (2005). Impact of cadaveric renal transplantation on survival in patients listed for transplantation. *Journal of the American Society of Nephrology*, 16(6), 1859–1865. <https://doi.org/10.1681/ASN.2004121092>



16. Országos Vérellátó Szolgálat. (2017). *Szervkoordinációs Iroda: 2016 Szakmai Beszámolója*. Retrived from:[http://www.ovsz.hu/sites/ovsz.hu/files/szervadomanyozas\\_dokumentum/szakmaibeszamolok2016-20170707\\_z5.pdf](http://www.ovsz.hu/sites/ovsz.hu/files/szervadomanyozas_dokumentum/szakmaibeszamolok2016-20170707_z5.pdf), [accessed:2019.09.15.]
17. Országos Vérellátó Szolgálat. (2018). *10 000 szervátültetés Magyarországon!* Retrived from: <http://www.ovsz.hu/oco/10000-szervatultetes-magyarorszagon>, elérés ideje: [accessed: 2019.09.10.]
18. Országos Vérellátó Szolgálat. (2019). Retrived from: <http://www.ovsz.hu/vese/vese-transzplantacios-varolista>. [accessed: 2019.10.10.]
19. Rebollo, P., Ortega, F., Baltar, J., Badí, X., Alvarez-Ude, F., Díaz-Corte, C...Alvarez-Grande, J. (2000). Health related quality of life (HRQOL) of kidney transplanted patients: Variables that influence it. *Clinical Transplantation*, 14(3), 199–207. <https://doi.org/10.1034/j.1399-0012.2000.140304.x>.
20. Schimmer, A. D., Elliott, M. E., Abbey, S. E., Raiz, L., Keating, A., Beanlands, H. J., ... Devins, G. M. (2001). Illness intrusiveness among survivors of autologous blood and marrow transplantation. *Cancer*, 92(12), 3147–3154. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(20011215\)92:12<3147::AID-CNCR10168>3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/1097-0142(20011215)92:12<3147::AID-CNCR10168>3.0.CO;2-C)
21. Stavem, K., Ganss, R. (2006). Reliability and validity of the ESRD Symptom Checklist - Transplantation Module in Norwegian kidney transplant recipients. *BMC Nephrology*, 7. <https://doi.org/10.1186/1471-2369-7-17>
22. Tayebi, A., Raiesifar, A., Ebadi, A., Eynollahi, B., Rafiyan, Z., Keyvanloo, F. (2010). Investigation of renal transplantation patients' quality of life by kidney transplantation questionnaire (KTQ-25). *Iranian Journal of Critical Care Nursing*, 3(3), 125–128. Retrieved from [http://inhc.ir/browse.php?a\\_id=43&slc\\_lang=en&sid=1&ftxt=1](http://inhc.ir/browse.php?a_id=43&slc_lang=en&sid=1&ftxt=1) [accessed: 2019.10.10.]
23. Turányi, C. Z., Zalai, D., Molnár, M. Zs., Novák, M., Mucsi I. (2012). Életminőség és alvászavarok vesetranszplantált betegek körében. *Hypertonia és Nephrologia* 2012;16(2):56–61. Retrived from: <https://lib.semmelweis.hu/sepul/pdf/2012/a479> [accessed: 2019.10.11.]
24. Valderrabano, F., Jofre, R., Lopez-Gomez, J. M. (2001). Quality of life in end-stage renal disease patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 38(3), 443–464. <https://doi.org/10.1053/ajkd.2001.26824>
25. Webster, A. C., Nagler, E. V., Morton, R. L., Masson, P. (2017, March 25). Chronic Kidney Disease. *The Lancet*. Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32064-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32064-5) <https://doi.org/10.1053/ajkd.2001.26824>

## SZABADON VÁLASZTHATÓ ELMÉLETI TOVÁBBKÉPZÉSI PONTSZERZÉSI LEHETŐSÉG

A magyar és angol nyelvű tanulmányok, kutatási beszámoló publikációk mellett a **NÖVÉR** szakfolyóirat 2020. évi lapszámaiban is megtalálhatóak a továbbképző cikkek. Előfizetőink számára e friss kéziratokhoz tartozó tesztkérdések kitöltésére – a folyóirat 33. évfolyama mind a hat lapszámának megjelenését követően – 2020. decemberében a MESZK honlapján keresztül online módon nyílik lehetőség. A kéziratot őrizze meg, mert a teszt kitöltéséhez a későbbiekben még szüksége lesz rá!

EREDETI KÖZLEMÉNY

# A jövő ápolója: a Z generáció munkaérték preferenciái

KISS Ibolya, DR. PAPP Katalin PhD

## ÖSSZEFOGLALÁS

*A vizsgálat célja:* Az 1995 után született ápolók, valamint a különböző generációhoz tartozó ápolók munkaérték preferenciáinak feltárása.

*Anyag és módszer:* A Super-féle munkaérték preferencia kérdőívet fekvőbeteg ellátásban dolgozó, különböző végzettségű ápolók töltötték ki (N = 106). Elemzés során a ranghely meghatározásához az egyes értékkörök átlagát vettük alapul, valamint a szórás értéket is jelöltük.

*Eredmények:* Az egyes generációhoz tartozó ápolók által preferált munkaértékek: Baby boom generációnál a hierarchia, fizikai környezet, anyagiak, az X generációnál az altruizmus, hierarchia, fizikai környezet, az Y generációnál az altruizmus, hierarchia, biztonság, míg a Z generációnál a hierarchia, altruizmus, társas kapcsolatok.

*Következtetések:* A generációk között eltérést találtunk a preferált munkaértékek tekintetében, azonban generációs különbségek mellett generációs hasonlóságokat is felfedeztünk.

**Kulcsszavak:** ápoló, generáció, munkaérték, preferencia

## The future nurse –Work Value Preferences of the Generation Z

Ibolya KISS, Katalin PAPP PhD

### SUMMARY

*The aim of the study:* To explore the work value preferences of nurses born after 1995 and those of different generations.

*Material and methods:* The Super Job Value Preference Questionnaire was completed by nurses of different qualifications (N=106). In the analysis, we ranked the average of each value range to determine the rank, and also the standard deviation value.

*Results:* Preferred values for nurses of each generation: hierarchy, physical environment, materiality for Baby Boomers; for X generation: altruism, hierarchy, physical environment; for the Y generation: altruism, hierarchy, security; and for Z generation: hierarchy, altruism, social relationships.

*Conclusions:* We found differences in preferred work values between generations, and also found the similarities and differences among the generations.

**Keywords:** nurse, generation, work value, preference

KISS Ibolya osztályvezető ápoló, Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Jósa András Oktatókórház, Nyíregyháza

DR. PAPP Katalin PhD főiskolai docens, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Nyíregyháza

### Levelező szerző

(correspondent):  
KISS Ibolya; e-mail:  
kiss.ibolya.db@gmail.com

**Beérkezett:** 2019. november 24.

**Elfogadva:** 2020. február 09.

## Bevezetés

Fiatalabb és idősebb ápolók egy helyen, a multi-generációs munkahelyeken – ilyenek hazánk egészségügyi intézményei. A kórházakban a szakdolgozók között pedig megjelent a Z generáció. Azt tapasztaltuk, hogy a Z generáció tagjait az előző generációhoz tartozó munkatársak olykor fenntartásokkal fogadják. Mindenki elégedett akkor, ha az iskolapadból a munka világába bekerült pályakezdő ápoló munkája során jól teljesít, hamar válik önállóan beteget ellátni tudó, fegyelmezett és lelkiismeretes dolgozó munkatárssá. Tapasztalhatjuk ennek ellenkezőjét is, ilyenkor a pályakezdő fiatal ápoló beilleszkedése nem zökkenőmentes. A fiatal pályakezdő ápoló be-

tanulási ideje alatti munkavégzéséről, az osztályon dolgozó ápolóktól kaphatunk olyan visszajelzést, amelyek az élet más területein is ismerősen csengenek (pl. mobiltelefon igen gyakori használata munka közben), vagy amely a szakmai feladatok iránti érdeklődés hiányára, a szakmai kommunikáció követelményeinek nem megfelelőségére utal (pl. nem jelzi az ápoló felé, ha egy adott ápolási beavatkozást/tevékenységet elvégez). Ezek egyfelől a pályakezdő ápolóval egy műszakba beosztott szakdolgozó fokozódó leterheltségéhez vezetnek, konfliktushelyzetet generálva, másfelől pedig a Z generációhoz tartozó ápoló kudarcélményként élheti meg és korai pályaelhagyóvá válhat. Kutatásunk ezekből a tapasztalatokból indult ki. Szeretnénk megismerni az 1995 után

született ápolók munkaérték preferenciáit, feltárni a különböző generációhoz tartozó ápolók munkához kapcsolódó értékválasztásait, illetve a közöttük lévő különbségeket.

Az érték definíciójával több tudományterület is foglalkozik, az érték fogalmát pedig különbözőképpen írják le, elfogadva egymás koncepcióit. Andorka szerint „*olyan kulturális alapelvek, amelyek kifejezik azt, hogy az adott társadalomban mit tartanak kívánatosnak és fontosnak, jónak vagy rossznak. Az értékek és azok sorrendje társadalmanként és korszakonként eltérő lehet*” (Andorka, 2006). Donald E. Super szerint az értékek a szükségletekből származnak, „*olyan pszichológiai állapot, kapcsolat vagy anyagi körülmény, amely felé törekszünk*” (Klein, 2005).

