

NŐVÉR



AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

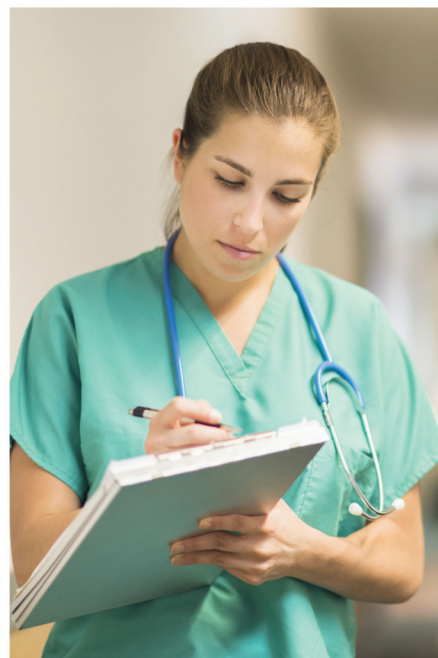
Scientific and educational journal
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

2017. 30. ÉVFOLYAM 6. SZÁM

A TARTALOMBÓL:

Az elesés kockázati tényezőinek ismerete
az időskorúak körében

A Pines-féle Kiegészítő Leltár összevetése
a Maslach Burnout Inventory-val



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



HITELES | SOKSZÍNŰ | ÉRDEKES

Legyen Ön is
rendszeres olvasónk!



Az ápolói szakma a 21. században az eddiginél korszerűbb, magas képzettséget igénylő, sokrétű hivatássá vált. A MESZK folyóirata és magazinja ebben segíti a szakdolgozókat nap mint nap.

NŐVÉR FOLYÓIRAT

- 30 év tapasztalat az ápolástudomány szolgálatában
- Továbbképzési pontszerzési lehetőség
- Folyamatos tudományos tartalom naprakészen
- Aktuális tudományos publicisztikai trendek, tallózás külföldi szaklapokból
- Világos, dinamikus szerkezet, letisztult, jól olvasható megjelenés, színes külső

Előfizetéssel kapcsolatban érdeklődjön itt: nover@meszk.hu

HIVATÁSUNK MAGAZIN

- Szakmapolitikai kérdések köztestületi és ágazatirányítási nézőpontból
- Példaértékű szakmai életutak bemutatása
- Sztárinterjúk ismert személyiségek egészségügyben szerzett tapasztalatairól
- Tagozati beszámolók, területi szervezetek bemutatása, érdekességek
- Társasági magazin szakdolgozóknak szakdolgozóktól

Előfizetéssel kapcsolatban érdeklődjön itt: terjesztes@lam.hu



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, 2017;30(6):1–40.

TARTALOMJEGYZÉK

SZERKESZTŐI LEVÉL	3
EREDETI KÖZLEMÉNY, TOVÁBBKÉPZÉS	
Az elesés kockázati tényezőinek ismerete az időskorúak körében	4
<i>Boros Edit, Babarci Ágnes, Erdősi Erika, Balogh Zoltán</i>	
EREDETI KÖZLEMÉNY	
A Pines-féle Kiégés Leltár összevetése a Maslach Burnout Inventory-val	11
<i>Irinyi Tamás, Németh Anikó, Lampek Kinga</i>	
A közösségi ápolók kompetenciái, kiterjesztési lehetőségek a ceglédi felnőtt-háziorvosi praxisokban	17
<i>Józsa Edit</i>	
ÁPOLÁSTÖRTÉNET	
Ahogy elkezdődött... (Ápolástörténetünk egy kis szelete, amelyről már csak a kevéske, megsárgult dokumentum mesél...) 1. rész	27
<i>Sövényi Ferencné, Perkó Magdolna, Fedineczné Vittay Katalin</i>	
GRATULÁLUNK	38
KITEKINTÉS	
Magyar Szívsebészeti Társaság XXIV. Kongresszusa	39
<i>Deák András</i>	

CONTENTS

LETTER FROM THE EDITOR	3
ORIGINAL CONTRIBUTION, CONTINUING EDUCATION	
Awareness of Risk Factors of Falling among the Elderly	4
<i>Edit Boros, Ágnes Babarci, Erika Erdősi, Zoltán Balogh</i>	
ORIGINAL CONTRIBUTION	
Comparison of the Pines' Burnout Measure and the Maslach Burnout Inventory	11
<i>Tamás Irinyi, Anikó Németh, Kinga Lampek</i>	
Competencies of Community Nurses, Opportunities of Extensions in Adult General Practices of Cegléd	17
<i>Edit Józsa</i>	
NURSING HISTORY	
How it all started: Untold Chapters of Nursing History in Hungary as testified by foxed Documents Part 1.	27
<i>Ferencné Sövényi, Magdolna Perkó, Katalin Fedineczné Vittay</i>	
CONGRATULATIONS	38
OUTLOOK	
XXIV.Congress of the Hungarian Heart Surgery Society	39
<i>András Deák</i>	

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

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

A NŐVÉR folyóirat az ápolás független orgánuma. Célja az, hogy tudományos igényű írások megjelentetésével az elméleti ismeretek átadása mellett a szakemberek gyakorlati tevékenységét 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
ANNO 1998

LifeTime Media Kft. egészségügyi divíziója

Nyomdai munka: Vargé 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)

Kárpáti Zoltán

Dr. Oláh András (PhD)

Dr. Pápai Tibor (PhD)

Szloboda Imréné

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

**Lapunkat rendszeresen
szemlézi a megújult****www.observer.hu****NŐVÉR****AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA**

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

A Kiadó szívesen fogad az ápolás és határterületei 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 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 kéziratrészletet.

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

SZERKESZTŐI LEVÉL

MINDEN KEDVES OLVASÓNKNAK ÁLDOTT,
BÉKÉS ÜNNEPEKET ÉS
BOLDOG ÚJ ESZTENDŐT KÍVÁNUNK!

A NÖVÉR SZERKESZTŐSÉGE ÉS KIADÓJA



Készítette: Yeşim Gökoğlu, BSc ápoló hallgató, Abant İzzet Baysal Egyetem, Törökország
Erasmus hallgató, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Budapest

EREDETI KÖZLEMÉNY, TOVÁBBKÉPZÉS

Az elesés kockázati tényezőinek ismerete az időskorúak körében

BOROS Edit, BABARCI Ágnes, DR. ERDŐSI Erika, DR. BALOGH Zoltán

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: Az időskorúak elesés rizikócsoportjának meghatározása, valamint az idősök ismereteinek felmérése az elesés kockázati tényezőiről.

Anyag és módszer: Kvantitatív, keresztmetszeti vizsgálat során a mintát a dél-alföldi régióban élő idősök alkották (N=379). Adatgyűjtéshez a STEADI elesés rizikócsoport meghatározó kérdőív mellett saját szerkesztésű kérdőívet alkalmaztunk. Utóbbi 15 kérdésből áll, rizikófaktorokkal kapcsolatos ismeretek felmérésre fókuszál. A statisztikai analízis során egyszerű leíró statisztika mellett Khi² próbát és Mann-Whitney U tesztet alkalmaztunk.

Eredmények: A vizsgált minta átlag életkora 71,96+ 6,8 év volt, a megkérdezettek 45%-a számolt be elesésről. A magasabb életkor (p=0,001), a szédülés (p=0,021), a polifarmácia (p=0,001) rizikófaktorok jelenléte bizonyítható volt az elesést már átélt idősöknél. A minta 83%-a az elesés kockázati csoportjába tartozott. A válaszadók a külső tényezők hatását jobban ismerték, mint a belső kockázati tényezőket. Kevésbé tartották igaznak az elesést már átélt idősök az otthon rendezettségének (p=0,009) és a járást segítő eszközök alkalmazásának (p=0,010) preventív hatását.

Következtetések: Az időskori elesés napjaink aktuális problémája, szükség van az idősök ismereteinek bővítésére az elesés kockázati tényezőivel kapcsolatban.

Kulcsszavak: Időskori elesés, prevenció, ismeretek, rizikófaktorok

Awareness of Risk Factors of Falling among the Elderly

Edit BOROS, Ágnes BABARCI, Erika ERDŐSI PhD, Zoltán BALOGH PhD

SUMMARY

The aim of the study: determining the risk groups of falling among the elderly and measuring the awareness of the elderly of the risk factors of falling.

Methods: During the quantitative, cross-section examination, the population consisted of elderly people living in the region of Dél-Alföld (N=379). We used our own questionnaire beside using the STEADI questionnaire determining risk group of falling for data collection purposes. During the statistical analysis, we used simple descriptive statistics but also used Khi² and Mann-Whitney tests.

Results: The average age of the examined population was 71,96+ 6,8 years old and 45 % of the interviewed person have reported experiencing falling. The risk factors of higher age (p=0.001), dizziness (p=0.021) and polypharmacy (p=0.001) was demonstrable among those who have fallen at least one time. 83% of the population was from a risk group exposed to falling. Respondents were able to better identify the effect of extrinsic factors on the risk of falling than the intrinsic risk factors. Also, those who have fallen before found that there is no significant preventive effect of the orderliness of their home (p=0.009) and the usage of walking assisting equipment (p=0.010).

Conclusions: Falling of elderly people is an actual problem, therefore it is recommended to raise the awareness of the elderly of the risk factors of falling.

Keywords: falling, falls, elders, prevention, awareness, risk factors

BOROS Edit tanársegéd,
Szegedi Tudományegyetem
Egészségtudományi és
Szociális Képzési Kar, Ápolási
Tanszék, PhD hallgató,
Semmelweis Egyetem Doktori
Iskola

BABARCI Ágnes tanársegéd,
Szegedi Tudományegyetem
Egészségtudományi és
Szociális Képzési Kar, Ápolási
Tanszék, PhD hallgató,
Semmelweis Egyetem Doktori
Iskola

DR. ERDŐSI Erika általános
tanszékvezető-helyettes,
főiskolai docens, Szegedi
Tudományegyetem Egészség-
tudományi és Szociális Képzési
Kar, Ápolási Tanszék

DR. BALOGH Zoltán
tanszékvezető, főiskolai tanár,
Semmelweis Egyetem, Egész-
ségtudományi Kar, Ápolástan
Tanszék

Levelező szerző

(correspondent):
BOROS Edit, e-mail:
boros@etszk.u-szeged.hu

Beérkezett: 2017. november 1.
Elfogadva: 2017. november 27.

Bevezetés

Világszerte jelentős az időskori elesések száma. A WHO adatai szerint a 60 év feletti idősök egyharmada és a 70 év feletti személyek 32–42%-a esik el évente egyszer (WHO, 2015). Az elesést és a leesést mindenképpen a legsúlyosabb háztartási balesetek közé sorolják, minden ötödik elesés egészség-

ügyi ellátást igénylő sérüléssel is jár (WHO, 2016). Elesés után az egészségügyi szövödmények mellett pszichológiai, szociális és funkcionális szövödmények is felléphetnek, melyek az idősök életminőségét jelentősen befolyásolhatják, ronthatják. Ezért az esésmegelőzés minden időskorúakkal foglalkozó szakember fontos feladatai közé tartozik.

Elesésnek nevezünk minden olyan hirtelen kiala-

kult, nem várt történést, amikor a személy akaratlanul egy alacsonyabb szintre (talajra, felületre vagy tárgyra) kerül, és ez nem akut bénulás, epilepsziás roham, vagy külső erőbehatás következménye (Tinetti et al., 1988).

A témával foglalkozó tanulmányok több, mint 400 potenciális rizikófaktort azonosítottak, melyek hozzájárulhatnak az időskori eleséshez (Tahir & Robert, 2001). Ezeket a faktorokat a hagyományos osztályozás szerint, külső és belső kockázati tényezőkre oszthatjuk. Belső tényezők közzé soroljuk azokat, amelyek az egyéni változásoknak köszönhetőek. Ide tartoznak az idősődéssel járó fiziológiás változások, mint az érzékszervek tompulása, az izomerő és a mozgás csökkenése. Belső tényezőkhez soroljuk még a patológiás változásokat, azaz a megbetegedések és ezek gyógyszereléséből adódó mellékhatásokat is. A külső tényezők azok a környezeti faktorok, amelyek szűkebb értelemben az idős személy otthonát jelentik, azt, ahol él, tágabb értelemben pedig magára a településre vonatkozik (Rubenstein et. al., 2006; Boros, 2010). Külső kockázati tényezők az elesések 20%-áért felelősek, míg az elesés jelentős részénél az intrinsic faktorok játszanak szerepet (Tóth, 2008).

A WHO modernebb szemléletű időskori elesés rizikófaktorainak modelljében 4 fő rizikócsoportot határozott meg, amelyek alá számos komponenst soroltak. A fent ismertetett tényezők mellett kiemelték az egyéni magatartást, azaz mit tesz, vagy nem tesz az elesés megelőzése érdekében az időskorú, illetve a környezeti tényezőkre ható társadalmi-gazdasági faktorokat (WHO, 2015). A fenti rizikótényezőket a gyakorló szakembereknek érdemes más szempontok alapján is besorolni, a részben vagy teljesen módosítható, illetve a nem vagy alig módosítható rizikótényezők szerint (Kovács, 2016).

A CDC (Centers for Disease Control and Prevention) számos célkitűzése között megtalálható az időskorúak elesésének megelőzése is. Ehhez létrehozott egy ajánlást, melyben megtaláljuk a STEADI (Stopping Elderly Accidents, Deaths & Injured) algoritmust, amit az amerikai és a brit geriátriai társaságok javaslata alapján állítottak össze. Az algoritmus segít meghatározni, hogy az időskorúak alacsony, közepes vagy magas rizikócsoportba tartoznak-e, illetve megjelöli a szintekhez tartozó szükséges prevenciók beavatkozásokat is. Az algoritmus első lépésben egy egyszerű felmérést javasol. Az egészségügyi személyzet három rutin kérdéssel képes felmérni az elesés kockázatának jelenlétét vagy hiányát. Ezek a következők: (1.) Előfordult-e az elmúlt egy évben elesés? (2.) Bizonytalanak érzi-e az állást és a járást? (3.) Aggódik-e a lehetséges elesés miatt? Amennyiben a fenti három kérdés bármelyikére igennel válaszol a 60 év feletti idős személy, akkor az

eleséssel kapcsolatos prevenciók beavatkozásokra bizonyítottan szükség van (Baldwin, 2015).

A WHO szerint a hatékony időskori elesés megelőzéséhez szükség van egy koherenzív, több ágazatra kiterjedő megközelítésre, mely segíti az aktív idősor megélését. A modell hangsúlyoz egy proaktív, rugalmas, egészséges közpolitikai szemléletet, melynek alapelvei az egészségfejlesztés és a betegségmegelőzés. A modellt három alappillér alkotja: (1.) figyelem felhívása az elesés megelőzésének fontosságára, (2.) az elesés kockázati tényezőinek meghatározása és azok azonosításának fejlesztése, felmérése, (3.) reális és hatékony beavatkozások az elesés megelőzése és számának csökkentése érdekében (WHO, 2015). A három célterület megvalósulásához nélkülözhetetlen, hogy meghatározzuk, kik azok az idősök, akiknél szükség van prevenciók beavatkozásra, továbbá, hogy felmérjük az egyének és a közösség ismeretét az elesés megelőzésével kapcsolatban, azaz mit tekintenek az elesés szempontjából kockázati tényezőknek.

A vizsgálat célja

A kutatásunk alapvető célja, hogy meghatározzuk, az idősök életében milyen gyakran fordul elő a népegészségügyi szempontból is jelentős probléma, az elesés. További cél volt, hogy felmérjük, az elesés szempontjából milyen arányban tartoznak az idősök a különböző kockázati csoportokba, tehát kiknél van szükség prevenciók beavatkozásra. Ezen felül vizsgálatunk célja feltárni, hogy az idősök milyen ismeretekkel rendelkeznek a kockázati tényezőkkel kapcsolatban és meghatározni, hogy melyek az elesés megelőzésének gyenge pontjai.

Anyag és módszer

Empirikus jellegű, keresztmetszeti vizsgálatunk során a minta kiválasztásához az egyszerűen elérhető alanyok módszerét választottuk. Az adatfelvétel a dél-alföldi háziorvosi rendelőkben 2016. március 01 - május 31 között történt a rendelési időben megfordult 60 év feletti idősök között, önkéntes részvétellel. Beválasztási kritérium az életkor mellett, hogy a vizsgálatban résztvevő a saját otthonában éljen. Az adatgyűjtéshez kérdőívet használtunk. A kérdőív az elesést megelőző magatartást is tartalmazta, azonban jelen írásunkban csak a szociodemográfiai adatok felmérését (nem, életkor, lakóhely, lakhelyen élők száma, megbetegedések és gyógyszeresedés), a STEADI algoritmus három alapkérdésére kapott válaszait és a kockázati tényezőkre (7 tétel a külső és 8 tétel a belső rizikó faktorokra) vonatkozó ismereteket mutatjuk be. A vizsgálat során 379 kérdőívet

dolgoztunk fel, amelyek közül egyik sem került kizárásra hiányos kitöltés miatt.

Adatok feldolgozása Excel 2016 és SPSS 22 program segítségével történt. A minta normalitás vizsgálatát Shapiro-Wilk teszttel végeztük, amely eredmény értelmében (Shapiro-Wilk teszt =0,95, df=379, $p<0,001$) a mintát nem tekintettük normál eloszlásúnak. Ezek alapján a kapott eredményeket a χ^2 -és a Mann-Whitney U teszt alkalmazásával elemeztük. A szignifikancia kritériumának az 5%-ot tekintettük ($p<0,05$).

Eredmények

A vizsgálatban összesen 379 fő vett részt és három megyéből érkezett válasz, de Csongrád megye felülreprezentált a mintában a 75%-ával (287 fő). A válaszok 12%-a (42 fő) Bács-Kiskun megyéből, 13%-a (50 fő) Békés megyéből érkezett. A felmérésben résztvevők 64%-a (241 fő) nő volt, az átlag életkor 71,54 év (SD=6,69, Min=61, Max=92). A válaszadók 36%-át (138 fő) férfiak alkották, átlag életkor 72,7 év (SD=7,2, Min=60, Max=87). A megkérdezettek 32%-a otthonában egyedül él, 57% háztartásában ketten élnek és 11% számolt be arról, hogy többen élnek együtt, mint két fő.

A vizsgálat első részében felmértük, hogy kik azok az idősek, akik a CDC felmérő eszköze alapján az elesés kockázati csoportjába tartoznak. A három alapkérdés vizsgálatának eredményeit az **I. sz. táblázat** foglalja össze. Az első kérdés arra irányult, hogy az idős embereknél az utóbbi egy évben történt-e elesés, és az milyen gyakran fordult elő. A jövőbeli elesések kockázati szintjét a közelmúltbeli elesés története is képes előre vetíteni. A minta 55%-a alacsony kockázati csoportba tartozott. Ők azok, akik nem számoltak be elesésről. A megkérdezettek 45%-ának (168 fő) válaszában megjelent az, hogy az utóbbi egy évben elesett. Az elesésről beszámoltak 53%-a egyszeri alkalmat jelzett. Ők azok az idősek, akik a közepes kockázati csoportba tartoznak. Magas kockázattal rendelkezik az elesésről beszámoltak 39%-a.

Ők 2-4 alkalmat vallottak be, míg az elesettek 4%-a 5 vagy több alkalommal élte át ezt a történetet. A további 4% nem emlékezett arra, hogy hány alkalommal esett el, csak azt, hogy az utóbbi egy évben többször történt vele ilyen.

Az elesés történetét elemeztük nemek és életkor vonatkozásában is. Nemek tekintetében nem volt szignifikáns különbség. Az elesett személyek 1/3-a férfi, míg 2/3-a nő volt. Ugyanezt az arányt figyeltük meg azoknál a személyeknél, akik nem számoltak be elesésről. Életkor tekintetében viszont már szignifikáns különbséget mutatott a Mann-Whitney U teszt ($U=13529$, $p<0,001$). Az elesésről beszámolt személyek életkora magasabb volt (73,77 év, SD=7,73, Min=61, Max=92, MR=214,9), mint azoknak az időseké, akik nem estek el (70,52 év, SD=5,77, Min=61, Max=87, MR=170,1).

A felmérés következő kérdése, hogy az idősek szédülnek-e felállás vagy sétálás közben. A válaszok a következőképpen alakultak: a megkérdezettek több, mint fele (58%-a) erre a kérdésre igennel válaszolt. Azok az idősek, akik elesetek 68,3%-a, míg azok a személyek, akik nem estek el 56,5%-a számolt be bizonytalanság érzésről. A két minta gyakoriság eredményeit χ^2 -próbával ($\chi^2=5,3$ $p=0,021$) teszttel elemeztük. A minta közötti különbség szignifikánsnak bizonyult, tehát, azoknál a személyeknél, akik szédülésről beszámoltak, gyakrabban volt jelen az elesés.

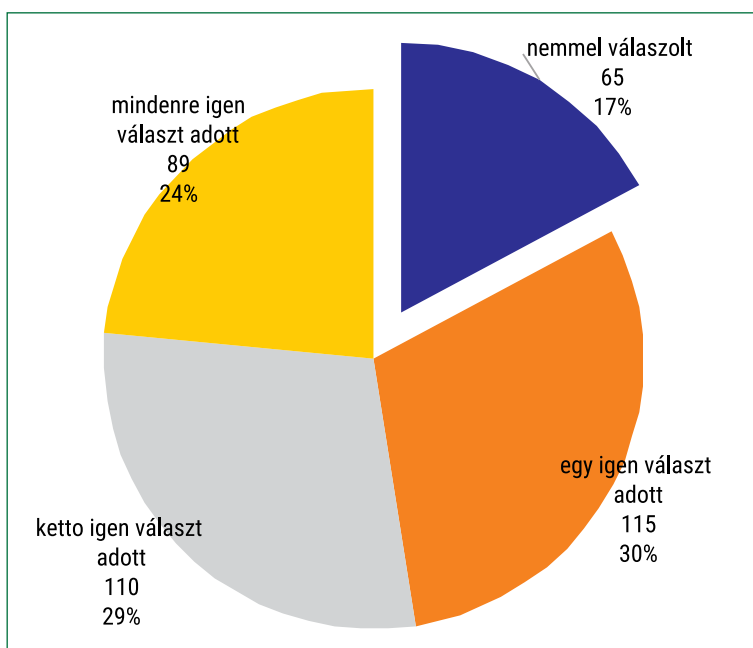
Arra a kérdésre, hogy tart-e attól, hogy elesik, a megkérdezettek 55%-a válaszolt igennel. Külföldi kutatások leírták, hogy a már megtörtént esemény befolyásolja a helyzettől való félelem jelenlétét. Ezt a mintánknál is megvizsgáltuk. Azoknál az idősek-nél, akik az utóbbi egy évben elesetek, 69,8% jelezte, hogy tart az eleséstől, míg azok a személyek, akikkel nem történt elesés, azoknak 48,8%-a aggódik az elesés miatt. Vizsgálatunkban is szignifikáns különbséget találtunk ($\chi^2=16,16$, $p<0,001$), tehát azoknál az időseknél, akik elesésről beszámoltak, gyakrabban fordult elő a félelem az eleséstől, mint azoknál a személyeknél, akik még nem éltek át ezt az eseményt.

I.sz. táblázat: Nem, életkor, félelem, szédülés az elesés történet függvényében (N=379)

		Az utóbbi egy évben elesett N=168	Az utóbbi egy évben nem esett el N=211	p érték
Nem	Nő	105 (62%)	136 (64,5%)	0,65
	Férfi	63 (37,5%)	75 (35,5%)	
Életkor	Átlag+SD	73,77±7,73	70,52±5,77	0,001
Járás, felállás során bizonytalanság érzése	Igen	112 (68,3%)	113 (56,6%)	0,021
	Nem	52 (31,7%)	87 (43,5%)	
Aggódik az elesés miatt	Igen	111 (69,8%)	98 (48,8%)	0,001
	Nem	48 (30,2%)	103 (51,2%)	

A három alapkérdésre kapott válaszok eredményeit az **1. sz. ábra** mutatja be. A vizsgálatban résztvevők 83%-a legalább egy kérdésre igennel válaszolt, így a minta 17%-a nem tartozik az elesés egyik kockázati csoportjába sem. Viszont a válaszadók 30%-a egy kérdésre, 29%-a két kérdésre igen választ adott. Minden kockázat felmérő kérdésre igennel válaszolt az idősek 24%-a, tehát ők azok a személyek, akik a magas kockázati csoportba tartoznak.

