

NŐVÉR



AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

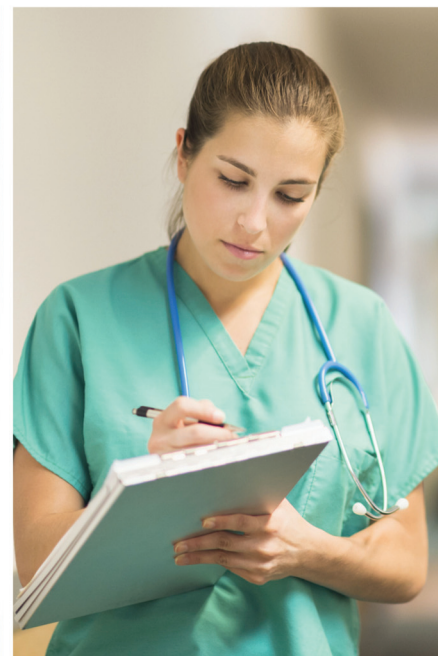
Scientific and educational journal
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

2018. 31. ÉVFOLYAM 1. SZÁM

A TARTALOMBÓL:

Alvászavar az intenzív osztályon

Myocardialis infarctust követő életmódváltást
befolyásoló tényezők



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



Fizessen elő változatlan áron a Nővér folyóiratra és szerezzen akár 52 továbbképzési pontot!



A Nővér tudományos és továbbképző szakfolyóirat éves előfizetési díja évek óta változatlan, miközben minősége folyamatosan emelkedik. **Az éves előfizetési díj online formátum esetén mindösszesen 3.500,- Ft, papír alapú formátum esetén pedig 4.500,- Ft.** Az előfizetők nemcsak a legfrissebb lapszámokhoz férhetnek hozzá, hanem az archív online lapszámokhoz is egyaránt! Ily módon, ha előfizet a Nővér folyóiratra a rendkívüli pontszerzési lehetőség egyenesen otthonába érkezik! Megrendelését online is leadhatja a Kamara honlapján keresztül.

A Kamara gondozásában megjelent Nővér szakfolyóirat 2015., 2016. és 2017. évi lapszámaiban megjelent publikációk minősítésre kerültek, azaz beleszámítanak a szakdolgozók szabadon választható pontértékének megszerzésébe. Az alábbi táblázat részletesen tartalmazza, hogy az egyes évfolyamokban megjelent publikációkhoz tartozó tesztkérdések megválaszolásával, mely szakmacsoportba tartozó előfizetők szerezhetnek továbbképzési pontokat.

Szakmacsoport	2015. évi lapszámok	2016. évi lapszámok	2017. évi lapszámok
felnőtt ápolás és gondozás gyermekápolás és gondozás sürgősségi ellátás	16 pont	16 pont	20 pont
általános és elektrofiziológiai asszisztencia egészségügyi menedzsment			
közegészségügy és népegészségügy			
	----	----	
MINDÖSSZESEN AKÁR 52 TOVÁBBKÉPZÉSI PONT!			

A pontigazolások kiadásához két feltétel szükséges: a Nővér folyóirat előfizetése, valamint az adott évfolyamhoz tartozó 15 kérdésből álló teszt sikeres teljesítése.

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, 2018;31(1):1-40.

TARTALOMJEGYZÉK

ÁPOLÁSTÖRTÉNET

Ahogy elkezdődött... (Ápolástörténetünk egy kis szelete, amelyről már csak a kevéske, megsárgult dokumentum mesél...) 2. rész 3
Sövényi Ferencné, Perkó Magdolna, Fedineczné Vittay Katalin

EREDETI KÖZLEMÉNY

Alvászavar az intenzív osztályon 17
Pusztai Dorina Erzsébet, Fullér Noémi

A teammunka és a tájékoztatás jelentősége a stroke utáni rehabilitációban 24
Horváth Orsolya, Sterlik Krisztina

EREDETI KÖZLEMÉNY, TOVÁBBKÉPZÉS

Myocardialis infarctust követő életmódváltást befolyásoló tényezők 30
Halász Henrietta, Meixner Istvánné

EREDETI KÖZLEMÉNY

Ápolási nehézségek eltérő kultúrájú páciensek kezelése során 37
Martin Červený, Mária Kilíková

CONTENTS

NURSING HISTORY

How it all started: Untold Chapters of Nursing History in Hungary as testified by foxed Documents Part 2. 3
Ferencné Sövényi, Magdolna Perkó, Katalin Fedineczné Vittay

ORIGINAL CONTRIBUTION

Sleep Disorders among ICU Patients 17
Dorina Erzsébet Pusztai, Noémi Fullér

The Importance of Teamwork and Patient Education in the Rehabilitation of Stroke Patients 24
Orsolya Horváth, Krisztina Sterlik

ORIGINAL CONTRIBUTION, CONTINUING EDUCATION

Factors influencing Lifestyle Changes following Myocardial Infarction 30
Henrietta Halász, Istvánné Meixner

ORIGINAL CONTRIBUTION

Nursing Difficulties during the Treatment of Patients from different Cultures 37
Martin Červený, Mária Kilíková

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 írással 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
1880 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)

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. PhD. 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

Ahogy elkezdődött... (Ápolástörténetünk egy kis szelete, amelyről már csak a kevéske, megsárgult dokumentum mesél...) 2. rész

SÖVÉNYI Ferencné, PERKÓ Magdolna, DR. FEDINECZNÉ VITTAY Katalin

Különösen nehéz évek

A világháború befejezése után jelentősen megváltoztak a társadalmi, a gazdasági és a politikai körülmények, és ezek kihatással voltak az Egyesület életére is. Különösen nehéz helyzetbe kerültek a Tanácsköztársaság („a Kommün”) 133 napja alatt. Az ápoló tagjaik a kórházakban ápolást nyújtottak, hogy ne maradjanak munka nélkül és ne segélyre szorulva tengessék életüket. Az Egyesület életének krónikásai külön kiemelik 1919. január 31-ét. Ennek oka az volt, hogy a **Városi Alkalmazottak Országos Szövetsége** (VAOSZ) magába akarta olvasztani a „teljes Egyesület” addig elért eredményeit, értékeit és vagyonát.

Az Egyesület 1919 januárjának első felében fuzionált a **fürdősök egyesületével**, akiket a VAOSZ szintén megszorogatótt. Együttes közgyűlést hívtak össze a régi képviselőházban, hogy szentesítsék a megállapodást a két egyesület elhatározásáról. A határozat tartalmazta, hogy megalakítják a **Szaktanácsadók Országos Szövetségét**, amelyhez mindkét testület csatlakozik majd. A határozatot elfogadták és megalakult a Szaktanácsadók Szövetsége.

A VAOSZ erre a napra a Képviselőház elé felvonultatta az utca minden csőcselékét, akik a Házba bemenni csak azért nem tudtak, mert a kivezényelt karhatalom azt megakadályozta. Rövid időn belül azonban a tömeg teljesen megvadult, a rendőröknek sem sikerült visszatartaniuk őket. Betódultak az épületbe, törtek, zúztak, az Egyesület tagjait azonban a rendőröknek sikerült kimenekíteniük.

A fürdőöket azonban néhány áruló befolyása révén mégis sikerült a VAOSZ-hoz csatlakozásra bírni, a Szaktanácsadók Szövetsége megszűnt. Az Egyesület haladt volna tovább a maga megtervezett útján, amíg

egy újabb csapás nem érte: 1919. január végén betörték az Egyesület épületébe, az ott lévő tagokat összeverték, törtek zúztak, kitépték a telefont és mozgatható értéket elloptak. Napokig tartott a helyreállítás, a telefont is sikerült visszakapni. A VAOSZ emberei látva, hogy vandalizmusuk nem érte el a kellő eredményt, ismét kísérletet tettek arra, hogy az Egyesületet beolvadásra bírják. Madari Sándor, az akkori elnök és az összegyűlt tagok azonban kijelentették, hogy „betörőkkel nem tárgyalunk!” A VAOSZ válasza erre az volt, hogy nem engedték az Egyesület tagjait munkát vállalni, álláshoz jutni, a munkanélküli segélyt is csak a VAOSZ-on keresztül lehetett kapni, de természetesen ezt is megtagadták. Közben kikiáltották a Tanácsköztársaságot, tudomásul kellett venniük, hogy az Egyesület napjai meg vannak számlálva. Végül kénytelenek voltak engedni a VAOSZ-nak.

Erre utal az 1919. április 15-én a Népszavában megjelent rövid hír: „A Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete (Dohány u. 74 I/1) működési körét és közvetítő irodáját áthelyezte a VAOSZ –be (VIII. Csokonai utca 8).” Ugyancsak ennek megtörténtét igazolja a Budapest Főváros Levéltárában fellelhető dokumentum, amelynek értelmében: „Az egyesület 1919-ben, áprilisban megszűnt s bekezdésítették a V.A.O. Szövetségébe.” A jegyzőkönyv 1921 novemberében készült. (Budapest Főváros Levéltára IV1428- VII- 42943/1921)

1919 őszén megalakult a **Keresztény Szocialista Egészségügyi Alkalmazottak Országos Szövetsége**, mint érdekvédelmi szervezet. Az új Szövetség élére két elnököt állítottak **dr. Krizs Árpád és Balázs Flóra (1. kép)** személyében. A Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesületének elnökei akkor: **Madari Sándor és Balázs Flóra**. Titkárok: **Szieben József, Deák Mária**.

Az első határozataik közé tartozott egy lap indítása, amely **Egészségügyi Alkalmazottak Lapja** néven jelent meg 1921-ben és majd, mint később látjuk **BETEGÁPOLÁSÜGY** néven működött 1932-től 1944. év végéig.

A Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete — mint ahogyan említik az „Anya Egyesület” — a régi alapszabálya és autonóm joga fenntartása mellett csatlakozott a Szövetséghez.

1. kép: Balázs Flóra



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

Balázs Flóra okleveles ápoló, a Keresztény Szocialista Egészségügyi Alkalmazottak Országos Egyesületének alelnöke és a Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesületének elnöke, 1886. március 20-án született Piskitelepen, az erdélyi Hunyad vármegyében. Egész fiatal korában kezdett részt vállalni az Egyesület munkájában, az elsők között volt, amikor az Egyesület megalakult. Hamarosan a vezetők sorába került és állandóan vezető tisztséget töltött be. A Tanácsköztársaság alatt küzdött az Egyesületért, bár az Egyesületet a kommunisták szétrombolták, a vagyonát is elkobozták. A Tanácsköztársaság 1919-ben bekövetkezett bukása után mindent megtett annak érdekében, hogy az Egyesületet működőképessé tegye. Több mint két évtizedet dolgozott a Salgótarjáni Kőszénbánya do-

rogi telepének járványkórházában, mint vezető főnővér, majd 1944-ben a honvédelmi miniszter gyár-gondozói minőségben nevezte ki. Lelkiismeretes munkásságáért több ízben kapott kitüntetést, elnyerte a Vöröskereszt bronz érmét, az ezüst érdemérmét, a háborús érdemérmét, a Vöröskereszt érdemrendjét, valamint a bolgár háborús érdemérmét fehér csíkkal.

A Tanácsköztársaság bukása után **Balázs Flóra, Papy Antalné, Kovács Rózsi és Deák Mária** sorra járták az igazgatóság tagjait és összetoborozták őket. **Madari Sándor** lakásán ülést tartottak, ahol az Egyesület munkájának újraindítását határozták el. Az első fő törekvésük az volt, hogy az Egyesület régi helyiségét visszaszerezzék. Átmenetileg felvették a kapcsolatot a Keresztény Szocialista Szakegyesület vezetőségével, akik hosszú tárgyalás után egy helyiséghez juttatták az Egyesületet, amely **1920. február 12-én visszaköltözhetett régi helyiségébe**. Az április 21-i közgyűlést már a régi helyiségben tartották. Az Egyesület munkája az újjáépítésre összpontosult. Az Egyesület okmányait, könyveit nagyrészt sikerült visszaszerezni, a berendezés nagy része azonban nem került elő, mint ahogy pénztári készletük sem. A folyószámlán elhelyezett vagyonukat (meghaladta a 8000 aranykoronát!) nem sikerült visszaszerezni. Sikerült megmenteni azonban a hadikölcsön kötvényeiket (3000 aranykoronát értek), amelyeket Dr. Rajnai Béla orvos-elnök őrzött.

Nagy erővel dolgoztak az Egyesület megerősítésén, tagokat toboroztak, aminek eredményeként a létszám megnőtt, de minőségében hagyott kívánivalót maga után (a csatlakozó emberek egy része azt hitte, hogy az Egyesület újjáéledése minden nehézség nélkül, önmagától menti meg tagjait a nyomasztó gazdasági helyzetből, voltak olyanok is, akik a Tanácsköztársaság alatti viselt dolgaik felelőssége előtt szerettek volna az Egyesület szárnyai alatt megbújni). Az 1921-22. években a tagság tisztult, és kialakult egy olyan tagokból álló közösség, akikre a vezetőség biztosan számíthatott a további munkában.