A munka a civilizáció fennmaradásához is szükséges tényező. A munkával kapcsolatos értékek „*segítségével az egyének felismerik, hogy mi a „helyes” viselkedés, illetve felmérik, hogy mi a fontos számukra*”. Az általános értékrendszer részét képezik, „*központi helyet foglalnak el az egyének értékrendszerében, szorosan összekapcsolódva más személyes értékekkel*” (Hajdu et al, 2016). Donald E. Super szerint „*a munkaértékek olyan alapvető minőségi jellemzők, motiváló tényezők és célok, amelyek a személy aktivitását, munkaérdeklődés formájában kifejeződve tartósan irányítják*” (Kiss, 2015).

Super szerint a pályaválasztás és a szakmába való beilleszkedés állandó folyamatnak tekintendő. A pályával kapcsolatos preferenciák változnak a tapasztalat, az idők folyamán vagyis „*egy életen át tartó folyamat*”. Ezt a folyamatot az ún. „szivárvány modellje” írja le, melynek fő stádiumai: a növekedés (0-14 éves korig), a felfedezés (15-24 éves korig), a konszolidáció (25-44 éves korig), a fenntartás (45-64 éves korig) és a hanyatlás (65 éves kortól). Az egyes stádiumok további szakaszokra oszthatók (Kiss, 2008).

A munkaérték segíti az egyént a pályaválasztásban, valamint „*a munka eredményeinek és kimenetelének megítéléséhez*” is támpontot ad. Az egyén munkához kapcsolódó értékválasztásai mutatják a szakmai identitás alakulását is, melyek meghatározzák az egyén törekvéseit, motivációit (Bocsi, 2015).

A generáció (azaz nemzedék) fogalmát különbözőképpen írják le a témában jártas szakemberek. A kutatók egy csoportja a születési év alapján csoportosít, mások pedig aszerint, hogy milyen közös élményeket éltek meg együtt, milyen történelmi, gazdasági, társadalmi, technológiai változások befolyásolták életüket. Mark McCrindle (2009) szerinti felosztás alapján a Baby boomerek 1946 és 1964 között, az X generáció 1965 és 1979, az Y generáció 1980 és 1994 között, a Z generáció tagjai 1995 és 2009 között születtek (McCrindle et Wolfinger, 2006).

A generációk között lévő értékítélet, értékrendbeli különbözőség az eltérő szocializációs közegből adódik

(Komár, 2018). Az egyes generációk munkavállalóinak saját perspektívái vannak a munka világában mindenhez, de általános, a generáció valamennyi tagjára érvényes jellemzés nem adható. A Baby boom generáció legfontosabb munkahelyi értékei közé tartozik az, hogy elfogadja a hierarchiára épülő, tekintélyelvű szerkezetet. Kevésbé rugalmas, nem preferálja a változásokat. Hűséges, megbízható, de nem zárkózik el egy jobb álláslehetőségtől. Megérti azt, hogy a családi élet háttérbe szorul a munkahely szempontjaival szemben. Jó csapatjátékos. Felismeri a technológiai fejlődés szükségességét. Az X generáció mindig a legújabb technológiai innovációt akarja, értékeli a változást. Munkája során „*a részvételen alapuló, demokratikus struktúrát igényli*”. Nem a munkahelyhez, hanem személyekhez lojális és a munkahelyi biztonságban nem hisz. Az Y generáció legfontosabb kommunikációs eszköze az Internet, így hozzászókkott az interaktív megoldásokhoz. Munkavégzése során az önállóságot előtérbe helyezi. Rugalmas, egyszerre több munkahelyen, több karrier építésére nyitott. Preferálja, ha a munkahelyen a döntésekbe bevonják. A változást elfogadja, úgy hogy azt saját érdekévé alakítja. Hűséges magához és személyes kapcsolataihoz. A családi élet előtérbe kerül a munkahely szempontjaival szemben (Bokor, 2007). A Z generáció munkavégzése során igényli a rugalmas munkaidőt, csapatjátékos, jó problémamegoldó képességű, bátran változtat. Az előző generációk által kidolgozott eljárások helyett más és kockázatosabb módszert preferál. Az alapvető munkamorál hiányzik. Magabiztosak, kevésbé kételkednek képességeikben (Pierog et al, 2016).

Pályaalakalmassági vizsgálatok esetén és szervezetenfejlesztés során is használható a Super-féle munkaérték kérdőív, amely Likert skála és 45 item segítségével 15 értékkört vizsgál. Egy adott értékkör minimálisan 3, maximálisan 15 pontot kaphat. Az értékkör dimenziók a teljesség igénye nélkül a következők:

1. Szellemi ösztönzés: olyan munkához kapcsolható, amely lehetővé teszi a független gondolkodást és segít megérteni azt, hogy a dolgok hogyan működnek (pl. „*szüntelenül új megoldatlan problémába ütközik*”).

2. Altruizmus: olyan munkára vonatkozik, amely során lehetőség van mások boldogulásának előmozdítására (pl. „*jót tehet mások érdekében*”).

3. Társas kapcsolatok: arra a munkára jellemző, amely biztosítja a kedvelt munkatársakkal való kapcsolat megteremtését és a jó munkahelyi légkört (pl. „*munkatársai egyben barátai is*”).



4. Munkával kapcsolatos biztonság: olyan munkára vonatkozik, amely a megélhetést mindig biztosítja (pl. „*biztos lehet abban, hogy megfelelő munkát kap, ha az adott munka valamilyen okból megszűnik*”).

5. Anyagiak: jól fizető munkával kapcsolatos, az egyén számára fontos dolgok, tárgyak megszerzése biztosított (pl. „*gondtalan életet biztosíthat magának*”).

6. Önérvényesítés: olyan munkavégzés, amelynek segítségével az egyén saját elképzelése szerint választhat életformát, életmódot (pl. „*megvalósítja önmagát*”).

7. Változatosság: a munkatevékenységre vonatkozóan nem a feladatorientációt tükrözi, hanem az élvezetet, örömeresést (pl. „*változatos munkát végezhet*”).

8. Hierarchia: az igazságos ellenőrzés alatt végzendő munkára vonatkozik, valamint a vezetővel való összeférhetőség igénye is megfogalmazódik benne (pl. „*vezetője mindig helyesen dönt*”).

9. Függetlenség: olyan munka preferálása, amely során az egyén saját módszere és egyéni elképzelése szerint dolgozhat (pl. „*önálló döntéseket hozhat*”).

10. Fizikai környezet: a rendezett munkahelyi környezet fontosságára vonatkozó értékdimenzió (pl. „*kényelmes körülmények között dolgozhat*”).

11. Presztízs: olyan munkával kapcsolatos érték, amely másokban tisztelet ébreszt és rangot jelent (pl. „*tekintélyt szerezhet a munkájával*”).

12. Munkateljesítmény: a feladat orientáltságban és az eredményeket hozó munka preferálásában nyilvánul meg, nem vonatkozik a munkában való magas fokú részvételre (pl. „*objektívan lemérheti munkája eredményét*”).

13. Észtetikum: a munka, amely lehetőséget ad szép tárgyak készítésére, a világ szebbé tételéhez járul hozzá (pl. „*szebbé teheti a világot*”).

14. Irányítás: vezetési igényekre vonatkozó értékdimenzió; lehetőség van a mások által elvégzendő munka tervezésére, szervezésére (pl. „*másokat irányíthat*”).

15. Kreativitás: munkavégzés során az egyén új elméleteket alkothat és vezetheti be (pl. „*új elképzeléseket alakíthat ki*”) (Kovácsné, 2007; Kiss, 2008; Szabó et al, 2018).

Magyar felsőoktatási intézményekben szociális munkás, ápoló, mentőtiszt szak hallgatói körében készült kutatásokban is alkalmazták a Super-féle munkaérték kérdőívet (Kiss, 2008; Kovácsné, 2007; Szelesné, 2016). Szociális munka szakon a hallgatók által preferált értékek az altruizmus, a társas kapcsolatok és a presztízs (Kiss, 2008). A diplomás ápolóknál a legmagasabb pontszámot az altruizmus értékkör kapta, ezt követi a változatosság és a társas kapcsolatok (Kovácsné, 2007), a mentőtiszt hallgatók munkával kapcsolatos értékvalasztásaként

ugyan ezek az értékdimenziók szerepeltek (Szelesné, 2016). Kórházban dolgozó szülésznők által preferált értékek az altruizmus, az anyagiak és a hierarchia. A szülésznők életkorcsoport szerint eltérő munkaértékeket preferálnak. A 20-29 évesek csoportjának az altruizmus, hierarchia, anyagiak; a 30-39 éveseknél az anyagiak, altruizmus, fizikai környezet; a 40-49 éveseknél az altruizmus, anyagiak, társas kapcsolatok; az 50-65 éveseknél az altruizmus, fizikai környezet, társas kapcsolatok a legfontosabb értékkörök (Gebriné et al; 2018). Nem találtunk olyan hazai kutatást, amely a kórházban dolgozó ápolók munkára vonatkozó értékeit vizsgálja.

A generációk eltérő értékrendje az egészségügyben dolgozók számára is kihívást jelent, megnehezíthetik a team munkát, konfliktusforrás lehet (Schmidt et al, 2013). Az egyes generációk a munkavégzés során (is) eltérő bánásmódot igényelnek, a munkahelyi vezetőknek is érdemes szemléletet váltaniuk (Duchschler et Cowin, 2004).