1. ábra: STEADI felmérő skálára kapott válaszok megoszlása (N=379)

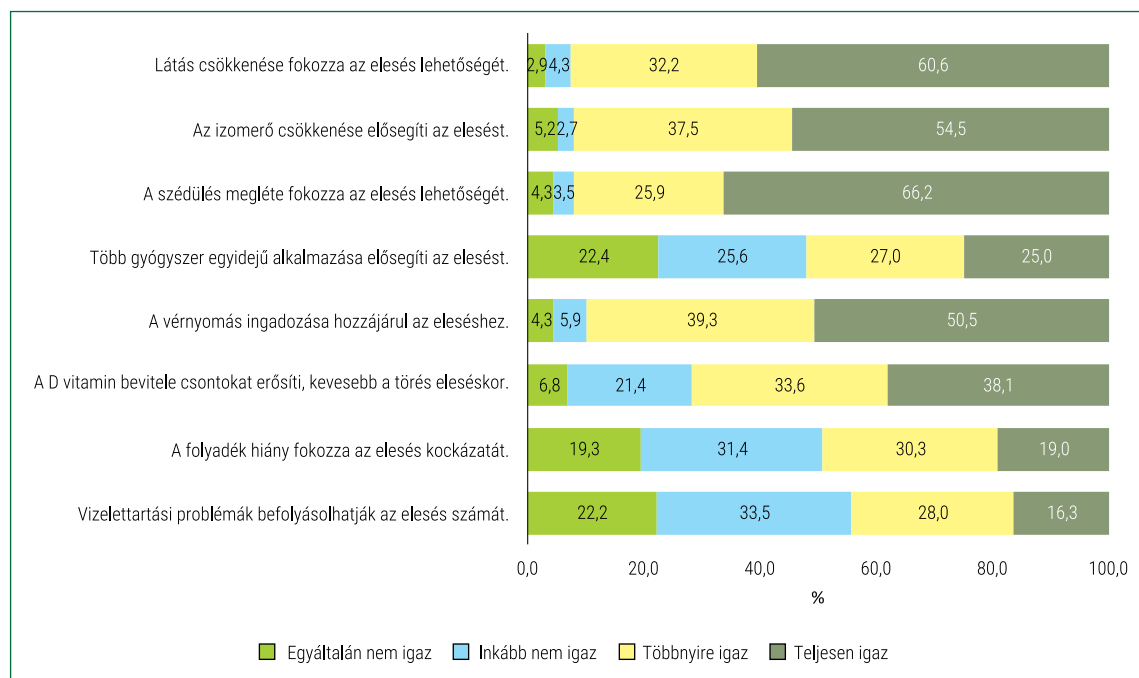


A vizsgálatunk második részében felmértük, hogyan vélekednek az idősek a lehetséges rizikófaktorokról. A belső kockázati tényezőkre 8 állítást, a külső kockázati faktorokra 7 állítást fogalmaztunk meg, amelyek a leggyakoribb elesési okokat tartalmazták. Az állítással kapcsolatos véleményeket 1-4-ig terjedő Likert skála segítségével mértük fel, ahol az 1 = egyáltalán nem igaz az állítás, 4 = teljes mértékben igazat jelentette. Ordinális változó révén nem paraméteres elemzést végeztünk a független változóval való esetleges kapcsolat feltárására. Mann-Whitney U tesztet alkalmaztunk az elesés történettel való összefüggés elemzésére. A belső tényezőkre kapott válaszok megoszlását a **2. sz. ábra** tartalmazza. A belső kockázati faktorokra vonatkozó hét állítás közül a legjobban a szédülés hatását tartották jelentősnek (átlag=3,54) az elesés szempontjából. Az idősek 66%-a jelölte teljes mértékben igaznak ezt az állítást. Azok, akik elesésről nem számoltak be, kicsit nagyobb mértékben tartották igaznak, mint azok, akik elesésről számoltak be, de a különbség a két csoport között nem jelentős ($p=0,326$,

$U=16097,5$). Az elesett idők rangpontoszám átlaga (MR) 180,7, az elesést át nem élőké 189,2. A második leggyakoribb oknak a látáscsökkenést jelölték meg (átlag=3,5), a minta 60%-a gondolta teljes mértékben igaznak a látáscsökkenésre vonatkozó mondatot, de a két minta között nem találtunk jelentős különbséget ($U=16731,7$, $p=0,631$). A következő helyen áll az izomerő csökkenése, mint elesést okozó tényező (átlag=3,41), az idők 54%-a tartotta tel-

jes mértékben igaznak, de ennek ismeretében sem találtunk jelentős különbséget a két mintában ($U=14880$, $p=0,075$). Az elesett idők viszont kevésbé ítélik igaznak az izomerő csökkenésének a jelentőségét (MR=173,23) mint azok, akik nem estek el (MR=190,8). Szintén igaznak ítélték az idők a vérnyomás ingadozásának szerepét az elesés vonatkozásában (átlag=3,36), azonban itt sem találtunk jelentős különbséget az ismeretekben ($U=15937$, $p=0,150$). Az elesett személyek nem tartották annyira igaznak az állítást (MR=166,5), mint azok, akik nem estek el (MR=177,2). Az eleséskor bekövetkező törések megelőzésében a D-vitamin védő szerepéről az idők 38%-a gondolta azt, hogy igaz. A két mintában nem találtunk szignifikáns külön-

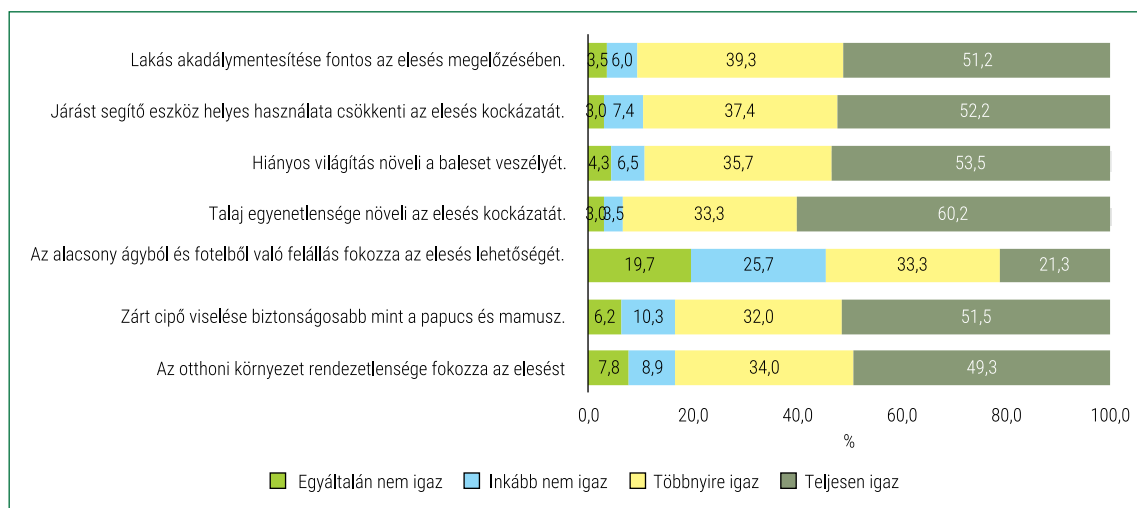
bséget ($U=13080,5$, $p=0,300$). A polifarmácia elesés fokozó hatása az időskorúak véleményét nagyon megosztotta (átlag=2,54). A megkérdezettek 25%-a tartotta teljes mértékben igaznak az állítást, 27%-a inkább igaznak gondolta, mint nem, 25,6% inkább nem igaznak vélte, és 22,4% nem ítélte igaznak az állítást. Az elesett személyek kevésbé tartották igaznak a polifarmácia kockázati hatását (MR=166,5), mint azok, akik nem estek el (MR=177,2), de ez sem jelentős különbség a két csoport között ($U=13696,0$, $p=0,302$). A vizsgálat során felmérésre került a tartós gyógyszerek alkalmazása is. Az idők 1,6%-a nem alkalmaz gyógyszerkészítményt, míg a minta 49,6%-a 4-nél kevesebb, 48,8%-a 4 vagy annál több gyógyszerkészítményt alkalmaz egyidejűleg. Azoknál, akik kevesebb, mint 4 gyógyszerkészítményt szednek, 40%-nál történt elesés. Ellenben azoknál, akik 4 vagy annál több gyógyszerkészítményt fogyasztottak 58%-a számolt be elesésről, ez a különbség szignifikánsnak ($\chi^2=11,37$, $p=0,001$) bizonyult, tehát a polifarmácia szintén elesésre hajlamosító rizikófaktor volt a mintákban. Legkevésbé tartották

2. ábra: Az elesés belső kockázati tényezőkkel kapcsolatos vélemények eloszlása

igaznak a megkérdezettek a folyadékhiány hatását (átlag=2,48) és az ürítési funkciók megváltozását (átlag=2,38). A folyadékhiányról szinte hasonlóan vélekedtek azok, akik estek már el (MR=173,2), mint akik nem (MR=174,6), viszont az ürítési funkciók csökkenésének hatását az elesést átélők jelentősebbnek tartották (MR=175,4) mint akik nem estek el (MR=196,2), de ezt nem tekinthetjük szignifikáns különbségnek (U=14014,5, p=0,553).

Külső kockázati tényezők közül elsősorban az idősek otthoni környezetére vonatkoztak az állítások. Azért ezt mértük fel, mert a WHO megállapítása szerint az időskorúak elesésének 60%-a az otthoni környezetben, 30%-a közterületen következik be és 10%-a egészségügyi intézetekben, otthonokban. Felmértük az otthoni környezet rendezettségéről, a biztonságos cipőhasználatáról, az ágy magasságáról, a lakás akadálymentesítéséről, a belső világításról és a segédeszközök alkalmazásáról szóló ismereteket. A kapott válaszok megoszlását a **3. sz. ábra** foglalja össze. Leginkább igaznak tartották (a minta 62%-a) azt az állítást, miszerint „a talaj egyenetlensége növeli az elesés kockázatát” (átlag=3,5). Azok, akik elestek, kevésbé gondolták kockázati tényezőnek a talaj egyenetlenségét (MR=163), mint akik nem estek el (MR=191,9), de a különbség nem jelentős (U=15350, p=0,101). A hiányos világítást, mint kockázati tényezőt, szintén jelentősnek ítélték (átlag= 3,38), az ismeretekben a két mintánál nem találtunk jelentős különbséget (U= 16263, p=0,492). „A lakás akadálymentesítése fontos az elesés meg-

előzésében” állítást hasonló mértékben tartják igaznak az idősek (átlag=3,38), mint a világítás hatását. A két minta között nem találtunk jelentős különbséget (U=15358,5, p=0,107), de azok, akik nem estek el, nagyobb mértékben tartották igaznak (MR=192,7), mint azok, akik elestek (MR=166,5). A lábbelire vonatkozó állításunkat az idősek 51,5%-a tartotta teljes mértékben igaznak (átlag=3,28). Szinte azonos mértékben gondolták igaznak az elesett idősek (MR=181,3), mint akik nem estek el (MR=188,6). Az otthoni környezet rendezettségéről szóló állításunkat szintén hasonlóan tartják igaznak (átlag=3,24), mint a fent leírt kockázati tényezőket, viszont a két minta ismerete között jelentős különbséget találtunk (U=14570, p=0,009). Az elesésről beszámolókat kevésbé tartották igaznak (MR=171,27), mint azok, akik nem estek el (MR=197,9). „A járást segítő eszköz helyes használata csökkenti az elesés kockázatát” állítást az idősek 52%-a tartotta teljes mértékben igaznak (átlag=3,39). Az elesést átélők kevésbé ítélték igaznak (MR=169,3), mint azok, akik nem estek el (MR=195,5) ez a különbség szignifikáns a Mann-Whitney U teszt lapján (U=14241, p=0,010). A külső kockázati okok közül a véleményeket legjobban a következő állítás osztotta meg: „Az alacsony ágyból és székből való felállás fokozza az elesés lehetőségét.” A válaszadók 41%-a nem gondolja, hogy az ágy magassága probléma lehet elesés szempontjából (átlag= 2,56). A két csoport szinte azonosan vélekedett az állításról (MR_{el-} =184,4, MR_{nem esett el} =182,7).

3. ábra: Az elesés külső kockázati tényezőivel kapcsolatos vélemények (N=379)

Megbeszélés

A vizsgálatban résztvevőknél az elesés gyakorisága hasonlóságot mutat a nemzetközi adatokkal. A megkérdezettek több, mint fele szédülésről számolt be. Az idősek többsége aggodalmát fejezte ki az eleséssel kapcsolatban, amitől az egyénnek elkerülő magatartása alakulhat ki (az idős személy csökkenti a járási sebességét és kevesebbet mozog), ez pedig kedvezőtlenül befolyásolja az egészségi állapotát. A testmozgás csökkentése következtében beszűkülnek a mozgáshoz szükséges képességek, mely a további elesést előidézheti (Ellen & Cornel, 2014). A STEADI algoritmus alapján az első három kérdésből legalább egyre igennel válaszolt a minta 83%-a, tehát náluk szükséges az elesés prevenciójának alkalmazása. A megkérdezettek ¼-e viszont minden kockázat felmérő kérdésre igennel válaszolt. A szóbeli felmérés (szubjektív adat) mellett javasolt az idősek izomerő és egyensúlyi állapotának a felmérése is, hogy pontosabb képet kapjunk arra vonatkozóan, hogy alacsony, közepes vagy magas az elesés kockázata (objektív adat). A WHO prevenciók stratégiájában az első lépés az egyéni és közösségi ismeretek bővítése az elesés lehetséges okairól és a szükséges életmódváltás lehetőségeiről (WHO, 2015). Ebben az ápoló kiemelt feladata, a közvetlen gyakorlati ellátás nyújtása mellett az egészségnevelés, az egészség fejlesztése annak érdekében, hogy az egyén, család vagy közösség jobb egészségű, öngondozásra és önállóságra is képes legyen. Az aktív időskor egyik alapfeltétele, hogy az idős a saját életét szervezze és fel kell vértetni mindazzal a tudással, ami az önálló, független életvitel lehetőségét megteremtheti (Papp & Balogh, 2004). Az elesés kockázati tényezői közül az idősek a belső kockázati tényezőket kevésbé gondolták lehetséges ok-

nak. Belső kockázati tényezők közül legjobban megosztotta az idősek véleményét a folyadékbevitelnek, a többszörös gyógyszerhasználatnak és az ürítési funkciók megváltozásának szerepe az elesésben. A külső kockázati tényezőket többnyire igaznak tartották a vizsgálatban résztvevők. Ez alól kivételt képezett az ágy és a fotel magasságára vonatkozó állítás. Az ideális ágymagasság az idős emberek számára, ha az megegyezik a szék magasságával. Az alacsony ágyból való felkelés, vagy alacsonyan elhelyezkedő fotelből történő felállás ugyanis kifárasztja az izmokat, különösen a combfeszítő és lábszárhajlító izmokat, amelyek nem bírják teljesíteni a fokozott igénybevételt, s ez szintén gyakori oka lehet az elesésnek. Tóth kutatási eredménye szerint az elesések több mint fele az ágy közvetlen környezetében történik, majd ezt követik a vizes blokkokban és a lépcsőn történő sérülések (Tóth, 2008). Az ismereteket vizsgáltuk az elesett és nem elesett időseknél is és jelentős különbséget találtunk az otthoni rendezettség (p=0,009) és a járást segítő eszközök helyes (p=0,010) alkalmazásával kapcsolatos tudásban: az elesett idősek kevésbé tartották igaznak ezeket a kockázati tényezőket, mint akik nem számoltak be elesésről.

Vizsgálatunk szerint az idősek jelentős része tartozik az elesés kockázati csoportjába és a kockázati tényezőkkel kapcsolatos ismeretükben is eltéréseket tapasztaltunk. Az adataink megerősítették, hogy indokolt a prevenciók stratégiák alkalmazása, valamint az idősek ismeretének fejlesztése. Fontosnak tartjuk tudatosítani az elesett idősek körében, hogy ezen faktorok szerepet játszanak ez elesésben. Szükséges az elesés belső tényezői közül kiemelni a polifarmácia kockázati hatását, a külső kockázati tényezők közül pedig az ágy magasságának jelentőségét az elesés megelőzésében.

Irodalomjegyzék

1. Baldwin, T.G. (2015). Are You Asking Older Adult Patients the Right Questions? Hozzáférhető: 2015. március 16. Retrieved from: http://www.medscape.com/viewarticle/841020#vp_1
2. Boros, E. (2010). Az időskori elesés okai és megelőzésének lehetőségei. *Rehabilitáció*, 20(4), 243–249. Hozzáférhető: 2016. február 10. Retrieved from: http://www.rehab.hu/journalview.aspx?ja_id=9539&web_id=&df=upload/rehab/magazine/rh1004_cikk1.pdf
3. Ellen, F., & Cornel, S. (2014). Az egyedülálló idősök fizikai tréningje. *Orvostovábbképző Szemle, május XII(5)*, 54–57. Hozzáférhető: 2016. január 20. Retrieved from: [http://www.gyogytornaszok.hu/ajaxfilemanager/uploaded/54-63\(1\).pdf](http://www.gyogytornaszok.hu/ajaxfilemanager/uploaded/54-63(1).pdf)
4. Kovács, É. (2016). Az időskori elesések megelőzése. *Rehabilitáció*, 26(3), 134–138.
5. Papp, K., & Balogh, Z. (2004). „Akív időskor felé”; Beszámoló a Leonardo da Vinci programról. *Nővér*, 24(1), 30–36.
6. Rubenstein, L.Z., Josephson, K.R., Gardner, M. M. (2006). Falls and Their Prevention in Elderly People: What Does the Evidence Show? *Medical Clinics of North America*, 90(5), 807–824. doi:10.1016/j.mcna.2006.05.013
7. Tahir, M., & Robert, O.M. (2001). Epidemiology of falls. *Age and Ageing*, 30(S4), 3–7. doi:10.1093/ageing/30.suppl_4.3
8. Tinetti, M.E., Speechley, M., & Ginter, S.F. (1988). Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *New England Journal of Medicine*, 319(26) 1701–7. doi:10.1056/NEJM198812293192604
9. Tóth, M. (2008). Szédülések és elesések idős korban. *Oszteológiai közlemények*, 1, 18–24. Hozzáférhető: 2016. február 10. Retrieved from: https://www.doki.net/tarsasag/mrtos/upload/mrtos/document/2008118.pdf?web_id=
10. WHO (2015) Falls Prevention in Older Age. Hozzáférhető: 2015. május 06. Retrieved from: http://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/#.WVJp0HN2Khg.mendeley
11. WHO (2016) Falls. Hozzáférhető: 2016. július 07. Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/#.WVJzV97IYc.mendeley>

Szabadon választható elméleti továbbképzési pontszerzési lehetőség

Előfizetőink számára hamarosan lehetőség nyílik a *Nővér* folyóirat 30. évfolyamában megjelent lapszámok továbbképzési cikkeihez tartozó online tesztkérdések kitöltésére. Az elektronikus felület a MESZK honlapján (www.meszk.hu) keresztül a Kiadványok/Nővér menüpont oldalon érhető el bejelentkezést követően.

Éljen a nagyszerű lehetőséggel és az idei kérdések mellett, töltsse ki a 2015. és 2016. évi lapszámokban megjelent tesztkérdéseket is, hogy minél több továbbképzési pontot szerezhessen!

Ha bármilyen egyéb információra lenne szüksége, kérjük forduljon bizalommal munkatársunkhoz: Hoffmann Alexandra, kommunikációs ügyintéző (tel.: +361/323-2070/2-es menüpont).

Jó olvasást, szakmai fejlődést, izgalmas kérdéseket és jó válaszokat kívánunk!

EREDETI KÖZLEMÉNY

A Pines-féle Kiegés Leltár összevetése a Maslach Burnout Inventory-val

IRINYI Tamás, DR. NÉMETH Anikó, DR. HABIL. LAMPEK Kinga

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja felmérni, hogy a Pines-féle Kiegés Leltár ugyan olyan jól mér-e, mint a Maslach Burnout Inventory (MBI).

Anyag és módszer: Kvantitatív keresztmetszeti vizsgálat online kérdőívvel 1201 egészségügyi szakdolgozó részvételével. Az adatelemzés χ^2 -próbával és Spearman-féle rangkorrelációval történt. A szignifikancia kritérium határa 0,05.

Eredmények: A MBI érzelmi kimerülés ($p < 0,001$), deperszonalizáció ($p < 0,001$) és személyes hatékonyság ($p < 0,001$) alszkálái szignifikáns kapcsolatban vannak a Pines-féle Kiegés Leltárral. Azon egyének jelentős többsége, akik a MBI deperszonalizáció és érzelmi kimerülés alszkáláján magas pontszámot értek el, azok a Kiegés Leltárban is magas pontszámot produkáltak, illetve ha a személyes hatékonyság magas, akkor a Kiegés Leltárban alacsony pontszámot ért el a válaszadó.

Következtetések: A Pines-féle Kiegés Leltár is ugyan olyan biztonsággal méri a kiegést, mint a Maslach Burnout Inventory.

Kulcsszavak: egészségügyi dolgozók, kiegés, Maslach Burnout Inventory, Pines-féle Kiegés Leltár

Comparison of the Pines' Burnout Measure and the Maslach Burnout Inventory

Tamás IRINYI, Anikó NÉMETH PhD, Kinga LAMPEK PhD

SUMMARY

The aim of the study to compare the validity of the Pines' Burnout Measure and the Maslach Burnout Inventory (MBI).

Methods: The study was a cross-sectional quantitative survey administered online to 1201 health care professionals. Data were analyzed with chi-square test and Spearman's rank correlation ($p < 0.05$).

Results: The Pines' Burnout Measure correlated significantly with the exhaustion ($p < 0,001$), depersonalization ($p < 0,001$) and the professional efficacy ($p < 0,001$) scales of MBI. Those, who scored high on the MBI, reached higher points on the Pines' Burnout Measure, too. Furthermore, when the level of professional efficacy is high, the scores on the Pines' Burnout Measure are low.

Conclusions: The Pines' Burnout Measure is as valid in the assessment of burnout as the MBI.

Keywords: health care professionals, burnout, Maslach Burnout Inventory, Pines' Burnout Measure

IRINYI Tamás okleveles ápoló, Szegedi Tudományegyetem Pszichiátriai Klinika

DR. NÉMETH Anikó főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport

DR. HABIL. LAMPEK Kinga főiskolai tanár, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézet Egészségfejlesztési és Népegészségtani Tanszék

Levelező szerző

(correspondent):

Irinyi Tamás,
SZTE Pszichiátriai Klinika,
6725 Szeged, Kálvária sgt. 57.;
e-mail:
irinyikutatas@gmail.com

Beérkezett: 2017. október 27.

Elfogadva: 2017. november 6.

Bevezetés

Több hazai kutatás is vizsgálta a kiegés jelenségét egészségügyi dolgozók körében. A kutatások nagy részében a Maslach Burnout Inventory-t (MBI-HSS) alkalmazták (Pálfi, 2006; Piko, 2006; Köbli et al., 2008; Ádám et al., 2015), mely a kiegést három dimenzióban (érzelmi kimerülés, deperszonalizáció, teljesítménycsökkenés) méri. (Maslach & Jackson, 1986) Ok-okozati összefüggések feltárására alkalmas, illetve akkor használjuk, ha a kutatás szempontjából fontos az egyes dimenziók vizsgálata. (Kovács, 2006) Kevésbé alkalmazott mérőeszköz a Kiegés

Leltár (Pines & Aronson, 1981), mely a kiegés mértékének, előfordulási gyakoriságának vizsgálatára kiválóan alkalmas (Kovács, 2006), értékelési sajátosságaiból adódóan egyértelműen meghatározható, hogy ki az, akinél már jelentkeznek a kiegés tünetei, és ki az, akinél már beavatkozásra van szükség. Ezt a két fenti kérdőívet külföldön már összehasonlították, és azt találták, hogy a Maslach skála egy sokkal jobban használható vizsgálómódszer abban az esetben, amikor a három dimenzió különféle moderátor változókkal való kapcsolatát szeretnék vizsgálni. Pines és Aronson kérdőíve viszont egy gazdaságos eszköz a kiegés, és annak különböző változókkal való össz-

szefüggésének mérésére. (Stout & Williams, 1983) Hazánkban ilyen összehasonlító vizsgálat még nem született, illetve a Kiegész Leltár validálása sem történt meg, mivel a kérdőív nem forog a köztudatban.