1923-ban a pénzromlás, a rohamosan fokozódó drágaság nehéz helyzetbe hozta az Egyesületet (egy év alatt háromszor emeltek tagdíjat, ennek ellenére sikerült a fizetéseket is emelni). Ismét napirendre került az Egyesület már több éve dédelgetett álma, egy **Otthon** létesítése a rászorulóknak számára. De tőke hiányában az elképzelés csak terv maradt. 1924-ben a tagok egy részének lakásviszonyai olyan kétségbeesítőek voltak, hogy nem lehetett tovább halasztani az Otthon megvalósítását. Gyűjtést szerveztek, de az összegyűlt összeg nem volt elegendő a munka elkezdésére. Felcsillantotta a reményt az ideiglenesen felépült **Zita kórház** feloszlata. Az épületet a főváros az állam rendelkezésére bocsátotta és ideiglenes lakásokká alakították át. Az Egyesület

vezetősége ezt az alkalmat ragadta meg és beadvánnyal fordult **Dr. Vass József népjóléti miniszterhez** azt kérve, hogy három barakk épületet kaphassanak az Otthon kialakítására. **Dr. Krizs Árpád szövetségi elnök és Szieben József főtitkár** kitartó utána-járására a miniszter két barakkot kiutalt az Otthon céljára azzal a kikötéssel, hogy a Szövetségnek kell azokat saját költségén tatarozni és átalakítani. Újabb gyűjtés következett, majd végre sikerült az Otthont létrehozni. Az 1925 áprilisában megnyitott Otthon 50 tagnak és azok hozzátartozóinak nyújtott szerény hajlékot.

Az eseményről a **Szózat 1925. áprilisi száma** adott hírt:

*„Otthonavató ünnepély. A Keresztényszocialista Egészségügyi Alkalmazottak Országos Szövetsége április 19-én vasárnap délután 6 órákor tartja dr. Vass József népjóléti miniszter fővédnöksége alatt a **Zita-telep 49. és 50. számú épületében otthonavató ünnepélyét.**”*

Nagy eredmény volt ugyancsak 1925-ben, hogy a Szövetség lefektette a **„Beteg- és Temetkezési Önszegélyző”** alapját. A létrehozott önszegélyző alap segítséget nyújtott a rászoruló tagtársaknak. 1926-ban a vezetőség szorgalmazására emelkedett az ápolói kar fizetése, amely megközelítette az 500-600.000 koronát – tudhatjuk meg a már többször említett emlékiratból.

Az Egyesület orvos-elnöke, **Dr. Rajnai Béla** 1920-ban segítő társra talált **Dr. Schöller Károly** főorvos személyében, aki tiszteletbeli elnökként működött és fáradhatatlanul szervezte a betegápolói tanfolyamokat is. Az I. világháború befejezése óta nem működött ápolóképzés Magyarországon.

A Budapesti Hírlap 1922 áprilisában (86. szám) foglalkozott az ápolóképzés ügyével. Kiemelést érdemel néhány megállapítása. Az írásban közölt számítás szerint Csonka-Magyarország ápolónői szükségletének fedezésére hozzávetőlegesen 3000 ápolónőre lenne szükség, viszont a működő diplomás ápolónők száma alig 10-20 százalékát teszi ennek a számnak. Ezek az adatok mindennél világosabban beszéltek. Hangsúlyozásra került, hogy az állam erkölcsi és anyagi támogatása nélkül „csak az egyes egyesületek hatáskörén belül” ezt a kérdést megoldani nem lehet. Égető sürgősségű volna egy országos ápolónői nyugdíjalap és beszerzési központ felállítása. Ez jelentősen könnyítené a munkaadó kórházak anyagi kötelezettségeinek teljesítését az ápolónőkkel szemben. A cikk előremutató gondolata: *„sehol sem annyira fontos a dilettantizmus végleges kiküszöbölése, mint az ápolónőképzésnél... az ápolónőképzésben igen fontos momentum az orvosi előadások mellett az ápolónő nevelése, és erre egyedül egy másik felsőbb képzettségű ápolónő van hivatva. Addig is, még elkezdődhetnék az általá-*

nos nagyarányú kiképzés, már most kellene gondoskodni arról, hogy erre a szerepre szánt felsőbb műveltségű nőkkel, az ápolás abc-jétől kezdve a nyugati államok felsőbb ápolónői tanfolyamai tananyagáig mindent lelkiismeretesen elvégeztetve, őket alkalmassá kell tenni a jövő ápolónői nemzedék nevelésére. E felsőbb ápolónői gárda felállítása még egy, a jelen nehéz megélhetési viszonyok mellett nem jelentéktelen célt is szolgálna: a művelt középosztály leányainak és asszonyainak nyújtana méltó elhelyezkedést.”

*A Vöröskereszt már a múlt évben végzett ebben az irányban úttörő munkát, amennyiben néhány nagyobb előképzettséggel bíró növendéket Angliába és Hollandiába küldött ki, akik az illető államok jóvoltából részesültek ilyen felsőbb kiképzésben. Időközben a debreceni **Tisza István Tudományegyetem** klinikáján felállította az első magyar felsőbb ápolónői tanfolyamot, ahol a fakultás tudós professzorai vezetése és előadásai mellett tíz nagyobb előképzettségű vöröskeresztes növendék részesül a nyugati államok tanfolyamaival egyenlő rangú kiképzésben. De Debrecen nem elég az ország szükségleteinek a fedezésére. Kell, hogy Debrecen felhívja a szakkörök és minden arra alkalmas magyar nő figyelmét, minél előbb követve a jó példát, főbb alkalom nyíljon az ilyen felsőbbrendű kiképzésre, s akkor készen álljon a magyar asszonyok egy kis hadserege, amely vállalja a munka elvégzését.”* (Budapesti Hírlap (86.szám) 1922. április)

Az Egyesület nagyon készült „megalakulása és fennállása negyed évszázados” jubileumának méltó megünneplésére, amelyre **1927-ben díszközgyűlés** keretében került sor. **(2. kép)** A díszközgyűlést megelőzőleg délelőtt az Egyesület régi tagjai felkeresték az Egyesület megalapítójának, **Mihalicza József** betegápolónak a sírját, ahol lerótták kegyeletüket. **Madari Sándor** alelnök koszorút helyezett el a sírra és méltatta az elhunyt nagy érdemeit. Ezt követően felkeresték néhai **Babarczy Schwartzter Ottó dr.** fővédnökük sírját, ahol Balázs Flóra, a Szövetség alelnöke tartott megemlékezést és koszorúzott. A közgyűlésen számot adtak a „szép, de nehéz munkálkodásukról, elért eredményeikről, a még meg nem valósult álmaikról”.

Történekek az egyesület felszámolásáig

Az Egyesület és a Szövetség az elkövetkező mintegy másfél évtized alatt újabb nehéz időszak elé nézett. Elég csak néhányat említeni: a gazdasági válság éveit, az országhatárok többszöri változását és egy újabb világháborút és következményeit. Ezek sem a kórházügyet, sem az ápolásügyet nem hagyták érintetlenül.

Az **Egyesület 25 éves** évfordulójának alkalmából készített **Emlékirat** híven rögzítette az addig eltelt

2. kép: A Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesületének 25 éves évfordulója. (A fotón balról jobbra Balázs Flóra, Madari Sándor, dr. Rajnay Béla orvos-elnök, dr. Schöller Károly, dr. Báthory Aladár, és Jajezay Mária)



(Forrás: 1927. március 30. szerda. Pesti Hírlap 5. oldal)

időszakban történt eseményeket az utókor számára. Annak ellenére, hogy kissé keserűen jegyzik meg a dokumentumban, hogy „nem tudjuk, mit hoz a jövő”, nem csak vissza-, hanem előre is tekintettek. A Szövetség közgyűlése előretekintve erősíti meg a program legfontosabb elemeit. Az általános célkitűzést így összegzik, „*az ápolói kart arra a helyre kell emelni, amely hely őt e nemes, önfeláldozó hivatásánál fogva megilleti.*”

E cél elérése érdekében:

- a betegápolást „állam-jogilag” érvényes képesítéshez kell kötni,
- modern ápolóképzést és a vizsgáztatást kell kialakítani,
- az ápolói kar gazdasági helyzetét látványosan javítani kell,
- meg kell oldani az alkalmazás véglegesítés és a nyugdíj-kérdést,
- véglegesen meg kell oldani az ápolói egyenruha ügyét,
- a Beteg- és Temetkezési Önszegélyező Alap tovább növekedjen,
- a hön áhított Otthon ügyét véglegesen meg kell oldani,
- az Egyesület tagságának számát tovább kell növelni,
- saját erőből új betegápoló sajtóorgánumot kell létrehozni.

A közgyűlésen részt vevő **Tobler János** országgyűlési képviselő megígérte, hogy a **Parlament** napirendre fogja tűzni az ápolás ügyét.

Mielőtt tovább haladunk történetünk kockakövein, világítsuk meg az **Egyesület és Szövetség** „egységét és kettősségét”.

Az Egyesület 1902-től 1946-ig működött, és úgy tekinthető, mint az „ápolói hivatás” védelmezője. Elsősorban a képzés és megkülönböztető ruha viselése által, valamint az Egyesület életéhez kapcsolható megemlékezésekkel, évfordulókkal üzent a társadalomnak.

A Szövetség, mint az első részben megismertük, „kényszer-alapítással” jött létre, de később, mint az „ápolói hivatás gyakorlója”, az egyes ápolók érdekvédője küzdött, működött és különböző szervezetek előtt képviselte az ápolók ügyét. És majd, mint később látjuk, mindkettőt együtt szüntették meg.

Középpontban az ápolók képzése és vizsgáztatása

Az Egyesület központi feladatának továbbra is az ápolóképzés szervezését és a vizsgáztatást tartotta, egyrészt saját tagjai, másrészt az akkor hazánkban működő rendi nővérek számára. Új gondolat tükröződik a korabeli lapokban olvasható írásokból, nyilatkozatokból. Ezt úgy összegezhethetnénk, hogy ne csak a háború idejére, hanem a békés időkre is neveljünk ápolónőket. Az Egyesület által szervezett képzések és vizsgák száma ezt a gondolatot vissza is igazolja.

Ellentétben a vöröskeresztes képzéssel, az Egyesület a „nem képzettség, hanem csak foglalkozás” alapján ápolásban dolgozók képzését és vizsgáztatását szervezte. A képzés kezdetben egyéves volt, a szakmai gyakorlatot mindenki saját munkahelyén töltötte el. Ezt a programot tarthatjuk az „első munka melletti képzés” típusának. Az Egyesület a képzési programot, a tananyagot a tapasztalatok alapján folyamatosan fejlesztette és az élet követelményeihez igazította.

Az ápolóképzés kérdése, állami szinten történő szabályozása, szervezése éveken keresztül napirenden volt különböző fórumokon. A **BETEG-ÁPOLÁSÜGY** című folyóirat, szinte valamennyi számában lehetett olvasni más országok és más kontinensek – államilag irányított – ápolóképzéséről rövid összefoglalókat. Hazánkban végül a **Rockefeller Alapítvány** támogatásával a „**Johan Béla program**” oldotta meg a kérdést, amelynek már a tervezete is

kezdetben, a nyilvánosságra kerülésekor ijedelmet okozott. (3. kép)

3. kép: A Johan Béla program az ápolónő és védőnőkérdésről, 1929



Ez a nagy hatást kiváltó írás negatív reakciókat váltott ki az addig is ápolóképzést végzők körében, elsősorban a kezdeti egyeztetések elmaradása miatt. E reakciók egyrészt aggodalmakat kifejező nyílt levél formájában, másrészt magyarázatot, megnyugtató sugárzó írásokban öltöttek testet az újságok hasábjain. Az ápolók attól rémültek meg, hogy az ápolóképzés területén addig elért eredményeik a Johan Béla program bevezetése után már „nem számítanak”, a kiadott oklevelek értéküket, érvényüket veszítik.

Ezeknek a történeseknek azonban pozitív hatásai is voltak az Egyesületre, mert a Johan Béla program hatására az 1932/33-as tanévtől kezdve nem kis erőfeszítések árán már két évre emelték a képzési időt, és védve az addig elért eredményeiket, kialakítottak egy példaértékű háromágazatú programot:

- egyéves tanfolyam az 5–20 éves gyakorlattal rendelkező rendi ápolók számára;
- egyéves tanfolyam az 5–20 éves gyakorlattal rendelkező világi betegápolónőknek;

– kétéves tanfolyam világi ápolónők számára, 1–5 éves előzetes gyakorlati idővel.

Ez a program abban az időben igen előremutató volt. Elismerte a „hozott értéket”, nevezetesen a gyakorlatban már megszerzett tudást. Ezt az elgondolást a modern PLAR „csírájának” is elkönnyelhetjük.

Az Egyesület a világi ápolók és később a rendi ápolók részére is az ország több részén szervezte a záróvizsgákat. A vizsgabizottság tagjai között találhatjuk a szakemberek mellett a kormány megbízottjait, a rendi ápolók vizsgáján pedig az „egyházi méltóságok” is részt vettek. Tehát állami vizsgát szerveztek, a jelöltek a sikeres záróvizsga után oklevelet kaptak. Az évszázó vizsgáról minden évben összesítést tettek közzé az Egyesület lapjában. A nagy háborútól a harmincas évek elejéig közel ezer ápolót vizsgáztattak le.