## Anyag és módszer

Az adatgyűjtés 2019. június 1. - július 15. között a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Jósa András Oktatókórház fekvőbeteg ellátásban dolgozó, különböző végzettségű segédápolók, ápolók, gyakorló ápolók, BSc és MSc ápolók körében történt. A mintaválasztás az 1995. után született ápolók esetében nem véletlenszerűen történt, őket célzottan kerestük fel a különböző osztályokon (sürgősségi betegellátás, belgyógyászati jellegű osztályokon). A többi generációhoz tartozó ápolók egy sebészeti jellegű osztály dolgozói. Az alkalmazott két kérdőív kitöltése minden esetben önkéntes és anonim volt. A saját készítésű kérdőív demográfiai adatokra, munkakörre, munkarendre, az egyén és szüleinek iskolai végzettségre kérdezett rá, illetve arra is kíváncsiak voltunk, hogy hány éves korában döntötte el, hogy egészségügyi pályát választ. A másik kérdőív a Super-féle munkaérték kérdőív volt. Az eredmény feldolgozása SPSS 25 rendszerben történt. Jelenleg a Super-féle munkaérték kérdőív eredményeit ismertetjük. A ranghely meghatározásához az egyes értékkörök átlagát vettük alapul, valamint a szórás értéket is jelöltük. Hangsúlyozni kívánjuk, hogy nem célunk az érték, a munkaérték, a generációk és a kapcsolódó elméletek vonatkozásában a téma teljes körű áttekintése.

## Eredmények

106 kérdőív került feldolgozásra. A teljes minta nem szerinti megoszlása nem meglepő, hiszen a kitöltők közül 96 fő (90,6%) nő, 10 fő (9,4%) férfi volt.

Utóbbiak közül 8 férfi a Z generációhoz tartozó ápoló. A vizsgálat során a Mark McCrindle (2009) felosztása alapján a Baby boom generációt 7, az X generációt 26, az Y generációt 17, és a Z generációt 56 fő alkotja. A generációk szerinti megoszlást és az egyes generációhoz tartozók átlagéletkorát az **1. számú ábra** mutatja. A kérdőív kitöltői különböző képesítéssel rendelkeznek, mely a **2. számú ábrán** látható (az elemszámot nem jelöltük, hiszen egy dolgozó több képesítést is szerezhethet).

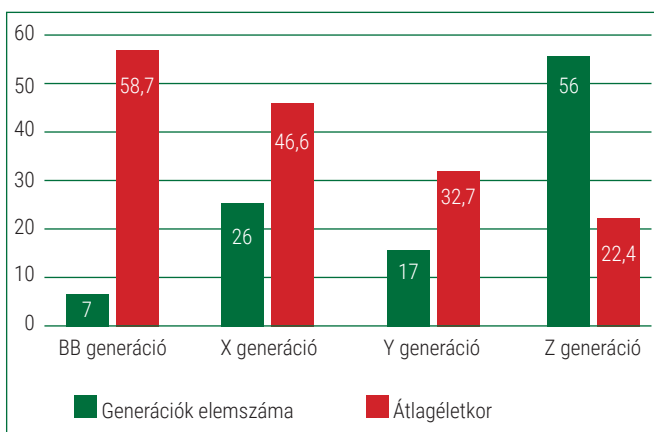
### Super-féle munkaérték kérdőív eredményei – generációnként

A munkára vonatkozó meghatározó értékek között minden generációnál megtalálható a hierarchia értékkör: a Baby boom generációnál 13,85 átlagértékkal, a Z generációnál 13,35 átlaggal az első helyet szerezte meg. Az altruizmus a Z generációnál a 2. helyen ( $M=12,82$ ), a Baby boom generációnál pedig a 4. helyre került ( $M=12,71$ ), azonban ebben az esetben mindkét generációnál eltérést találtunk az egyes generációhoz tartozó egyének véleménye között (2 feletti szórásérték). A társas kapcsolatok értékdimenzió a Z generáció számára a legfontosabb, hiszen az első három preferált értékek egyike ( $M=12,67$ ), azonban a csoporttagok nézete közötti eltérést mutatja a 2 feletti szórásérték. A társas kapcsolatok értékkör a Baby boom generációnál és az Y generációnál nem került be a meghatározó értékek közé, az X generációnál megjelenik az 5. helyen ( $M=12,76$ ).

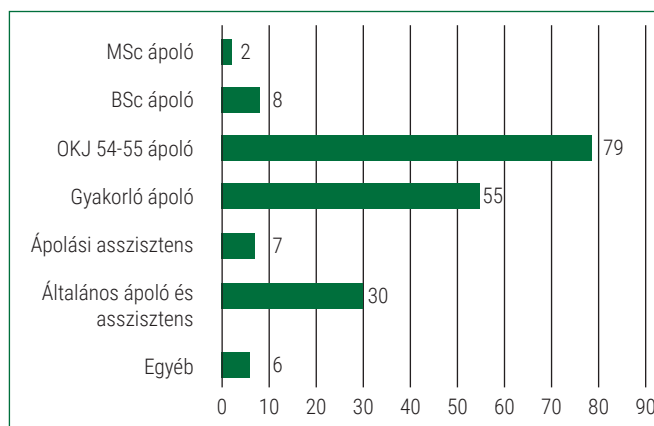
Minden generáció az első öt fontos érték közé sorolta a biztonság és a fizikai környezet értékeit. A biztonság értékkör az Y generáció számára, a fizikai környezet pedig a Baby boom generáció számára fontosabbnak bizonyult, mint a többi generációnak. Az anyagiak értékdimenzió 13,28 átlagértékkal csak a Baby-boom generációnál került be az első három legfontosabb értékek közé. A változatosság értékdimenzió az Y generáció ápolóinál 12,52 átlagértékkal a 4. helyre került.

A rangsor középső helyein a munkával kapcsolatos kevésbé meghatározó érték találhatóak: a munkateljesítmény, az önérvényesítés és a presztízs. A Baby boom, az X és a Z generáció számára kevésbé fontos érték a változatosság, az utolsó három generációnál az anyagiak értékkör; a Baby boom és az Y generációnál a társas kapcsolatok értékdimenzió. Két értékkör csak egy-egy generációnál látható: Baby boom generációnál a szellemi ösztönzés, az X generációnál a függetlenség. A kevésbé meghatározó értékeknél több esetben találkozhatunk a generációs tagok nézetbeli különbségével (2 és 3 feletti szórásértékek). A Baby boom generációnál

**1. ábra:** Generációk szerinti megoszlás és átlagéletkor (N=106)



**2. ábra:** A megszerzett egészségügyi képesítések



a szellemi ösztönzés értékkör a 10. helyet szerezte meg, amíg a többi generáció ezt az értékkört még hátrébb sorolta. A rangsor végén lévő értékkörök azt mutatják, hogy valamennyi generáció számára kevésbé fontos és leértékelődik a függetlenség, az esztétikum, a kreativitás és az irányítás értékdimenziók. Az elutasított értékeknél is többször találkozunk nézeteltéréssel (2 feletti szórásérték). A Super-féle munkaérték kérdőív eredményei generációnként lebontva látható az **I. számú táblázatban**.

### Super-féle munkaérték kérdőív eredményei a teljes mintán

Mivel nem találtunk olyan hazai kutatást, amely a kórházban dolgozó ápolók munkára vonatkozó értékeit vizsgálja, ezért megvizsgáltuk a teljes mintára vonatkozó munkaértékeket is (**II. számú táblázat**). Az első három preferált érték az ápolóknál az altruizmus ( $M=13,43$ ), a hierarchia ( $M=13,24$ ) és a biztonság ( $M=12,6$ ). Kevésbé meghatározó érték a függetlenség ( $M=10,38$ ), a szellemi ösztönzés ( $M=10,28$ ), a kreativitás ( $M=10,22$ ), az esztétikum

**I. táblázat:** Super-féle munkaérték kérdőív eredményei generációkra lebontva

N=106	Baby boom generáció (1946-1964) (N=7)				X generáció (1965-1979) (N=26)				Y generáció (1980-1994) (N=17)				Z generáció (1995-2009) (N=56)	
		Ranghely	Értékkör	Átlag érték		Szórás	Értékkör	Átlag érték		Szórás	Értékkör	Átlag érték		Szórás
		1.	Hierarchia	13,85	1,24	Altruizmus	13,84	1,32	Altruizmus	14,05	1,16	Hierarchia	13,35	1,99
		2.	Fizikai környezet	13,42	1,76	Hierarchia	13,23	1,44	Hierarchia	12,64	2,11	Altruizmus	12,82	3,17
		3.	Anyagiak	13,28	1,74	Fizikai környezet	12,92	2,23	Biztonság	12,58	1,75	Társas kapcsolatok	12,67	2,45
		4.	Altruizmus	12,71	2,76	Biztonság	12,8	1,73	Változottság	12,52	1,19	Biztonság	12,55	1,99
		5.	Biztonság	12,28	1,57	Társas kapcsolatok	12,76	1,42	Fizikai környezet	12,29	1,96	Fizikai környezet	12,19	2,31
		6.	Munkateljesítmény	12,14	1,72	Önérvényesítés	12,34	1,51	Társas kapcsolatok	11,94	1,58	Változottság	12,07	1,78
		7.	Önérvényesítés	11,71	2,11	Változottság	12,23	2,04	Munkateljesítmény	11,7	1,8	Önérvényesítés	11,85	2,24
		8.	Változottság	11,42	1,49	Anyagiak	12,15	2,67	Presztízs	11,58	2,08	Munkateljesítmény	11,48	1,99
	Munkateljesítmény					12,15	1,53							
		9.	Társas kapcsolatok	11,14	2,69	Presztízs	11,73	1,87	Önérvényesítés	11,52	2,32	Presztízs	11,39	2,16
	Presztízs													
		10.	Szellemi ösztönzés	10,28	2,91	Függetlenség	10,88	1,94	Anyagiak	11,05	3,07	Anyagiak	11,35	2,49
		11.	Függetlenség	9,57	2,77	Kreativitás	10,57	2,76	Szellemi ösztönzés	10,64	1,36	Függetlenség	10,19	1,76
			Esztétikum	9,57	2,71									
		12.	Kreativitás	9,42	2,32	Szellemi ösztönzés	10,38	1,59	Függetlenség	10,58	2,03	Szellemi ösztönzés	10,12	1,97
		13.	Irányítás	7,42	2,12	Esztétikum	9,69	2,58	Kreativitás	10,52	1,81	Kreativitás	10,07	2,29
		14.	-	-	-	Irányítás	9,07	2,78	Esztétikum	9,76	1,95	Esztétikum	9,89	2,51
		15.	-	-	-	-	-	-	Irányítás	8,47	2,7	Irányítás	7,98	2,76

(M=9,8) és az irányítás (M=8,29). Az ápolók nézete közötti különbséget a 2 feletti szórásértékek mutatják.