Vizsgálat célja

Vizsgálatunk célja az volt, hogy egy országos felmérés keretein belül megvizsgáljuk azt, hogy aki a Maslach Burnout Inventory alapján kiegészben szenved, az a Pines kérdőív alapján is a kiegész csoportjába sorolható-e, vagyis azt, hogy a Pines kérdőív ugyan olyan jól mér-e, mint a Maslach.

Anyag és módszer

A kvantitatív keresztmetszeti vizsgálat 2016. június 29-től augusztus 31-ig történt egy saját szerkesztésű on-line kérdőívvel, mely a szociodemográfiai és saját készítésű kérdéseken túl tartalmazta többek között a két kiegész skálát. A Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1986) 22 kérdésből áll, melyeket 0-6-ig lehet pontozni (0=soha nem érzetem; 1=évente többször érzetem; 2=havonta egyszer érzetem; 3=havonta többször érzetem; 4=hetente egyszer érzetem; 5=hetente többször érzetem; 6=minden nap ezt érzem). A 22 kérdés három alskálára bontható: érzelmi kimerülés, deperszonalizáció és személyes hatékonyság. Mindhárom alskála megbízható (Cronbach-alfa: 0,90; 0,79, 0,71). A két első alskálán minél több pontot ér el valaki, annál rosszabb lelkiállapotban van. A személyes hatékonyság alskálán magasabb pontszám jobb lelkiállapotot jelez. (Maslach & Jackson, 1986)

A másik a Kiegész Leltár, mely 21 kérdést tartalmaz, és 1-7-ig lehet pontozni (1=soha; 2=egyszer vagy kétszer; 3=ritkán; 4=néha; 5=gyakran; 6=általában; 7=mindig). A kiegész mértékét egy képlet segítségével kell meghatározni, és az így kapott átlagpontszám alapján csoportosítani a válaszadókat az alábbi négy csoportba: „örökös eufória” (1,9 pont alatt), „jól csinálja” (2–2,9 pont), „változtatás szükséges” (3–3,9 pont), „kezelés szükséges” (4 pont felett). A „változtatás szükséges” csoportba tartozók esetében már jelentkeznek a kiegész tünetei, a „kezelés szükséges” csoport tagjai már kiegésznek tekinthetők. (Pines & Aronson, 1981) A mérőeszköz hazai mintán még nem validált, de több itthoni kutatásban is sikeresen alkalmazták már (Irinnyi & Németh, 2010; 2011; Németh

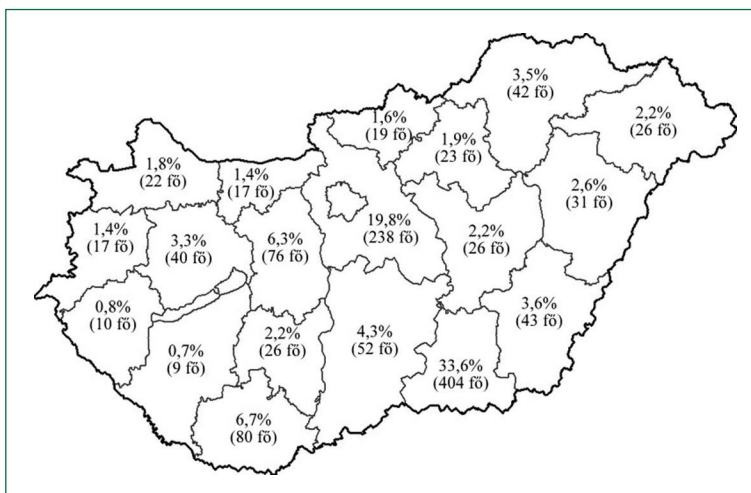
et al., 2015; Németh, 2016a), és igen megbízhatónak bizonyult (Cronbach-alfa: 0,90). (Németh, 2016b)

A felmérést a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Országos és Területi Szervezeteinek segítségével végeztük, a tagokat e-mail útján és a Szervezet közösségi oldalain keresztül értük el, kényelmi mintavételt alkalmaztunk, az egyszerűen elérhető alanyokra támaszkodtunk. A beválasztási kritériumok a következők voltak: legalább egy éves munkaviszony az egészségügyben, teljes állásban, magyarországi munkavégzés, illetve a 63/2011-es NEFMI rendeletben meghatározott egészségügyi szakdolgozói képesítés. (63/2011 NEFMI rendelet) Összesen 1341 kitöltés érkezett, ebből törlésre kerültek azok, akik nem feleltek meg a beválasztási kritériumoknak: a külföldön dolgozók, a nyugdíjasok, nem egészségügyi szakdolgozók, illetve azok, akik duplán töltötték ki a kérdőívet. Így az adatelemzés során 1201 válaszadó válaszait elemeztük IBM SPSS 23.0 for Windows statisztikai programmal, χ^2 -próbával (nominális adatoknál), Spearman-féle rangkorrelációval (ordinális adatoknál). A szignifikancia kritérium határa $p < 0,05$.

Eredmények

A kérdőívet hiánytalanul kitöltő 1201 válaszadó jelentős többsége (92,5%-a) nő, 7,5%-a férfi. Átlag életkoruk 43,16 év (Median=44 év; SD=9,283; Min=19; Max=65). 75,2% ápoló, 13,2% asszisztens, 3,2% védőnő, a többiek egyéb egészségügyi képesítéssel rendelkeznek. Diplomája 34,9%-nak van. A válaszadók megyék szerinti megoszlását az **1. ábra** szemlélteti. Jelentős többség (33,6%) Csongrád megyei, illetve 19,8% Pest megyei, a többi megyéből ennél lényegesen kevesebb válasz érkezett.

1. ábra: Válaszadók megyék szerinti megoszlása (n=1201)



A felmérésben résztvevők átlag 22,09 éve dolgoznak az egészségügyben (Median=24 év; SD=10,92; Min=1; Max=46), 15,7% az alapellátásban, 20,7% járóbeteg-ellátásban, 62,4% fekvőbeteg-ellátásban, és 1,2% gyógyszerértékesítőben. 73,6% átlag 25,9 órát túlórázik egy hónapban (Median=140,5; SD=28,85; Min=1; Max=280). 38,2% dolgozik folyamatos műszakbeosztásban, 12 órás munkarendben, és majdnem ugyanennyien dolgoznak állandó délelőtti (34,9%). Az állandó nappalos (5,1%), a nyolc órás folyamatos munkarendet (9,2%) és a délelőtti és délutáni műszak váltakozását (9,6%) lényegesen kevesebben jelölték meg, állandó éjszakai 1%.

A kiégés vizsgálatára alkalmazott Maslach Burnout Inventory első, érzelmi kimerülés alskálán elért átlagpontszám 20,89 (Median=20; SD=12,073; Min=0; Max=54), megbízhatósága kiváló (Cronbach-alfa: 0,898). Az alacsony érzelmi kimerülés kategóriába a válaszolók 45,3%-a (544 fő), a közepes kategóriába 42,5%-a (510 fő), a nagy kategóriába pedig 12,3% (147 fő) tartozik. A deperszonalizáció alskálán elért átlagpontszám 6,8 (Median=5; SD=6,453; Min=0; Max=30), megbízhatósága megfelelő (Cronbach-alfa: 0,777). Az alacsony deperszonalizáció kategóriába tartozik a válaszadók többsége (72,5%; 871 fő), a közepes kategóriába 23,2% (279 fő), a nagy kategóriába pedig 4,3% (51 fő). A személyes hatékonyság alskálán elért átlagpontszám 31,03 (Median=32; SD=9,565; Min=0; Max=48), megbízhatósága kiváló (Cronbach-alfa: 0,828). Alacsony személyes hatékonyság kategóriába tartozik a válaszadók 5,7%-a (68 fő), a közepes kategóriába 47,7%-a (573 fő), a nagy kategóriába pedig 46,6%-a (560 fő). A Cronbach-alfa értékek az érzelmi kimerülés és a deperszonalizáció alskálán szinte majdnem azonosak, míg a személyes hatékonyság alskálán meghaladja az eredeti vizsgálatban kapott értékeket (0,90; 0,79; 0,71). (Maslach & Jackson, 1986)

A Kiégés Leltár (Pines & Aronson, 1981) eseté-

ben a skálán elért átlagpontszám 2,98 (Median=2,76; SD=1,20; Min=1; Max=6,71), megbízhatósága kiváló (Cronbach-alfa: 0,889), mely érték majdnem megegyezik a korábban mért 0,90-es értékkel. (Németh, 2016b) Az örökös eufória csoportba tartozik a válaszadók 23%-a (276 fő), a jól csinálja csoportba 32,8% (394 fő), a változtatás szükséges csoportba 22,9% (275 fő), a kezelés szükséges csoportba pedig 21,3% (256 fő). Ezekből az eredményekből megállapítható, hogy a válaszadók 44,2%-a valamilyen mértékben érintett a kiégés által.

A két mérőeszköz által mért eredmények közvetlen összehasonlítására a kereszttábla elemzés ad lehetőséget. A Maslach-féle alskálák kategória változatait egyesével vetettük össze a Pines skála kategóriáival. Azt vizsgáltuk eközben, hogy a Maslach alskála egyes kategóriáiba tartozó esetek mekkora része kap hasonló besorolást a Pines kategóriák szerint. Itt figyelembe kell venni, hogy négy Pines kategória van, míg a Maslach változatban három. A Pines első két kategóriája azonban tekinthető a „nem patológiás” résznek, akiknél a kiégés még nem jelentkezik.

A Maslach „érzelmi kimerülés” alskálájának összevetése a Pines kategóriákkal

Az elvégzett kereszttábla elemzésből megállapítható, hogy az „alacsony” érzelmi kimerülés kategóriába tartozó 544 személy 88,9%-a, 484 (252+232) fő, a Pines szerinti „örökös eufória” vagy a „jól csinálja” kategóriákba tartozik. Hasonlóan magas azonos besorolást találunk a „közepes” érzelmi kimerülés kategóriában. Az ide tartozó 510 személy 40%-a (204 fő) a Pines „változtatás szükséges” kategóriájába, míg 31%-a (158 fő) a „jól csinálja” kategóriába tartozik. Még meggyőzőbb, hogy a „nagy” érzelmi kimerülésű kategóriába tartozó 147 személy 83%-a a Pines szerint is a legsúlyosabb „kezelés szükséges” kategóriában található. (I. táblázat)

I. táblázat: A Maslach „érzelmi kimerülés” alskálájának összevetése a Pines kategóriákkal (N=1201)

érzelmi kimerülés kategóriák		Pines kiégés kategóriák				Összes
		örökös eufória (<1,9 pont)	jól csinálja (2-2,9 pont)	változtatás szükséges (3-3,9 pont)	kezelés szükséges (>4 pont)	
alacsony (<18 pont)	fő	252	232	50	10	544
	%	46,3	42,6	9,2	1,8	100,0
közepes (18-36 pont)	fő	24	158	204	124	510
	%	4,7	31,0	40,0	24,3	100,0
nagy (>36 pont)	fő	0	4	21	122	147
	%	0,0	2,7	14,3	83,0	100,0
Összes	fő	276	394	275	256	1201
	%	23,0	32,8	22,9	21,3	100,0

A két kategorizálás összefüggését a χ^2 -próba megerősíti. A két változó nem független egymástól ($\chi^2=769,874$, $p<0,000$). A változók kapcsolatának erősségét az alábbi mérőszámok is megerősítik: Kendall-féle tau-b: 0,643; Kendall-féle tau-c: 0,643; Gamma: 0,871; Spearman korreláció: 0,704, a szignifikancia mind a négy esetben $p<0,000$.

Összegzésként megállapítható, hogy a Maslach „érzelmi kimerülés” kategoriális alskalája és a Pines besorolás kategoriális változata szignifikáns kapcsolatban van egymással. Az „érzelmi kimerülés” három kategóriájába besorolt egyének 88,9%-a, 71%-a, illetve 83%-a a kimerülés kategóriáknak megfelelő Pines kategóriákban található. Az összegzés másképp azt jelenti, hogy az egyének kb. 80%-át mindkét kiégés mérő eszköz azonos módon értékeli.

A Maslach „deperszonalizáció” alskalájának összevetése a Pines kategóriákkal

Az elvégzett keresztábra elemzésből látható, hogy az „alacsony” deperszonalizáció kategóriába tartozó 871 fő 70,4%-a (613 fő) a Pines szerinti „örökös eufória” és „jól csinálja” kategóriákba tartozik. A „közepes” deperszonalizáció csoportba tartozó 279 főből 34,8% (97 fő) sorolható a Pines szerinti „változtatás szükséges” és 45,5% (127 fő) a „kezelés szükséges” csoportba. A „nagy” deperszonalizáció kategóriába tartozó 51 fő 11,8%-a (6 fő) tartozik a „változtatás szükséges” és 84,3%-a (43 fő) a „kezelés szükséges” csoportba. Az eredményekből megállapítható, hogy a deperszonalizáció tekintetében „közepes” kategóriában lévő személyek Pines szerinti kategória besorolása inkább a „kezelés szükséges” felé tolódik és nem a „változtatás szükséges” kategóriába összpontosul. **(II. táblázat)**

Jelen esetben is megerősíti a két kategorizálás összefüggését a χ^2 -próba. A két változó nem független egymástól ($\chi^2=383,020$, $p<0,000$). A változók

kapcsolatának erősségét az alábbi mérőszámok is megerősítik: Kendall-féle tau-b: 0,476; Kendall-féle tau-c: 0,397; Gamma: 0,783; Spearman korreláció: 0,524, a szignifikancia mind a négy esetben $p<0,000$.

Megállapítható tehát, hogy a Maslach „deperszonalizáció” kategoriális alskalája és a Pines besorolás kategoriális változata szignifikáns kapcsolatban van egymással. A „deperszonalizáció” 3 kategóriájába besorolt egyének 70,4%-a, 52,7%-a, illetve 84,3%-a a kimerülés kategóriáknak megfelelő Pines kategóriákban található. Ez az alskala is összhangban van a Pines skálával, de a megfelelés kissé gyengébb, mint az „érzelmi kimerülés” esetében.

A Maslach „személyes hatékonyság” alskalájának összevetése a Pines kategóriákkal

A harmadik „személyes hatékonyság” alskala negatív korrelációban van a másik két skálával (a korrelációs viszonyokat később mutatjuk be). A kiégést dominánsan jellemző „érzelmi kimerülés”-hez képest ennek magas értéke épp csökkenti a kiégés lehetőségét. A keresztábra elemzés eredményei azt mutatják, hogy a Maslach-féle „alacsony” személyes hatékonyság kategóriába tartozó 68 fő válaszából 58,9%-a tartozik a Pines-féle „változtatás szükséges” és „kezelés szükséges” csoportokba, míg a „közepes” személyes hatékonyság kategóriába tartozó 573 válaszából közül összesen 60,9% tartozik ugyanezen két Pines kategóriába. A „nagy” személyes hatékonyság a kiégés védőfaktorának tekinthető. Az ebbe a kategóriába tartozó 560 válaszából 74,6%-a Pines két, kiégés által nem érintett kategóriájába tartozik. **(III. táblázat)**

Az elvégzett χ^2 -próba itt is megerősíti a két kategorizálás összefüggését, a két változó nem független egymástól ($\chi^2=215,263$, $p<0,000$). A változók kapcsolatának erősségét a következőkben felsorolt mérőszámok is alátámasztják: Kendall-féle tau-b: -0,360; Kendall-féle tau-c: -0,345; Gamma: -0,538;

II. táblázat: A Maslach „deperszonalizáció” alskalájának összevetése a Pines kategóriákkal (N=1201)

deperszonalizáció kategóriák		Pines kiégés kategóriák				Összes
		örökös eufória (<1,9 pont)	jól csinálja (2-2,9 pont)	változtatás szükséges (3-3,9 pont)	kezelés szükséges (>4 pont)	
alacsony (<10 pont)	fő	271	342	172	86	871
	%	31,1	39,3	19,7	9,9	100,0
közepes (10-20 pont)	fő	5	50	97	127	279
	%	1,8	17,9	34,8	45,5	100,0
nagy (>20 pont)	fő	0	2	6	43	51
	%	0,0	3,9	11,8	84,3	100,0
Összes	fő	276	394	275	256	1201
	%	23,0	32,8	22,9	21,3	100,0

III. táblázat: A Maslach „személyes hatékonyság” alskálájának összevetése a Pines kategóriákkal (N=1201)

személyes hatékonyság kategóriák		Pines kiégés kategóriák				Összes
		örökös eufória (<1,9 pont)	jól csinálja (2-2,9 pont)	változtatás szükséges (3-3,9 pont)	kezelés szükséges (>4 pont)	
alacsony (<16 pont)	fő	9	19	15	25	68
	%	13,2	27,9	22,1	36,8	100,0
közepes (16-32 pont)	fő	48	176	172	177	573
	%	8,4	30,7	30,0	30,9	100,0
nagy (>32 pont)	fő	219	199	88	54	560
	%	39,1	35,5	15,7	9,6	100,0
Összes	fő	276	394	275	256	1201
	%	23,0	32,8	22,9	21,3	100,0

Spearman korreláció: -0,401, a szignifikancia mind a négy esetben $p < 0,000$.

Az eredményeket összegezve megállapítható, hogy a Maslach „személyes hatékonyság” kategóriális alskálája és a Pines besorolás kategóriális változata szignifikáns (negatív) kapcsolatban van egymással.

Ezek után megvizsgáltuk a Maslach-i alskálák egymáshoz való viszonyát is. Az elvégzett Spearman-féle rangkorrelációs elemzés rámutatott, hogy a Maslach alskálák közül az „érzelmi kimerülés” és a „deperszonalizáció” közepes, pozitív, szignifikáns kapcsolatban van ($r = 0,561$, $p < 0,000$), míg az „érzelmi kimerülés” ($r = -0,231$, $p < 0,000$) és a „deperszonalizáció” ($r = -0,217$, $p < 0,000$) gyenge, negatív, szignifikáns kapcsolatban van a „személyes hatékonyság” változóval. Az igazán kiégett személy tehát az első két skálán magas, a harmadik skálán alacsony eredménnyel rendelkezik.

fő) a „kezelés szükséges”, 22,2% (2 fő) pedig a „változtatás szükséges” kategóriába kerül a Pines szerinti mérésben. Tovább enyhítve a feltételeket, még több személy ellenőrizhető. Az enyhítés során az „érzelmi kimerülés” kategóriát változatlanul a magas értéken tartjuk, hiszen a szakirodalom szerint önmagában jól jelzi a kiégést. A másik két alskála kevésbé érzékeny a kiégésre ezért itt engedünk, és a közepes értéket is be vesszük mindkét alskálánál. Ezzel a könnyítéssel 86 személy Pines szerinti besorolását ellenőrizhetjük. Az eredmények azt adták, hogy a Maslach szerinti magas „érzelmi kimerülés”, közepes, vagy magas „deperszonalizáció” és alacsony, vagy közepes „személyes hatékonyság” jellemzőkkel bíró személyek 89,5%-a a Pines besorolásban a „kezelés szükséges” értéket kapta, 9,3%-uk a „változtatás szükséges” és csupán 1,2%-uk került a „jól csinálja” besorolás alá.

A súlyos esetek azonos kezelésének tesztelése

Megvizsgáltuk azt is, hogy a Maslach szerint súlyos kiégéssel rendelkező egyének a Pines kategóriákban hogyan oszlanak el (Feltételezés szerint náluk az „érzelmi kimerülés” és a „deperszonalizáció” nagy, és a „személyes hatékonyság” alacsony értékkel bír.). Azt vártuk, hogy legnagyobbbrészt a „kezelés szükséges” kategóriákban találhatók ezen személyek.

Az adatbázisban többféle adatszűrést eszközöltünk. Először azok a személyek maradtak vizsgálatban, akik „érzelmi kimerülés” és „deperszonalizáció” értéke magas, és a „személyes hatékonyság” alacsony. Két ilyen személyt találtunk, mindkettő a „kezelés szükséges” Pines kategóriában volt. Ez a szám azonban kevés a biztos eredményhez, ezért enyhítettünk a szűrés feltételein; azok maradtak benn, akiknél az „érzelmi kimerülés” és „deperszonalizáció” érték magas, és a „személyes hatékonyság” alacsony, vagy közepes. Itt már 9 személy található, közülük 77,8% (7

Következtetés

Országos, nem reprezentatív kutatásunkban az egészségügyi szakdolgozók kiégetttségét vizsgáltuk két mérőeszköz segítségével, mivel az volt a célunk, hogy a kevésbé ismert Pines-féle Kiégés Letárt összevessük a Maslach Burnout Inventory-val, mivel hazai kutatásokban ez utóbbit használják előszeretettel, míg az első kérdőívcsomag kevésbé alkalmazott annak ismeretlensége miatt. Eredményeinkből látható, hogy a válaszadók körében az érzelmi kimerülés gyakori előfordulása tapasztalható, azonban a személyes hatékonyság alacsony volta – ami a kiégés egyik velejárója – csak elenyésző esetben fordul elő. A Pines-féle Kiégés Letár eredményei szerint a kérdőívet kitöltők 44,2%-a érintett valamilyen mértékben a kiégés által. Egy 2015-ös felmérésben, mely szintén a Kiégés letárt alkalmazta országos, nem reprezentatív mintán, a válaszadó egészségügyi szakdolgozók 41,2%-ánál mutatott ki valamilyen szintű

kiégést (Németh, 2016c), tehát elmondható, hogy a burnout egyre emelkedő tendenciát mutat egészségügyi szakdolgozóknál.

A Maslach Burnout Inventory és a Pines-féle Kiégés Leltár összevetésénél azt az eredményt kaptuk, hogy a MBI mindhárom alszála szignifikáns kapcsolatban van a Kiégés Leltárral. Ez azt jelenti, hogy azon egyének jelentős többsége, akik a MBI deperszonalizáció és érzelmi kimerülés alszálaiban magas pontszámot értek el, azok a Kiégés Leltárban is magas pontszámot produkáltak, illetve ha a személyes hatékonyság magas, akkor a Kiégés Leltárban alacsony pontszámot ért el a válaszadó. Ezen eredmények megerősítik azt a feltételezést, hogy a Pines-féle Kiégés Leltár is ugyan olyan biztonsággal méri a kiégést, mint a Maslach, tehát akik a Maslach-féle kiégést mérő eszköz szerint kiégettnek tekinthe-

tők, azok a Pines szerint is szenvednek a burnout-tól. Ha a felmérésekben a Pines-féle Kiégés Leltár kerül alkalmazásra, akkor egyszerűbb, rövidebb kérdőívet lehet alkalmazni és emiatt hatékonyabbá válhat a vizsgálat, mivel kisebb terjedelmű kérdőív kitöltési valószínűsége magasabb.

A kutatás hátrányaként kell megemlíteni, hogy nem reprezentatív mintán készült, ezért az itt felsoroztatott eredményekből nem lehet általánosítani, csupán az adott mintára vonatkozik, viszont felhívja a figyelmet arra, hogy érdemes mélyebben foglalkozni a Pines-féle Kiégés Leltár alkalmazásával, hiszen ugyan olyan jól mér, mint a Maslach Burnout Inventory.

A kérdőív hazai reprezentatív mintán való validálása elengedhetetlen, ez azonban meghaladja lehetőségeinket.