Az új, első kétéves programban végzetek évszázó vizsgáit először 1934-ben szervezték a belügyi kormányzat felügyelete alatt. A vizsgákon a **Magyar Királyi Országos Közegészségügyi Intézet** képviseletében **Wacker Alexandra** főnökhelyettes és **Dr. Johan Béla**, az intézet igazgatója is részt vett. A vizsgák befejezése után Johan professzor kijelentette, hogy örömmel hallgatta a növendékek alapos felkészültségről tanúskodó feleleteit, és örömmel látta azt a fejlődést, amely a Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete betegápolónő képzési munkájában észlelhető. Elismerését fejezte ki az Egyesületnek, amely egyik élharcosa volt Magyarországon a betegápolónő-képzés gondolatának. Ezzel az úttörő ténykedésével Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete értékes szolgálatot tett a magyar közegészségügynek. Ezek a gondolatok a sajtó hasábjain is nyilvánosságot kaptak, ahol a **Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesületét** a hazai betegápoló képzés úttörőjeként említették. A Vöröskereszt részéről azonban helyreigazítást és annak közlését kérték, hogy a magyar ápolónők képzését a Magyar Vöröskereszt Egyesület már ötven évvel korábban megkezdte, ezen a téren tehát a Vöröskereszt végezte az úttörő munkát, hiszen köztudomású volt, hogy a magyar vöröskeresztes nővérek már a háborúban, és azt megelőzőleg a béke éveiben is mindig hivatásuk magaslatán állottak.

A **Magyarországi Betegápolók és Betegápolónők Országos Egyesülete** mellett egy újabb szerveződés látott napvilágot. Ez volt a **Márta Betegápoló Egyesület**, amely belügyminiszteri jóváhagyással, 1926. augusztus 31-én kezdte meg hivatalosan a működését. A Révai Nagy Lexikon (1935) a Márta-testvéreket „**rendi közösségben élő világi ápolónői szervezatként**” írja le. A „**Kékkeresztes Márta Betegápolók**” történetét - amely egy kicsit hasonlít

a magánkezdeményezéssel szervezett **Gondviselés Ápolónöket Képző Egyesület** történetéhez - **P. Heim Anna** aktív résztvevőként és szemtanúként visszaemlékezve 1993-ban vetette papírra. A könyv újraserkesztett kiadása 2017-ben a **MESZK Budapesti Területi Szervezete** támogatásával, **Dr. Szalay Márta** előszavával és ajánlásával jelent meg. Ebből idézünk:

„...az alapítója és mindenkori főnökösszonya **Trugly Margit** volt, aki betegsége miatt hosszú időt kényszerült eltölteni kórházban. És ez idő alatt született meg benne az a gondolat, hogy az ápolói szakmát hivatássá kell emelni, ezért alapítani kell egy szakmailag magasan képzett, intelligens és erkölcsös civil tagokból álló betegápoló egyesületet, akik nemcsak munkájuknak, hanem hivatásuknak is érzik a betegápolást.” (P. Heim, 2017)

P. Heim Anna „Kékkeresztes Márta Betegápolók” könyvecskéje ápolástörténetünk egyik leghitelesebb szakaszának leírása.

Kevésbé ismert, hogy magyar ápolókat képviselő szervezet **kétszer került felvételre az Ápolók Nemzetközi Tanácsába (International Council of Nurses =ICN). Jelenleg a Magyar Ápolási Egyesület, mint a Magyar Kórházzövetség Ápolási Szakbizottsága (1981 évben nyert felvételt) ICN-tagságának „örököse”** tagja a szervezetnek.

Az ICN története 1899-1999 (The ICN story 1899-1999) című dokumentumban olvasható az alábbi kiemelés: *„A hidegháború azonban mélyen érintette az ICN-t. A háború után sem Oroszország, sem a szovjet blokk országai nem léptek be a szervezetbe. Az ICN szövetségében korábban tag Bulgária, Kína, Csehszlovákia, Észtország, Magyarország, Lengyelország, Románia és 1957-ig Jugoszlávia nemzeti ápolási egyesületeit az ICN vezetősége kénytelen-kelletlen az „átmenetileg inaktív” csoportba sorolta.”*

Felmerül azonban a kérdés, hogy melyik egyesület volt az ICN tagja a háború előtt. A fellelt dokumentumok alapján a nyomok a **Trugly Margit** alapította **Kékkeresztes Márta Betegápoló Egyesülethez** vezetnek. Ez az Egyesület volt az, amely 1933-tól egészen feloszlásáig képviselhette a magyar ápolókat az ICN-ben. Mindezt két magyar dokumentum erősítette meg. Az egyik a Márta nővérek előzőekben említett személyes hangvételű története. A másik **Mobos Márta** írásban is megjelent előadása (**„Élethivatásuk a betegápolás. A Márta Ápolónői Egyesület 1926-1948**). Ebből az előadásból idézünk: *„...A 10. évfordulót a Sophianum leánygimnázium dísztermében tartották a rendfőnök, dr. Johan Béla államtitkár, gr. Apponyi Albertné, dr. Czeida-Pommersheim Ferenc és dr. Mészáros Károly sebesítő főorvos, miniszteri tanácsosok jelenlétében. A fővédnök, Anna kir. hercegasszony tíz év történetéről,*

Trugly Margit főnökösszony a szervezetet küzdelmes éveiről, nehézségeiről számolt be. Mészáros professzor statisztikai adatokkal bizonyította, hogy 10 év alatt a Nemzetközi Ápolónői Tanácsnál is elfogadott, elsőrangú képzésű 140 nővért adtak az egészségügynek.” (Mohos, 2002)

E kitérő után térjünk vissza az Egyesület történetének az ápolóképzéshez kapcsolódó eredményeihez. Ez a feladat folyamatosan végigfut a történeten. Az ápolóképzés és vizsgáztatás továbbra is központi szerepet játszott. A harmincas évek közepétől az Egyesület megszüntetéséig évente egyre több vizsgát szerveztek. Példaként álljanak itt a következő adatok: az 1937/38 tanévben 174 rendi nővér és 95 világi nővér vett részt a tanfolyamokon. 1938-tól kezdve az ország különböző területein évente 8-10 vizsgát szerveztek. A dokumentumok szerint az Egyesület az ápolóképzés és vizsgáztatás területén még 1946-ban is igen aktív volt.

Ide kívánczok a második világháború utáni állami ápolóképzés újraszabályozása, amely időrendben, szemben más jogszabályokkal, nagyon előkelő helyet kapott! Az ápolóképzés egységes szabályozása viszonylag korán megkezdődött, de ennek elsődlegesen politikai okai voltak. A szakszervezet korán „megszállt, illetve magához ragadott” bizonyos területeket. A kétéves ápolóképzést már 1946-ban megszervezte, az első évfolyam 1948-ban végzett. Ezzel párhuzamosan sürgették, hogy a régi képzéseket szüntessék meg és a minisztérium egységesen és átfogóan szabályozza az ápoló és más szakképesítéseket.

Dr. Molnár Erik népjóléti miniszter 1946. június 17-én hirdette ki 5.800/1946.N.M. számú rendeletét az általános betegápolási szakképzésről. *E rendelet „történelmisége” a preambulumban van: „Az 1876: XIV. tc., 167. §-ában foglalt felhatalmazás alapján az általános betegápolóképzés egységesítése érdekében – a vallás- és közoktatási miniszterrel egyetértőleg – következőket rendelem:...”*

Ezzel párhuzamosan azonnal megkezdődött, elsősorban a kórházakban, az ápolóképzések szervezése. Erre a feladatra a minisztérium központilag vezényelt „szakembereket”. A feladatot, mint később a résztvevőknek is világossá vált, elsősorban az sürgette, hogy ott, ahol nem világi ápolók látták el az ápolást, minél előbb felkészülhessenek a rendi ápolók leváltására.

Érdeemes megfigyelni a szoros összefüggést két dátum között. Álljanak itt a tények:

A Szövetséget és az Egyesületet a levéltári dokumentumok szerint a belügyminiszter 1946.07.19-én oszlatta fel. Az előzőekben már említett népjóléti miniszteri rendelet az általános betegápolási szakképzésről viszont már egy hónappal ezt megelőzően, 1946. június 17-én életbe lépett.

E rendelet 17.§ és 18.§-a egységes elvek alapján rendezte a „ múltat”, a szerzett jogokat nem törölte el. Érdemes ezzel a „múlt rendezési csomaggal” megismerkedni: A népjóléti miniszter elrendelte a képezítő vizsgát tett betegápolók országos nyilvántartásba vételét. Hivatalból elrendelte és tételesen felsorolta, hogy kik milyen módon kérhetik felvételüket a regiszterbe. E rendelkezés tételesen felsorolta azokat az előzetesen ápolóképzést végzőket is, akik szakképesítést igazoltak. Ezek között nevesítette a Magyarországi Betegápolók és Betegápolónők Országos Egyesületét is.

Modern sajtót a magyar betegápolói karnak

Az Egyesület története egyéb szálainak további kibontásához ismét visszalépünk néhány évet.

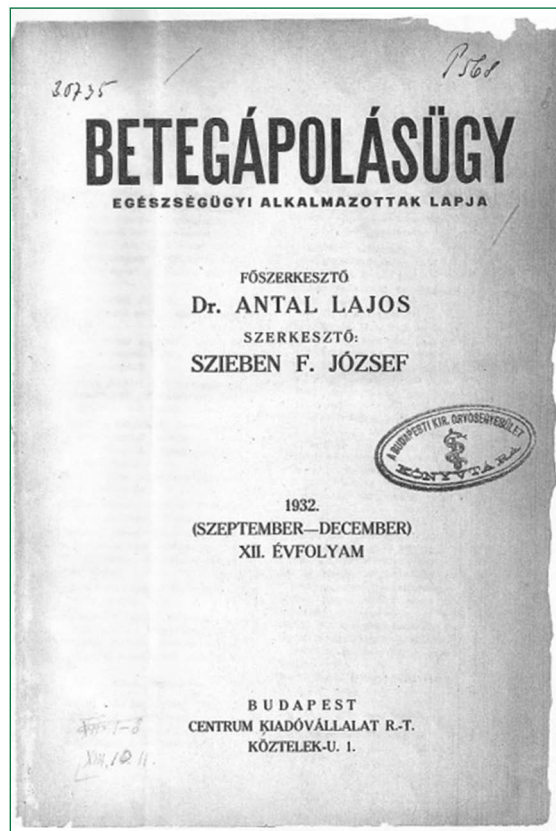
Az 1930-as évek elején változás következett be az Egyesület orvos vezetésében. **Dr. Rajnai Béla** magasabb beosztásba került, sajnos rövid időn belül, 1931-ben elhalálozott. A programjából az egyik legfontosabb, az előzőekben tárgyalt ápolóképzés kialakítása, majd új alapokra helyezése már a megvalósulás útján volt. Az Egyesület örömmel fogadta új elnökét, **dr. Antal Lajost**, akinek nevéhez köthető az elmaradt programok szorgalmazása, különösen a nyugdíjkérdés napirenden tartása, a felelős állásközvetítés tovább szélesítése, a jogsegély szolgáltatás, a bajba kerültek segítése, az összetartozás erősítése és nem utolsósorban egy modern szakmai lap megteremtése. Folytassuk ez utóbbival. A jelentőségénél fogva önálló fejezetet érdemel az Egyesület új szakmai lapja, amely „**BETEGÁPOLÁSÜGY**” címmel 1932 szeptemberében került az olvasók kezébe. Ez a sajtóorgánium lett az utódja az Egyesület/Szövetség által még 1921-létesített „**Egészségügyi Alkalmazottak Lapjának**”.

Mielőtt tovább haladnánk, idézzük vissza az „Egyesület/Szövetség” létrejöttét. A Magyarországi Betegápolók és Betegápolónők Országos Egyesülete az eredeti alapszabályuk és autonóm jogok megtartása mellett csatlakozott a Szövetséghez, és működését Keresztényszocialista Egészségügyi Alkalmazottak Országos Szövetsége névvel kezdte meg ugyanazon helyiségben, a VII. kerület Dohány u.74. szám alatt. Ezzel megkezdődött „kettős élete”!

A Szövetség 1920-ban indította útjára az „**Egészségügyi Alkalmazottak Lapja**” címen az újságjukat. Harcos lapnak indult, amely hivatva volt szolgálni a betegápolói kart, valamint a kórházi segédszemélyzet gazdasági, szociális és kulturális érdekeit. Ezek mellett azonban még egy igen fontos szolgálatot teljesített: a betegápolói kar szakismereteinek bővítését, amit a lapban megjelent orvosi cikkek és egyéb egészségügyi vonatkozású közlemé-

nyek ismertetésével kívánt elérni. A lap 1932-ben új formát vett fel, megváltoztatta külsejét és nevét is. Ekkor lett főcíme a **Betegápolásügy**, de alcímnek megmaradt a fent említett elnevezés. **(4. kép)** Ettől az időtől folyóirat formában, nagyobb terjedelemben jelent meg. Veszített harciasságából, a szakmaiság irányába változott. Nagyobb oldalterjedelme több szakmai ismeret terjesztését tette lehetővé. Több hely jutott ápolást érintő kérdések, orvosi cikkek és közegészségügyi témák közlésére.