## Megbeszélés

Az egészségügyi intézményben dolgozó, különböző generációhoz tartozó ápolók között eltérő munkaértékeket feltételeztünk. Eredményeink szerint az 1995 után született ápolók (Z generáció) számára az első három preferált értékkör a hierarchia, az altruizmus és a társas kapcsolatok. Szeretnek tudni arról, hogy milyen módon értékeli őket. Fontos számukra a megértő munkahelyi vezető, valamint az, hogy a munkával kapcsolatban hozott döntés igazságos legyen. Az ápolói hivatás egyik legfontosabb értéke az altruizmus, ezért volt meglepő számunkra, hogy

a jövő ápolóinak az, hogy „másokon segíthet” és „jót tehet mások érdekében” nem a rangsor első helyét szerezte meg. A Z generáció ápolóinak fontos tényező a jó munkahelyi légkör, valamint az, hogy a munkatársak befogadják őket és velük baráti kapcsolatokat építsenek ki.

Az Y generáció meghatározó értékei között az altruizmus, a hierarchia és a biztonság szerepel. Az X generációnál az első három helyen a munkára vonatkozóan az altruizmus, a hierarchia és a fizikai környezet értékkörök szerepelnek. A Baby boom generációhoz tartozó ápolók néhány év múlva talán kilépnek az aktív dolgozók soraiból, számukra a hierarchia, a fizikai környezet és az anyagiak értékdimenzió található a preferált értékek között. Donald E. Super elméletére utalva, abban reménykedhetünk, hogy az ápolói munkakörben megszerzett tapasztala-



**II. táblázat:** Super-féle munkaérték kérdőív eredményei a teljes mintán (N= 106)

Ranghely	Értékkör	Átlagérték	Szórás
1.	Altruizmus	13,43	2,02
2.	Hierarchia	13,24	1,87
3.	Biztonság	12,6	1,87
4.	Társas kapcsolatok	12,48	2,18
5.	Fizikai környezet	12,47	2,24
6.	Változatosság	12,14	1,77
7.	Önérvényesítés	11,91	2,11
8.	Munkateljesítmény	11,72	1,86
9.	Anyagiak	11,63	2,66
10.	Presztízs	11,49	2,13
11.	Függetlenség	10,38	1,96
12.	Szellemi ösztönzés	10,28	1,89
13.	Kreativitás	10,22	2,37
14.	Esztétikum	9,8	2,47
15.	Írányítás	8,29	2,76

lat és az évek múlása, a munkaértékek rangsorában a Z generáció ápolóinál is változást eredményez és az altruizmus az első helyre kerülhet.

Generációs különbségek helyett azonban generációs hasonlóságokat is felfedezhetünk. Egyes értékdimenziók tekintetében a meghatározó, a kevésbé meghatározó illetve az elutasított értékek körében is találhatunk hasonlóságot a generációk között. Ilyen például:

- X és Y generációnál az altruizmus; hierarchia
- Baby boom és Z generációnál a hierarchia, az önérvényesítés;
- Y és Z generációnál a fizikai környezet, anyagiak;

– X és Z generációnál a biztonság, a munkateljesítmény, a presztízs értékkör.

Nincs két egyforma ember, így a munkára vonatkozó értékek tekintetében nem adható általános, a generációkra egyértelmű jellemzés, hiszen több értékdimenzió esetében is láthattunk nézeteltérést a generációs tagok között.

Nem feledkezhetünk meg azonban a vizsgálat korlátairól. Eredményeink nem tekinthetők reprezentatívnak, hiszen csak egy kórházban történt a felmérés, illetve az egyes generációk alacsony elemszáma miatt az eredmények korlátozottan értékelhetőek. Ez indokolja a további adatgyűjtést, a kutatás folytatását, a változók közötti összefüggések feltárását.

A Z generáció munkaértékeinek átalakítása nem vezet eredményre, hiszen „más világban” szocializálódtak. A megoldás első lépése egyszerű: a kölcsönös tisztelet. Emellett meg kell tanulni velük, a fiatalokkal együtt dolgozni és bízni a generációs sokszínűség alkotó erejében. Mindeközben arra kell törekednünk, hogy a pályakezdő Z generációhoz tartozó ápolók korai pályaelhagyását megelőzzük. Ennek egyik lépése az, ha a szakdolgozókat felkészítjük a generációs különbségekre, egymás elfogadására, megértésére, segítésére (tréning keretében, szakember bevonásával). Ápolásvezetők számára elengedhetetlen a munkához kapcsolódó értékrend ismerete, melynek alapján megfogalmazhatják a motiválási módszereket. A pályaválasztás előtt álló fiatalok esetében érdemes lenne a Super-féle munkaérték kérdőív alkalmazása. A kapott eredmények alapján az egyén olyan hivatást választhat, amely saját maga számára megfelelő, amelyben kiteljesedhet és önmagát megvalósíthatja.

## Irodalomjegyzék

- Andorka, R. (2006). Bevezetés a szociológiába. Budapest, Osiris Kiadó, [https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011\\_0001\\_520\\_bevezetes\\_a\\_szociologiaba/ch16.html#id612090](https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_520_bevezetes_a_szociologiaba/ch16.html#id612090) (Látogatva: 2019.09.19.)
- Bocsi, V. (2015). A felsőoktatás értékmentesítési, Budapest, ÚJ MANDÁTUM KÖNYVKIADÓ, 78 – 79. [http://docplayer.hu/1181844-Bocsi-veronika-a-a-felsooktatasi-ertekmentesitesei.html#show\\_full\\_text](http://docplayer.hu/1181844-Bocsi-veronika-a-a-felsooktatasi-ertekmentesitesei.html#show_full_text) (Letöltve: 2019.08.29.)
- Bokor, A. (2007). Létezik-e itthon Y-Generáció? Vezetéstudomány, 2. szám, p. 2-21. <http://unipub.lib.uni-corvinus.hu/3946/1/vt2007n2p02-21.pdf> Letöltve 2019.09.08.
- Budavári - Takács, I.(2009). Az önismeret és a döntések szerepe a pályaválasztásban, Hallgatói jegyzet: [http://tvk.munka.hu/c/document\\_library/get\\_file?uuid=8cc527dd-051d-483e-9341-c0932efc2c06&groupId=65957](http://tvk.munka.hu/c/document_library/get_file?uuid=8cc527dd-051d-483e-9341-c0932efc2c06&groupId=65957) (Látogatva: 2019.10.10.)
- Duchscher, B.J.E, Cowin, L. (2004). Multigenerational Nurses in the workplace. *JONA*, 34, (11) 493-501. doi:10.1097/00005110-200411000-00005
- Gebrin, É.K., Sárvány, A., Sárvány, A., Takács, P., Lampek, K. (2018). A kórházban dolgozó szülésznők munkaérték preferencia vizsgálata: *NŐVÉR* 2018; 31 (14) 20-28.
- Hajdu, G.,– Sik, E. (2016). Értékek és attitűdök – A munkával kapcsolatos értékek a világban (1990–2014) és a mai Magyarországon: <http://old.tarki.hu/hu/publications/SR/2016/19hajdu.pdf> Letöltve: 2019.09.15.
- Klein, S. (2005). Vezetés – és szervezetpszichológia, Budapest, Edge 2000 kiadó, 338.
- Kiss, I. (2015). Felsőoktatási területek és munkaérték-, érdeklődési irány mintázatok: [http://epa.oszk.hu/02500/02512/00012/pdf/EPA02512\\_eletpalya\\_tanacsadas\\_2015\\_07\\_38-50.pdf](http://epa.oszk.hu/02500/02512/00012/pdf/EPA02512_eletpalya_tanacsadas_2015_07_38-50.pdf) Letöltve 2019.09.29.