Irodalomjegyzék

- 63/2011. (XI. 29.) 63/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól. Hozzáférhető 2016. szeptember 10. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100063.NEM
- Ádám, Sz., Nistor, A., Nistor, K., Cserhádi, Z., Mészáros, V. (2015). A kiégés és a depresszió diagnosztizálásának elősegítése demográfiai és munkahelyi védő- és kockázati tényezők feltárásával egészségügyi szakdolgozók körében. *Orvosi Hetilap*, 156(32), 1288-1297. doi:10.1556/650.2015.30220
- Irinyi, T., Németh, A. (2010). Az egészségügyet ért kedvezőtlen külső hatások következménye a szakdolgozók lelki egészségére. A nővér hivatásának gyakorlása Magyarországon, ma egyenes út a szellemi és fizikai kiégéshez! *Nővér*, 23(5), 23-31.
- Irinyi, T., Németh, A. (2011). Egy burnout egészségfelmérés és az azt követő beavatkozás eredményei. *IME*, 10(1), 25-28.
- Kovács, M. (2006). A kiégés jelensége a kutatási eredmények tükrében. *Legis Medicinae*, 16(11), 981-987.
- Köbli, M., Nagy, L., Pálfiné, Sz.I. (2008). Kiégés szindróma vizsgálata ápolók körében. *Nővér*, 21(6), 11-20.
- Maslach, C., Jackson, S.E. (1986). Maslach burnout inventory manual (2nd ed). *Consulting Psychologists Press*, Palo Alto, California
- Németh, A. (2016a). Védőnők kiégtségének összefüggése különböző szociodemográfiai, egészségi és életmódbeli tényezőkkel. *Védőnő*, 26(4), 35-40.
- Németh, A. (2016b). Orvosok kiégtségének összefüggése az egészséggel, életérzéssel, alvaskörülményekkel. *Orvosi Hetilap*, 157(16), 623-630. doi:10.1556/650.2016.30410
- Németh, A. (2016c). Correlation of burnout with well-being and life satisfaction among hungarian health care providers. 3rd International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences & Arts SGEM 2016: Book1 Psychology & Psychiatry, Sociology & Healthcare, Education. Volume II., 341-34.
- Németh, A., Báronyné, K.K., Lantos, K. (2015). Stresszkezelő és regenerációs program hatása egészségügyi munkavállalókra. *IME*, 14(1), 27-30.
- Pálfi, F. (2006). „Amikor már kihűlt a láng” – A kiégés vizsgálata ápolók körében. *IME*, 4, 31-35.
- Piko, B. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire study. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), 311-318. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.05.003
- Pines, A.M., Aronson, E. (1981). Burnout: from Tedium to personal growth. New York City, The Free Press, 17-20. Book
- Stout, J.K., Williams, J.M. (1983). Comparison of two measures of burnout. *Psychological Reports*, 53(1), 283-289. doi:10.2466/pr0.1983.53.1.283

EREDETI KÖZLEMÉNY

A közösségi ápolók kompetenciái, kiterjesztési lehetőségek a ceglédi felnőtt-háziorvosi praxisokban

JÓZSA Edit

ÖSSZEFOGLALÁS

Cél: Megvizsgálni, hogy a ceglédi körzeti közösségi ápolók kompetenciáikat hogyan tudják kihasználni a jelenlegi szabályozások mellett és ezek hogyan bővíthetők ki.

Módszer és minta: Tizennégy ceglédi felnőtt-háziorvosi praxisból 137 értékelhető kérdőív érkezett vissza a betegektől, a szakápoló kollégák közül pedig 12 fő adott választ. A kérdőív zárt és nyitott kérdéseket tartalmazott, amelyeket Excel, valamint SPSS programok segítségével dolgoztam fel. Statisztikai vizsgálatokat leíró statisztikával és Fisher-féle egzakt teszttel készítettem.

Eredmény: Vizsgálatom során kiderült, hogy a betegek nem kellő mértékben veszik igénybe a felnőtt-háziorvosi alapellátás szolgáltatásait, mint például a vérnyomás- és a vércukormérést, illetve a laborvizsgálatokat.

Következtetés: A szakápoló kollégáimmal nem tudjuk kihasználni végzettségünk nyújtotta kompetenciánk túlnyomó részét. Nincs lehetőségünk hatékony egészségnevelésre, a betegekkel való mélyebb négy szemközti beszélgetésre.

Kulcsszavak: közösségi ápoló, prevenció, kompetencia, szűrővizsgálat, egészségfejlesztés

Competencies of Community Nurses, Opportunities of Extensions in Adult General Practices of Cegléd

Edit JÓZSA

SUMMARY

Aims of the study: The local community nurses can use their present abilities between given conditions and how these abilities could be extended.

Sample and methods: 137 evaluable questionnaires were returned from 14 family doctors' patients and 12 questionnaires were from community nurses. The questionnaires consisted of open and closed questions. The data was processed by SPSS and Excel software. Statistics were made by descriptive statistic means and Fischer exact tests.

Results: During my survey it turned out that patients don't utilize basic adult health care means such as measuring blood pressure and blood-sugar and lab examinations.

Conclusions: Most of the community nurses can't utilize most of their abilities and knowledge. They don't have the opportunity to perform health education or just to talk to the patients face-to-face. My thesis surfaces the fact that community workers and doctors should work coordinate. It's not true in relation of all the general practitioners and nurses.

Keywords: community nurse, prevention, competency, examination, health development

JÓZSA Edit, ápoló

MSc ápoló hallgató, körzeti közösségi ápoló, Mirimed Bt.

Levelező szerző

(correspondent):

Józsa Edit,

e-mail: jozsa.vili@gmail.com

Beérkezett: 2017. március 20.

Elfogadva: 2017. május 4.

Bevezetés

A jelenlegi családorvosi rendszer 1990 közepétől áll fent. Ez idő alatt az alapellátás gyakorlatilag nem változott. Az ezredforduló óta egyre nyilvánvalóbbá válik, hogy az alapellátás a régi formában nem képes biztosítani a társadalom számára az egészségfejlesztési, prevenció, gyógyító- és rehabilitációs tevékenységét.

Nagyon fontos a háziiorvosi alapellátás kapuőri szerepének elősegítése. Ennek lényege, hogy a beteg korlátozás nélkül érhesse el a számára legalkalmasabb ellátási szintet, amely ugyanakkor a legköltség-hatékonyabb is.

Az egészségügyi ellátás legelső fokának igénybevétele során találkozunk első alkalommal az orvos és a beteg. Tekintettel a családorvosi praxisok leterheltségére, ez nem tarthat hosszú ideig, nincs alka-

lom teljes mértékben átbeszélni a beteg egészségét előmozdító lehetőségeket, így sérül a holisztikus és az individuális szemlélet. A szükséges személyi feltételt a háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló szabályozás határozza meg. E szerint jelenleg egy fő háziorvos és egy fő szakápoló elegendő egy háziiorvosi praxis működtetéséhez (4/2000. EüM. rendelet).

Többlépcsős prevenciós tevékenységre van szükség, amely alapellátási teamek kialakításával kivitelezhető.

Lényeges lenne az egészségügyi ellátás felsőbb szintjeinek tehermentesítése a megfelelő minőségű intézményesített betegellátás előmozdításához. A kórházcentrikus betegellátás helyett lassan az alapellátás és az otthonápolás kerül előtérbe. Ezeknek a területeknek a fejlesztését kívánja a mai hazai egészségügyi rendszerünk. A minőségi alapellátás több irányból közelíthető meg: a betegek szempontjából (betegelégedettség), a dolgozók szempontjából (szakképzés, továbbképzés stb.), politikai, finanszírozási oldalról és nem utolsósorban a jogi szabályozás oldaláról. Európában Belgium, Dánia, Észtország, Finnország, Litvánia, Hollandia, Portugália, Szlovénia, Spanyolország és az Egyesült Királyság rendelkezik erős alapellátási rendszerrel, ahol a háziorvosok központi, azaz kapuőri szerepe meghatározó.

A körzeti ápolók aspektusa igen érdekes. Ahhoz, hogy megfelelően tudjunk prevenciós tevékenységet végezni, több tárgyi és személyi feltételnek kellene teljesülnie. A tárgyi feltételek kapcsán kiemelő, hogy több ápolónak nincs lehetősége külön helyiségben ellátni munkáját. Ez már 2006-ban, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) által készített felmérésből is kiderült: az ápolók több mint háromnegyede az orvossal egy rendelőben dolgozik. 21 év távlatából sem történt lényegi változás.

A másik probléma a helyettesítés kérdése. Egy 2012-ben készült MESZK-felmérés alapján a praxisok 24%-a finanszírozza csak a helyettesítő ápolót. A szakdolgozók 3%-a csak akkor kap szabadnapot, ha saját maga fizeti az ideiglenes alkalmazottat, 34%-uk egymást pótolja azonos műszakban, 16%-uk különböző műszakban, 22%-uk pedig egyéb módon oldja meg ezt a problémát. A továbbképzések, tanfolyamok pedig szabadnapokat igényelnek.

E tanulmány szerint a magas vérnyomás megelőzésében, illetve kockázati tényezőik felmérésében a diplomás ápolók 57,5%-a, a körzeti közösségi szakápolók 73,5%-a, míg az OKJ-végzettségű kollégák 58,9%-a önállóan is végzi a tevékenységet (Hirdi et al., 2012).

A ceglédi felnőtt háziiorvosi körzetek teljes mértékben betöltöttek. Orvosaink törekednek a szakmailag megfelelő szintű és minőségű ellátásra az összes

beteg esetében, de ez nem minden alkalommal működik hibátlanul. Ennek több oka is van: az orvosok, ápolók leterheltsége – körülbelül 2100 beteg jut egy felnőttpraxisra –, idősödő lakosság, a betegek hiányos ismeretei és téves elképzelései, amely kedvező irányba befolyásolhatóak az iskolai egészségnevelés fejlesztésével. Az egészségfejlesztés előmozdítása érdekében megalakult 58 egészségfejlesztési iroda, amelyek szorosan együttműködve az alapellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatókkal, segítik a tanácsadói munkát, kockázatfelmérést végeznek, egészségfejlesztő programokat szerveznek az Európai Unió fejlesztési projektjei keretében (Focus on diabetes, 2014).

Elméleti áttekintés

A körzeti közösségi ápolók jelenlegi feladatai

Az individuum tiszteletben tartásával és holisztikus szemlélettel felméri a beteg szükségleteit, tervez, ápol és munkáját értékeli.

A betegségek megelőzésében, terjedésének megakadályozásában való részvétel. Ideértjük a beteg környezetét, kötelező vagy ajánlott védőoltás beadását.

Egészségfejlesztési tevékenységekben vesz részt a beteggel együtt. Segíti az egészséges életmód, életvezetés kialakítását.

Szűrő- és gondozási feladatok elvégzése, a kapott eredmények értékelése.

Feladata a *szociális és jogi érdekvédelem* biztosítása.

A praxismenedzsmentben való részvétel: eszközök, műszerek beszerzése, dologi, környezeti, tárgyi feltételek megteremtése, dokumentációk vezetése, kapcsolatok kiépítése, fenntartása kollégákkal, betegekkel, hozzátartozókkal.

Sürgősségi betegellátásban való részvétel: akut helyzetek felismerése, szakszerű betegellátás megkezdése, szükség esetén mentőszolgálattal együtt.

Munkáját *hivatásának* tekinti.

A folyamatos *önképzés, szakmai fejlődés* is elvárás. Ebben sokat segít a működési engedély öt évenkénti megújítása, amelyhez szakmai továbbképző és kötelező szakmacsoportos képzéseken kell részt venni (Becka & Újváriné, 2007).

2011-ben a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara kiadta az úgynevezett Zöld könyvet, ami a hatásköri listák fejlesztéséről, kialakításáról szól. A cél az volt, hogy a munkáltató meghatározza, milyen szakterületen, milyen munkakörben pontosan milyen feladatokat várhat el a munkavállalótól, amit így könnyebben nyomon lehet követni. Ekkor kerültek pontosításra a körzeti, közösségi ápolók kompetenciái is. Azonban a képzés fejlődésének következményeként a kompetenciahatárok kiszélesedtek, megváltoztak (Hatásköri listák, 2011; Balogh, 2011).

A körzeti közösségi ápolás mint tantárgy

Az ápolóképzés Magyarországon a II. világháború után indult rohamos fejlődésnek. Az általános iskolai tanulmányok végeztével, akik már kellő ambícióval rendelkeznek a szakma iránt, egészségügyi szakgimnáziumban tanulhatnak tovább négy évig, ahol az *általános ápolási és egészségügyi asszisztens (OKJ 52 720 01)* végzettséget szerezhetik meg. Erre épül a *gyakorló ápoló (OKJ 54 723 02)* képzés, amely jelen esetben kétéves. A másik lehetőség a gimnáziumi érettségi megszerzését követően, két év tanulmány után megszerzhető *gyakorló ápoló (OKJ 54 723 02)* végzettség. Erre épül az *ápoló (OKJ 55 723 01)* képzés, ami egy év, majd ezután a *szakápolói specializációk* lépcsője következik. Az OKJ-s képzést a 150/2012. (VII. 6.) kormányrendelet és a 27/2016. (IX.16. EMMI rendelet) szabályozza. Az érettségit követően másik lehetőség az ápolás tudományának főiskolai szintű elsajátítása, vagyis nyolc féléven keresztül bővítheti szakmai ismereteit a leendő ápoló. 1975-ben indultak egészségügyi főiskolai képzések, amelyek megalapozták az ápolók felsőfokú képzését. Diplomás ápoló képesítést szerezhettek a hallgatók 1989–2005 között. 2006-tól pedig ápoló BSc-képzés zajlik a képzőintézményekben. A körzeti, közösségi ápolás tantárgyként itt is megtalálható a tanmenetben. *Alapellátás, közösségi ápolás* néven előadás formájában 28 kontakt elméleti óra, valamint 8+96 gyakorlati órában szerezhetnek ismereteket a hallgatók a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán.

A Semmelweis Egyetemen 2000-től elindult az ápoló-mesterképzés, amely három féléves, és főiskolai végzettségre épül. A képzés segítségével nagy általános és szakmai műveltségre tesznek szert a hallgatók, amit a kutatásban, oktatásban, valamint az ápolás vezetésében, szervezésében hasznosítanak. Az ápoló-mesterképzés 2016. szeptember 1-jétől átalakult. Specializálódik, amely az egyes szakterületek fejlődését szolgálja ápolói kompetenciák kiterjesztésével.

Egyik ilyen *specializáció a közösségi szakápolás*. E képzés elsajátítása után képes lesz az ápoló a felnőtteket érintő betegségek önálló menedzselésére, iránydiagnózisok felállítására, képalkotó és laborvizsgálatok elrendelésére, értelmezésére. Képes prevenció vizsgálatok és tevékenységek elvégzésére, ellátási tervek elkészítésére. Egészségfejlesztési tevékenységek, életmódtanácsok szolgáltatása, oktatás is szerepelnek tevékenységi listájában. Így közelebb kerültünk egy családközpontú ápoló részvételéhez az alapellátásban (18/2016. EMMI rendelet).

2000-től indult útjára az egyetemi diplomával rendelkező ápolók részére a doktori képzés is.

Mivel nem lehet a kompetenciákat teljesen egyésséíteni, mert befolyásolja a betöltött munkakör, a képesítést adó intézmény, szakterület, ezért javaslatot tettek a szakemberek *licencvizsga* bevezetésére. Igény van megalapozott szaktudással rendelkező szakdolgozókra, jó humán erőforrásra, a betegek, hozzátartozók szemszögéből a betegbiztonság fokozására (Babonits & Balogh, 2010).

A kutatás célja

A mai alapellátás több nézőpontból sem elégíti ki a jelen társadalom elvárásait, igényeit. A háziorvosi szolgálatok kerülnek először kapcsolatba a páciensekkel, ez az egészségügyi ellátás első lépcsőfoka. Az alapellátás mai rendszere nem képes maximálisan kiélegetni az igényeket. Lényeges szempont a megfelelő humán erőforrás biztosítása mind létszám, mind szakmai felkészültség szempontjából.

Kutatásom célja, hogy megoldásokat találjak ápolói szempontból a hatékonyabb munkavégzésre, illetve a betegek látásmódjának kiszélesítésére.

A kutatás tárgya

Tekintve, hogy diplomás ápolóként végzem a munkámat a ceglédi felnőtt-háziorvosi körzetben, látom, hogy mi, körzeti közösségi ápolók közel sem használjuk ki kompetenciáink adta lehetőségeinket. Az egyszerűbb és fájdalommentes szűrővizsgálatok elvégzése a mi hatáskörünkbe tartozik, így a vérnyomás és vércukor kontrollja, testtömeg, testmagasság mérése, BMI számolása.

A betegek egészségtudata, egészségük védelme, illetve egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismereteik nagyon hiányosak. Amennyiben a háziorvosi szolgáltatás jól szervezett lenne, úgy mi is hozzá tudnánk járulni saját hatáskörünkön belül a prevenció szemlélet hatékonyságához. Hogy milyen módon? Kutatásom során erre a kérdésre is választ keresem.

Hipotézisek

Első hipotézis: A betegek nem használják ki a háziorvosi praxisok által nyújtott egyszerűbb szűrővizsgálatok lehetőségeit, ezért nem valósul meg kellő mértékben a prevenció tevékenység az ápolók részéről.

Második hipotézis: A háziorvosi rendelőkben dolgozó ápolókollégák kompetenciáikat nem használják ki.

Harmadik hipotézis: A háziorvosi rendelőkben a betegellátás orvosközpontú.

Negyedik hipotézis: A háziorvosi praxisokban alá-

rendelt viszonyban végzik a munkájukat az orvosok és az ápolók.

A vizsgálat módszere és a mintavétel

Vizsgálatom során két csoportot vontam be hipotéziseim alátámasztására: a pácienseket és a szakápoló kollégákat. Az adatgyűjtés 2017. január 2–2017. február 18. között zajlott, különböző időpontokban és napokon. Ez idő alatt rendelkezésre álltam.

Egyrészről a mintába bevont személyek az 50–70 életév közötti betegek köréből, a ceglédi 14 felnőtt-háziorvosi praxis páciensei közül kerültek ki, akik legalább évente hat alkalommal jelentek meg családorvosuknál. Ezen mutatók mellett véletlenszerűen történt a kiválasztás. A páciensek részére kiosztott saját szerkesztésű kérdőíveim száma 140 darab volt, minden vizsgálatomba bevont praxis betegeinek részére 10–10 darab. A visszaérkező példányokból 137 darab volt értékelhető, ami 97,8 százalékot tesz ki. A betegeknek szóló kérdőívek 26 strukturált kérdést tartalmaztak, zárt kérdések formájában. Mivel önkitöltős kérdőívet terveztem, így a nyitott kérdéseket mellőztem, mert nem biztos, hogy arra érkezett volna válasz.

Másrészről a körzeti közösségi szakápoló kollégák szolgáltatották az információkat számomra a már említett szolgáltatók alkalmazásában. A kollégák számára 32 kérdésből álló, általam szerkesztett kérdőívet osztottam ki, amiből hat kérdés nyitott volt, a többi zárt és négy kérdés volt Likert-skála. A kollégáknak kiosztott 15 kérdéssorból 12 darab érkezett vissza, ami 80%-os válaszadást jelent.

A kérdőívek kitöltését megelőzte a praxisvezető orvosokkal való találkozás. A vizsgálat megkezdése előtt ismerttettem, hogy az adatszolgáltatás önkéntes, valamint anonim. A háziorvosok eltekintettek a kutatásukat engedélytől. A kutatás alkalmával követtem a kutatásukat eljárásokat.

A kérdőívek elemzése Excel és SPSS programmal történt, gyakorisági eloszlást, valamint χ^2 -próbát, Fisher-féle egzakt tesztet alkalmazva.

A minta bemutatása

A betegek csoportjának leírása

A 140 darab kiosztott kérdőívből 137 volt kiértékelhető. 72 férfi és 65 nő válaszolt.

Az ápolók csoportjának bemutatása

Vizsgálatom során kiderült, hogy a kollégák közül fele az idősebb korosztályba tartozik.

A leggyakrabban előforduló iskolai végzettség az

OKJ-ápoló 54, amellyel nyolc fő rendelkezett. Vagyis a ráépülő körzeti, közösségi szakirányú végzettséggel kevesen rendelkeznek. Főiskolai alapképzésben egy fő részesült. A ceglédi háziorvosi szolgálatok mintegy harmada a minimumfeltételnek megfelelő humán erőforrással üzemel. Mindössze két praxis rendelkezik két szakápolóval. A ceglédi háziorvosi praxisok fele leterhelt. Az OTH által javasolt 1200–1500 főt nyolc praxis lépi túl a 14-ből. Ez eredményezheti az egészségügyi személyzet leterheltségét is. Az ideális kártyaszámmal mindössze a ceglédi felnőtt-háziorvosi praxisok 33%-a rendelkezik.

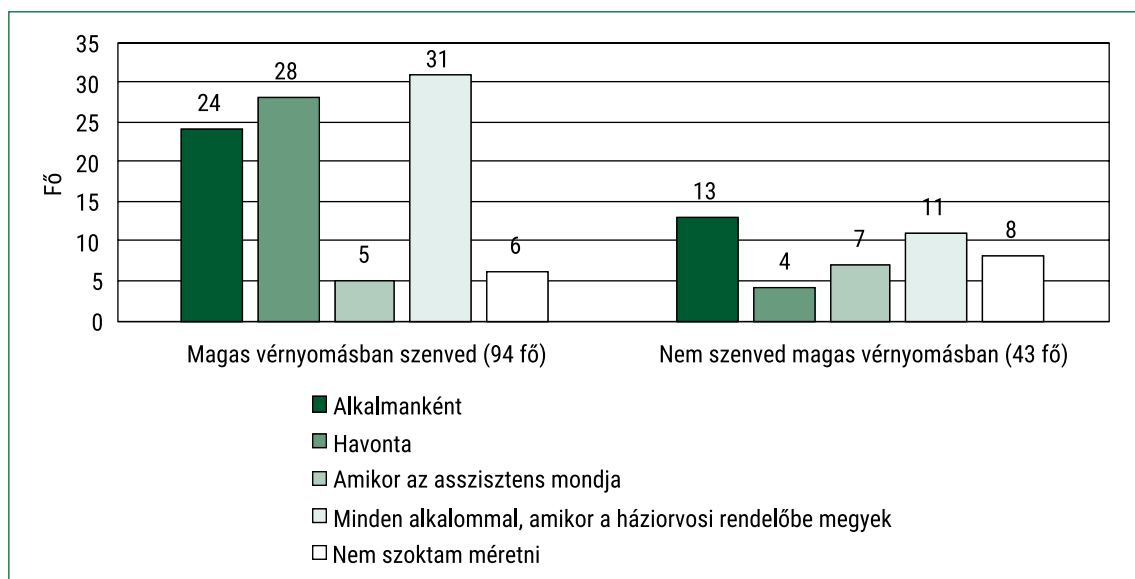
Hipotézisek vizsgálata

A betegek nem használják ki a háziorvosi praxisok által nyújtott egyszerűbb szűrővizsgálatok lehetőségeit

A körzeti közösségi ápolók feladatát az Országos Alapellátási Intézet kiadványa tartalmazza, amelynek címe: A közösségi ápoló tevékenységei az alapellátásban, valamint az 51/1997. (XII. 18.) NM-rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról, továbbá a képesítésük által megjelölt hatáskör határozza meg. Ezek alapján mérhet vérnyomást, testtömeget, testmagasságot, számolhat BMI-t és kontrollálhat vércukorszintet a szűrővizsgálatok szintjén, önállóan.

Első lépésben megnéztem, van-e összefüggés a diagnosztizált magasvérnyomás-betegség és a háziorvosi rendelőben történt vérnyomásmérés között. Az összefüggés vizsgálatához a Fisher-féle egzakt tesztet hívtam segítségül. Ennek eredményeként a próba értéke: 14,331, a $p = 0,005$, vagyis $p < 0,01$, azaz 1% alatti. Ezért az alternatív hipotézist fogadjuk el a statisztikai hipotézisünk esetében, azaz a magasvérnyomás-betegségben szenvedők nagyobb számban veszik igénybe a háziorvosi praxis ezen szolgáltatását.