4. kép: BETEGÁPOLÁSÜGY Egészségügyi Alkalmazottak Lapja, 1932



A **Betegápolásügy** című szaklap főszerkesztője, valamint A **betegápolásügy könyvtára** sorozatszerkesztője 1932-36 között **Dr. Antal Lajos**, aki 1934-től 1945-ig a **Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesületének orvos-elnöke** is. Ő a lap megújításának tervezése során így érvelt: „*Minden foglalkozásnak megvan a maga tudományos sajtója is, mely a megfelelő tudomány újabb eredményeit ismerteti, szolgálva a célt, hogy az illető foglalkozás művelői el ne maradjanak foglalkozásuktól, pályájuktól. Elég, ha az orvosok, ügyvédek, mérnökök, technológusok, fogtechnikusok stb. tengernyi szak lapjára mutatunk rá. Ilyen rendeltetésű sajtótermék a magyar betegápolói karnak ez ideig nincs. Nincs a magyar sajtóban lap, mely a magyar ápoló kulturális felépítettségének megfelelően továbbképzését,*

kulturális nevelését szolgálhatná. Nincs ily sajtóorgánummunk, pedig ezer és egy ok mutathat rá ilyen sajtóorgánummunk szükségességére... az Egészségügyi Alkalmazottak Lapja szolgált rá múltjával és rendeltetésével arra, hogy egy, az önképzés tudományos szempontjait is szem előtt tartó, komoly, tartalmas, tudományos sajtóorgánummá kifejlésszük.” (Balázs, 1932)

A **Betegápolásügy** lapot „a magyar világi ápolás tükréként” is jellemezhetjük. A tudomány akkori állásához mérten nagyon korszerű volt tartalmában és szerkezetében is. A lapban megjelenő írások között kiemelt helyet kaptak az ápolók élet- és munkakörülményeivel foglalkozó írások, a képzés és továbbképzés mindig is fókuszpontban állt. A szerkesztők a hazai ápolásügyben dolgozók számára nemzetközi kitekintést is nyújtottak különböző országok ápolással összefüggő kérdéseinek megjelenítésével, ilyen volt a betegápolók mozgalma, külföldi folyóiratszemle. A magyar könyv- és folyóirat-szemlélet széleskörűség jellemezte.

A **Betegápolásügyben** megjelenő írások között érződött az orvosi dominancia, de ez akkor törvényszerű volt. Az akkori állami és orvos-szakmai vezetés is fontosnak érezte a lapban való publikálással, a lap támogatásával ennek a társadalmi rétegnek a megszólítását és irányvonal kijelölését, hisz a „köz” egészségügyének előmozdítását csak összefogással (politikai-szakmai) lehetett már akkor is elképzelni.

Az **Akadémiai Almanach 1942. évi kiadásában** „A tagok munkálatai” című fejezetben többen jelölik meg írásaik megjelenési forrásaként a lapot, és ez értékmutató is. Az **Orvosi Hetilap 1932.** szeptemberi számában már a megjelenéssel egy időben méltatta az új lapot és röviden bemutatta a célját, tartalmát. Összességében elmondható tehát, hogy a lapot tartalmi nyitottság és nagy rendezettség jellemezte. A lap egészen a második világháború végéig kiadásra került, bár a háborút közvetlenül megelőző számokban már az akkori politika is erősebben érezte hatását.

Üzent a társadalom felé: „mi, ápolók itt vagyunk”

Az Egyesület közel fél évszázados történetéhez több kerek évforduló, emlékezetes esemény és azok megünneplése kapcsolódik. Az ünnepek, a közkinccsé tett beszámolók, sajtóorgánummunkban való megjelenés mind alkalmas arra, hogy láthatóvá tegye egy szervezet életét. Az Egyesület esetében az ápolás és társadalom kapcsolatát.

Az Egyesület, illetve Szövetség első, közös, látványos megjelenítését – a már említett, és saját gondozásban 1920-ban kiadott – **EGÉSZSÉGÜGYI ALKALMAZOTTAK LAPJA** tette lehetővé. Azt megelőzően a napilapokban lehetett olvasni az

Egyesület életével kapcsolatos eseményekről, beleértve a közgyűlések időpontjainak meghirdetését is.

A harmincas évek elején több, kiemelkedő jelentőségű történést kell megemlíteni. Az Egyesület és a Szövetség életében az **1932. évet** a „**megújulás évének**” is nevezhetjük. Megújult a vezetés, megújult a híreket és már a továbbképzést is szolgáltató lap. Sőt, erre az időre már új programmal működött a képzés. De mint látjuk, az örömben ürem is vegyült.

Balázs Flóra 1932-ben, a megújult Betegápolásügy első számában megjelent írásában a magyar ápolás helyzetéről egy szívhez szóló és modern gondolkodásra utaló megállapítást közölt: „Minden foglalkozásnak megvan a maga történeti fejlődése, minden foglalkozásnak megvan a maga értékelt múltja, csupán a világi betegápolói rend nem dolgozta még fel foglalkozásának történetét országunkban. Nem dolgozta fel, hisz még a közelmúltban is igazán Csáki szalmája volt e nagy felelősségű foglalkozás. Amennyire örülünk, hogy végre vannak komoly tudományos intézmények és egyének, kik a betegápolásügygel országunkban eredményesen foglalkoznak, olvasóinkat mégis vissza kell vezetnünk arra az időre, amikor a világi betegápolók tábora teljesen szétszórta állt Nagy-Magyarországon. Senki nem törődött avval, hogy teljesen képzetlen személyek teljesítik a betegápolói munkát, melyet igazán csak igen képzett és hivatásuk magaslatán álló egyéneknek lett volna szabad végezniük. Nem számítjuk ide a vallási célkitűzésű rendi nővérek és a vöröskereszt intézményt sem, mely utóbbi háború esetére lévén megszerelve, úgy a társadalom, mint az állam részéről állandó erkölcsi, kulturális és anyagi támogatásban részesült.” (Balázs, 1932)

A napilapokban szerencsére továbbra is rendszeresen jelennek meg írások az ápolók helyzetéről. Az egyik cikk „**Súlyos a betegápolók helyzete**” címmel felhívja a nagyközönség figyelmét arra, hogy a kórházak túlszűfoltak, de pénzhiány miatt alig alkalmaznak ápolókat. Ez a hang lassan elért az illetékesekhez is. Az ápolók helyzete a **Fővárosi Közgyűlésben** is napirendre került. Az egyik hozzászólást érdemes szó szerint kiemelni: „Méltóztassék megengedni, hogy áttérjek témám második részére, a kórházi alkalmazottakról kívánok egy pár szót szólni. Azt hiszem fontos dolog, hogy a betegápolással foglalkozó alkalmazottak olyan helyzetben legyenek, hogy kötelességüket megfelelő környezetben, helyen és lelkiállapotban teljesíthessék. Ha valahol szükség van arra, hogy az alkalmazottak szociális helyzete kielégítő legyen és ne elkeseredett, nyomorult emberek legyenek szolgálatban, akik teljesen a napi megélhetési gondoknak és bajoknak befolyása alatt állnak, akkor legindokoltabb az, hogy a betegekkel, az emberi étellel foglalkozó alkalmazottak szociális helyzete legyen kielégítő.” (Fővárosi Közlöny, 1934)

Egy álom teljesült

A Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete régóta kérte, hogy egyenruhát ölthessenek, mert az Egyesületen kívül álló, az egyesület elvárásainak nem megfelelő magatartást tanúsító ápolók viselkedése miatt az egész ápolónői kart vádák érték. A belügyminiszter végül **1935-ben megadta az engedélyt és előírta az egységes ruházatot.**

(5. kép) *„Az ápolónő szolgálatában a következő egyenruhát viseli: fehér, sima mosóruha, térdén jóval alul, hosszú újakkal, az egyesület jelvényével. A fejét háromsarkos kendő borítja, élén két centiméter széles fekete selyemszegéllyel. Az utcai ruha a következő: sima fekete szövetruba, hosszú újakkal és nyakkal, térdén jóval alul, fekete körgallér, **bal** mellen az egyesület jelvényével. A fején fekete kendő két centiméter széles fehér szegélyzetel.”* (Friss Ujság, 1935)

5. kép: A Magyarországi Betegápolók és Betegápolónők Országos Egyesülete okleveles betegápolónőinek a M. Kir. Belügyminisztérium által engedélyezett egyenruhája, 1935



(Forrás: Betegápolásügy XIV. évfolyam. 3–4. szám, 1935. március-április)

Az Egyesület **jelvénye még 1932-ben** elkészült. Erről képet nem közöltek **(6. kép).**

6. kép: Beszámoló az Egyesület jelvényének elkészültéről

Vegyes hírek.

Okleveles ápolónők. Egyesületünk igazgatóságának döntése és a közgyűlés határozata alapján egyesületünk igen izléses és művészi kivitelű jelvényt készített az egyesületünk okleveles ápolónői és ápolói részére. Régi óhaja volt ez tagjainknak, hogy ez által különböztesse meg a nem egyesületi és nem okleveles ápolónőktől, vagy ápolóktól. A jelvények elkészültek és azokat a jogosultak az egyesületünk titkárságánál 3 pengő 40 fillér befizetése ellenében átvehetik. A jelvényeket csak egyesületi okleveles tagok viselhetik.

A Betegápoló Egyesület tagjainak figyelmébe. A f. évi április 4-én megtartott közgyűlésen Balázs Flóra ügy. alelnök javasolta, hogy a tagok havonként önkéntes adományként legalább négy fillért fizessenek a munkanélküli alapra, hogy az összegyűlt összeg karácsonyra szétosztassék a munkanélküli tagok között. A közgyűlés a javaslatot egyhanguan elfogadta, a mivel az jogerőssé vált. Ennek alapján a titkárságnál történő tagdíj fizetések alkalmával a megszavazott négy fillérnek is befizetendő.

Zászló az összetartás szimbóluma

A Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete 1936. május 31-én, Pünkösöd vasárnap zászlóavatási ünnepélyt rendezett a Rózsákterén lévő templomban, ahol megjelentek a különböző testületek és apácarendek küldöttei is. **(7. kép)**

*„Az egyesületnek, bár 35 éves múlt áll mögötte, mind a mai napig nem volt zászlója és így nem volt még módjában, hogy nagyobb szabású ünnepeken vagy nemzeti demonstráción képviseltesse magát. Egy egyesület életében a zászló sok minden vonatkozásban játszik nagy szerepet. Különösen nagy szerepe van az összetartozandóság mélyítésében. A zászló az egyesület életében összetartó kapocs szerepét tölti be. A zászlónak, e kapocsnak hiányát érezte az Egyesületünk vezetősége, de érezték Egyesületünk tagjai is. A zászlószentelési ünnepély fővédnöki tisztét **Dr. Johan Béla államtitkár** vállalta, aki sokszor tanújelét adta, hogy a betegápolás nem közömbös előtte.*

*Részt vett az ünnepségen **Augusztá királyi hercegnőasszony**, akit **Dr. Johan Béláné, báró Apor Gizella, a Vörös Kereszt főnöknőasszonya és Balázs Flóra, az egyesület elnöke.***

*A zászlóanya tisztet **Dr. Johan Béláné, Dr. Antal Lajosné és Balázs Flóra** töltötték be. Az ünnepi szentmisét Dr. Krizs Árpád pontifikálta.*

A zászlónak fehér selymébe láthatatlan szálakkal hímizte bele sok szenvedő ember a hálóját. Az átvirrasztott éjszakákért, a jóságos szavakért, az enyhítő támogatásért, amit nem lehet megfizetni, és amit odaadtak annyi évtized óta az ápolók és az ápolónők a beteg embertársaknak. Az Egyesület zászlóján ez lengett az ünneplő közönség felett, amikor megkoszorúzták a

7. kép: Zászlóavatás, 1936



(Forrás: FRISS UJSÁG 1936. június 3. (41. évfolyam, 126. szám)

jóságának és irgalmasságnak ezt a jelképét.” (Friss Ujság, 1936)

A zászlószentelés (8. kép) után díszközgyűlésen vettek részt a megjelentek, amelyen képviseltette magát az összes egészségügyi intézmény, úgyszintén a betegápolási testületek is. Az ünnepi beszédet **dr. Zibolen Endre tanügyi főtanácsos** mondotta, aki hangsúlyozta, hogy a magyar betegápolás ügyet európai színvonalra kell fejleszteni és sürgősen rendezni kell a magyar betegápolónői kérdést. A mindvégig lelkes hangulatú közgyűlésen a belügyminiszter képviseletében **dr. Grosch Károly miniszteri tanácsos**, a főváros részéről pedig **vitéz Bárány László tanácsjegyző** jelentek meg.

A Szövetség és az Egyesület az 1938 évet „Propaganda évnak” nyilvánította: „A vezetőség erőteljes propaganda évet kíván megvalósítani, hogy egységgel szolgálhassuk azokat a szociális és gazdasági kívánalmakat, melyek sürgős orvoslásra várnak. A szervezési munka két részre oszlik, az egyik részét jelenti a Fővárosi és környéki szervezés, a másikat vidéki szervezés... Minél nagyobb egységet tudunk megteremteni, annál eredményesebb lesz Szövetségünk munkája” (Betegápolásügy, 1938)

A „különös év” – 1939

1939 tavaszán szinte valamennyi napilap hírül adta, hogy „a Magyar Ápolónők Szövetsége a Magyar Vöröskereszt székházában három napon keresztül tartó ápolónői kongresszust rendez, amelynek célja, hogy

az ápolónők kérdést minden viszonylatban megtárgyalja, közelébe vigye a megoldáshoz, továbbá hogy a Magyar Ápolónők Szövetségén kívülálló ápolónői szervezetek is szóhoz jussanak, egymással megismeressék tevékenységüket.” A kongresszust szervező tevékenységéről kevés információt lehet találni. Újsághírek viszont igazolják, hogy 1933-ban egy újabb szövetség jelent meg. A Budapesten működő „Magyar Ápolónők Szövetsége” alapszabályát m. kir. belügyminiszter 143.203/1933. B.M. VIII. a. szám alatt látta-mozta. A Szövetség elnöki tisztességét **Fiáth Mária** bárónő töltötte be. (9. kép)

A kongresszus ünnepélyes megnyitása Anna kir. hercegaszszony és előkelő meghívott közönség jelenlétében folyt le. Dr. Johan Béla belügyi államtitkár,

8. kép: Zászlószentelés, 1936



Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete az elmúlt napokban tartotta zászlószentelési ünnepségét a Rózsák tere templomában.