10. Kiss, J. (2008). Munkaérték preferenciák strukturális változásai a professzionalizáció mértékének és a képzés tartalmi változásainak tükrében, Doktori (PhD értekezés): <https://dea.lib.unideb.hu/dea/bitstream/handle/2437/36269/ertekezes.pdf?sequence=5&isAllowed=y> (Letöltve: 2019.08.31)
11. Komár, Z. (2018). Re-, de- és intergeneráció A kommunikáció, innováció és cooltura vizsgálata hagyományos és rendhagyó modorban: [https://epa.oszk.hu/00300/00381/00235/pdf/EPA00381\\_kortars\\_2018\\_04\\_080-090.pdf](https://epa.oszk.hu/00300/00381/00235/pdf/EPA00381_kortars_2018_04_080-090.pdf) (Letöltve: 2019.08.26.)
12. Kovácsné, T. Á. (2007). Pályaválasztási motiváció értékrendi alapjai diplomás ápolók és tanárképző főiskolai hallgatók körébe: Doktori értekezés [http://semmelweis.hu/wp-content/phd/phd\\_live/vedes/export/kovacsnetothagnes.d.pdf](http://semmelweis.hu/wp-content/phd/phd_live/vedes/export/kovacsnetothagnes.d.pdf) (Letöltve: 2019.08.31.)
13. McCrindle, M. – Wolfinger, E. (2009). The ABC Of XYZ: Understanding The Global Generations, University Of New, South Wales Press, Sydney. [https://www.academia.edu/35646276/The\\_ABC\\_of\\_XYZ\\_-\\_Mark\\_McCrindle\\_PDF.pdf](https://www.academia.edu/35646276/The_ABC_of_XYZ_-_Mark_McCrindle_PDF.pdf) Letöltve 2019.09.15.
14. Pierog, A., Erdei, P., Gergely, É. (2016). A Z generáció vezetőikkel szembeni elvárásai [http://ijems.lib.unideb.hu/file/9/57aa317508a40/szerzo/Pierog\\_Erdei\\_Gergely.PDF](http://ijems.lib.unideb.hu/file/9/57aa317508a40/szerzo/Pierog_Erdei_Gergely.PDF) (Letöltve: 2019.09.15)
15. Schmidt, C., Möller, J. Windeck, P. (2013). Arbeitsplatz Krankenhaus: Vier Generationen unter einem Dach <https://www.aerzteblatt.de/archiv/138278/Arbeitsplatz-Krankenhaus-Vier-Generationen-unter-einem-Dach> (Letöltve: 2019.10.07)
16. Szabó, É., Litkei, M., Jagodics, B. (2018). Óvodapedagógusok kiegészének vizsgálata a munkaérték tükrében: Iskolakultúra, 28. évfolyam, 2018/7. szám 51 – 63. doi.org/10.14232/ISKKULT.2018.7.51 (Letöltve: 2019.08.31.)
17. Szelesné, Á. A. (2016). Rekrutáció és pályaszocializáció regionális összehasonlításban Mentőtiszt szakirányon tanuló hallgatók érték-és pályaeorientációja, Doktori értekezés, DE BTK Hozzáférhető:2018.03.04. [https://dea.lib.unideb.hu/dea/bitstream/handle/2437/235621/Szelesne\\_Aroksszallasi\\_Andrea\\_disszertacio\\_titkosított.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dea.lib.unideb.hu/dea/bitstream/handle/2437/235621/Szelesne_Aroksszallasi_Andrea_disszertacio_titkosított.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA (MESZK) BUDAPESTI TERÜLETI SZERVEZETE

2020. június 11-én,  
ismét megszervezi alapellátásban dolgozó tagjai számára,  
pontszerző továbbképzését  
III. Budapesti Alapellátási Szakdolgozói Konferencia címmel

A rendezvény alap gondolata: „Új utak az alapellátásban”

Célcsoportok: felnőttápolás és gondozás szakmacsoport, gyermekápolás és gondozás szakmacsoport, fogászati ellátás szakmacsoport, gyógyszerügyi ellátás szakmacsoport, mozgásterápia és fizioterápia szakmacsoport, védőnői ellátás szakmacsoport, közegészségügyi és népegészségügyi szakmacsoport, egészségügyi menedzsment szakmacsoport, dietetikai szakmacsoport, természetgyógyász szakmacsoport.

A konferencia I. felhívása 2020. április 16-tól lesz elérhető  
a [www.meszk.hu](http://www.meszk.hu) oldalon.

# A honvédelmi gondozónők tanfolyama és szerepe a második világháború idején

Dr. HIRDI Henriett Éva PhD

## ÖSSZEFOGLALÁS

A világháborúk óta a nők nélkülözhetetlen szerepet játszanak a honvédelemben és a munkaerőpiacon. A II. világháború alatt igazodva a háború igényeihez a nők gyárakban, raktárakban, irodákban és más helyszíneken vállaltak munkát. Az önkéntes alapon végzett munkaprogramok által azonban nem jutottak elegendő munkaerőhöz. A folyamat előrehaladtával nyilvánvalóvá vált, hogy több ipari dolgozóra van szükség, és a kormány megváltoztatta az iparban dolgozó nőkkel kapcsolatos politikáját. 1944 májusában bejelentették, hogy a 18-30 év közötti hajadon nőket kötelező munkára hívják be. A nők egészségének megóvása érdekében különleges erőfeszítéseket tettek. Dr. Balogh Mária 1944-ben a gyárgondozónői programot alapul véve új tanfolyamot indított a közvetlenül a honvédelmi minisztérium ellenőrzése alá tartozó fizetett honvédelmi gondozónői szolgálat létrehozásához. A honvédelmi gondozónők képzéséről, támogató szerepéről szóló következő esszé az ápolás történetéről szóló tanulmányosorozatot egészíti ki.

**Kulcsszavak:** honvédelmi gondozónő, II. világháború, egészségvédelem

## The course and role of the Military Caregivers during World War II

Henriett Éva HIRDI PhD

### SUMMARY

Since the wars of the world, women have continued to play an essential role in the military and the workforce. During the World War II Hungarian women took up jobs in factories, warehouses, offices, and other locations that supported the wartime needs. However the work programs conducted on a voluntary basis did not reach enough workpower. As progressed, the need for more industrial workers became apparent and the government changed its policy regarding women in industry. It was announced in May 1944, that unmarried women between 18 and 30 years of age were called up for compulsory work. Special efforts were made to protect the health of these women. Dr. Mária Balogh on 1944 introduced a new course based on the factory nursing program, to establish a paid military caregiver serving directly under the control of the Ministry of Defense. The following essay on the course and the support role of the Military Caregivers a series of studies on the history of Nursing.

**Keywords:** military caregiver, World War II, health protection

DR. HIRDI Henriett Éva PhD  
elnök, Foglalkozás-egészség-  
ügyi Ápolók Európai Szövetsége  
(FOHNEU), címzetes főiskolai  
docens, Semmelweis Egyetem  
Egészségtudományi Kar,  
Ápolástan Tanszék, Budapest

### Levelező szerző

(correspondent):

DR. HIRDI Henriett Éva PhD;  
e-mail: hirdi.henriett@gmail.com

**Beérkezett:** 2020. január 28.

**Elfogadva:** 2020. február 15.

## Bevezetés

Korábban megjelent publikációimban részletesen bemutatam Dr. Balogh Mária (Kassa, 1895.02.22. – Budapest, 1967.09.03), a foglalkozás-egészségügyi szakápoló szakképzés elődjének számító gyárgondozónői tanfolyam alapítójának életét, illetve magát a gyárgondozónői képzési rendszert, tevékenységet (Hirdi, 2013; Hirdi, 2015a; Hirdi, 2015b). Az elmúlt években tovább folytattam családi hátterének, életútjának, munkásságának feltárását, mely során számos új érdekességet, összefüggést találtam.

Mindannyian tudjuk, a jubileumi évfordulók mindig kiváló lehetőséget kínálnak arra, hogy az

ápolástörténetet alakító személyekről megemlékezünk és tevékenységük történetét megőrizzük az utókornak. E lapszamban éppen ezért Dr. Balogh Mária születésének 125. évfordulójára emlékezve egy általa indított másik képzést, – a szintén mára már a feledés homályába süllyedt – honvédelmi gondozónői tanfolyamot szeretném bemutatni.

## Nők a honvédelemben

Amikor a hadtörténelemben a nők által biztosított egészségügyi ellátásra, a sérült katonák ápolására gondolunk, azonnal eszünkbe jut Kossuth Zsuzsanna, illetve a 200 évvel ezelőtt született Florence



Nightingale személye és kiemelkedő munkásságuk. Ha pedig a világháborúk alatti betegellátás történetével foglalkozó írásokat áttanulmányozzuk, számos önkéntes és okleveles ápoló alakja sejlik fel előttünk, akik szintén áldozatos és sokszor emberfeletti munkát végeztek mind a frontvonalak mögött, mind a fronton (Ápolónők, 2017; Kapronczay, 2015; Tatai, 2011).

Az elmúlt években egyre gyakrabban kerül előtérbe, hogy a különböző történelmi időkben a nők milyen szerepet vállaltak fel hazájuk védelmében, milyen sok feladatot vettek át a háborúban harcoló férfaktól (BME FTT, 2018; Lódi, 2017; Moksizin13, 2019). E tárgykörben nemcsak publikációk jelentek meg, de reprezentatív fénykép- és plakátkiállítás is szerveztek bemutatva a hátszágban maradt nők küzdelmes helyzetét (Tamás, 2011; Takács, 2015; Toochee, 2017).

### Nők önkéntes honvédelmi munkaszolgálata

A II. világháború korabeli lapokból megtudhatjuk, hogy a fronton küzdő férfiak helyének, munkaejének pótolása érdekében komoly kampányokat szerveztek nemcsak hazánkban, hanem mindenhol Európában. A különböző európai országok női honvédelmi munkaszervezetei filmhíradók, újságok, plakátok, képeslapok segítségével toborozták az önkéntes női munkaerőt. Az aktuális nőideál, a „dolgozó nő” volt, aki üzemekben, gyárakban, irodákban, vagy kórházakban végzi odaadó munkáját („Több mint száz ezren jelentkeztek eddig a női önkéntes honvédelmi munkaszolgálatra”, 1942).