A magas vérnyomásosok, összesen 94 fő nagy része, azaz 31 fő minden alkalommal, amikor a rendelőben megjelenik és 28 fő legalább havonta kontrolláltatja szakemberrel vérnyomását, 24 fő alkalmanként, 5 fő, amikor az asszisztens mondja és 6 fő nem méreti rendelőben ezt a paramétert. Míg a magas vérnyomástól nem szenvedők körében (43 fő) nem jellemző, csak az alkalmankénti vizsgálat, 13 fő válaszolta ezt. 4 fő havonta, 7 fő, amikor az asszisztens mondja, 11 fő minden alkalommal, amikor a rendelőbe megy, 8 fő pedig nem szokta méretni. Összesen tehát 14 fő nem méreti a körzeti ápolóval a vérnyomását. Közülük otthon 7 fő alkalmanként, 3 fő he-

1. ábra: A vérnyomás ellenőrzése a háziiorvosi rendelőben (n=137)

tente, 4 fő pedig egyáltalán nem kíséri figyelemmel ezt a paramétert. Itt is megmutatkozik a betegek hiányos ismerete a vérnyomásmérés jelentőségéről, ezért úgy gondolom, többször jelezhetnénk a betegek felé ennek fontosságát (**1. ábra**).

A magas vérnyomás előfordulási gyakorisága az életkor előrehaladtával egyenes arányban nő. A mai magyar felnőtt társadalom közel 25%-a szenved hypertóniában, míg a 60 év felettiek majdnem fele. A tartós magas vérnyomás, esetlegesen a nem kezelt hypertonia eloszlásának megfelelően alakul a cardiovascularis kórképek megjelenésének gyakorisága is.

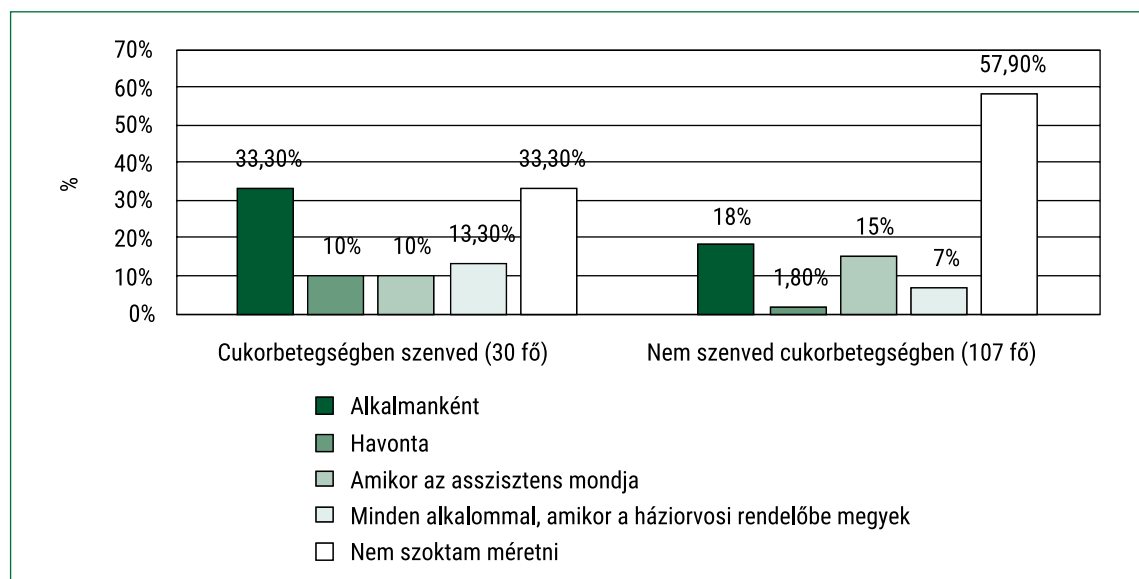
Nemzetközi szervezetek kísérik figyelemmel és értékelik a magas vérnyomás kezelésének hatékonyságát. A Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure jelentései alapján bármennyire kismértékű az adott kliens vérnyomásának emelkedése, annak csökkentése egészségnyereséget eredményez.

A latensen kialakuló magas vérnyomás azonban csak rendszeres kontroll segítségével derül ki (Ádány et al., 2014).

Második lépésben a cukorbetegség jelenléte és a szakemberek által történő vércukorkontroll összefüggését vizsgáltam meg. Jelen esetben ismét a Fisher-féle egzakt teszt volt segítségemre. Az elvégzett számításokat alapul véve elmondható, hogy a próba értéke 10,614, a $p = 0,022$, $p < 0,5$ -nél kisebb, ezért azt mondhatjuk, hogy a statisztikai hipotézisünk közül az alternatív hipotézis igazolódott, vagyis a diabetesben szenvedő betegek nagyobb számban ellenőriztetik a háziiorvosi rendelőben is a vércukorszintjüket. Akik szenvednek ebben a betegségben, azok közül 10 fő alkalmanként, 3 fő havonta, 3 fő,

amikor az asszisztens mondja, 4 fő minden alkalommal, amikor a rendelőbe megy, kontrolláltatja vércukorértékét. Azok közül, akik nem szenvednek e megbetegedésben, 20 fő alkalmanként, 2 fő havonta, 16 fő, amikor az asszisztens mondja, 7 fő minden alkalommal, amikor a rendelőben megjelenik, mérte ezt a paramétert. Ezen a téren is tudnánk mi, ápolók a helyzeten javítani. 72 fő, függetlenül a diabetes jelenlététől, szakember által nem ellenőrizteti vércukorszintjét a háziiorvosi rendelőben. Ez a megkérdezett páciensek több mint fele. Közülük 32 fő, amikor vérértelre megy, 16 fő alkalmanként, 3 fő háromhavonta, 2 fő havonta, 2 fő hetente, 6 fő naponta végez önellenőrzést. 11 fő pedig egyáltalán nem kíséri figyelemmel vércukorértékét (**2. ábra**).

Harmadik lépésben a laboratóriumi vizsgálatokon történő megjelenést vizsgáltam meg a magas vérnyomás jelenlétének függvényében. Azért ezt a betegséget választottam viszonyítási alpnak, mert sok beteg szed sztatinkészítményt és ezek alkalmazása mellett a májfunkciók és a betegség vesére gyakorolt hatása miatt, a vese-funkciók rendszeres kontrollja indokolt. Vizsgálatom során ismét a Fisher-féle egzakt tesztet alkalmaztam. A próba értéke 4,191, $p = 0,372$, vagyis $p > 0,1$, azaz a statisztikai hipotézisünk közül a nullhipotézist fogadjuk el, tehát nincs összefüggés a laborvizsgálaton történő részvétel és a magas vérnyomás fennállta között. A vizsgált 137 fő több mint fele rendszeresen, azaz évente vagy negyedévente elmegy vérértelre. A laborvizsgálat már népszerűbb betegeink között. Jelentősége a vese, máj, ionok, valamint a koleszterin-, LDL- és trigliceridszintek meghatározásában van. A vérsírlarakódások, azaz plakkok lerakódása az erek falában csökkenti az

2. ábra: A vércukorérték kontrollja a rendelőben százalékos megoszlásban (n=137)

erek rugalmasságát és átmérőjét. Aki hypertóniában szenved, annak szükséges a vesefunkció kontrollja, sztatinkészítmények alkalmazása miatt a májműködés ellenőrzése is (Tamás, 2011).

A fenti kérdések megválaszolása folyamán az első hipotézisem beigazolódott, miszerint nincsenek kihasználva a háziorvosi praxisok által nyújtott egyszerűbb szűrővizsgálatok adta prevenciók lehetőségei.

A háziorvosi rendelőben dolgozó ápolókéllégák kompetenciáikat nem használják ki

Első alkalommal a szakápolók iskolai végzettségének szintjét és az újonnan érkező beteg teljes körű laborvizsgálatra történő javaslatlattel kapcsolatát vizsgáltam. Maga a vizsgálat elrendelése orvosi kompetencia, de javaslatot tehetünk az orvosnak. A beteg meggyőzése a vizsgálat fontosságáról egészségfejlesztési tevékenységünk eleme. A teszt értéke 1,586, $p = 1,0$, vagyis $p = 10\%$, ami azt jelenti számunkra, hogy a statisztikai hipotéziseink közül a nullhipotézis bizonyosodott be. Tehát nincs szoros kapcsolat a laborvizsgálat javaslata, valamint a szakirányú iskolai végzettség között.

Kollégáim közül mindössze 1 fő nem javasolja a laborvizsgálatot betegeinek, ő OKJ 54-es képzéssel rendelkezik.

Második alkalommal a törzslap megújítása és a munkában eltöltött idő kapcsolatát vizsgáltam meg. Ezt azért gondoltam, mert az 51/1997. (XII. 8.) NM-rendelet magába foglalja első megjelenéskor a családi anamnézis felvételét, életmódbeli tényezőket, a testalkat meghatározását, valamint az életkorhoz kötötten javasolt elvégzendő szűrővizsgálatokat,

így például: vesebetegség, cardiovascularis kockázat, amely a fent említett dokumentáció információinak frissítését is szolgálja. Az volt a feltevésem, hogy van összefüggés a szakterületen eltöltött idő és a között, hogy a törzslap kétvétenkénti megújítását javasolják-e a kollégák. Az egyes szakterületeken eltöltött idő folyamán ki kellene alakulni annak, hogy mit és miért kell tenni. A Fisher-féle egzakt teszt értéke 7,595, $p = 0,848$. A $p > 0,1$, vagyis azt mondhatjuk, hogy a statisztikai hipotézisünk közül a nullhipotézis került elfogadásra, azaz nincs összefüggés a két változó között. Közel fele a szakápolóknak nem jelzi a törzslap megújításának kétvétenkénti szükségességét, tehát 5 fő, függetlenül a szakirányú végzettségtől. Ezt pedig fontosnak tartom, mivel újabb információkat kaphatunk a beteg aktuális állapotának alakulásáról, és tervezhetőbb lesz az individuális ellátás.

Harmadik lépésben az ápolók szakirányú iskolai végzettségét és a családi anamnézisre, életmódra vonatkozó felmérési szokásokat vizsgáltam meg. Ismételtén a Fisher-féle egzakt tesztet alkalmaztam. A próba értéke 1,716, $p = 0,618$, így a $p > 0,1$, azaz a statisztikai hipotézisek közül a nullhipotézis igazolódott. Nincs összefüggés a kollégák iskolai végzettsége, valamint a részletes anamnézis felvétele és az életmódra vonatkozó információk felvétele között (3. ábra).

Negyedik lépésben a szakirányú iskolai végzettség, valamint a napi tevékenység kapcsolatát vizsgáltam meg a Fisher-féle egzakt tesztel. A próba értéke: 1,367, a p értéke 1,0, azaz az adatok azt támasztják alá, hogy a nullhipotézis igaz, tehát azt fogadjuk el statisztikai hipotéziseink közül, azaz nincs összefüggés e két változó között. 3 fő körzeti közösségi ápoló nem

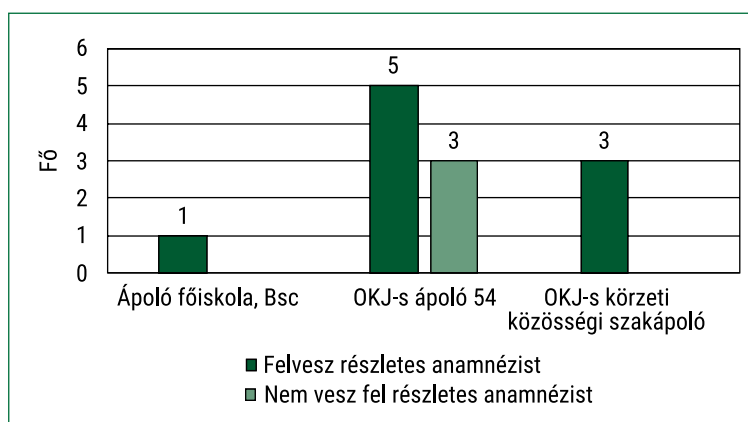
vesz fel részletes anamnézist, akik OKJ 54-es végzettséggel rendelkeznek. A világ számos országában kiterjesztett hatáskörű ápolók végzik munkájukat, így az Egyesült Királyságban is, ahol már teljesen megszokott és bevált gyakorlat az, ha valamely egészségügyi szolgáltató nem minden esetben biztosít orvost a páciens részére, hanem magasan képzett ápolókollégák látják el a személyre szabott ellátást. Elvégzik a krónikus betegek gondozását, paramétereik kontrollját. A leletek kiértékelése és az állandó gyógyszerek felírása is tevékenységi körükbe tartozik.

Ezt a modellt igyekeznek szorgalmazni hazánkban, ezért az ápolók képzése újabb szintre helyeződött, így a mesterképzés keretein belül specializációk választhatók. A specializációk kialakítása azokat a szakmai területeket öleli fel, ahol jelentős orvos és szakemberhiánnyal néz szembe egészségügyünk. Első, az új rendszerben végzett kollégáink 2019-ben kerülnek ki az egészségügyi ellátás rendszerébe (Jöhetnek a non-doktorok, 2017).

A háziorvosi rendelőkben a betegellátás orvosközpontú

Első lépésben megvizsgáltam a betegek által a rendelőkben eltöltött időt és az asszisztenssel való beszélge-

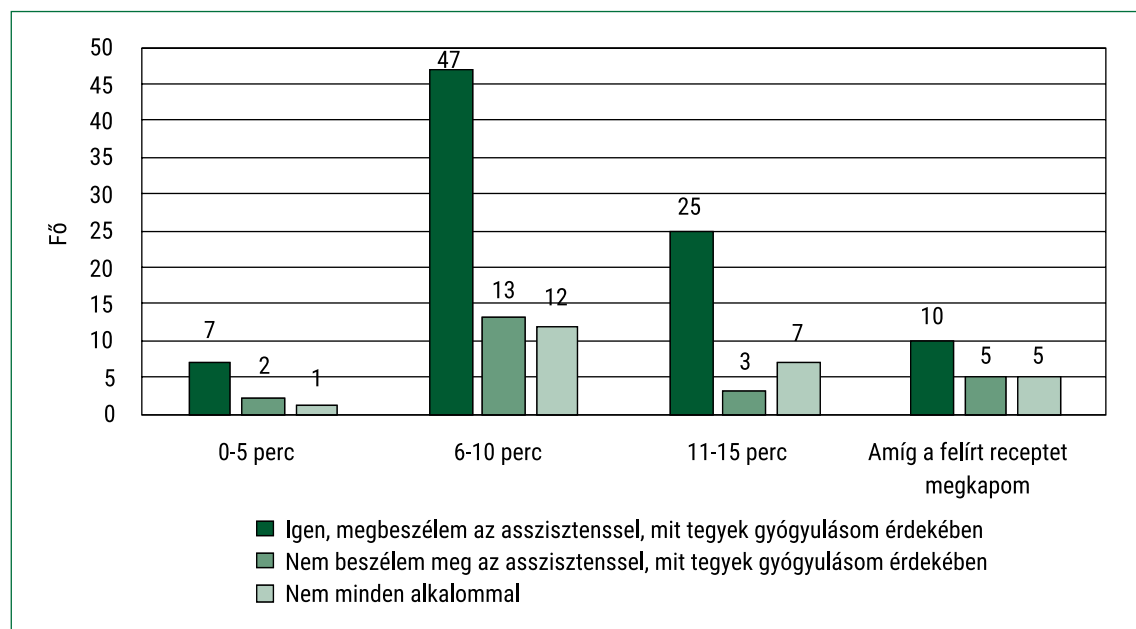
3. ábra: Az anamnézis felvétele és a szakirányú iskolai végzettség összefüggése (n=12)

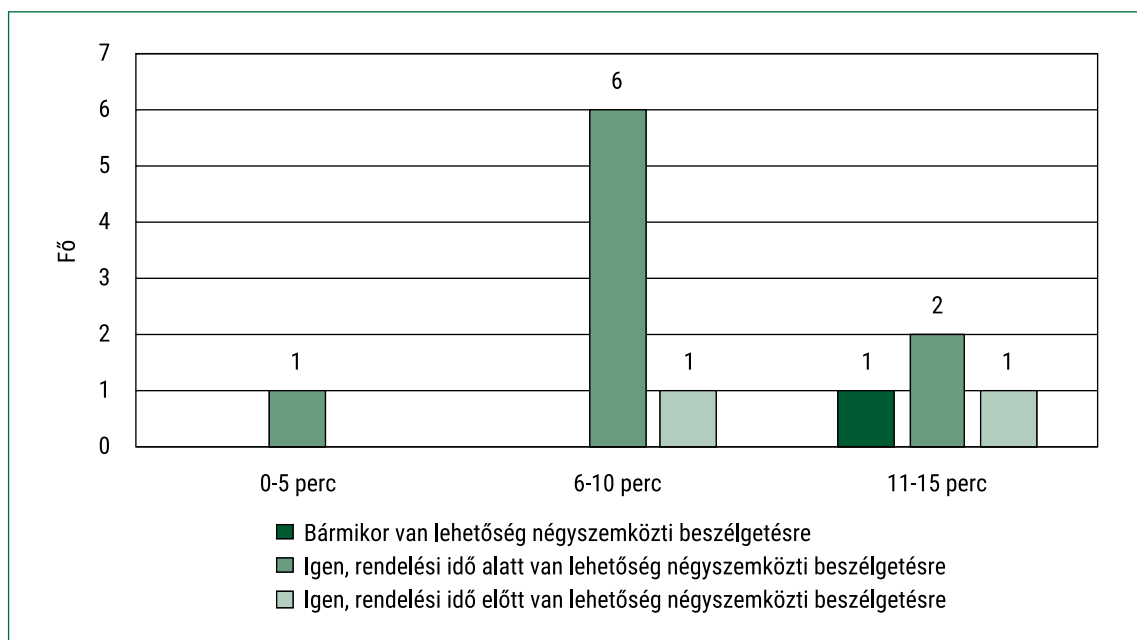


tés összefüggését. A Fisher-féle egzakt teszt értéke 4,622, $p = 0,594$. A $p > 0,1$, tehát a statisztikai hipotézisünk nullhipotézise igaz, nincs összefüggés a két változó között, vagyis az, hogy a betegek beszélgetnek-e az ápolókollégákkal, nem függvénye a betegek által a rendelőkben eltöltött időnek. 23 fő egyáltalán nem beszél meg teendőit ápolókollégámmal, míg 25 fő nem minden alkalommal és csak 89 fő az, aki ezt rendszeresen, minden alkalommal megteszi. Itt is látszik, hogy orvosközpontú a betegek szemében az alapellátás. A betegek közel egyharmada nem veszi figyelembe az ápolók tanácsait (4. ábra).

Második alkalommal a gyakorisági eloszlását vizsgáltam meg a páciensek és az orvos közötti beszélgetésnek. Minden alkalommal 127 fő beszél meg

4. ábra: A rendelőkben eltöltött idő és az asszisztenssel való beszélgetés (n=137)



5. ábra: Az ápolóval való négyeszmközti beszélgetés lehetősége és egy betegre jutó idő a rendelőben (n=12)

egészségének előmozdítását házi orvosával, míg 10 fő nem minden alkalommal. Olyan kliens nincs, aki egyáltalán nem kér tanácsot orvosától.

A harmadik lépésben az ápolók szempontjából vizsgáltam a felvetett kérdést. A Fisher-féle egzakt teszt értéke 5,711, $p = 0,818$, a $p > 0,1$, azaz a statisztikai hipotézisek közül a nullhipotézist támasztottuk alá, azaz nincs összefüggés a betegekre jutó idő, valamint a négyeszmközti beszélgetés lehetősége között. Az ápolóknak – jelen esetben 9 fő vonatkozásában – legtöbbször rendelési idő alatt van lehetősége beszélgetni a betegekkel. Érdekes lenne vizsgálni, hogy a rendelőben a betegek által eltöltött idő mekkora részét teszi ki az ápolókkal történt beszélgetések ideje. Milyen hatékonysággal történik a betegekkel történő ápolói foglalkozás ilyen rövid idő alatt? (5. ábra)

A fenti kérdések vizsgálatából következik, hogy hipotézisem helytálló, vagyis a mai házi orvosi alapellátási rendszer orvosközpontú. Ezt azért tartom hátránynak az egészségügyi ellátás során, mert az orvos a gyógyítással foglalkozik és a holisztikus szemlélet háttérbe kerül. Ha az ápolóknak több lehetősége és módja lenne a betegekkel való kommunikációra, sokkal több információ állhatna rendelkezésünkre egy-egy páciens problémáit illetően.

A házi orvosi praxisokban alárendelt viszonyban végzi a munkáját az orvos és az ápoló

Első alkalommal az orvosok és az ápolók közötti munkaviszonyt, valamint a tanfolyamokon való részvétel közötti összefüggést vizsgáltam. Ezen kérdések

vizsgálata egyértelműen a praxisvezető orvos és a szakápoló kolléga mellérendelt viszonyát támasztják alá, mivel 12 fő ápoló szokott tanfolyamon részt venni és mindannyian mellérendelt viszonyban dolgoznak orvos kollégáik mellett. A helyettesítés megoldása már egy érdekesebb kérdés volt. Ahhoz képest, hogy mellérendelt viszonyban dolgoznak szakápoló kollégáim a praxisvezető orvosokkal, 5 fő a szabadnapja alatt jut el tanfolyamra. Itt felmerült a kérdés, miért a szabadnapot kell feláldozni a kollégának, ha az orvossal mellérendelt a munkaviszonya?

Ezen adatok feldolgozása nem teszi egyértelművé a munkaviszony jellegét a praxisok orvosai és a körzeti közösségi ápolók között. Azonban ahhoz, hogy érdemben hozzájáruljunk ápolói aspektusból a páciens egészségfejlesztéséhez, szükségesnek tartom, hogy eljárjunk szakmai képzésekre. Amennyiben az orvos nem biztosít lehetőséget szaktudásunk fejlesztésére, nem tudjuk kellő hatékonysággal munkánkat végezni. Az ápolás is az a szakterület, ami igényli az ápolók élethosszig tartó képzését.

Szakmai kapcsolatrendszer

Kutatásom záró részeként úgy gondoltam, megvizsgálom a szakápoló kollégák viszonyait, kapcsolatait szakmai környezetükben.

Első lépésben a praxisvezető orvossal való kapcsolatot és a munkával való elégedettséget vizsgáltam meg. Azt gondolom, összefüggés van e két tényező között.

A Fisher-féle egzakt próba értéke 4,938, a $p = 0,091$. Jelen esetben a p értéke $0,05 < p < 0,1$,

ezért azt mondhatjuk, hogy nem vethető el egyértelműen a nullhipotézis. Vagyis nem mondhatjuk egyértelműen, hogy nincs összefüggés e két változó között. A szakápolók fele nagyon jó viszonyban van a praxisvezető orvossal és maximálisan elégedett munkájával.

A második gondolatom a szakmai kapcsolatok és a betegekkel való kapcsolatok viszonyának vizsgálata volt. A kis elemszám miatt ismét a Fisher-féle egzakt teszt volt segítségemre. A teszt értéke 1,241, a $p = 1,0$. Itt egyértelműen a statisztikai hipotézisek közül a nullhipotézis igaz, azaz, hogy nincs összefüggés e két kapcsolatrendszer között.

Érdekelt továbbá kollégáim javaslata munkánk hatékonyságának növelése érdekében. Ezekre a szakápolóknak szóló kérdőívem nyitott kérdéseiben vártam a válaszokat. Kollégáim harmada nem változtatna semmin. Ez elgondolkodtató (6. ábra).