(Forrás: Tolnai Világlapja 1936)

9. kép: Fiáth Mária bárónő, a Magyar Ápolónők Szövetségének elnöke



(Forrás: Napló 1937.május 9.)

10. kép: Apor Gizella bárónő, a Magyar Vöröskereszt Országos főnökasszonya



(Forrás: Napló 1937.május 9.)

egyetemi tanár mondott megnyitóbeszédet és vázolta a kongresszus célkitűzéseit. Utalt arra, hogy az ápolónők szociális helyzete sürgős orvoslást kíván és ígéretet tett arra, hogy az illetékes tényezők figyelmét fölhívja az ápolónők jogos kívánságaira, amelyeket támogatni fog.

Báró Apor Gizella (10. kép), a Magyar Vöröskereszt Országos főnökasszonya „**A magyar beteg-ápolónők szociális problémái**” címmel tartott előadásában utalt arra, hogy a megoldásra váró szociális problémák elsősorban a javadalmazás, a lakás, az ellátás, a munkaidő, a szabadság, a bánásmód, a társadalmi helyzet és végül a nyugdíj kérdéseit ölelik fel. Rámutatott arra, hogy hazánkban az ápolónőkkel csak egyetlenegy, még 1876-ban létrejött törvény foglalkozik, amely az ápolónőket egy sorba helyezi a mosogatónőkkel, cselédekkel és más kisegítő személyezettel. Azóta megváltoztak a viszonyok, és teljes joggal tartanak az ápolónők igényt arra, hogy ebből a rangsorból kikerüljenek. Apor Gizella fontosnak tartotta az ápolónők szakszerű kiképzését, de ugyanakkor megfelelő szociális reformok bevezetését is. De a legfontosabb szociális probléma véleménye

szerint az ápolónők anyagi javadalmazása. Az akkori jövedelem nagyon silány, ha tekintetbe vesszük, hogy egy ápolónőnek milyen felkészültséggel kell rendelkeznie, ha becsületesen el akarja látni munkáját, amely nemcsak fizikai, szellemi, hanem lelki vonatkozású is.

„**A beteg szempontjából nagyon fontos, hogy az ápolónő derűs, meglegedett legyen és szívvel-lélekkel szentelje magát a gondjára bízott betegnek.**” Apor Gizella rámutatott a nyugdíjjogosultság hiányára is, amely szintén nagy sérelme ennek a derék és fontos munkát végző női társadalomnak. Előadásában kitért arra is, hogy nincs rendezve a szabadság kérdése sem. Az ápolónő minimálisan tizenkét órát dolgozik naponta, de legtöbbször 24 és 36 órás szolgálatot kell ellátnia, és így fokozottan rászolgál az „időnkénti felfrissítő pihenésre”.

Nagyon sok kívánnivalót hagy maga után az ápolónők élelmezése. Hangsúlyozta, hogy az okleveles ápolónők számát szaporítani kellene, hogy ily módon a túlzott munkaidő csökkenésével bizonyos fókig enyhüljön a súlyosan megterhelt ápolónők helyzete, amely még a háztartási alkalmazottakénál is si-

ralmasabb. A továbbiakban külföldi példákra hivatkozott báró Apor Gizella, és kérte a hatóságok támogatását a tízezer dolgozó nő jogos kívánságainak teljesítésére. A kongresszus résztvevői nagy tetszéssel fogadták a magyar ápolónők bajait feltáró előadást.

Dr. Mészáros Gábor, a gyulai állami kórház igazgató főorvosa „Az ápolónőkérdés és az ápolónőképzés a gyakorlatban” című tanulmányában rámutatott a szakszerű ápolónőképzés nagy jelentőségére s ennek gyakorlati vonatkozásaira.

Az ápolónői kongresszus második napján **Balázs Flóra**, a Magyarországi Betegápolók és Betegápolónők Országos Egyesületének elnöke ismertette az Egyesület célját és fő törekvését, hogy hivatásuknál fogva méltó helyet biztosítson az ápolónők részére. **Dr. Antal Lajos**, az Egyesület néhány évvel korábbi elnöke munkássága során sok kívánatos kérdést már megoldott vagy a megoldás felé terelt. Az ő nevéhez fűződik a nyugdíj kérdés szorgalmazása, valamint az is, hogy megfelelő kiképzés nélkül oklevelet az ápolónők ne kaphassanak. Dr. Johan Béla belügyi államtitkár nagy megértéssel karolta fel az egyesület munkáját és ő vezette be a kétéves betegápolási tanfolyam rendszerét is. Az idáig 2100 oklevelet adtak ki a tanfolyam hallgatóinak.

11. kép: A Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesületének 40. jubileumi ülése



A betegápolók ülése. A Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete a napokban tartotta meg 40. jubilaris közgyűlését. Képünkön dr. Johan Béla belügyi államtitkár beszédét mondja. Az asztalnál balról jobbra dr. Dvorcsák Antal ügyész, dr. Iovag Schöller Károly főorvos és Balázs Flóra ügyvezető elnök ül. (Szécsy felv.)

(Forrás: Tolnai Világlapja 1942. 02. 37. oldal)

Gróf Thoroczkay Péterné „A védőnő helyzete Magyarországon” címmel tartott előadást, amelyben rámutatott arra, hogy a védőnők szociális helyzete nincs arányban sem a tanulmányi követelményekkel, sem nehéz, felelősségteljes és önállóságot követelő munkájukkal.

Tolnai Világlapja 1941-ben, bizonyára nem véletlenül, a nagyközönség elé tárta **A betegápolás kiskatéja** című írást, amelyben az ápolás során alkalmazott néhány fogást, eljárást – a szakszerű leírás mellett – képekkel is illusztrált. A cikk bevezetője és befejezése **Virchow professzor** ápolásról vallott nézetét tükrözi. A bevezető gondolat: „a betegápolónak száz jó tulajdonsággal kell rendelkeznie, de kettővel feltétlenül, s ez: emberismeret és türelem.” A befejező gondolat: „Az ápolásnál legfontosabb, hogy minden könnyű kézzel történjen, mert a beteg nagyon érzékeny. Ugyanolyan fontos, hogy az ápolás a legnagyobb tisztasággal párosuljon, mert az elkínzott beteg erre is nagyon kényes.” (Tolnai Világlapja, 1941)

A 40. jubileumi évforduló – 1942.

Az Egyesület 1942. március 25-én tartotta a 40 éves fennállásának jubileumi ünnepélyét. Díszbe öltöztették az Egyesület helyiségét és így várták a vendégeket. Ez alkalommal a fővédnöki tisztet királyi hercegasszonyok, miniszterek és a főpolgármester vállalták.

A rendezvényen részt vett az örökös védnök, dr. Johan Béla államtitkár és neje, aki az Egyesület egyik zászlóánya, és aki e jeles alkalomból újból megszalagozta a zászlót. **(11. kép)**

A számtalan méltató hozzászólás közül dr. Johan Béla államtitkár néhány gondolatát érdemes kiemelni a rendezvényről készült összefoglalóból. „...beszédéből a teljesített munka eredményének elismerése csendült ki. Többek között hangoztatta, hogy húsz év óta figyelemmel kíséri az egyesület működését, ismeri annak munkáját és küzdelmét. Régebben – mondotta – a jó ápolónőtől azt kívánták, hogy erős fizikumú legyen, ma a megfelelő emelkedett lelkeség és emberi szeretettel rendelkezők vállalkoznak csak erre a munkára. Az egyesület nagy lépést tett előre a betegápolás terén és elérte, hogy gyökeret vert a magyar élet talajá-

ba és a magyar közegészségügynek nagyon fontos szolgáltatást tett. Az egészségügyi kormányzat nevében kijelentette, mihelyt a nemzet túl lesz a sorsdöntő napokon akkor elő fogják venni az egyesület ügyeit. Most azonban a partikuláris érdekek háttérbe szorúlnak.” (Betegápolásügy, 1942)

Az ünnepséget követően immár **40. rendes évi közgyűlését** tartotta az Egyesület, ahol a résztvevők tájékoztatást kaptak az éves tevékenységről. Madari Sándor korelnök visszaillesztette a kezdetekig, hiszen megalakulása óta követte az Egyesület sorsát. Külön kiemelés érdemelnek az ápolók képzési adatai. **Budapesten ekkor már hat tanfolyam működött 239 hallgatóval, vidéken 5 tanfolyam 99 hallgatóval.** Az Egyesület az 1940-es évek elejétől már nem csak ápolók, hanem a műtősnők és a laboránsok képzését is szervezte, sőt a röntgenasszisztensek képzése is napirenden volt.

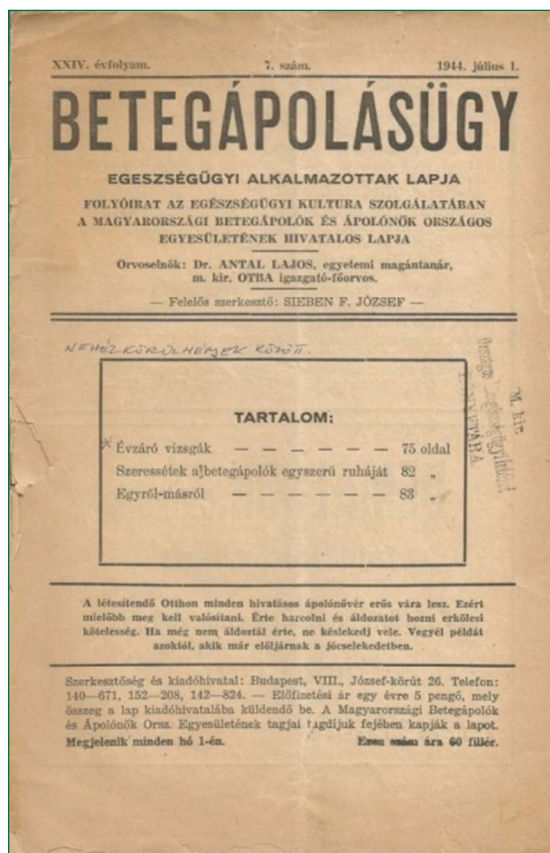
A „vég előszele”: a Betegápolásügy nem tudósít tovább, 1944-ben megszűnik

Az írásunk első részében úgy fogalmaztunk, hogy a „kevéske megsárgult dokumentum mesél”. Írásunk végén ezek közül teszünk közkinccsé egyet. **(12. kép)**

Az egyesületek legtöbbször az **Ideiglenes Nemzeti Kormány 529/1945. M. E. számú rendelete alapján oszlatták fel.** Ez a rendelet „a fasiszta politikai és katonai jellegű szervezetek feloszlásáról” szól. A nagyszámú feloszlott egyesületet a Magyar Közlöny négy részletben közölte (1946. július 20-án és 23-án; 1949. november 17-én és december 3-án). **A Rajk László belügyminiszter által feloszlott első 161 egyesület az „első csomagban”, 1946. július 20-án megjelenő Magyar Közlönyben látott napvilágot. Ebben a felsorolásban szerepel a feloszlott: Keresztényszocialista Egészségügyi Alkalmazottak Országos Egyesülete Budapest (289.484/1946. IV/14.),** Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egylete, Budapest (286.723/1946. V/14.). A dokumentumokat Budapest Főváros Levéltára őrzi.

A magyar ápolásügy történelmének egy szelete fehér foltjait feldolgozó, hiánypótló írásunknak egy

12. kép: BETEGÁPOLÁSÜGY Egészségügyi Alkalmazottak Lapja, 1932-1944



idézettel zárjuk, amely kezdettől fogva motiválta kutató munkánkat.

„A múlt, ha nincs megírva, könnyen felzabálja az emlékeket.”