A hazai női honvédelmi munkaszervezet megalakulásának hátterében az 1939. évi II. törvényben megfogalmazottak állnak, mely jogszabályt később a sajtó „Első női honvédelmi törvény”-ként is emlegetett. Ugyanis ez a szabályozás nem mást mondott ki, minthogy „a nő is kötelezhető testi és szellemi képességeinek megfelelő honvédelmi munka végzésére”. A Honvédelmi Minisztériumban létrehozott „Női önkéntes honvédelmi munkaszervezet” célja egyrészt a nők elméleti és gyakorlati ismeretei bővítésének, képzésének támogatása, másrészt a női munkaerő koordinálása volt. A katonai alapokon történő megszervezéssel azt kívánták elérni, hogy egy egységes, fegyelmezett, nemzeti öntudattal bíró közösséget alkossanak, mely független a származási és anyagi helyzettől. A munkaterületeket illetően „elsősorban a női hivatáshoz közelálló foglalkozásokra” gondoltak, mivel álláspontjuk szerint a „nőnek első sorban a betegek mellett, anya- és csecsemővédő intézményekben, napközi otthonokban, egészségügyi és mindenfajta szociális intézményeknél, főzésnél, konyhákban és kórházakban van helye”. Ugyanakkor

**1. kép:** A Női önkéntes honvédelmi munkaszervezet felhívásai (Forrás: Fortepan)



azt is kihangsúlyozták, hogy a nőknek is szerepük van „a hadbavonultak háztartásaiban, gazdaságoknál, kertészetekben, gyárakban, műhelyekben, ipartelepeken, postánál, vasútnál, villamosnál, autóbuszoknál, rádiónál, telefonnál, irodákban, vállalatokban, mindenféle szállítási, élelmezési, ruházati, tisztítási központoknál. Gyárakban mint gyárgondozónők, hatósági iparfelügyelők, stb.” (1. kép) (Dálnoki, 1941; „Augusztus 21. d.u. 17.55”, 1942).

Annak ellenére, hogy a Dr. Baloghy Mária által 1933-ban indított, kétéves képzési idővel szervezett gyárgondozónői tanfolyam a fenti 1941-es cikk megjelentetésekor még csak 8 éves múlttal rendelkezett, a képzés, illetve a végzett hallgatók elismertsége már országos szintű volt. A nők nagy tömegekben történő megjelenése a gyárakban pedig még inkább indikálta a gyárgondozónők alkalmazásának szükségességét. Ennek is köszönhető, hogy már ekkor kiadásra került a gyári gondozás intézményes megszervezéséről szóló szabályrendelet, melyet a M. Kir. Belügyminiszter a 144.189/1941-IV. számú leiratával hagyott jóvá (Hirdi, 2015b).

A gyárgondozónői tanfolyami vizsgákon pedig olyan prominens személyek vettek részt, mint például gróf marosnémethi és nádaskai Edelsheim-Gyulai Ilona, Horthy István kormányzóhelyettes felesége, aki részt vett 1944 januárjában a vöröskeresztes beteg ápolási „modulzáró” vizsgán (2. kép), „ezzel is kifejezésre juttatván a Vöröskereszt és a maga személyes érdeklődését és elismerését” (Baloghy, 1943).

### Nők kötelező honvédelmi munkaszolgálata

1944 elejére olyan súlyos lett a munkaerőhiány, hogy a nők önkéntes munkavállalása már nem volt elegendő, és az ország májusban kénytelen volt kihirdetni a nők kötelező honvédelmi munkaszolgálatát, mely miatt a nők létszáma rendkívüli mértékben megnövekedett az iparban, ahol a balesetveszély jelen-

**2. kép:** Gróf marosnémeti és nádaskai Edelsheim-Gyulai Ilona, Horthy István kormányzóhelyettes felesége részt vett 1944-ben a gyárgondozónői tanfolyam egyik „modulzáró” vizsgáján. (Forrás: Esti Ujság (1944. 01. 22. pp.7.); Tolnai Világlapja (1944.02.02. pp.5.))



Vitéz nagybányai Horthy Istvánné, a hősi halált halt kormányzóhelyettes özvegye jelenlétében vizsgáztak a Balogh Mária dr. igazgatónövének vezetése alatt működő gyárgondozónői tanfolyam hallgatói a vöröskeresztes házi betegápolási ismeretekből. A Főméltóságú Asszony dicsérettel emlékezett meg a növendékek előképzettségéről és kiemelte, hogy a betegápolói és gondozói munkában a legfontosabb a szeretet és az áldozatos szolgálat. (Szécsy félt.)

tós volt. Ráadásul a kötelező női munkaszolgálatban érintett 18-30 év közötti nők döntő többsége gyári munkásként korábban még soha sem dolgozott (Károlyi, 1944).

„A háborús szükségesség következtében a nők önkéntes honvédelmi munkaszolgálat mellett májusban megkezdődik azoknak honvédelmi munkára való kötelező igénybevétele, elsősorban egyes hadiüzemek részére. Az igénybevétel egyelőre a 18-30 éves hajadonokat és a gyermektelen asszonyokat érinti. ... Az igénybevételnél alapvető szempont, hogy az igénybevett nők megmaradjanak családjukban és lakóhelyükön és onnan járjanak munkahelyükre. .... A bizottság többek között teljes mértékben méltányolni fogja pl. a következő mentességi okokat:

- a) terhes állapot,
- b) családja háza tartását állandóan maga látja el, vagy
- c) betegségénél, illetőleg hajlott koránál fogva gyógyításra szoruló hozzátartozóját maga gondozza, stb.,
- d) önálló iparos, vagy kereskedő, vagy méltánylást érdemlő önálló foglalkozást folytat,
- e) olyan karitatív munkát végez, melynek folytatása a bizottság elbírálása szerint közérdek,
- f) olyan háztartási alkalmazott, akinek ilyen minőségben való meghagyását egyéni szinten lefolytatott kivizsgálás alapján a bizottság indokoltan találja.

Testi munkára elsősorban azok lesznek kijelölve, akiknek rendszeres kereseti foglalkozása a testi munka. Ezen felül testi munkára jön tekintetbe minden olyan nő, aki testi rátermettségénél fogva e munkára alkalmas és általános műveltségénél fogva szellemi munkára egyál-

talában nem vagy csak szükségképpen jöhet tekintetbe. A műveltségi fok elbírálásához az iskolai végzettség szolgál alapul, de ezenfelül tekintetbe veszik az érintett személy összgyeviségét is.

.... A honvédelmi munkára igénybevett nők szociális gondozásáról, egészségének és erkölcsének védelméről az ipari hadiüzemekben a honvédelmi miniszter által külön e szolgálatra kiképzett és oda beosztott **honvédelmi gondozónők** gondoskodnak („Még ebben a hónapban megkezdődik a nők kötelező honvédelmi munkája”, 1944).

Ennek a helyzetnek a kezelésére igyekeztek előzetesen felkészülni. 1944 februárjában az Országos Iparegészségügyi Bizottság a hadiüzemi parancsnokok részére egy négynapos szociális és egészségvédelmi tanfolyamot szervezett, ahol az OTI igazgatója, dr. Barla-Szabó József, dr. Buchgraber János szföv. tisztiorvos, dr. Rottenbiller Alajos főorvos, dr. Gortvay György, dr. Bartos Dezső orvos-őrnagy mellett Balogh Mária is előadást tartott („Megkezdődött a hadiüzemi parancsnokok szociális tanfolyama”, 1944). A Közigazgatási Továbbképző Tanfolyamon Balogh Mária a belügyminiszter felkérésére, mint egyetlen női előadó tartott tájékoztatást a gyárgondozónői intézmény fejlődéséről, eredményeiről (Baloghy, 1944).

## Honvédelmi gondozónői tanfolyam

Előzőek ismeretében egyáltalán nem meglepő, hogy az Iparügyi és Honvédelmi Minisztérium Dr. Balogh Máriát bízta meg a „Honvédelmi Gondozónői Tanfolyam megszervezésére, tanrendjének kiépítésére és a tanfolyam levezetésére”. A női kötelező munkaszolgálat tervezett bevezetése miatt egy rövidebb idejű tanfolyam megszervezésére volt igény, mely tartalmazta „a gyárgondozónői tanfolyam sűrített anyagát” (Baloghy, 1944).

Április elején a hírek pedig már arról szóltak, hogy a „Női Önkéntes Honvédelmi Munkaszervezet honvédelmi gondozónői szolgálatra való jelentkezésre szólítja fel a magyar női társadalmat”. Jelentkezési feltételként 25-40 év közötti életkort, magyar állampolgárságot, és legalább 4 polgári iskolai képzettséget írtak elő. Emellett a jelentkezőknek igazolniuk kellett azt is, hogy egészségesek és milyen származásúak. A felvételi során előnyben részesültek a hadigondozottak (hadiözvegyek és hadiárva), valamint azok, akik szociális téren már tevékenykedtek. A felhívás kiemelte azt is, hogy az alkalmazás tiszteletdíjjal jár („Felhívás a magyar nőkhöz”, 1944; „Négyhetes honvédelmi gondozó női tanfolyam hadiözvegyek és hadiárvaaknak”, 1944).

Az eddig fellelt sajtóanyagok alapján az országban az első honvédelmi gondozónői tanfolyamra



1944. április 17–29. között került sor. Az április 29-én ünnepélyes keretek között zárult kéthetes szaktanfolyamról részletesen beszámoltak a napilapok, kiemelve a képzés célját.

„A honvédelmi minisztérium a kötelező női munkaszolgálat életbeléptetésével egyidejűleg gondoskodni kíván arról, hogy a gyárakban munkába álló asszonyok és fiatal leányok kellő szociális és erkölcsi felügyeletben, valamint gondozásban részesüljenek. Ezért az érdekelt üzemekbe honvédelmi gondozónőket állít a munkásnők mindenirányú védelmére. A honvédelmi gondozónőket önkéntes jelentkezés alapján kéthetes szaktanfolyamon képezték ki.” (A honvédelmi gondozónői tanfolyam záróünnepsége, 1944).