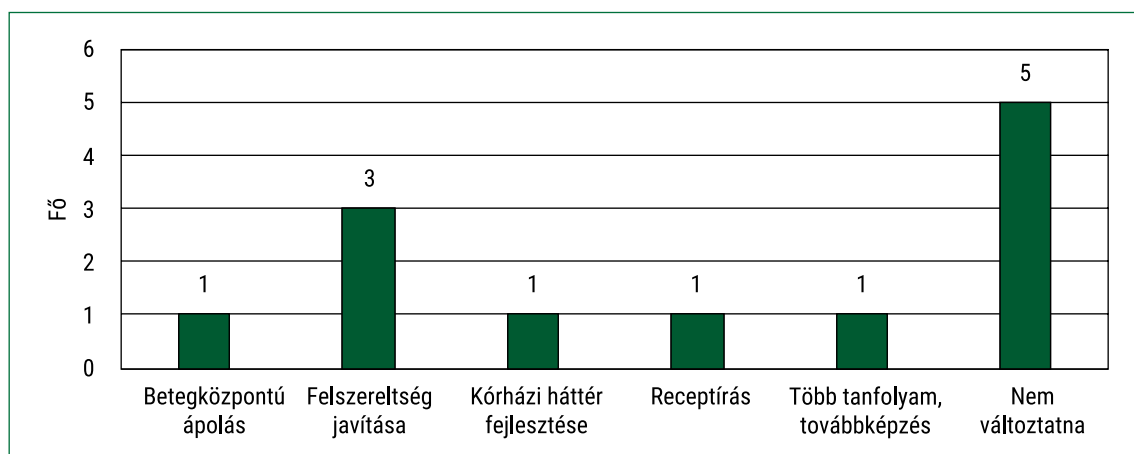
nagyobb hangsúlyt kell helyezni és szorgalmazni a háziorvosi rendelőkben.

A páciensekkel való beszélgetések lehetősége nincs biztosítva. Ez pedig lényeges eleme az individuális ápolás kialakításának. Sok – a kliens által lényegtelennek ítélt – információ így nem kerül felszínre. Nem javasolják az új betegeknek a teljes körű laborvizsgálat lehetőségét és nem hangsúlyozzák annak fontosságát.

A törzslaphoz szükséges státusz megújítását kollégáim fele nem szorgalmazza. Ennek mi lehet az oka? Pedig itt csak a beteggel kell beszélni. Fontossága a kockázatfelmérés alkalmával is megjelenik. Maga a felmérés folyamata nincs lefektetve semmilyen dokumentumban.

A kollégáim nagyobb részének van lehetősége a betegekkel kommunikációt folytatni rendelési idő alatt vagy előtt. Jelen esetben a kérdés, hogy meny-

6. ábra: A megkérdezett ápolók véleménye a munkával kapcsolatos jobb teljesítménynyújtás érdekében (n=12)



A kollégák véleménye alapján mindössze 50%-ban gondolják úgy, hogy több idő kellene egy betegre, valamint a betegek tájékoztatására is csak 50% helyez hangsúlyt. Az adminisztrációs terheket is csak 4 fő, azaz a szakápolók harmada csökkentené.

Következtetések, javaslatok

Vizsgálatom alátámasztotta azt, hogy a felnőtt-háziorvosi alapellátás prevenciósi tevékenységeinek lehetőségei nincsenek kihasználva az ápolók kompetenciáinak fényében.

A betegeknek kiosztott kérdőívben szereplő kérdések vizsgálata során fény derült arra, hogy a betegek nem használják ki az ápolók által elvégezhető és egyben szűrővizsgálatnak is tekinthető vérnyomás- és vércukormérést. Felmerült a hiányos tájékoztatás lehetősége részéről e két vizsgálat fontosságát illetően. Ezen nagyon egyszerű vizsgálatok javaslatára

nyi idő jut csak és kizárólag az ápoló és beteg személyes kommunikációjára és az milyen hatékony? Biztosítani kellene, hogy az ápolóval is négyszemközt beszélgethessen a kliens.

A nem kellő mértékű prevenciósi tevékenység oka lehet az ápolókollégák részéről a humán erőforrás-hiány Cegléden, a felnőtt-háziorvosi körzetekben. Amíg a minimumrendelet, illetve a finanszírozás ezt nem teszi lehetővé, addig ez nem is fog változni. Ezen a problémán segíthet az egészségügyért felelős államtitkárság, valamint a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő.

Szükségeseznek tartom továbbá a körzeti közösségi ápolóknak szóló tanfolyamok, továbbképzések szervezését, ahol hangsúlyozzák az előadások alatt az ápolókat érintő tényezők fontosságát, helyi szinten a ceglédi járásvezető ápoló vezetésével.

Jó kezdeményezésnek tartom a licencvizsga bevezetését is, bár ez még várat magára. Itt a különböző képzési rendszerekben megszerzett képesíté-

sek összehangolására gondolok, valamint az adott munkaterület által igényelt tevékenységekre való felkészítésre, ami eredetileg nem tartozik a hatásköri listánkba. Úgy gondolom, hogy adott időt eltöltve a szakterületen, elsajátíthatók a közösségi ápolásra jellemző feladatok, és azok miéértje átláthatóvá válik kollégáim számára.

Meggyőződésem, hogy közvetlenebb kapcsolatot kell kialakítanunk a betegeinkkel, hogy különböző információkat adhassunk át nekik. Ma már az internet, a Facebook is segítségünkre lehet. Létrehoztam egy csoportot egy közösségi oldalon, igaz, ott a fiatalabb páciensek érhetőek el nagyobb számban, de az általam vizsgált 50–70 év közötti kliensek is követik csoportunkat. Hasznos ismeretforrás lehet a megfelelő internetes oldalak alkalmazása.

Rendelőkben szorgalmazom tévékészülék elhelyezését. Ez a rendelőt bérlő két orvostól függ. Ezen keresztül is hasznos információk juthatnak el betegeinkhez. A helyi média, tévé, rádió, szórólapok, újságok jobban segíthetnének menedzselni a felnőtt-háziorvosi alapellátás érintett kérdéseit.

Nehéz munkánkat úgy végezni, hogy nincs elektronikus kapcsolat a helyi ellátóintézetek, valamint a felnőtt-háziorvosi praxisok között. Az egészség-

ügy területén alkalmazott informatikai rendszerek fejlesztésével elkerülhetők lennének a feleslegesen elrendelt vizsgálatok, így például a laborvizsgálat. Örölnék neki, ha az ápolók is bekapcsolódhatnak elektronikus kapcsolat révén az információs rendszerbe. Nagyon hasznosnak találnám, ha tudnánk egy-egy beteg állapotáról információt kapni körzeti közösségi ápolóként az ellátóintézménytől ápolói szinten. Ennek hasznosságáról a szolgáltató intézmények vezetőit kell meggyőzni.

Jó motivációs tényező lenne a praxisok számára, ha a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) – régi nevén OEP – finanszírozási listájában szereplnének részletes ápolási tevékenységek is, valamint indikátorrendszer kerülne kidolgozásra e tevékenységeket illetően.

Szakmai kapcsolataink folyamatosan fejleszthetők munkaértekezletek alkalmával. Ezt úgy képzelem el, hogy egy-egy gyűlésre különböző szakterületről hívnánk ápolókollégát, akinek új szakmai ismeretekkel bővíthetnék tudásunkat, valamint az ápolói ellátást ezek függvényében módosíthatnánk. Elvégre a körzeti közösségi ápolóval többet találkozik a beteg, mint az adott terület szakápolójával.

Irodalomjegyzék

1. 4/2000. (II. 25.) EüM-rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről. Retrieved from 2017-04-24: <http://net.jogtar.hu/jr/gen/getdoc2.cgi?dbnum=1&docid=A0000004.EUM>
2. Hirdi H, Kámánné Simon M, Balogh Z. A háziorvosi, házi gyermekorvosi, illetve egyes praxisban dolgozó egészségügyi szakdolgozók munkakörülményei Magyarországon. *Nővér* 2012;25(4):11–27.
3. Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems. Hungary Country Assessment: Focus on diabetes. 2014. Retrieved from 2017-01-26: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/268797/BetterNCDoutcomesChallengesOpportunitiesHealthSystemsHungaryCountryAssessmentFocusDiabetesEng.pdf?ua=1
4. Becka E, Ujváriné SA. A közösségi ápoló tevékenységei az alapellátásban. Budapest: Országos Alapellátási Intézet; 2007.
5. Hatásköri listák, 2011. Retrieved from 2017-01-21: http://www.meszk.hu/upload/meszk/document/hataskori_lista.pdf
6. Balogh Z. Összefoglaló a MESZK újjászervezéséről. Hivatásunk: a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara lapja 2011;6(1):2–3.
7. 150/2012. (VII. 6.) korm. rendelet az Országos Képzési Jegyzékről és az Országos Képzési Jegyzék módosításának eljárásrendjéről. 2012. Retrieved from 2017-04-24: https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=a1200150.kor
8. 18/2016. (VIII. 05.) EMMI-rendelet a felsőoktatási szak-
képzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről, valamint a tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelményeiről szóló 8/2013. (I. 30.) EMMI-rendelet módosításáról. 2017. Retrieved from 2017-01-22: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1600018.EMM×hift=ffff48&xtrefreer=00000001.TXT
9. Babonits T, Balogh Z. Az ellátás minősége az ápolói kompetencia tükrében. Paper presented at the Debreceni Egészségügyi Minőségügyi Napok – 2010. (DENIM X.), Debrecen.
10. 51/1997. (XII. 18.) NM-rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról, 1998. Retrieved from 2017-04-24: https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700051.NM
11. Ádány R, Csanádi G, Csizmadia A, Nagy A, Sándor J, Simon D, Tausz K. Tanulmányok IV. Egészségi szempontból veszélyeztetett lakossági csoportok. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal; 2014.
12. Tamás F. Szűrővizsgálatok jelentősége a magasvérnyomás-betegségben. 2011. Retrieved from 2016-12-20: <https://www.diabetes.hu/cikkek/hypertonia/1003/szurovizsgalatok-jelentosege-a-magasvernyomas-betegsegben>
13. Jöhetnek a non-doktorok. 2017. Retrieved from 2017-03-06: http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/johetnek_a_non_doktorok

ÁPOLÁSTÖRTÉNET

Ahogy elkezdődött... (Ápolástörténetünk egy kis szelete, amelyről már csak a kevéske, megsárgult dokumentum mesél...) 1. rész

SÖVÉNYI Ferencné, PERKÓ Magdolna, DR. FEDINECZNÉ VITTAY Katalin

ÖSSZEFOGLALÁS

A cikk a magyar ápolásügy történetének fehér foltjait dolgozza fel, levéltári kutatómunka eredményei alapján. Bemutatja a magyar ápolásügy helyzetét a 20. század első felében, amikor az ápolás és az ápolóképzés központi kérdéssé vált, és a rendi ápolás mellett megjelentek a világi ápolás szervezetei is. Bemutat több ápolói szervezetet, amelyek az ápolás tarthatatlan helyzetének megoldását tűzték ki célul, és fő törekvésük az ápolói karnak az őt önfeláldozó hivatásánál fogva megfelelő helyre emelése volt. Ennek eszközei közé tartozott a szakképzettség megszerzésének biztosítása, szaksajtó működtetése és az ápolói érdekvédelem. Kiemelkedő szerepet játszott ebben az 1902-ben önszerveződéssel alakult Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete, és annak elnöke, Mihalicza József, a magyar világi ápolás történetének méltánytalanul elfeledett alakja. A cikk megemlíti a magyar ápolásügy több elhivatott alakját is, akiknek tevékenysége eredményeképpen 1933-tól a politika beavatkozásáig képviselte a magyar ápolókat ápolói szervezet az Ápolók Nemzetközi Tanácsában (ICN).

Kulcsszavak: ápolástörténet, 20. század, egyesület, Magyarország

How it all started: Untold chapters of nursing history in Hungary as testified by foxed documents
Ferencné SÖVÉNYI, Magdolna PERKÓ, Dr. Katalin FEDINECZNÉ VITTAY

SUMMARY

The article elaborates on the untold chapters of nursing history in Hungary, based on research in archives. The situation of nursing in Hungary in the first half of the 20th century is described, when nursing and nursing education became issues of outstanding importance and secular nursing appeared alongside faith based nursing. Several nursing organisations worked to address the unacceptable situation of nursing and strove to raise the status of nursing so as to allow this self-sacrificing vocation to take its rightful place in society. The tools to achieve this goal included providing professional education and training, creating professional literature and safeguarding nurses' interests. The Hungarian National Association of Female and Male Nurses that came into being as a grass-root organisation in 1902, and its president, József Michalicza, an unreasonably forgotten figure in Hungarian secular nursing were instrumental in pursuing these goals. The article also mentions several dedicated figures in Hungarian nursing history, due to whose commitment Hungarian nurses were represented in the International Council of Nurses from 1933 until the interference of politics.

Keywords: nursing history, 20th century, association, Hungary

SÖVÉNYI Ferencné

PERKÓ Magdolna

DR. FEDINECZNÉ VITTAY
Katalin

Levelező szerző

(correspondent):

SÖVÉNYI Ferencné; e-mail:

sovenyi.ferencne@chello.hu

Beérkezett: 2017. november 25.

Elfogadva: 2017. december 2.

*„Sokszor bangoztatjuk, hogy jelen cselekvésünkben
és a jövőbeni elképzelésünkben kevesebbet tévedünk,
ha a múltat jól ismerjük”.*

(Medve László dr. volt egészségügyi miniszter)

Bevezetés

A **Magyar Közlöny 2017/103.** számában jelent meg a **160/2017. sz. kormányrendelet** a Kormány által alapí-

tott **Mihalicza-ösztöndíjról**. Ezt a képzési ösztöndíjat pályázat útján nyerhetik el a felsőfokú végzettséggel rendelkező azon ápolók, akik mesterfokozatot és okleveles ápoló szakképzettséget szeretnének megszerezni.

De ki is az ösztöndíj névadója?

Nem sokat tudtunk róla. Mindössze két ismert írás említi Mihalicza József nevét és az egyesületet, amelynek megalapítása személyéhez kötődik. Az egyik az Ápolástan I. (Szerkesztette Schwarczmann Pál, Budapest, 1960. Medicina Kiadó) az egészségügyi szakiskolák tankönyve, amelynek Dr. Hahn Géza által írt Betegápolás Magyarországon című fejezetében találunk utalást az egyesület magalakulására és tevékenységére.

A másik, Betlehem Józsefnek a Nővérben megjelent írása, amelyben a szerző így ír: „... *Az önszerveződés első hivatalosan is elismert és hosszú ideig fennálló hazai világi ápolószervezete 1902-ben jött létre a Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete néven. Az egyesület indítását Mihalicza József betegápoló kezdeményezte...*” (Betlehem, 2003)

Ezért kutatómunkába kezdtünk az ápolói hivatás gyökerei, kialakulása, fejlődése történetét keresve. Több hónapos levéltári, könyvtári és múzeumi bűvárkodás, dokumentumok elemzése és irodalomkutatás során feltárult ápolástörténetünk egy eddig ismeretlen időszaka, összeállt történetünk. Írásunkban e kutatómunka eredményeit kívánjuk megosztani olvasóinkkal.

A magyar történelemben egy-egy évszázadot legtöbbször csak egy megrázó, napjainkban is emlegetett, vagy éppen ünnepezt nagy történelmi esemény jellemez. De bizony nem ilyen volt a 20. század! Erre a századra, különösen annak első felére, mint a magyar történelem „zivataros évszázadainak” egyikére gondolhatunk, amelynek során egymást követték olyan események, mint a dualizmus utolsó évei, az első világháború, az őszirózsás forradalom, az első Magyar Köztársaság kikiáltása, a Tanácsköztársaság, Trianon és annak következményei, a második világháború és annak hatása hazánkra. Háború, béke, megszállás, diktatúra, forradalom, konszolidáció – a 20. századi magyar múlt máig ható fordulópontjai. Az országunkat sújtó történelmi traumák, társadalmi változások, gazdasági nehézségek, politikai viharok tele voltak nem várt és néha nagyon fájdalmas döntésekkel és ezek nem hagyták érintetlenül az ápolást sem. *A Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete* ilyen viharos időben született, fejlődött, és élte nehéz, küzdelmes életét egészen a politikai okok miatti megszüntetéséig.

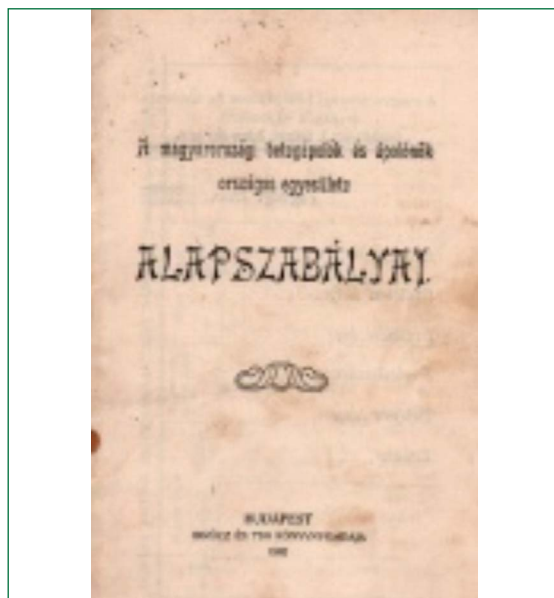
A történetet két szakaszban mutatjuk be: az első szakasz 1902-től 1932-ig tart, a második pedig 1933-1946-ig, az Egyesület feloszlásáig.

Az első 30 év (1902 – 1932)

A 20. század első éve utolsó hónapjának 23. napján jelent meg a Budapesti Hírlapban egy rövid felhí-

vás arról, hogy a **Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete** alakuló közgyűlést tart **1902. január 6-án**, Budapesten, a VII. kerület Nagydíófa utca 3. alatt. Ez a hír szinte karácsonyi ajándékként érkezett azokhoz az ápolókhöz, akik szétszórta, magányosan, eléggé kiszolgáltatottan vállaltak kórházakban, szanatóriumokban vagy magánlakásokon ápolási feladatokat. Lelkes emberek kis csoportja most kimondta, hogy megalakítja az egyesületet. Még nem állt a rendelkezésükre tiszta és kidolgozott szabály, paragrafus, de egy dolgot egészen biztosan tudtak: az alakulandó egyesület lesz hivatott egy táborba tömöríteni az érdekelteket, akik az „ápolói pályán” működnek. Az Egyesületnek feladata lesz gondoskodni arról, hogy legyen hol tartózkodniuk az állásnélkülieknek, amíg az elhelyezkedésük megoldódik; hogy legyen, aki eljár azoknak az érdekében, akiket munkájuk végzése közben sérelem ér; hogy legyen, aki segínyt nyújt betegség esetén, és aki megadja a végtisztességet az elhunytaknak. Az Egyesület legfontosabb céljával annak elérését tűzték ki az alapítók, hogy az ápolói hivatást (szakmát) képesítéshez kössék. Harcot hirdettek azok ellen, akik viselkedésük alapján nem méltóak „e szent hivatás” betöltésére.

1. kép: A magyarországi betegápolók és ápolónők országos egyesülete alapszabályai



Az önszerveződéssel megalakult Egyesület elfogadta Alapszabályát (**1. kép**), majd a belügyminiszter hivatalos megerősítése után már július elején megtartották az alakuló ülést, ahol **megválasztották az Egyesület tiszttartát és felvázolták legfontosabb feladataikat**. Ezek között kiemelt szerepet kapott a **tagság számának növelése, az ingyenes**

munkaközvetítés, az ápolók szakszerű felkészítése, a társadalommal való kapcsolat megteremtése. Az Egyesület komoly szervező munkával rövid időn belül összefogta az állami és magánkézben működő kórházakban és családok körében ápolási munkát végzőket.

Az Egyesületről a legtöbb konkrét és hivatalos információ, adat a korabeli *Budapesti Czim- és Lakásjegyzékben* található, ott ugyanis bejegyzésre kerültek az Egyesület irodájának működési helyszínei és tisztségviselői. Esetünkben az első bejegyzés az **1905.** évben található. Abban a dokumentumban két elnök neve szerepel: **Mihalicza József** és **Pollák Lenke**. Ők az alapítás pillanatától elnökként működtek egészen az 1906-ban tartott közgyűlésig, ahol leköszöntek. Ezt követően az előzőekben említett jegyzékben még néhány évig - de már más funkcióban - olvasható **Mihalicza József** neve.

Az Egyesület létrejöttét az orvostársadalom is örömmel üdvözölte, és már a megalakulást követő hónapban az **Orvosi Hetilap** „**Heti szemle és vegyesek**” című rovatában a következő tájékoztatót tette közzé: „*A magyarországi betegápolók és ápolónők országos egyesülete megalakult. Célja az, hogy betegápolókat és ápolónőket képezzen ki szakszerűleg és a betegápolói állásokat közvetítse, valamint tagjait segítyezze. Az Egyesület helyes vezetés mellett hasznos szolgáltatásokat tehet a közönségnek, törekvése azért pártfogást érdemel.*”

Az Egyesület védnöki tisztét évtizeden keresztül **dr. Babarczi Schwartz Ottó** kungösi báró, orvosdoktor, főrendiházi tag, magyar királyi udvari tanácsos, egyetemi magántanár, elmegyógyintézet főorvos látta el, aki tudományos működése folytán kiemelkedő helyet foglalt el a kor elmegyógyászai között, és a Magyar Vöröskereszt Egyesület főgondnok-helyettese, majd főgondnok volt.

Mihalicza József, az alapító

Az **Egyesület** megalapítója és első vezetője **Mihalicza József**, akit **Balázs Flóra** akkori alelnök az Egyesület első három évtizedét bemutató, 1932-ben megjelent, „**Rövid visszapillantás a Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesületének három évtizedes működésére (1902-1932)**” című munkájában a magyar betegápoló mozgalom „**egyik első apostolának**” nevez. Ezzel a megállapítással maradéktalanul egyetérthetünk, hiszen Mihalicza időt és fáradságot nem kímélve dolgozott, egy táborba tömörítette a betegápolókat, betegápolónőket, fürdősokeket, masszőröket és mindazokat, akik az egészségügyi pályán működ-

tek, és szinte a semmiből pár hónap alatt egy szép és virágzó, több mint 500 tagot számláló egyesületet hozott létre.

„...azokért akarunk küzdeni, kik a társadalom legelhagyatottabbjai, kik eddig mindig egyedül voltak, kiknek nem volt hivatalos szószólójuk. Kell, hogy ez a tömörülés meg hozza részükre vágyaik teljesülését, mi tanulni akarunk, mert érezzük, hogy nem tudunk igazán a beteg emberiség javára szolgálni...” (Balázs, 1932)

De ki is volt Mihalicza József?

Életéről szinte alig lehet valamit megtudni, viszont fellelhető egy nagyon konkrét és hivatalos dokumentum, amely a „szakmáját” és első munkahelyét igazolja. A **Belügyi Közlöny, 1898-07-01/13. számában** az Állami elmegyógyintézeti kinevezések cím alatt a következő olvasható: „*A budapesti-lipótmezei m. kir. állami elmegyógyintézet igazgatója a vezetése alatt álló m. kir. állami elmegyógyintézetben Farkas Lipótot és Polanek Gusztávot főápolókká, Sterl Antalt, Pleier Pált és Szokolai Simont iparos-ápolókká, Takács Jánost fürdőssé és Kiss Józsefet, Mihalicza Józsefet, özv. Köves Jánosné szül. Bolla Rozáliát és özv. Guba Jánosné szül. Kotuliák Emiliát ápolókká, illetőleg ápolónőkké nevezte ki...*”

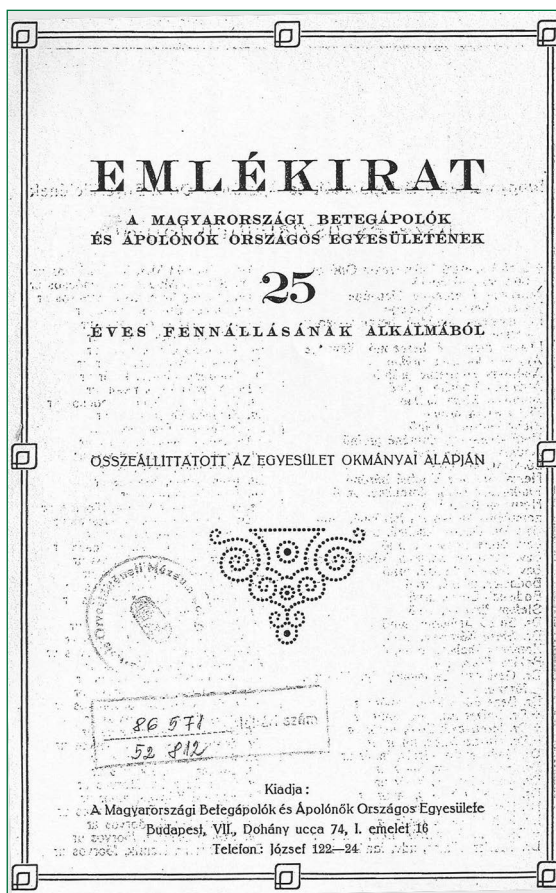
Mihalicza József az Egyesület 1906 áprilisában tartott közgyűlésén lemondott elnöki tisztségéről, mert betegsége gátolta munkájában. Három és fél évig tartó betegeskedés után **1908. szeptember 2-án elhunyt**. Az Egyesület rendkívüli ülés keretében méltatta életútját, érdemeit az Egyesületben kifejtett munkában – tudtuk meg az Egyesület **25 éves** fennállása alkalmából kiadott **Emlékirat** című kiadványból (**2. kép**).