(Scipiades Erzsébet)

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 tsa 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. *Betegápolásügy*, 1938. 18: 1. 74.
9. *Betegápolásügy*, 1942. 22: 4. 32.
10. Betlehem, J. (2003). Néhány szó az elfelejtett „Betegápolásügy”-ről. *Nővér*, 16, 4.
11. Boroviczényi, N. (1907). A szociális tevékenység kézikönyve. Budapest, Stephaneum nyomda r.t. 1907.
12. *Budapesti közlöny*, 1898-06-15. 32. évfolyam 136. szám
13. *Budapesti közlöny*, 1919. december 53. évfolyam, 179-200. szám
14. Dinyér, I. (1932). Jegyzetek a világi betegápolás utolsó három évtizedének magyarországi történetéhez. *Betegápolásügy*, 13, 2: 39-41
15. *Egészségügyi alkalmazottak lapja* XII. évfolyam. 5. szám 1932. május
16. *Friss Ujság*, 1935. február 12. 40. évfolyam, 35. szám
17. *Friss Ujság*, 1936. június 3. 41. évfolyam, 126. szám
18. *Fővárosi Közlöny*, 1934. 45. évfolyam 63. szám
19. Grósz, E (1907). A betegek ápolása. *Budapesti Hírlap* 1907. 05.05. 107. szám
20. Ideiglenes nemzeti kormány 529/1945. M. E. számú rendelet
21. Johan, B (1929) Az ápolónő- és védőnőkérdésről. m. Kir. Orsz. Közegészségügyi Intézet, Budapest
22. Korányi, F (1907). A betegápolásról. *Jó egészség* 10
23. Magyar Betegápoló Kolónia (1913). Magyar Betegápoló Kolónia a Veres Félhold Szolgálatában a nagy balkánháborúban. Budapest Hédvig Ny.
24. *Magyar Közlöny* - hivatalos lap, 1946-07-20. 162. szám
25. *Magyar országos tudósító*, 1936-06-02 [141]
26. *Magyar országos tudósító*, 1939-05-15 [205]
27. Magyar sebészársaság 5. Nagy gyűlése (1912. május 23-25.)
28. Mohos, M. (2002) Élethivatásuk a betegápolás. A Márta Ápolónő Egyesület (1926-1948). METESZ
29. *Orvosi Hetilap*, 1932-09-17. 76. évfolyam 37. szám
30. P. Heim, A (2017). A kétkeresztes Márta betegápolók. Budapest, Jel Könyvkiadó
31. *Szabad nép*, 1946-07-18. 4. Évfolyam 159. szám
32. *Tolnai Világlapja*, 1941. 02. 35-36.

A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA

**2018. szeptember 6-8-án, Siófokon
rendezi meg**

a

MESZK V. SZAKDOLGOZÓI TUDOMÁNYOS KONGRESSZUSA

c. rendezvényt.

Absztrakt beküldési határidő: 2018. április 6.

A rendezvényre vonatkozó bővebb információ a www.meszk.hu honlapon keresztül érhető el.

EREDETI KÖZLEMÉNY

Alvászavar az intenzív osztályon

PUSZTAI DORINA Erzsébet, FULLÉR Noémi

ÖSSZEFOGLALÁS

Vizsgálati cél: Megvizsgálni az alvásmínőség és -mennyiség változását intenzív osztályon (ITO) kezelt betegek körében, meghatározni azon faktorokat, melyek hatással vannak az intenzív osztályon történő alvásra, illetve az alvás folyamatát javító tényezők feltárása.

Anyag és módszer: Retrospektív, kvantitatív kutatással 82 beteg orvosi adatait és a szerkesztett kérdőívre adott válaszait vizsgáltuk meg a beválasztási kritériumoknak megfelelően. Az SPSS 22.0 és Microsoft Excel program segítségével leíró statisztika mellett χ^2 -próbát, T-próbát, Mann-Whitney U és regresszióanalízist alkalmaztunk ($p < 0,05$).

Eredmények: Az ITO-n való alvásmínőség és -mennyiség is csökkent az otthoni, illetve a fekvő-beteg osztályos alváshoz képest. Az alvást leginkább befolyásoló tényezők: a szomjúságérzet, a kényelmetlen testhelyzet és a terápiás eszközök alkalmazása. Összefüggést találtunk az ITO-s alvásmínőség és a fennálló betegség súlyossága ($p = 0,004$), a terápiás eszközök ($p = 0,002$), a zajok ($p = 0,003$) között.

Következtetés: Az alvásmínőség és -mennyiség is egyaránt csökkent az ITO-n környezeti és nem-környezeti faktoroknak köszönhetően.

Kulcsszavak: intenzív terápia, alvászavar, alváscsökkenés, diszszomnia, paraszomnia

Sleep Disorders among ICU Patients

Dorina Erzsébet PUSZTAI, Noémi FULLÉR

SUMMARY

Aim: To examine the changes of sleep quality and quantity among patients in the intensive care unit, to determine the factors which have influence on sleeping and to bare the methods that can help to optimize sleeping.

Theme and method: During a quantitative, longitudinal research 82 patients datas and questionnaire answers were analysed. In Microsoft Excel and SPSS 22.0 program we used χ^2 -probe, T-probe, linear regression, Mann-Whitney U probe, descriptive statistics ($p < 0,05$)

Results: In comparison of the sleep quality and quantity, both variables changed in negative direction in ICU. The most common factors that influence sleep are: thirst/feeling of mouth drought, uncomfortable posture, therapeutic tools. Correlation is detected between the quality of sleep in ICU and the severity of the existing disease ($p = 0,004$) and therapeutic tools ($p = 0,002$) and noises ($p = 0,003$).

Conclusion: In changed environment, mainly in the ICU, the sleep quality and quantity are poor compared to home's and standard department's.

Keywords: Intensive Care Unit, sleep deprivation, dyssomnia, parasomnia

PUSZTAI Dorina Erzsébet
ápoló MSc hallgató,
Pécsi Tudományegyetem
Egészségtudományi Kar,
Ápolástudományi, Alapozó
Egészségtudományi és Védőnői
Intézet

FULLÉR Noémi
intézetigazgató-helyettes,
Pécsi Tudományegyetem
Egészségtudományi Kar,
Ápolástudományi, Alapozó
Egészségtudományi és Védőnői
Intézet

Levelező szerző
(correspondent):
PUSZTAI Dorina; e-mail:
pusztaidorina91@gmail.com

Beérkezett: 2017. november 13.
Elfogadva: 2018. január 13.

Bevezetés

Az alvás és a pihenés nagy szerepet játszik az ember megfelelő életminőségében, a szervezet működésében, az egészségben. Így a pihenés hozzájárul a regenerálódáshoz, a szervezet helyreállításához (Oláh et al, 2012). Az alvásigény korcsoportonként és egyénenként eltérő. A szükséges mennyiséget számos tényező befolyásolja, mint például az életkor, az általános egészségi állapot vagy a fennálló betegségek.

Ahhoz, hogy napközben kipihentek, éberek, pozitív hangulatúak legyünk, egy átlag felnőttnek körülbelül 7-9 óra alvás szükséges megszakítások nélkül (Da Costa, 2013; Little, 2012).

Az alvás minőségében és mennyiségében bekövetkező változások a szervezet számos működését negatív irányba képesek változtatni. Az alvás és pihenés folyamatának zavara a betegségek könnyebb kialakulásához, a fájdalomküszöb csökkenéséhez, vérnyomás emelkedéshez, az immunrend-

szer ellenállóképességének csökkenéséhez vezethet (Elliot, 2013). Az inadekvát alvási folyamat kapcsolatba hozható metabolikus/endokrin diszfunkciókkal, mentális elváltozásokkal, magas vércukorszinttel vagy a sebgyógyulás folyamatának elégtelenségével. Manapság az obstruktív alvási apnoe (OSA) incidenciája megnövekedett, de a legtöbb esetben diagnosztizálása elmarad. Az apnoe egy fontos rizikófaktora a hipertónia, a stroke és egyéb kardiovaszkuláris betegségek kialakulásának. A légzésleállítás következtében hipoxémia, szimpatikus idegrendszeri aktivitás, szisztémás gyulladás, oxidatív stressz, az endothel sejtek diszfunkciója és arteriosclerosis is kialakulhat (Szymanski, 2013). A nem kielégítő alvás nagyban befolyásolja az érzelmeinket, a motivációnkat, az agysejtek működését. Bori és munkatársai (2010) szerint az alvászavarok gyerekek körében sokszor okoznak fáradékonyságot, ugyanakkor hiperaktivitást, figyelemzavart, indokolatlan agresszivitást, esetlegesen tanulási zavarokat.

Számos korábbi kutatás kimutatta, hogy az alvás közbeni légzésleállítás cardiovascularis betegségben szenvedőknél gyakrabban alakul ki.

A páciensek 56%-a szenved alvás megvonástól a kórházi tartózkodás első napján is már, míg többségük szerint az alváshiány a kórházi tartózkodás velejárája. A páciensek az alvási idejük 50-60%-ában ébren vannak, míg a fenn maradó idő 3-5%-ában érik el az alvás III-IV- fázisát, mely fontos szerepet játszik a gyógyulásban (Yazdannik, 2014). Kórházi ellátás alatt a megfelelő alvás megléte igen nagy kihívás. Legfőképpen a számtalan környezeti, fizikai és pszichológiai faktor miatt. Korábbi kutatások felmérése szerint a fennálló betegségek, mint például a COPD, a tüdőödéma, a posztoperatív státusz, a környezeti faktorok közül a terápiás eszközök (pl.: betegmegfigyelő monitor, lélegeztetőgép, infúziós pumpák) hangjelzései, a fények, a lélegeztetés nagymértékben befolyásoló tényező (Little, 2012; Fonádi, 2011). Intenzív osztályos ellátásban kritikus állapotú betegek részesülnek, akik szervezetének fokozott regenerálódásra van szüksége az alvásfolyamat alatt is. Az itt fekvő betegek alvása szakaszos, alvásmennyiségük csökkent, a pár órányi alvás során pedig sokszor felébrednek. A szervezet működésének normalizálódása helyett az immunrendszer gyengülése, a lélegeztetésről való leszoktatás nehezítettsége, sebgyógyulási zavar, delírium alakulhat ki, az állapotuk romlásával találkozhatunk (Bihari, 2012; Elliot, 2013).

A vizsgálat célja

Célkitűzéseink között szerepelt megvizsgálni a fennálló betegség súlyossága illetve a betegek alvásmennyisége és -mennyisége közti kapcsolatot, feltárni,

hogy az otthoni körülmények között megjelenő alvászavarok befolyásoló hatással vannak-e az intenzív osztályra való emlékezésre, illetve megnézni, hogy az intenzív osztályon megjelenő alvást befolyásoló tényezők a fekvőbeteg osztályon is jelen vannak-e.

Hipotézisek

- 1) A fennálló betegség súlyossága befolyásolja a betegek alvásminőségét és -mennyiségét.
- 2) Az intenzív osztályon megjelenő alvászavarok befolyásolják az intenzív osztályos tartózkodásra való emlékezést.
- 3) Az intenzív osztályon levő leginkább zavaró tényezők (szomjúságérzet, kényelmetlen testhelyzet, megszokottól eltérő alvási program, terápiás eszközök) a fekvőbeteg osztályon levő alvásminőséget is befolyásolják.

Anyag és módszerek

A vizsgálat során keresztmetszeti, kvantitatív, kényelmi mintavétellel történt a mintaválasztás. A kutatásban összesen 82 beteg (N=82) vett részt a beválasztási kritériumoknak megfelelően, miszerint 18 évnél idősebb, 3 napnál hosszabb ideig tartózkodott intenzív osztályon (ITO) illetve térben és időben orientált. A vizsgálatban olyan betegek vettek részt, akik a Pécsi KK Szívgyógyászati Klinika Szívsebészeti fekvőbeteg osztályán feküdtek ITO-s ellátást követően 2014. december 16-a és 2015. február 9-e között. A kutatás során saját szerkesztésű kérdőívek kiosztására került sor, melyekben kitértünk a betegek alvásminőségére és -mennyiségére otthonukban, az ITO-n és a fekvőbeteg osztályon is. Megkértük a résztvevőket, hogy jelöljék meg azon tényezőket, melyek a legnagyobb mértékben befolyásolták alvásukat, illetve melyek azok a faktorok, melyeket szívesen alkalmaznának alvásuk javítása érdekében. A tényezőket egy 1-től 5-ig terjedő skálán kellett értékelniük, ahol az 1 jelentette a legkisebb mértéket, az 5 a legnagyobb mértéket. A kérdőívén kívül a betegek ápolási dokumentumait is elemeztük az életkor, az altató használata és a terápiás eszközök (centrál véna kanül, mellkascső, hólyagkatéter) szempontjából.

Az adatok vizsgálata során a válaszok feldolgozásához leíró statisztikát használtunk. A változók közötti összefüggések keresésére χ^2 -próbát, lineáris regressziót, Mann-Whitney-U tesztet alkalmaztunk. A függő változók összevetésénél átlag megbízhatósági tartományt vettünk segítségül. Statisztikai szoftverként MS Excel táblázatkezelő programot és SPSS. 22.0-t használtunk. A kapott eredményeket $p < 0.05$ esetén tartottuk szignifikánsnak.

Eredmények

A kérdőívek 100 szívműtéten átesett beteg körében kerültek kiosztásra. Ezen betegek elektíven kerültek fekvőbeteg osztályos felvételre, mely előzményeként a beavatkozásról és a rehabilitációs időszakról felvilágosítást kaptak orvosuktól. A 100 beteg közül 4-en visszautasították a kérdésekre való válaszadást, 3-an nem értettek magyar nyelven és 11-en nem feleltek meg a beválasztási kritériumoknak, vagyis kevesebb, mint 3 napot töltöttek intenzív osztályon.

Így a kutatásban 82 beteg maradt, ebből 44 férfi és 38 nő. A betegcsoport illetve a kutatási helyszín volta miatt a betegek inkább az idősebb korosztályból kerültek ki. Az átlag életkor 68 év volt.