A beszámolókból az is kiderül, hogy az első tanfolyam az egyik belvárosi, a Veres Pálné utcai leánygimnáziumban valósult meg és a 44 tanfolyami hallgatót 200 jelentkezőből választották ki. „A felvételi rostavizsgán ... a ... kiválasztásánál — az azonos szellemi és fizikai rátermettségen kívül — az azonos szellemi és fizikai rátermettségen kívül — arra ügyeltek, hogy a legkülönbözőbb társadalmi osztályok kerüljenek a jelöltek soraiba, így a kívánt iskolai végzettség minimumától, a négy polgáris, egyszerű körülményekből ide jutó jelentkezőn kívül tanítónők, önkéntes ápolónők, zöldkeresztes nővérek, sőt egy bölcsészhallgató, egy doktornő, egy operatárszakos énekesnő is.” felvételre került (Károlyi, 1944).

A képzési idő alatt a hallgatók olyan tantárgyakat tanultak, mint „A korszerű szociális gondoskodás, Törvényes munkásvédelem, Üzemegészségügy, Munkalélektan, Hivatáserkölc, Szabadidőszervezés, Elsőségi nyújtás, Hadiüzemi fegyelem, A család gondozás módszere, Társadalombiztosítási alapfogalmak” (Tárnok, 1944).

Azt is megtudhatjuk, hogy a hallgatók tanfolyami képzését záró szakmai portfólió (záródolgozat), a „hallgatók vizsgatára, – az a szubjektív beszámoló, melyben elmondják, miért választották ezt a hivatást, s milyen hatással volt rájuk a kéthetes tanfolyam napi kilenc és félóránál előadott munkalélektani, üzemegészségügyi, szabadidőszervezési, stb. tananyaga” (Károlyi, 1944).

Az ünnepélyes zárás során – melyen két ezredes, négy-öt tanfolyamvezető hölgy, a 44 hallgató és a sajtó képviselői vettek részt – természetesen nem maradhatott el a hivatalos eskütétel és a látogatási bizonyítványok (3. kép) átadása sem. A hallgatók az ünnepségen fehér galléros blúzt viseltek, melyen a „piros csíkkal szegélyezett, pajzsalakú fehér jelvény” ékeskedett „a Női Honvédelmi Munkaszolgálat egyszerűségében is megkapó címere” (4. kép) (Károlyi, 1944).

A hallgatói köszöntők híven tükrözték a honvédelmi gondozónők elkötelezettségét, melyek közül az egyik így szól: „Mi megkaptuk a szeretet és a segítség behívóját. Megyünk! Épp olyan katonáknak érez-

**3. kép:** Dr. Baloghy Mária aláírásával ellátott négyhetes képzési idejű Honvédelmi Gondozónői Tanfolyam látogatási bizonyítvány (Forrás: saját gyűjtemény)

zük magunkat, mint azok, akik a Kárpátok hőzivatáros bércein küzdenek. Köszönjük, hogy kiképeztek bennünket a mi külön harcunkra, ígérjük, hogy hűek maradunk a Hazához mindhalálig!” (Károlyi, 1944).

Dr. Baloghy Mária a záróvizsga utáni interjú során a következőket nyilatkozta: „...Hatalmas asszonytábor és leányhadserg fog beáramlani a gyárakba, hogy átvegye a munkát, a fizikai és a tisztviselői munkát egyaránt, azoktól, akiket más, még fontosabb posztra állít a magyar sors. Ezeknek a nőknek lelki, egészségügyi, munkafegyelmi és egyéb szociális ügyeit a tanfolyamainkon kiképzésre kerülő gyárgondozónők intézik el és bonyolítják le. Az első tanfolyam a mai eskütétellel záródott, de a következő kurzusokra máris folyik a toborzás és jelentkezés a Női Honvédelmi Munkaszolgálat Eskü ut 6 szám alatti központjában. ...Ami a most zárult első tanfolyam eredményességét illeti, csak azt mondhatom, hogy ritkán tapasztaltam nőkben annyi megértést és odaadást ennyire felelősségteljes és komoly munka iránt, mint amilyen éppen a gyárgondozónői hivatás. Bár az előadások anyagát tömöríteniünk kellett, a rendelkezésre álló két hét alatt – ezt elfogultság nélkül mondhatom –, az átlagosnál sokkal jobb eredményt sikerült elérnünk. A végzettek a sor, hogy megállják helyüket. Május harmadikán már valamennyien lejelentkeznek annak az üzemnek a parancsnokánál, ahová



**4. kép:** A honvédelmi gondozónők ruhájára felvarrt piros csíkkal „szegélyezett” pajzsalakú fehér jelvény, a Női Honvédelmi Munkaszolgálat címere (Forrás: vatera.hu)



kiküldtük őket. Később szemináriumokon még megbeszéljük az időközben adódó tanulságokat...” (Tárnok, 1944).

Később megtapasztalva azt, hogy a kétéves gyár-gondozónői képzés anyagát nem lehet besűríteni két hétbe, a tanfolyam időtartamát négy hétre növelték („Négyhetes honvédelmi gondozó női tanfolyam hadiözvegyek és hadiárvaiknak”, 1944). Az 1944 szeptemberében szervezett négyhetes tanfolyamot szociális missziótársulat budai székházában tartották meg, és ugyanitt rendezték meg a záróvizsgát honvédtiszti küldöttség jelenlétében. A „Budapestről és az ország minden nagyobb városából verbuválódott” 50 fős hallgatói csoportot Vitéz dr. Ordódy Sándorné avatta fel honvédelmi gondozónőkké („Ötven gondozónőt bocsájtott szolgálatba az Országos Női Önkéntes Honvédelmi Munkatábor”, 1944; „A honvédelmi gondozónők áldásos munkája”, 1944).

## A honvédelmi gondozónők munkája

Az első tanfolyamon végzett honvédelmi gondozónők 1944. május elején álltak munkába fővárosi és vidéki nagyüzemekben. „Munkaidejük mindenkor annyi, mint az egyes nappali, vagy éjjeli munkás-

csoporthoz, tehát napi nyolc-tíz óra. Havi illetményüket (500 pengő) a gyár havonként előre folyósítja számukra, s a betegellátás terén a Mabi-ba tartoznak” (Károlyi, 1944). Ezidőtájt a MABI, vagyis a Magánalkalmazottak Biztosító Intézete széles körben nyújtott egészségügyi szolgáltatásokat a biztosítottak részére és saját kórházakat (pl. Ferencz József Kereskedelmi Kórház) is fenntartott, ezenkívül megállapodásokat kötött közkórházakkal, magánkórházakkal is (Boncz & Sebestyén, 2015).

A záróünnepségen elhangzottak szerint „az újonnan bevonult munkásnőknek védelmét és gondozását látják ... el a most kiképzett honvédelmi gondozónők, akik a honvédelmi minisztérium ellenőrzése alá tartoznak, katonai törvényeknek vannak alávetve, s így, mint katonák szolgálnak a háború tartama alatt...”

...a gondozónő felügyel, az üzemre női vonalon, tördök az egészségüggyel, balesetvédelemmel, és az elsősegélynyújtással. Ezenkívül erkölcsi támaszt kell nyújtson a munkásnőknek, hogy szülőik, férjük megnyugodva engedhesse el őket. Kötelessége a szociális tanácsadás az üzemidő alatt, s azon kívül a munkásnő magánéletében is! Ehhez a ponthoz tartozik a munkáslakások ellenőrzése lakhatás szempontjából, esetleg a távollakók közelebb költöztetése. A honvédelmi gondozónő ügyel fel a gyári légvédelmi óvóhelyek berendezésére, s adott esetben ő vezeti le a munkásnőket a rend és fegyelem megőrzésével az óvóhelyre. A szabadidő mozgalom keletében ő gondoskodik a munkásnők pihenéséről, szórakozásáról, testmozgásáról, s szellemi foglalkoztatásáról” (Károlyi, 1944).

A honvédelmi gondozónők munkájának eredményessége érdekében a Hivatalos Közlönyben közleményt is kiadtak, mely szerint a női hadiüzemi alkalmazottak ügyeinek soronkívüli elintézése érdekében a gondozónőket ügyfélfogadási időn kívül is fogadni kell. A gondozónőket a hadiüzemi személyzeti parancsnokok fényképes „honvédelmi gondozónő”-i igazolvánnyal látták el, hogy ezzel tudják igazolni magukat („Honvédelmi gondozónők fogadása”, 1944).

## Összefoglalás

Napjainkban egyértelmű, hogy a munkahelyi egészségvédelem tekintetében a sérülékeny (vulnerábilis) csoportba tartozó munkavállalók számára speciális védelmet kell biztosítani. A sérülékeny csoportba tartoznak többek között a fiatalok, a várandós, nemrégén szült, anyatejet adó nők és szoptató anyák (33/1998. (VI. 24.) NM rendelet). Érdekes látni, hogy a nők egészségének védelme érdekében hogyan szabályozták a II. világháború alatt azoknak a körét, akik mentesültek a kötelező munkaszolgálat alól, illetve a különböző (fizikai, szellemi) megterhelést jelentő munkákra való besorolás szempontjait,

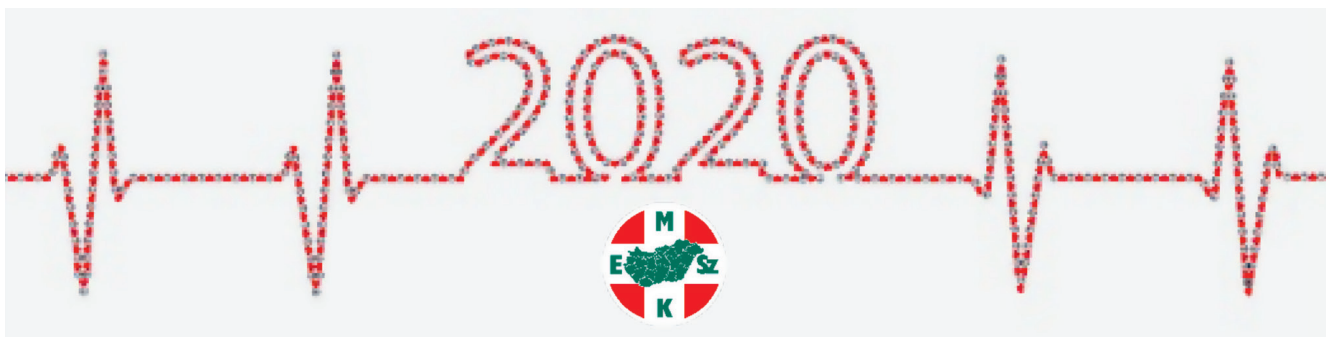
továbbá azt is, hogy speciális munkakört hoztak létre a női munkások gondozása céljából.