Ugyanezen kiadvány hírt ad arról is, hogy a vezetőség felkereste **Mihalicza József** sírját, koszorúval adóztak emlékének. Ebből az információból joggal gondolhatjuk, hogy **Mihalicza József** sírja ekkor valamelyik budapesti temetőben volt, vagy van még a mai napig is. A híradásból az azonban sajnos nem derül ki, hogy melyik temetőben helyezték örök nyugalomra. Bár **Mihalicza József** életútjára vonatkozó ismereteink nagyon hiányosak, az biztos, hogy **kétszeresen adta nevét a magyar világi ápolás történetéhez**. Először még a **20. század elején, mint egyesületalapító**, másodszor **napjainkban, a róla elnevezett ápolói ösztöndíjjal**.

A dokumentumok mesélnek!

Két írás korabeli értékét mutatja, hogy mindkét írás megjelent önálló „füzetként” a Betegápolásügy Könyvtárának számai között. (**4. kép**)

2. kép: Az Emlékirat címlapja



(Forrás: Magyar Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete, 1927)

Az Egyesület élete első három évtizedének főbb eseményeit 1932-ben az akkori alelnök, **Balázs Flóra** „Rövid visszapillantás a Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesületének három évtizedes működésére (1902-1932)” címmel tette közzé. (5. kép)

Ez az írás szinte irányítóként hatott, mondatai mögött az Egyesület története első három évtizedének egy-egy építőköve található. Történetünk megírásában nagy segítségünkre volt a már előzőekben említett **Emlékirat** is. E két dokumentum nagymértékben hozzájárult írásunk hitelességéhez.

Balázs Flóra írásából fentebb már idéztük az Egyesület alapítójára vonatkozó megállapítást. Ha-szerűen fontos információk találhatók benne az Egyesület célját illetően. Eszerint azzal a fő céllal hozták létre, hogy a hazánkban – a rendi nővérekkel és vöröskeresztes ápolónőkkel ellentétben – teljesen szétszórta működő **világi betegápolókat egységbe rendezze, részükre képzést, jogvédelmet, munkaközvetítést és segélyezést nyújtson**. Tehát elsősorban, mint érdekvédő szervezet műkö-

dött, de emellett célul tűzte ki – a Vöröskereszthez hasonlóan – az ápolók képzését és folyamatos vizsgáztatását is. **Ezt a feladatát a belügyminiszter 1906/40.238/III. a. számú rendelete alapján végezte.**

Egy különös szereplő

Vlacsek Pál (eredeti foglalkozása szerint cipész) a fellelt dokumentumok szerint a **Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesületének titkára**, igen megosztó személyisége volt a korabeli „egészségügyi társadalomnak”. Nevéhez pozitív és elítélendő tevékenységek is kapcsolódnak. Mint az Egyesület titkára már 1903-ban egy 150 oldal terjedelmű, 28 ábrával, majd később 36 ábrával ellátott „**Tanácsadó**” című könyvet készített „közhasználatra”, az ápolással foglalkozók és mindenki számára. (6. kép) Ebben tanácsokat, útmutatást ad minden-nemű betegségben a házi ápolásra a betegápolók és betegápolónők részére.

Nevéhez kötődik több kiadvány szerkesztése és kiadása is, de ezek néhány év után megszűntek.

A **betegápoló**: magyarországi betegápolók és ápolónők országos szaklapja (1903) – ezt még titkári minőségében adta ki.

Miután **fény** derül visszaéléseire és 1904. március 4-én kizárják az Egyesületből, további kiadványai már nem az Egyesület keretein belül kerülnek kiadásra. Ezek:

Betegápoló és ápolónői értesítő: magyarországi betegápolók és ápolónők érdekeit képviselő havi szaklap. (1906-1908)

Betegápoló, ápolónői és masszírozó értesítő: betegápolók, ápolónők és masszírozók érdekeit képviselő havi lap. (1910-1911)

Betegápolás: társadalmi és betegápolási szaklap. (1910-1911).

A Magyar Sebész Társaság 1912. május 23-án tartott nagygyűlésén **dr. Rajnai Béla**, mint a **Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesületének elnöke** hozzászólásában az alábbiakra hívta fel a figyelmet:

„...Itt volna egyúttal alkalmam a tisztelt Értekezlet figyelmét felhívni egy valóban elszomorító tényre... Egyes élelmes, kaptafájuktól irtózó mesterlegények u. i. a tisztességes haladás útját megvetvén, a betegápolás ügyét választják boldogulásuk eszközéül és minden komolyabb hivatottság híján, csupán nyereségvágyból, a közönség félrevezethetése, a hatóságok hallatlan közömbösségére és a munkátalan, faczér cseléd-népre támaszkodva üzik itt a fővárosban és az országban – betegápolók közvetítésére egyáltalában fel nem jogosított közvetítő irodáik útján valósággal megdöbbentő szemérmertlenséggel közveszélyes manipulációkat...”

3. kép: A Magyarországi Betegápolók és Betegápolónők Országos Egyesületének elnöksége, igazgatósága, alapító és régi tagjai



(Forrás: Magyar Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete, 1937)

4. kép: A Magyarországi Betegápolók és Betegápolónők Országos Egyesületének hirdetése

BETEGÁPOLÁSÜGY KÖNYVTÁRÁNAK MEGJELENT SZÁMAI

1. Rövid visszapillantás a Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesületének három évtizedes működésére (1902-1932.)
Írta: Balázs Flóra ügyv. elnök.
2. Sebészti tisztaság és a műtősnő kötelességei. Írta: Dr. Milkó Vilmos
egy. m. tanár, kórházi főorvos.
3. Orvosi babonák, egészségügyi előítéletek. Írta: Dr. Vajda Károly.
4. Semmelweis az anyák megmentője. Írta: Dr. Vajda Károly.

Emlékirat a Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesületének 25 éves fennállásának alkalmából. [Összeállított az Egyesület okmányai alapján.]

===== A fenti füzetek megszerezhetők az egyesület titkárságától. =====

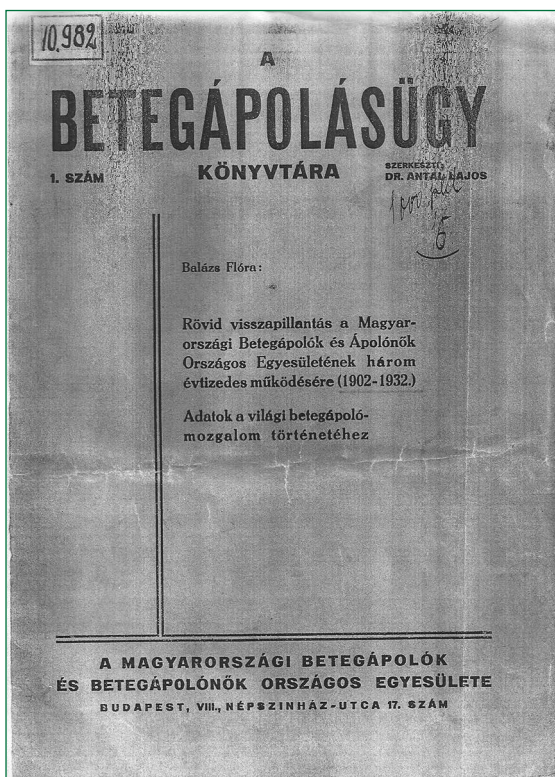
...a mi telefonszámunkkal hasonló telefonszám és cím révén sokszor tévedésből ama hírbet Vtsek Pál-féle zugirodához fo-lyamodtak ápolóért és egy-egy

bizony nagyrészt a jóhiszemű orvoskollegákat is...
...Az t a szomorú tény t pedig legjobb szeretném elhallgatni, hogy akad mindig - néhány hónapig (tovább

czéda, lelkiismeretlen leányzót vagy egy brutális, iszákos ápolót kaptak, amiért azután - úgy gondolván, hogy az országos egyesület közvetítette őket - minket vonnak felelősségre...

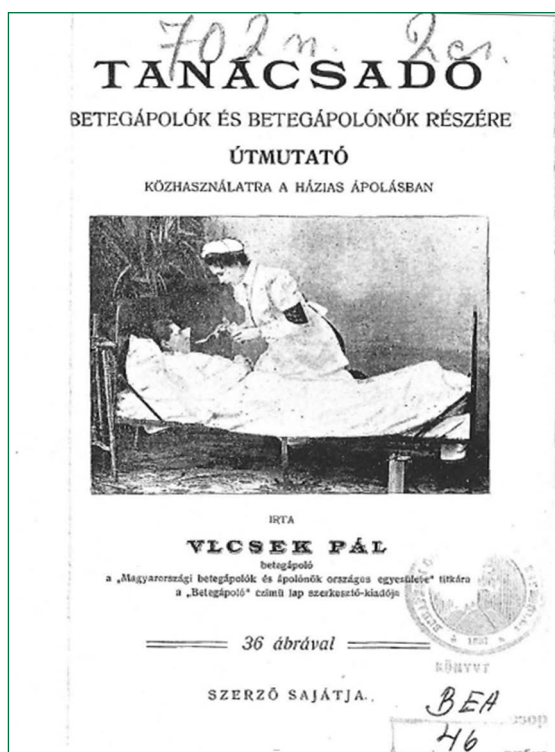
...még megemlítem, hogy sokszor sírva jönnek hozzánk szegény nők, akiknek a zsebéből 100-150 koronát kizsarolnak ezek a szélhámosok azon a címen, hogy pedicure, manicure, massage-ra stb.-re kitanítják őket, az összeg átvétele után pedig valami tudatlan ápolónőfelének adja át őket, aki mit se ért az ígért tudományhoz, ő maga pedig odébb áll, hogy beutazza az országot és szédületes reklámjaival, képtelen dolgokkal telített fercz-lapjával félrevezesse a közönséget, a hatóságokat és

5. kép: A Betegápolásügy könyvtárának 1. száma



(Forrás: Magyarországi Betegápolók és Betegápolónők Országos Egyesülete, 1932)

6. kép: Vlcsek: Tanácsadó – Betegápolók és betegápolónők részére

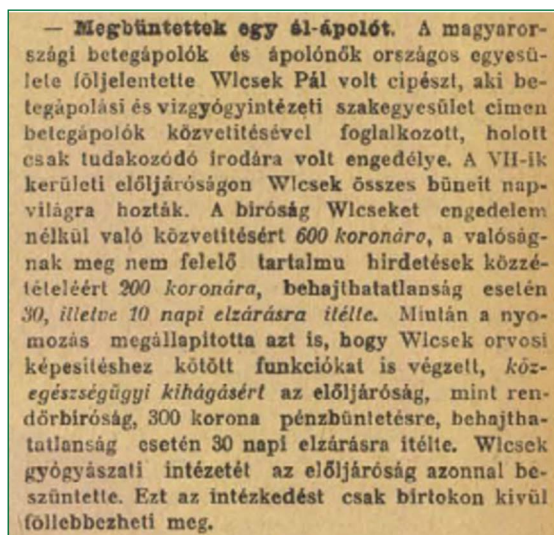


alig bírja ki) – egy-egy orvoskolléga, aki megfelelő havonkénti jutalom fejében odaengedi a nevét egy-egy »tanfolyamot» végzett ápolónő-masseuri jelölt bizonyítványa alá.

És ezek a zugirodák ilyen megbízhatatlan, közveszélyes elemmel látják el az ország kórházait, ezek a zugirodák vígan burjánsoznak szép hazánkban... Véleményem szerint az Egészségügyi Országos Tanács vagy a Belügyminisztérium útján sürgősen le kellene inteni ezeket a saját zsebükre dolgozó urakat, irodájukat azonnal becsukatni és meg nem elégedve lanyba, elnéző eljárással, őket a legszigorúbban megfenyíteni tartanám szükségesnek» (Magyar Seb-észtársaság 5. nagygyűlése (1912. május 23–25.))

A Népzsava 1912. június 28-i számában beszámolt olvasóinak arról, hogy a Budapest VII. kerületi előljáróság, mint rendőrbíróság első fokon pénzbíróság megfizetésére ítélte Vlcseket az engedély nélküli állasközvetítés és valóságnak meg nem felelő tartalmú hirdetések közzététele, orvosi képesítéshez kötött funkciók végzése és közegészségügyi kihágás miatt. (7. kép)

7. kép: Vlcsek Pál büntetése



(Forrás: Népzsava, 1912. június 28.)

Pár hónappal később, pozitív visszhangot kapott 1912 novemberében és a napilapok dicsérőleg emlékeztek meg a Vlcsek Pál által szervezett és vezetett Magyar Betegápoló Kolónia törökországi tevékenységéről. 1912. november 17-én a Budapesti Hírlap az alábbiakról tájékoztatja olvasóit:

»...Mint konstantinápolyi levelezőnk írja, a Budapestről érkezett tizenegy magyar ápolónő a kórháznak átalakított Taskisla-kaszárnyában gondozza a sebesült katonákat. A török lapok, megtudván, hogy ezek a derék nők a saját költségükön jöttek ide és semmiféle

díjazásra számot nem tartanak, meleg szavakban mondtak nekik köszönetét az ozmán nemzet nevében.

...Az egykori kaszárnyában több mint ezer sebesült fekszik, kiknek legnagyobb részét a magyar és osztrák kolónia látja el fehérművel és kötőszerral...

...Hogy az emberbaráti tevékenység folytatható legyen, újabb adományokra van szükség. Az itteni magyarok már jóformán erejükön felül áldoztak, ezért a konstantinápolyi Magyar Egyesület azzal a kéréssel fordul a sajtóhoz és annak útján a magyar közönséghez: a ki csak teheti, járuljon pénzádományával a szerencsétlen török nemzetet ért szenvedés és nyomor enyhítéséhez.” (Budapesti Hírlap, 1912. november 17.)

A Magyar Betegápoló Kolónia tevékenységét bemutató, 1913 júniusában megjelent kiadvány (8. kép) bevezetőjében Vlcsek Pál a Kolónia szervezőjeként és vezetőjeként így nyilatkozik:

8. kép: Beszámoló a Magyar Betegápoló Kolóniáról



„...az írásban megcáfolhatatlan tények, bizonyítékok és hiteles okmányok alapján az annyiszor igazságtalanul meghurcolt egyéni tisztességem is védelmet talál.

Hiába volt a sok rágalom, emberüldözés, lehetetlenné tevés kegyetlen jóakaróim részéről, ez nem sikerült ne-

kik. Érző emberi szívemmel mindig a betegápolói hivatalos nemes szolgálatában állok, ahonnan engem holmi rágalom soha nem tántoríthat el.” (Magyar Betegápoló Kolónia, 1913)

Ugyanebben a kiadványban bemutat egy ügyiratot is, amely szerint 1913 márciusában a Budapest Székesfőváros Tanácsának másodfokú rendőri büntető bírósága III. fokú ítéletében a vádak alól felmentette. (9. kép) Az indoklást olvasva kitűnik, hogy azért mentették fel, mert nem volt megállapítható, hogy ellenszolgáltatás fejében közvetített állásokat, de az nem derül ki a felmentő végzésből, hogy volt-e engedélye erre a tevékenységre – az elsőfokú rendőrbíróság szerint nem volt.

9. kép: Vlcsek Pál felmentése



(Forrás: Magyar Betegápoló Kolónia, 1913)

Vadhajtasok

Néhány újságcikkből következtethetünk egy viszonylag fiatal Egyesület nehéz időszakára. A dokumentumok alapján úgy tűnik, hogy a Vlcsek Pál már ismertetett esetéhez hasonló történetek nehezítették az Egyesület életét. Ezek az esetek különösen akkor esnek nagy súllyal a latba, ha az Egyesületben valamilyen vezető funkciót betöltő személyekhez kötődnek. Tevékenységüket vadhajtasoknak is nevezhetjük.

Ezek sorában említést kell tennünk a **Hallgató Gyula** titkár tevékenységéhez kapcsolódó, nagyon is elítélendő történetről, amely már az Egyesület létét is veszélyeztette. Hallgató Gyula titkári teendői közé tartozott a tagok által fizetendő tagdíjak beszédése is. Ebből ő jelentős összeget saját céljaira használt fel. A tagok a teljes vezetőség ellen panasszal éltek, sikkasztással vádolták. Küldöttséget indítottak a belügyminiszterhez és az ügy kivizsgálását, valamint az Egyesület feloszlását kérték. Feloszlítás nem történt, de az elnököket leváltották. A nyomozást követően a titkárt börtön- és pénzbüntetésre ítélték.

Az Egyesületben 1906-tól új vezetés működött. Az elnöki tisztséget újonnan, de rövid ideig betöltő **Hertz Ármin** még az Egyesület székhelyét is megváltoztatta. Hertz Ármin elnök helyett a tagság megválasztotta az általuk nagyon tisztelt **Madari Sándort**, akit – majd később látni fogjuk – orvos végzettségű elnök követ. **Madari Sándor** ápoló volt, a Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete alapító tagja. 1906-1908-ig az egyesület pénztárnoka, majd 1908-1909-ben elnöke. 1915. december 21-én a háború alatt a katonai egészségügy körül szerzett kiváló érdemei elismerésül a Vöröskereszt hadiékiértményes bronz díszérmét kapta. **(10. kép)**

Ezzel egy időben ismét a hosszú évekig otthont

10. kép: Madari Sándor



(Forrás: Magyar Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete, 1927)

adó Dohány utca 74.sz. épület lett az Egyesület székhelye.

Mások is színre lépnek. A „nagy próbálkozás – kis eredmény”

A Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Egyesületének történetét indokolt egy kicsit tágabb környezetbe helyezni tekintettel arra, hogy az ápolás és az ápolóképzés a 20. század első évtizedeiben szinte minden területen központi kérdéssé vált. Magas rangú támogatókkal újabb egyesületek alakultak. A rendi ápolás és a Vöröskereszt ápolóképzéssel kapcsolatos szerepe mellett mások megjelenése időnként még feszültséget is okozott. Itt csak a legjelentősebbet mutatjuk be.

A Vöröskereszttel együttműködve 1906-ban alakult meg a budapesti „**Gondviselés Ápolónőket Képző Egyesület**”. Megalakításban aktív szerepet játszott **gróf Batthyány Lajosné, dr. Korányi Frigyes**, de közreműködést vállalt még néhány – az orvoslás történetéből – ismert személyiség is, mint **dr. Müller Kálmán, dr. Herczel Manó, dr. Fialka Gusztáv** is.

Korányi Frigyes és Herczel Manó orvostanárook felhívást bocsátottak ki a nagyközönséghez, amelyben segítséget kértek, hogy betegápolónőket képző intézetet létesíthessenek. Ez az intézet új életpályát nyithat a nőknek. Meghatározták, hogy ki lehet a tagja az egyesületnek. Eszerint a Gondviselés Ápolónőket Képző Egyesület tagja lehet:

Alapító, aki az egyesület céljaira egyszer s mindenkorra 1000 (egyezer) koronát ad.

Pártoló tag, aki egyszer és mindenkorra 100 (egyszáz) koronát fizet.

Rendes tag, aki háromévi kötelezettséggel évenként 10 (tíz) koronát fizet.

Tetszés szerinti adományokat vagy felülfizetéseket az egyesület céljaira hírlapilag nyugtáz az egyesület pénztárosa.

Az évtized végén, 1910-ben jelent meg *A kenyérkereső asszony* címmel a pályaválasztás előtt álló nők kalauza. A kötet részletesen közölte az egyes munkakörökhöz meghatározott szakképesítések előírásait és egyéb jellemzőit. A betegápolás fejezetben olvashatjuk, hogy Magyarországon **két egyesület** képez ki szakszerűen betegápolónőket: A **Vöröskereszt Egyesület és a Gondviselés betegápolónőket képző egyesület**. A Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete azonban még csak **említésre sem került**, pedig akkor már belügyminiszteri rendelet alapján negyedik éve végezte a betegápolói tanfolyamok szervezését.

A Gondviselés külföldi mintákat tanulmányozva alakította ki képzési rendszerét. Nagy hangsúlyt

helyeztek arra, hogy a tanfolyamaikra jelentkezők az előírt iskolai végzettség birtokában legyenek. A képzés hat hétig tartó elméleti és két hétig tartó gyakorlati részből állt és tandíjköteles volt.

A szigorú előírások között olyan is található, ami valószínű nem segítette az ápolói pálya iránti tömeges érdeklődést. Csak egy példa: *„Az ápolónő addig, amíg az intézet tagja, házasságot nem köthet, s ha mint férjes nő lépett a betegápolónői pályára, férjével háztartási életközösséget nem folytathat.”* (A kenyérkereső asszony, 1910)

A növendékeket az Egyesülettel azonos nevet viselő gyakorló kórházukban képezték ki, a kiképzett ápolók pedig a Vöröskereszt Egyesület kötelékében, kórházakban teljesítettek szolgálatot. Az első 12 kiképzett ápoló 1909-ben a balkáni háborúban is részt vett.

Vlcsek Pál, mint a „Magyar Betegápoló Kolónia” szervezője és vezetője a korábban már említett kiadványában képekkel illusztrálva írja le az ápolónők háborús körülmények közötti munkáját. Az egyik képen névvel is megnevezve látható a 12 ápolónő. (11. kép)

A **Gondviselés Egyesület** – tagjainak bőkezű adományaiból – az ápolónőinek az átlagnál jóval magasabb, a nyugat-európai szintet megközelítő fizetést és nyugdíjat biztosított. A **belügyminiszter**

az Egyesület céljai megvalósítására első alkalommal százezer koronát adományozott. A későbbiek során is – az 1919. év végén történő megszűnéséig – rendszeres „állami” támogatásban is részesültek, beleértve a kórházalapítást is (Ilka u.5.).

Valójában a magánkezdeményezéssel, magánlakásban induló – ugyan jelentős állami támogatást élvező – egyesület helyszűke miatt nem tudta növelni a képzésben résztvevők számát. Több sikertelen próbálkozás után az egyesület az első világháború után megszűnt. A háború alatt – tiszti hadikórházként működő – épületét a hasonló célú **Lorántffy Zsuzsanna Egyesület** örökölte és polgári betegek ellátására működtette.

A viszonylag rövid életű **Gondviselés Ápolónőket Képző Egyesület** megszűnésekor az alábbi felhívás jelent meg a Budapesti Közlönyben. (12. kép)

Középpontban az ápolás és az ápolóképzés

A 20. század első évtizede körüli években több, az ápolás tarthatatlan helyzete megoldását célzó javaslat, hivatalos beadvány született a legnevesebb magyar orvosok és magas rangú hivatalnokok tollából, de sajnos ezekből a gyakorlatban alig valósult meg valami. Érdekes ezek közül néhányat megis-

11. kép: A Magyar Betegápoló Kolónia kiképzett ápolói és kísérőik



(Forrás: Magyar Betegápoló Kolónia, 1913)

12. kép: A Gondviselés Ápolónőket Képző Egyesület megszűntetésekor közzétett felhívás

Budapesti Közlöny., 1919-12-05 / 182. szám
Felhívás.
A Gondviselés ápolónőket Képző Egyesület nevében felhívom mindazokat,
akiknek nevezett egyesülettől vagy kórházával szemben bármi néven
nevezendő követelésük van, hogy azt részletezve nyolc napon belül irodámban
írásban jelentsék be.
Dr. Ángyán Béla,
2642 Budapest, IV., Szépi-utca 1.

merni. Ezek legtöbbjét a Gondviselés Ápolóképző Egyesület létrejötte hozta felszínre.