A kórházi kezeléssel kapcsolatos adatok az orvosi illetve ápolási dokumentációkból kerültek kielemezésre. A fekvőbeteg osztályon való tartózkodáskor 2 beteg kivételével centrális véna volt behelyezve az esetek több, mint 50%-ánál a jugularis vénába. A centrális véna kanül mellett 35 beteg esetében még egy perifériás kanül is volt behelyezve az alkar valamely területén. Az orvosi dokumentációból még kíváncsiak

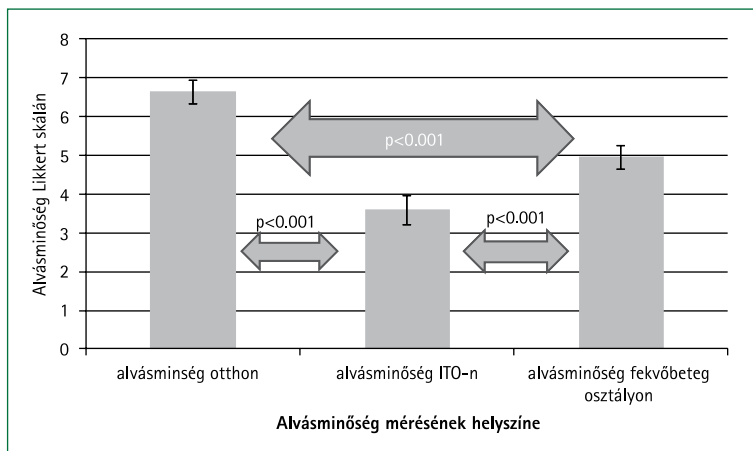
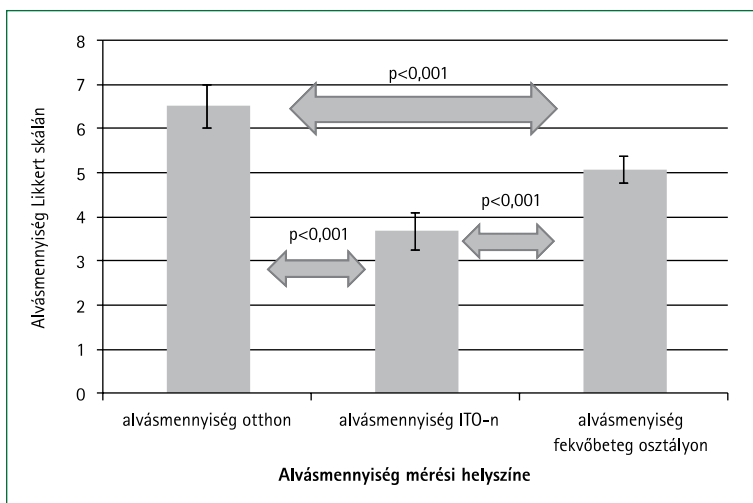
voltunk a betegek altatószedési szokásaira, amelyek befolyásolhatják az intézményen kívüli, illetve a kórházi alvásminőséget és -mennyiséget. A megkérdezettek 40%-a otthonában is használ valamilyen altatószert, hogy segítse alvását. Az altatószert használók körében több a nő, de nem számottevő különbséggel, közülük is legtöbben Frontin-t alkalmaznak otthoni körülmények között. Fekvőbeteg osztályra való kikerülést követően a betegek nagy részénél a katéterek illetve a mellkas felnyitásából eredő váladék felfogására szolgáló drain-eket már korábban eltávolították, de 28 betegnél még talákoztunk vagy katéterrel, vagy mellkas csővel, attól függően, hogy milyen rég hagyták el az intenzív osztályt.

Az első kérdés során 24 tényezőt soroltunk fel, ezekből kellett a betegeknek kiválasztaniuk, amelyekre emlékeztek az ITO-s tartózkodásukról. **(I. táblázat)** A betegek 85%-a a családtagok látogatására és ismeretlen arcok jelenlétére emlékezett, 84%-uk a környezetből kiszűrődő hangokra, 80% a kórtermi fényekre és a monitorjelző hangokra. Továbbá sokan jelölték még meg a kórtermi környezetre való emlékezést vagy azt, hogy rossz közérzetük volt,

vagy éppenséggel ijedtek voltak az állapotuk miatt. Kis százalékban jelölték a betegek, hogy esetleg halálfélelmük lett volna vagy rossz álmuk, esetleg a nem valós dolgok érzékelését. Az eredmények szerint tehát a betegek jobban emlékeztek arra, hogyan nézett ki a környezetük, milyen hangok vagy fények szűrődtek ki, mint arra, hogy milyen érzésekkel küzdöttek vagy élték át az ITO-n való tartózkodást. A betegek által leggyakrabban megjelölt tényezőket összevetve a nemekkel, csak két esetben találtunk szignifikáns különbséget a férfiak és nők között. A változók összehasonlítása során csak a nemek és a kórtermi környezetre ($p < 0,001$) és a családtagok látogatására való emlékezés között fedeztünk fel szignifikáns különbséget ($p = 0,025$). A betegek 65%-a tudta felidézni az intenzív osztályos kórtermét, ahol feküdt, közülük több volt a férfi, mint a nő. A felmérés során a beteg által legnagyobb százalékban megjelölt tényezők kerültek elemzésre. A nem és az ismeretlen arcokra ($p = 0,328$), a környezetből

I. táblázat: Intenzív osztályon való tartózkodásra emlékezés (n=82)

Mely tényezőkre emlékszik az ITO-s tartózkodásából?	gyakoriság
családtagok látogatása	85%
ismeretlen arcok jelenléte körülöttem	85%
sötétség volt körülöttem	19%
környezetből kiszűrődő hangok	84%
rossz közérzetem volt	54%
zavarodott voltam	43%
ijedt voltam	46%
halálfélelmem volt	12%
rossz hangulatom volt	48%
nem valós dolgok érzékelése	13%
fájdalmaim voltak	43%
rémálmaim voltak	12%
szépeket álmodtam	12%
korlátozottság/bezárttság	37%
betegtársak pánikoltak	31%
kórtermi környezet	65%
lélegeztető tubus segített a légzésben	30%
tubus leszívása	14%
orrszonda segített a légzésben	32%
katéter segített a vizeletürítésben	39%
kórtermi fények	80%
monitorjelző hangok	74%
óra ketyegése	38%
egyéb	0%

1. ábra: A betegek alvásminőségének szubjektív megítélése (N=82)**2. ábra:** A betegek alvásmennyiségének szubjektív megítélése (N=82)

kiszűrődő hangokra ($p=0,988$), a rossz közérzetre ($p=0,339$), a zavarodottság érzésére ($p=0,452$), az ijedtségre ($p=0,288$), a rossz hangulatra ($p=0,516$), a fájdalomra ($p=0,556$), a kórtermi fényekre ($p=0,743$) illetve a monitorjelző hangokra ($p=0,165$) való emlékezés között szignifikáns különbséget nem fedeztünk fel.

A kérdések során felmértük a betegek otthoni illetve intézményi alvásminőség és -mennyiség közti különbséget. A betegek a kérdőív kitöltése során megjelölhették, hogy otthonukban, az intenzív osztályon illetve fekvőbeteg osztályon hányasra értékelnék az alvásminőségüket egy 1-től 10-ig terjedő skálán. **(1. ábra)** A kapott válaszokat átlag megbízhatósági tartomány segítségével elemeztük. A vártaknak megfelelően alakultak az értékelések. A legrosszabb az intenzív osztályon volt, az átlag érték $3,6 \pm 1,4$ lett a 10-ből. A fekvőbeteg osztályon már javult az alvásminőség a betegek szerint, itt az átlag 10-ből

$4,9 \pm 1,4$ lett, míg az otthoni minőségre átlagosan $6,6 \pm 1,4$ értéket adtak.

Az alvásminőségen kívül a betegek alvásmennyiségére is kíváncsiak voltunk. **(2. ábra)** Az intenzív osztályon a minőséghez hasonlóan a mennyiség is csökkent, a felmért helyek közül a legalacsonyabb. A betegek átlagban 3 órát tudtak aludni ITO-n, skálán történő jelölésnél az átlag érték 3-as lett a 10-ből. A fekvőbeteg osztályon az alvás mennyisége javult a betegeknél, elmondásuk szerint átlag 5 órát tudtak már aludni, a skálán a mennyiség csak 5-ös értéket ért el.

A felmérésből kiderült, hogy az otthoni alvási órák száma majdnem minden betegnél alacsonyabb, mint az korábbi felmérések alapján javasolt. Kutatások igazolják, hogy 18 év feletti korosztály igényelt alvási órák száma 7-9 óra megszakítás nélkül. Az otthoni alvás mennyisége átlag 6,5 óra lett.

Korábbi kutatások igazolták, hogy az alvást környezeti illetve nem környezeti faktorok is képesek befolyásolni. A kérdőívben összegyűjtöttünk olyan tényezőket, amelyek előfordulnak az intenzív osztályon és megkértük a betegeket, hogy egy 1-től 5-ig

terjedő számskálán jelöljék meg, hogy az adott tényező milyen mértékben befolyásolta alvásukat az intenzív osztályon való tartózkodásuk alatt. A legnagyobb mértékben a szomjúságérzet/szájszárazság befolyásolta a betegek állapotát, szorosan követte ezt a megszokottól eltérő „alvási-program”, a kényelmetlen testhelyzet és a szorongás. A betegek a többi tényezőt az 5-ös skálán átlagosan 2-re értékelték. A legkevésbé zavarták az alvás folyamatát a betegtársak, a vizsgálatok, a fürdetés és a rémálmok/nem valós dolgok érzékelése.

A kérdőívben kitértünk olyan faktorokra, amelyek gyakran előfordulnak az ember alvása során és kíváncsiak voltunk, hogy ezekkel a résztvevő betegek is küzdenek-e, befolyásolva az otthoni és intézményi alvásminőségüket és -mennyiségüket. **(II. táblázat)** A legtöbben (56%) a horkolást jelölték meg, a 60%-uk férfi volt. A betegek 45%-a szenvedett az éjszakai ébrenlétektől, közülük is a férfiak voltak többen,

II. táblázat: Alvászavarok gyakorisága otthoni és intézményi körülmények között (N=82)

	Otthon	ITO-n	Sig. (p)
éjjeli ébrenlétek	45%	91%	– ¹
nappali aluszékonyság	31%	75%	p=0.064
fokozott alvásigény	19%	51%	p=0.117
tartós alváshiány	15%	46%	p=0.988
alvás közbeni légzés kimaradás	20%	8%	– ¹
alvajárás	1%	0%	– ¹
lábbgörcs	21%	8%	– ¹
alvás közbeni beszéd	4%	0%	– ¹
fogcsikorgatás	9%	4%	– ¹
horkolás	56%	32%	– ¹
ágybavizelés	0%	0%	– ¹

¹ a χ^2 próba előfeltételei nem teljesültek, így matematikai statisztikai számítás nem történt

54%-al. Az éjjeli ébrenlétek miatt sokan jelölték a nappali aluszékonyság gyakoriságát. A férfiak 30%-a tüntette fel, hogy alvás közben gyakran tapasztaltak légzés kimaradást, alvási apnoe-t. A következőkben összehasonlításképp az intenzív osztályon való tartózkodással feltettük ugyanezt a kérdést ezekkel a tényezőkkel. Az elemzés során azt kaptuk, hogy az éjjeli ébrenlétek már több betegnél megjelentek, 91%-uk panaszkodott. Ebből következőleg a nappali aluszékonyság is (75%), a fokozott alvásigény (51%) és a tartós alváshiány (46%) is gyakrabban jelentkeztek. A horkolás, ami eddig magas százalékban volt jelen, itt már csak 27 embernél jelentkezett csak úgy, mint az alvási légzésleállás a maga kevesebb, mint 1%-ával.

Felmértük, hogy az intenzív osztályon megjelenő alvászavarok és az intenzív osztállyal kapcsolatos tényezőkre való emlékezés között van-e kapcsolat. Az eredményekből elmondható, hogy az alvászavarok leginkább az intenzív osztály környezetével kapcsolatos tényezőkre való emlékezést befolyásolják. Összefüggés mutatható ki a monitorjelző hangokra való emlékezés és a nappali aluszékonyság ($p=0,005$), valamint tartós alváshiány között ($p=0,046$). Kapcsolat mutatkozott az alvás közbeni légzésleállás és a környezetből kiszűrődő hangok között ($p=0,007$), a lábgörcs jelenléte és a kórtermi fények között ($p=0,006$) illetve a horkolás és a kórtermi környezetre való emlékezés között ($p=0,018$). További összefüggéseket találtunk az éjjeli ébrenlétek és a rossz közérzet ($p=0,001$), illetve a zavartottság érzése között ($p=0,045$).