A Dr. Balogh Mária által életre hívott honvédelmi gondozónői képzés és munkakör, mely a gyárgondozónői intézményrendszer alapjaira épült, úgy vélem, fontos része az ápolástörténetnek. Bár a második világháború alatti munkaszolgálat kifejezést általában a holokauszt kapcsán használják, az újabb kutatások azt mutatják, hogy „nem szerencsés egy kalap alá venni a munkaszolgálatok különféle for-

máit”, hiszen 1935 és 1945 között többféle munkaszolgálat (önkéntes, kötelező, férfi, női, honvédelmi, ifjúsági, stb.) volt (Szécsényi, 2014). Jelen írásban az 1944-ben elrendelt kötelező női munkaszolgálatához kapcsolódó foglalkozás-egészségügyi ellátás egy szelétét kívántam bemutatni, illetve azt, hogy a hirtelen megnövekedett női munkaerő védelmének biztosítása érdekében, hogyan igazították hozzá a háborús krízishelyzetben a gondozónők képzését a konkrét szükségletekhez.

## Irodalomjegyzék

- 33/1998. (VI. 24.) NM rendelet a munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasság orvosi vizsgálatáról és véleményezéséről
- A honvédelmi gondozónők áldásos munkája. (1944. október 12). *Friss Ujság*, p. 3.
- A honvédelmi gondozónői tanfolyam záróünnepsége. (1944. május 2). *Uj Magyarország*, p. 7.
- Augusztus 21. d.u. 17.55 (1942. augusztus 20). *Nemzeti Ujság*, p. 6.
- Ápolónők (2017). *Hogyan Történt? Történelmi Magazin*. Hozzáférhető 2020. január 28. <https://hogyantortent.com/apolonok/>
- Balogh M. (1943). Beszámoló a gyárgondozónői tanfolyam 1942/43 tanulmányi évéről. BFL – Budapest székesfőváros Iskolánkívüli Népművelési Bizottság iratai. IV. fondfőcsoport 1502 fond 192. doboz. Gyárgondozói tanfolyam iratai (1941-44).
- Balogh 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).
- BME FTT, (2018). Szegecslő Rosie - A hadiipari gyárakban dolgozó amerikai nők szerepe és megítélése a II. világháború során. Hozzáférhető 2020. január 28. <https://bmefilozofia.blog.hu/2018/09/05/szegecslorosie>
- Boncz, I., Sebestyén, A. (2015). *Egészségbiztosítási ismeretek*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Dálnoki Veress, J. (1941). Az első női honvédelmi törvény Magyarországon. *Székelly Nép*. 1941. szeptember 28. 9.
- Felhívás a magyar nőkhöz. (1944. április 9). *Függetlenség*, p. 4.
- Hirdi, H. (2013). Magyarország a foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés bölcsője. *Nővér* 26:(6) pp. 26-40.
- Hirdi, H. (2015a). 120 éve született Balogh Mária, a hazai gyárgondozónői képzés alapítója. *Nővér* 28:(1) pp. 35-39.
- Hirdi H. (2015b). A foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés története, helyzete, fejlesztésének lehetőségei. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem Patológiai Tudományok Doktori Iskola, Budapest
- Honvédelmi gondozónők fogadása. (3656/1944. V. K. M. eln.— 1944. szeptember 20.) (1944). *Hivatalos Közlöny*. 52. évf. pp. 392.
- Kapronczay, K. (2015). Háború és orvoslás. Az I. világháború katonaegészségügye, annak néhány előzménye és utóélete. A Magyar Tudománytörténeti Intézet Tudományos Közleményei 87. Budapest: Magyar Orvostörténelmi Társaság.
- Károlyi, A. (1944). Május 1-én „bevonultak” a honvédelmi gondozónők. *Uj Magyarország* 1944. május 3.
- Lódi, Cs., (2017). Svájci nők a második világháború idején. *Újkor.hu* A velünk élő történelem. Hozzáférhető 2020. január 28. <http://ujkor.hu/content/svajci-nok-masodik-vilaghaboru-idejen>
- Megkezdődött a hadüzemi parancsnokok szociális tanfolyama. (1944. február 23). *8 Órai Ujság*, 30(43) p. 5.
- Még ebben a hónapban megkezdődik a nők kötelező honvédelmi munkája. (1944. május 7). *Nemzeti Ujság*, p. 5-6.
- Mokaszin13, (2019.) Így éltek a magyar dolgozó nők az első világháború alatt. Töri másképp. Hozzáférhető 2020. január 28. [https://torimaskapp.blog.hu/2019/05/26/igy-eltek\\_a\\_magyar\\_dolgozo\\_nok\\_az\\_első\\_vilaghaboru\\_alatt](https://torimaskapp.blog.hu/2019/05/26/igy-eltek_a_magyar_dolgozo_nok_az_első_vilaghaboru_alatt)
- Négyhetes honvédelmi gondozó női tanfolyam hadiözvegyek és hadiárvaáknak. (1944). *Eger – napilap*, 55(141) p. 3.
- Ötven gondozónőt bocsájtott szolgálatba az Országos Női Önkéntes Honvédelmi Munkatábor (1944. október 11). *Magyarország*
- Szécsényi, A. (2014). Fogalomtörténeti vázlat a munkaszolgálatról. Hozzáférhető 2020. január 28. [http://www.betekinto.hu/sites/default/files/betekinto-szamok/2014\\_3\\_szecsényi.pdf](http://www.betekinto.hu/sites/default/files/betekinto-szamok/2014_3_szecsényi.pdf)
- Toochee (2017). Nők a második világháborúban. Hozzáférhető 2020. január 28. <https://toochee.reblog.hu/nok-a-masodik-vilaghaboruban>
- Takács, V. (2015). (N)ők is hősök. Hozzáférhető 2020. január 28. <https://honvedelem.hu/hatter/nok-is-hosok/>
- Tamás, T. (2011). Nők a magyar hadtörténelemben. Hozzáférhető 2020. január 28. <https://honvedelem.hu/galeriak/nok-a-magyar-hadtortenelemben/>
- Tatai, G. (2011). A Sziklakórház rövid története 1935-2002. Budapest: Sziklakórház Kulturális Nonprofit Kiemelkedően Közhasznú Kft.
- Tárnok, L. (1944). „Megkaptuk a szeretet és a segítség behívóját.” Levizsgázott az első honvédelmi gyárgondozónői tanfolyam. *Nemzeti Ujság*, 1944. május 2. p. 5.
- Több mint százezren jelentkeztek eddig a női önkéntes honvédelmi munkaszolgálatra. (1942. augusztus 2). *Nemzeti Ujság*, p. 11.



## **A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA RENDEZVÉNYEI 2020.**

<b>Rendezvény neve</b>	<b>Rendezvény dátuma</b>	<b>Rendezvény helyszíne</b>
XI. Foglalkozás-egészségügyi Ápolói Továbbképző Napok	2020. április 17-18.	NAV Gyógyház, Hévíz
„Középpontban a pitvarfibrilláció, első országos páciens találkozó”	2020. május 22.	Semmelweis Egyetem Elméleti Orvostudományi Központ Szent-Györgyi terem
SÜRGÉSZ – III. Sürgősségi Konferencia	2020. május 29.	Lurdy Ház, Budapest
MESZK Sportnap	2020. május/június	pontos időpont és helyszín egyeztetés alatt!
MESZK VII. Szakdolgozói Tudományos Kongresszus	2020. szeptember 3-5.	Hotel Azúr, Siófok
XXII. Országos Járóbeteg Szakellátási Konferencia és XVII. Országos Járóbeteg Szakdolgozói Konferencia	2020. szeptember 9-11.	Balatonfüred
Képzők Szakmai Napja – radiográfus kvíz	2020. szeptember 24.	Lurdy Ház, Budapest
Ápolásinnováció, Ápolásmenedzsment VI. Országos Tudományos Konferencia	2020. szeptember 24.	Lurdy Ház, Budapest
Országos Szakmai Verseny	2020. október 9.	Lurdy Ház, Budapest
IV. Országos Járóbeteg Szakdolgozói Tudományos Nap	2020. október 16.	Lurdy Ház, Budapest
Tagozati Nap	2020. november 12.	Lurdy Ház, Budapest
Szociális Munka Napja IV. Konferencia	2020. november 26.	Lurdy Ház, Budapest

**TOVÁBBI INFORMÁCIÓ:**

**[WWW.MESZK.HU](http://WWW.MESZK.HU)**

**[meszk@meszk.hu](mailto:meszk@meszk.hu)**