Az egyik jelentősebb írás **dr. Grósz Emil** tollából származik és „**A betegek ápolása**” címmel a **Budapesti Hírlapban** napi hírként jelent meg. Ebben a szerző szinte példaként mutatta be a három nagy „kultúr nemzet”, Anglia, a Német Birodalom és Franciaország viszonyát az ápoláshoz, és reményét, vágyát hozta a nagyközönség tudtára dolgozata kezdő és befejező soraiban.

„A művelődésnek valóságos fokmérője az a gondoskodás, melyben a betegek részesülnek és az a színvonal, melyen a betegápolással foglalkozók állnak...”

„...Mindaddig nálunk az ápolónő-kérdésben alig történt valami, úgy látszik, egy jobb idő küszöbén állunk. Néhány előkelő hölgy, Batthyány Lajosné grófnéval és Hampel Józsefnével élükön, néhány egyetemi tanár és orvos, Müller Kálmánnal élükön, megalapítják a Gondviselés ápolónőket képző egyesületet, s ezzel első alapját rakják le egy intézménynek, melyre égető szükségünk van.

De ahhoz, hogy az egyesület széles körökre terjeszthesse ki működését, az szükséges, hogy az állam és társadalom hathatósan fölkarolja.

Nem elég az anyagi támogatás, hanem az angol lányok példája kell, akik nem irtóznak gyöngéd, ápoló kezeikkel a beteg testét megérinteni, annak ágyát megvetni, s a legterhebb szolgálatot teljesíteni. Akkor aztán a hivatásnak becsülete lesz!” (Grósz, 1907)

A másik híres írás **Korányi Frigyes** előadása teljes szövegének közzététele volt. Ez a dokumentum egyrészt a világi és magyar ápolás történeti áttekintése, másrészt a „Hogyan tovább ápolás?” kérdéseinek csokra, azaz hol tartunk, és merre haladjunk. Központi helyet kapott az írásban a rendi ápolók mellett egy magas szintű, világi ápolóképzés megteremtése. Ez az írás egyben a frissen megalakult Gondviselés Egyesület méltatása is volt.

Ezt követően 1909 januárjában az Országos Közegészségi Tanács **Janny Gyula** előterjesztésében tárgyalta „**A betegápolók képzése**” tárgyú dokumentumot. Ebben csak a Vöröskereszt és a „Gondviselés” került pozitívan említésre. Az utóbbi működésével

kapcsolatban a dokumentum egyik kitétele így szól: „*az elmúlt év óta, már a Gondviselés egyesület is megkezdte első tanfolyamát, elsősorban olyan ápolók kiképzésére, kik minőségükönél fogva inkább magánápolásra valók*”. (A betegápolók képzése, 1909)

Az előterjesztés javaslatként tartalmazza az ápolóképzés főbb elemeit: az elméleti képzés idejét és tartalmát, a gyakorlat idejét és helyét. A Gondviselés modellt

vette alapul, ezen túl javaslatot tesz egy szabályzat kidolgozására is (pl. ápolók jogai és kötelességei).

A Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Egyesületének életében fordulópontot jelentett az a pillanat, amikor 1909-ben megválasztották orvos-elnöknek **dr. Rajnai Béla** sebészt, aki célul tűzte ki többek között az ápolói képesítés egységes és országos rendezését és az ápolók életkörülményeinek rendezését. **(13. kép)** Ezen túl az előzőekben már bemutatott, magán kiadványoknak tűnő „lapok” helyett új kiadványt jelentett meg: **Magyarországi Betegápolók Lapja**.

Felelős szerkesztő **dr. Rajnai Béla** elnök, a ki-

13. kép: Dr. Rajnai Béla



(Forrás: Magyar Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete, 1927)

adó-tulajdonos a Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete volt. A szerkesztőség és kiadóhivatal megegyezett az Egyesület székhelyével (Budapest VII. Dohány-u. 74.).

A **Magyar Sebésztársaság** 1912 májusában tartott kongresszusán külön napirendre tűzte az ápoló személyzet képzésének, az ápolás szabályozásának égetővé vált ügyét. Kötelességüknek érezték, hogy tapasztalataikról beszámoljanak az „illetékes” köröknek. Neves hozzászólók között volt többek között **Dr. Rajnai Béla**, akkor már az Egyesület orvos elnöke. Megszívlelésre ajánlotta a 10 év óta fennálló és szép fejlődésnek indult Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete addigi tapasztalatait.

Dr. Rajnai Béla külön felhívta a figyelmet az ápolók kiszolgáltatott helyzetére, az ápolókat „pénzért kizárólag, közvetítő” cégek betiltására, a „vadhajtások” mielőbbi lenyesésére. Néven nevezte Vlcsek Pált (Erzsébet-körút 22.) és Szélig Mihályt (Erzsébet-körút 29.), aki a „Közegészségi alkalmazottak országos egyesületének” címét bitorolta!

A Kongresszus bizottsága által készített tervezetet eljuttatták az illetékes minisztérium részére. Többek között ez a dokumentum képezte az **Országos Közegészségi Tanács** részére 1913-ban, már második alkalommal, ápolásügyben beterjesztett javaslat alapját.

A Tanács **„Az ápolóképzés és ápolókérdés ügye”** címmel tűzte napirendre a megoldandó problémákat. Az ügy fontosságát jelzi az előadó, **dr. Magyarevits Mladen** tiszti főorvos személye is. Sajnos, jelentősebb eredmények nem láttak napvilágot, ennek oka lehetett az első világháború kitörése is.

És most térjünk vissza Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete szűkebb történetéhez. Mint előbb már említésre került, meghatározó jelentőségű volt **dr. Rajnai Béla** műtőorvos nagy lelkesedéssel „orvos-elnökké” választása, aki ezt a szerepet – az első világháborúban való orvosi ténykedése kivételével – 1932-ben bekövetkezett haláláig látta el.

Dr. Rajnai Béla elkészítette az egyesület szervezeti és működési rendjét és fegyelmi szabályzatát. Programjának középpontjában a világi betegápolás és az ápolók társadalmi elismertetése állt. Ennek fő eszközéül az ápolóképzés országos rendezését és az ápolók élet- és munkakörülményeinek, nyugdíjazásának rendezését jelölte meg. A tanfolyamokon való részvételt az Egyesület tagjai számára közigyelési határozattal kötelezővé tették. Az évről-évi vizsgákat, a fogadalomtételt kormánybiztos felügyelte. Egyébként az Egyesület már 1906-tól belügyminiszteri engedély alapján rendszeresen szervezett

tanfolyamokat, de egyéb tervek csak részben vagy egyáltalán nem valósultak meg (pl. a nyugdíjazás ügye).

Az első világháborúra való készülődés, majd a háború kitörése új helyzetet teremtett. Az Egyesületet segítő orvosok rendkívüli tanfolyamokat szerveztek a tagok és az önkéntesen jelentkezők részére, akik a – Vöröskeresztes ápolókkal együtt – hadi kórházakban vagy tábori kórházakban dolgoztak, voltak, akik a fronton vállaltak ápolási, sebesült ellátási feladatokat.

Dinyér István 1932-ben visszaemlékező jegyzetében a krónikás szemével írt az Egyesületről, a betegápolásügy három évtizedéről, és érintette a nagy háborút is. Szavai csak szó szerint idézve tükrözik vissza az akkori helyzetet: *„...a háború alatt egy pályát sem rohantak meg jobban, mint a betegápolását. Kezdetben, még amikor nagy volt a lelkesedés, a felsőbb körökből rekrutálódott „önkéntes” betegápolónők vették át a főszereplést. Ott voltak mindenütt, ahol betegápolásról volt szó. Tisztelet, elismerés, megbecsülés volt a béruk. Előkelő megjelenésükkel, szolgálatkészségükkel, vigasztaló angyaloknak tűntek fel a frontról visszakerült sebesültek szemében. Kezdetben úgy is látszott, hogy önfeláldozásuk nem ösmer határt. Azonban a legszebb zenét is megunja az állandóan hallgatni. A sebesültek jaj- és panaszszavait, a lázálmodó delíriumában elhangzott kitöréseit pedig igazán nem lehet a zenéhez hasonlítani. Hallgatását rövidesen megunták az önkéntes ápolónők nagy része és a nagy fellángolást, a nemes ügy iránt való áldozatkészséget sokaknál lanyhulás, majd a kiábrándulás váltotta fel.*

Sok megfontolás arra készítette a hadi kórházak vezetéseit, hogy az önkéntes ápolónők működéséről lemondjanak és fizetett betegápoló személyzettel lássák el a kórházakat. Ez intézkedés következtében rövidesen ezren és ezren jelentkeztek beteget ápolni. Minél tovább tartott a háború, annál jobban emelkedett a betegek létszáma, ezzel párhuzamban növekedett az ápoló személyzet száma is. És amikor a háború véget ért, a kórházak kiürültek. Az állás nélkül maradt betegápoló személyzet nagy része tovább is ezen a pályán igyekezett működni. Helyzetük napról-napra súlyosbodott, így e pálya is dicsekedhetett sok állástalan, nyugtalan egyénnel...” (Dinyér, 1932)

Köszönetnyilvánítás

Tisztelet és köszönet mindazoknak, akik munkánk létrejöttéhez hozzájárultak! Külön köszönet a Semmelweis Orvostörténeti Könyvtár és Levéltár, az Országos Epidemiológiai Központ Könyvtára, az Állami Egészségügyi Ellátó Központ Szakkönyvtára munkatársainak.

Irodalomjegyzék

1. A betegápolók képzése. *Közegészségügy* 1909.02.01.3. szám
2. A kenyérkereső asszony pályaválasztás előtt álló nők kalauza összeállította Hollósné De Grobois Nándin Budapest, Rákosi Jenő Budapesti Hírlap Újságvállalata M DCCCX Budapesti Hírlap Nyomdája
3. Az ápolóképzés és ápolókérdés ügye. *Közegészségügy* 1913. 07.01. 13. szám
4. A Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete alapszabályai. (1902). Budapest: Birócz és társaság Könyvnyomdája
5. Magyar Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete (1927). Emlékirat a Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesületének 25 éves fennállása alkalmából. Budapest
6. Balázs, F. (1932). Rövid visszapillantás a Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesületének három évtizedes működésére (1902-1932). *Betegápolásügy*, 12. (9)
7. *Belügyi közlöny*, 1902-06-29. 27. szám
8. Betlehem, J. (2003). Néhány szó az elfelejtett „Betegápolásügy”-ről. *Nővér*, 16, 4.
9. Boroviczenyi, N. (1907). A szociális tevékenység kézikönyve. Budapest, Stephaneum nyomda r.t. 1907.
10. *Budapesti közlöny*, 1898-06-15. 32. évfolyam 136. szám
11. *Budapesti közlöny*, 1919. december 53. évfolyam, 179-200. szám
12. Dinyér, I. (1932). Jegyzetek a világi betegápolás utolsó három évtizedének magyarországi történetéhez. *Betegápolásügy*, 13, 2: 39-41
13. Johan, B. (1929). Az ápolónő- és védőnőkérdésről. m. Kir. Orsz. Közegészségügyi Intézet, Budapest
14. Egészségügyi alkalmazottak lapja XII. évfolyam, 5. szám 1932. május
15. Grósz, E. (1907). A betegek ápolása. *Budapesti Hírlap* 1907.05.05. 107. szám
16. Korányi, F. (1907). A betegápolásról. *Jó egészség* 10
17. Magyar Betegápoló Kolónia (1913). Magyar Betegápoló Kolónia a Veres Félhold Szolgálatában a nagy balkán-háborúban. Budapest Hédivig Ny.
18. Magyar sebésztársaság 5. Nagy gyűlése (1912. május 23-25.)
19. *Orvosi Hetilap*, 1932-09-17. 76. évfolyam, 37. szám

Gratulálunk!

Batthyány-Strattmann László születésének 147. évfordulója alkalmából rendezett ünnepségen Balog Zoltán, az emberi erőforrások minisztere és dr. Ónodi-Szűcs Zoltán egészségügyért felelős államtitkár szakmai elismeréseket, kitüntetéseket adott át.

Az egészségügyi ellátás fejlesztése érdekében végzett szakmai munkája, kimagasló teljesítménye elismeréseként Batthyány-Strattmann László díjban részesült:

Dr. Asztalosné Haskó Szilvia Zsuzsanna, a Békés Megyei Központi Kórház intézetvezető szakoktatója,

Gémesiné Lőrincz Márta, a Pest Megyei Flór Ferenc Kórház ápolási igazgatója.

Az egészségügyi ellátás érdekében végzett kiemelkedő szakmai tevékenysége elismeréseként Pro Sanitate díjban részesült:

Szabó Istvánné, a Soproni Gyógyközpont Belgyógyászat – Kardiológiai Osztályának főnővére.

Az egészségügy területén végzett magas színvonalú szakmai munkájukért Miniszteri Elismerő Oklevélben részesültek:

Kajári Gáborné, a Békés Megyei Központi Kórház Dr. Réthy Pál Tagkórház Fül-Orr-Gégészeti Osztály vezető ápolója,

Kramcsák Mónika Erika, a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Gyermeksebészeti, Traumatológiai és Égési Osztály vezető ápolója,

Mecseki Nikolett, a XIII. kerületi Egészségügyi Szolgálat vezető főnővére,

Románné Csörnyei Orsolya, a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Idegsebészeti Klinika ápolásszakmai igazgatóhelyettese,

a Békés Megyei Központi Kórház Dr. Réthy Pál Tagkórház Központi Műtő kollektívája,

a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet, Janus Pannonius Klinikai Tömb Intenzív Osztály szakdolgozói közössége.

KITEKINTÉS

Magyar Szívsebészeti Társaság XXIV. Kongresszusa

DEÁK András

ÖSSZEFOGLALÁS

Hamarosan a hazánkban végzett első nyitott szívűtét 60. évfordulóját ünnepli a magyar szívsebészeti szakmai közösség. Idén Pécsen tartották éves szakmai találkozójukat. A hazai szívsebészeti centrumok szakmai és tudományos eredményeiről, kiemelten a szívsebészet új innovatív lehetőségeiről megtartott kongresszus lehetőséget adott arra, hogy a szakdolgozók (köztük a csak e területen megtalálható speciális szakterület dolgozói, a kardiotechnikusok) tudományos előadások keretein belül számoljanak be egymásnak a közelmúlt szakmai eredményeiről.

XXIV. Congress of the Hungarian Heart Surgery Society

András DEÁK

SUMMARY

The 60th anniversary of the first open heart surgery in Hungary is shortly celebrated by the Hungarian cardiac surgeons, who held their annual meeting in Pécs. The conference on recent professional and scientific results and innovations of the Hungarian cardiac surgical centres provided an opportunity for healthcare professionals (including the perfusionists unique in this field) to report on their current professional results and experiences within scientific lectures and discussions.

DEÁK András kardiotechnikus,
PTE KK Szívgyógyászati Klinika
Szívsebészeti Műtő
elnök, Magyar Perfúziós
Társaság

Levelező szerző

(correspondent):

DEÁK András;

e-mail: deak.andras@pte.hu

Beérkezett: 2017. november 10.

Elfogadva: 2017. november 27.

2017 évben Pécsen rendezte a Magyar Szívsebészeti Társaság a XXIV. kongresszusát. Az éves rotációban budapesti-vidéki szívsebészeti centrumok által megrendezésre kerülő szakmai rendezvény jól beleillett a PTE „Jubileum 650” rendezvénysorozatba. A hagyományosan magas színvonalú előadásokat rendszerint „teltház” érdeklődés kísérte. A kongresszus fővédnökei között tudhattuk Udvardy György pécsi megyéspüspököt, dr. Ónodi-Szűcs Zoltán egészség-

ügyért felelős államtitkárt, prof. dr. Betlehem József miniszteri biztos, dékánt (a szakdolgozók fővédnökeként), prof. dr. Bódis Józsefet, a PTE rektorát, prof. dr. Papp Lajost, dr. Sebestyén Andor PTE KK elnököt és prof. dr. Miseta Attila PTE ÁOK dékánt. A klinikát 10 éve vezető, és épp a kongresszussal egy időben az intézményvezetésről leköszönő, ám még egy évig a Magyar Szívsebészeti Társaság elnökeként regnáló prof. dr. Szabados Sándort (aki



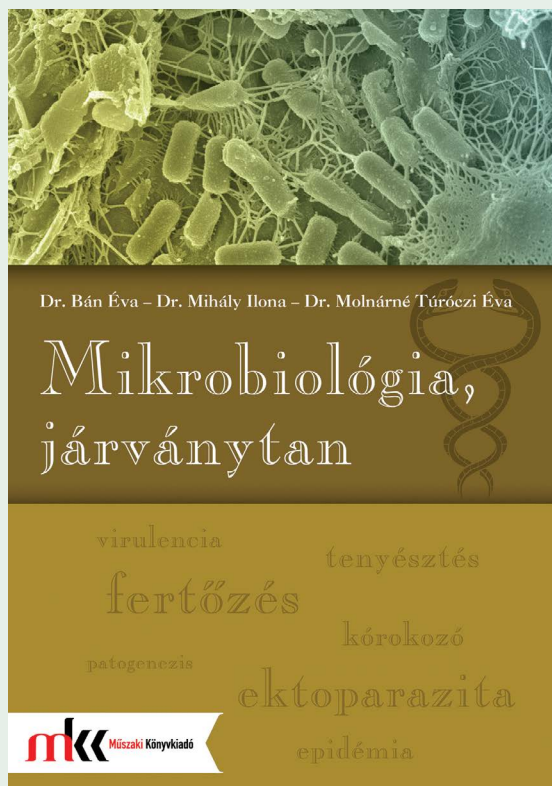


épp a kongresszus idején ünnepelte 65. születésnapját) tartalmaz előadássorozattal köszöntötték kollégái és az általa vezetett Intézmény szakdolgozói. A szakdolgozói szekcióban öt előadás hangzott el: Perioperatív betegoktatási program bevezetése a DEKK Kardiológiai és Szívsebészeti Klinikáján (Kalocsai Cecília; diplomás ápoló); Szakdolgozói feladatok szívűtőre kerülő betegek preoperatív ambuláns vizsgálata során a PTE KK Szívgyógyászati Klinikán (Juhász Csilla; diplomás ápoló); A sebfertőzés prevenciója a pécsi szívsebészeti osztályon (Bory Éva; diplomás ápoló); Csak egy drain... Csak egy drain? (Vadász Gábor; aneszteziológiai szakasszisztens); Légzési elégtelenség fizioterápiás kezelési lehetőségei (Bibó Alpár; gyógytornász BSc).

Mi, kardiotechnikusok pedig öt előadásos önálló szekcióval ünnepeltük, és előadásainkkal emelni kívántuk a Kongresszus értékét. Ebben a szekcióban az alábbi előadások hangzottak el: Kardiotechnikusi schematizmus (Wéber György; diplomás ápoló); BSA? A testfelület számított értéke (Deák András; ápoló BSc); Életben tartjuk az agysejteket (Csapó Gyöngyi; diplomás ápoló); Kardioplégia melegen, véresen, ahogy mi csináljuk (Törökne Bagoly Zsuzsanna; aneszteziológiai szakasszisztens);

Membrán oxygenátor – a teflontól a polimetilpenténig (Czigler László; intenzív terápiás szakasszisztens). A kongresszus témái a szívsebészet egy-egy fontos, lényeges témakörét ölelték fel. Hagyományoknak megfelelően összefoglalásra kerültek a hazai szívsebészeti centrumok szakmai és tudományos eredményei, kiemelten nagy hangsúlyt adva a szívsebészet új innovatív lehetőségeinek. A tartalmas, az egyes szakterületek legfrissebb, a nemzetközi ajánlásokat, protokollokat követő szakmai programok után ismét lehetőségünk nyílt kötetlenül, informális környezetben az ország többi szívcentrumából érkezett munkatársakkal találkozni, a lelkiismeretesen elvégzett éves munka után fehér asztal mellett megpihenni. A kötetlen beszélgetés mellett, sort kerítettünk arra is, hogy az országban elsőként megalakult, de mára „Csipkerózsika álomba merült” szakmai szerveződésünket, a Magyar Perfúziós Társaságot friss energiákkal újjáélesszük, és új tisztségviselőket válasszunk. Összességében mind az orvosi, a kutatói, a szakdolgozói és a kardiotechnikusi előadásprogram színvonalában, mennyiségében és tartalmában méltó folytatása volt a közel negyedszázados szakmai találkozóinknak.

A kiadványok megrendelhetők a Műszaki Kiadó webáruházában, a www.konyvbagoly.hu oldalon.



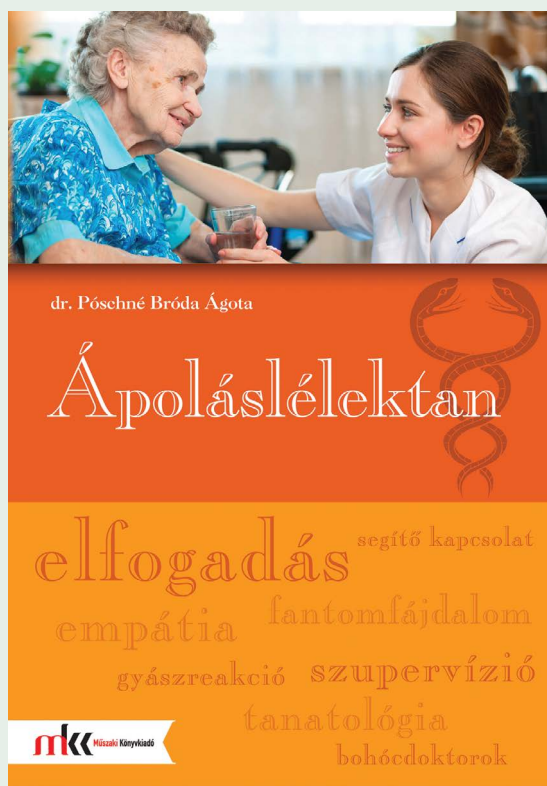
Mikrobiológia, járványtan

Szerzők: Dr. Bán Éva, Dr. Mihály Ilona,
Dr. Molnárné Túróczi Éva

Kiadói kód: MK-6601

Betekintő oldalak linkje:

<http://www.calameo.com/read/0003847615aed40748de4>



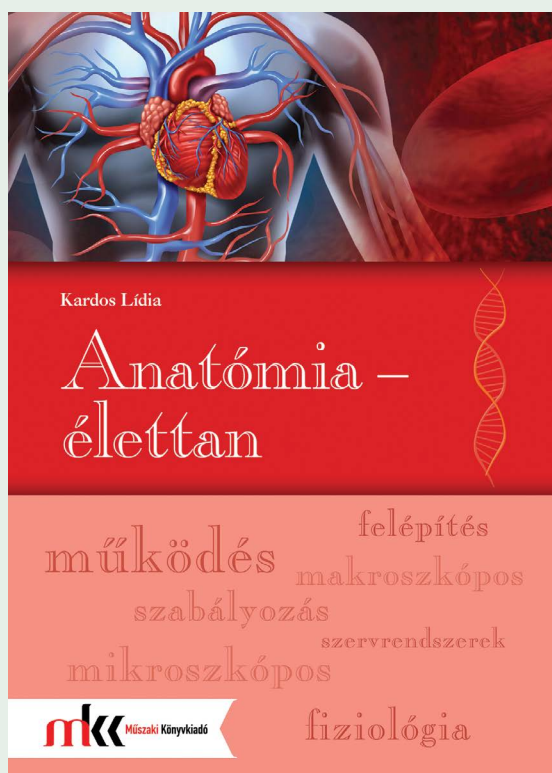
Ápoláslélektan

Szerző: Póschné Bróda Ágota

Kiadói kód: MK-6605

Betekintő oldalak linkje:

<http://www.calameo.com/read/0003847618cdedc6d82a2>



Anatómia – élettan

Szerző: Kardos Lília

Kiadói kód: MK-6611

Betekintő oldalak linkje:

<http://www.calameo.com/read/000384761dd11889ab676>