További kérdések szóltak arról, hogy mik azok a tényezők, amelyeket a betegek alkalmaznak, vagy kívánnak alkalmazni a fekvőbeteg osztályon való tartózkodás során az alvás folyamatának javítása érdekében. A betegek 87%-a kapott fájdalomcsillapítót

és 57%-uk altató készítményt. A betegek több mint fele megkapta a megfelelő információkat az állapottával kapcsolatban, ezen betegeknél az aggodás nem befolyásolta az alvást. A betegek csak 52%-a használta otthonról hozott párnáját, annak ellenére, hogy ez megengedett volt a kórház felől. Elmondásuk szerint a legtöbb beteg alvása javulása érdekében környezeti csendet (52%), tompított fényeket (36%), és eltérő ágyfaját (31%) szeretett volna. Sokat panaszkodtak az ágyak keménységére, amelyekhez nem voltak hozzászokva és megnehezítette alvásukat. Táblázatban hasonlítottuk össze azon faktorok gyakoriságát, amelyeket a betegek alkalmaznak/kapnak, vagy szívesen alkalmaznának a fekvőbeteg osztályon való tartózkodás ideje alatt. **(III. táblázat)**

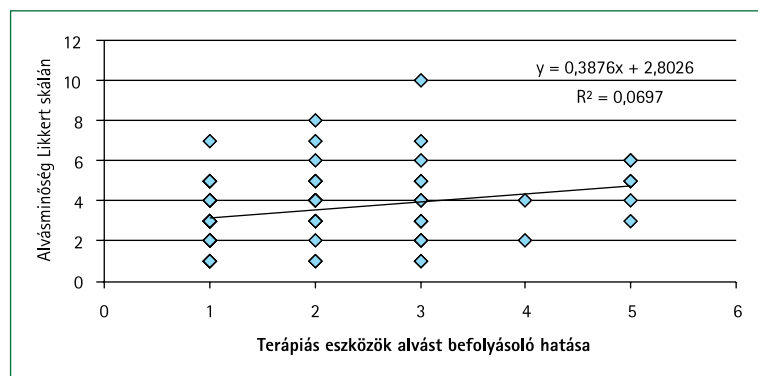
További elemzéseket végeztünk lineáris regresszió segítségével, melyek során az alvás minőségét és mennyiségét hasonlítottuk össze az alvást befolyásoló tényezők mértékével otthon, az intenzív osztály és a fekvőbeteg osztály tekintetében. A vizsgálatok során közepes és gyenge kapcsolatokat fedeztünk fel. Szignifikáns különbséget fedeztünk fel a szondák, kanülök, katéterek alkalmazása és az intenzív osztályos alvásminőség ($r=0,256$, $r^2=0,623$) és -mennyiség ($r=0,331$, $r^2=0,110$) között. **(3. ábra)** Ezen eszközök alkalmazása az alvásminőségre 6%-al, míg a mennyiségre 11%-al van hatással. A zajok és az intenzív osztályos alvásmennyiség között is szignifikáns különbséget találtunk. Az r értéke 0,313, az r^2 értéke 0,101 volt, tehát a zajok 10%-ban befolyásolják az alvásmennyiséget. **(4. ábra)**

A vizsgálat során felmértük a betegek otthoni, intenzív osztályos és fekvőbeteg osztályos alvásminőségét és -mennyiségét. A megkérdezettek konkrét óraszámokat adtak az átaludt órák mennyiségére, illetve skálák segítségével jellemezték, hogy ez az óraszám minőségileg és -mennyiségileg is ki-

III. táblázat: Az alkalmazott és alkalmazni kívánt tényezők intézményi körülmények között (N=82)

	alkalmaz/kap	lehetőség szerint alkalmazna
altató készítmények	57%	19%
relaxációs technikák	1%	4%
fájdalomcsillapítók	87%	6%
zeneterápia	2%	6%
kielégítő információ	58%	19%
környezeti csend	7%	52%
szemmaszk	0%	9%
füldugó használata	3%	15%
saját párna használata	52%	12%
eltérő ágyfajta	0%	31%
monitor, riasztó eltávolítása	0%	13%
kórtermi óra eltávolítása	0%	2%
ablak nélküli kórterem	0%	0%
több takaró használata	7%	15%
ajtók zárva tartása	3%	17%
tompított fények	12%	36%
egyéb	0%	0%

3. ábra: A terápiás eszközök és az intenzív osztályos alvásminőség közti összefüggés (N=82)

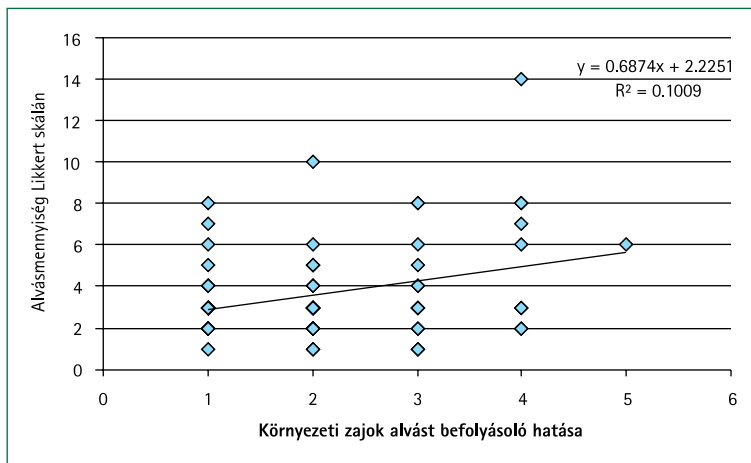


elégítő-e. Ezeket az eredményeket összevetettük az intenzív osztályos tényezőkre való emlékezés-sel Mann-Whitney U teszt segítségével. Az eredményekből kiderül, hogy legnagyobb mértékben az ITO-s alvásminőséget és -mennyiséget, illetve az átaludt órák számát befolyásolják. Szignifikáns összefüggést találtunk az ITO-s alvásmennyiség az ijedtség ($p=0,011$), a betegtársak pánikolása ($p=0,011$) és a nem valós dolgok érzékelése ($p=0,014$) között. Az alvásminőséget legnagyobb mértékben az ijedtség befolyásolta ($p=0,016$), míg az átaludt órák számát a szép álmok látása ($p=0,003$).

Megbeszélés

Összességében elmondható, hogy kórházi körülmények között, mind az intenzív osztályon, mind a fekvőbeteg osztályon való tartózkodás során az általunk vizsgált páciensek alvásminősége és -mennyisége egyaránt negatív irányba változott. Az intenzív osztályon való tartózkodás kapcsán a betegek környezeti illetve nem környezeti tényezőkre is egyaránt emlékeznek. Elmondható, hogy a betegek más emberekre, arcokra emlékeznek leginkább a tartózkodásból, mind sem a kórtermi környezet vagy a fájdalom. Első hipotézisünkben feltételeztük, hogy a fennálló betegség súlyossága befolyásolja az alvás minőségét és mennyiségét. A betegek szerint leginkább a szomjúságérzet/szájszárazság, a megszokottól eltérő alvási program, illetve a kényelmetlen testhelyzet befolyásolja leginkább az alvás folyamatát negatív irányba. A betegség súlyossága nem tartozik azon faktorok közé, melyek legnagyobb mértékben bírnak befolyásoló hatással, de így is szignifikáns különbség mutatkozik az alvásminőséggel összevetve. A kapott tényezők multifaktoriálisnak bizonyultak. Ezen eredmények nagyban összefüggést mutatnak Little és munkatársai kutatásának eredményeivel. A kutatásból kiderült, hogy a megkérdezettek közül mindenki szenved valamilyen alvászavartól otthonában. Ezen tényezők az intenzív osztályon való tartózkodás során vagy erőteljesebben jelentkeztek vagy megszűntek. Kutatásunkból kiderült, hogy a legtöbben horkolástól és nappali aluszékonyságtól szenvednek otthonukban, míg az ITO-n az éjjeli ébrenlétektől és a nappali aluszékonyságtól. Második hipotézisünk volt, hogy az intenzív osztályon megjelenő alvászavarok befolyásolják az intenzív osztályon való tartózkodásra való emlékezést. Összefüggés mutatható ki a monitorjelző hangokra való emlékezés és a nappali aluszékonyság, valamint tartós alváshiány között. Kapcsolat mutatkozott az alvás közbeni légzésleállás és a környezetből kiszűrő-

4. ábra: A környezeti zajok és az intenzív osztályos alvásminőség közötti összefüggés (N=82)



dő hangok között, a lábgörcs jelenléte és a kórtermi fények között, illetve a horkolás és a kórtermi környezetre való emlékezés között. További összefüggéseket találtunk az éjjeli ébrenlétek és a rossz közérzet illetve a zavarodottság érzése között, így elmondható, hogy ezen hipotézisünk beigazolódott.

Harmadik hipotézisünkben feltételeztük, hogy az intenzív osztályon levő leginkább zavaró tényezők (szomjúságérzet, kényelmetlen testhelyzet, megszokottól eltérő alvási program, terápiás eszközök) a fekvőbeteg osztályon levő alvásminőséget is befolyásolják. Ezen hipotézisünk vizsgálatakor szignifikáns összefüggést csak az ITO-s alvásminőség az ijedtség, a betegtársak pánikolása és a nem valós dolgok érzékelése között találtunk. Az alvásminőséget legnagyobb mértékben az ijedtség befolyásolta, míg az átaludt órák számát a szép álmok látása. Így ezen feltételezésünk nem igazolódott be.

Kórházi körülmények között a betegek többsége alkalmaz/kap fájdalomcsillapító szert vagy altató készítményt, melyek hatásmechanizmusuk folytán az alvást segítő faktorok, mégis a minőség és a mennyiség is szegényesebb, mint otthonukban. A betegek a kutatás során inkább környezeti csendet vagy eltérő ágyfajtát szeretnének alvásuk javulása érdekében, mint pl. fájdalomcsillapítót vagy altatót, melyekkel könnyebben el tudnának aludni, vagy át tudnák az éjszakát aludni.

Elmondhatjuk, hogy a kórházi tartózkodás alatt az alvásminőség és a -mennyiség is sze-

gényes, rengeteg olyan tényező van, amely hatással van az alvásra, mint a környezeti hangok, a terápiás eszközök, a kényelmetlen testhelyzet, a szomjúságérzet, vagy a fennálló betegség súlyossága.

Jelen kutatásunk előnye, hogy az alvást befolyásoló változókat, a nemek közötti különbségeket több nézőpontból tudtuk vizsgálni. A továbbiakban érdemes lenne az intézményt elhagyó betegek alvásminőségének vizsgálata, hogy az alvásfolyamat hogyan befolyásolja a rehabilitációt, illetve hogy a kórházi szegényes alvás hatással van-e az otthoni alvásra.

A kutatás korlátaiként azonban meg kell említeni, hogy a felmérés csak egy bizonyos intenzív osztályon zajlott, egy bizonyos műtéten átesett betegek körében, így további más „beteganyaggal” rendelkező osztályok bevonásával esetlegesen más eredményeket kaphattunk volna.

Irodalomjegyzék

- Bihari S., Doug McEvoy R., Matheson E., Kim S., Woodnan RJ., Bersten AD. (2012). Factors affecting sleep quality of patients in Intensive Care Unit. *J Clin Sleep Med*. 2012 Jun 15;8(3): 301-307, doi: 10.5664/jcsm.1920.
- Bori J., Kovács Zs. (2010). A gyermekkori obstruktív alvási apnoe szindróma, vizsgálat. *IME IX. évfolyam*, 1. szám 21-25
- Da Costa SV., Ceolim MF. (2013). Factors that affect inpatients' quality of sleep, *Rev. Esc. Enfem USP*, 47(1): 46-52
- Elliott R., McKinley S., Cistulli R., Fien M. (2013). Characterisation of sleep in intensive care using 24-hour polysomnography: an observational study, *Critical Care*, 17:R46, doi: 10.1186/cc12565.
- Fonádi K., Lindner A., Czira ME. (2011). A gyulladás és az alvászavarok összefüggései vesetranszplantált betegek körében, *Hypertonia és Nephrologia*; 15(6): 269-277
- Little A., Ethier C., Ayas N., Thanachayanont T., Jiang D., Mehta S. (2012). A patient survey of sleep quality in the Intensive Care Unit, *Minerva Anesthesiol.*;78(4): 406-4147.
- Oláh et al. (2012). *Az ápolástudomány tankönyve* (pp. 431-436), Budapest, Medicina Könyvkiadó
- Szymanszki FM., Filipiak KJ, Hryniewicz-Szymanska A., Karpinski G, Opolski G. (2013). Clinical characteristics of patients with Acute Coronary Syndrome at high clinical suspicion for OSAS. *Hellenic J Cardiol* 54: 348-354
- Yazdannik, AM., Zareie, A., Hasanpour, M., Kashefi, P. (2014). The effect on earplugs and eye masks on patients' perceived sleep quality in intensive care unit., *Iran J Nurs Midwifery Res*; 19(6): 673-678

EREDETI KÖZLEMÉNY

A teammunka és a tájékoztatás jelentősége a stroke utáni rehabilitációban

HORVÁTH Orsolya, STERLIK Krisztina

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: A stroke betegség népegészségügyi probléma, Magyarországon is évente több tízezer beteg él túl szélütést és folytatja életét annak egészségi állapotot befolyásoló negatív következményeivel. Jól szervezett korai, a betegek klinikai állapotához igazodó rehabilitációs program nem csak az érintettek életkilátását és életminőségét javíthatja, hanem az önellátó életvitel viszszerzésében is segítséget nyújthat. A betegek döntő többsége számos hajlamosító tényezővel terhelt életmódot folytat, mely miatt az egyénre szabott betegegyredukáció kiemelt jelentőséggel bír az ismételt agyi érkatasztrófa megelőzése érdekében.

Anyag és módszer: Vizsgálatunkban a neuro-rehabilitációs teammunka és betegegyredukáció hatékonyságát mértük fel a Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet fekvőbeteg stroke rehabilitáción résztvevő betegeink körében (2016-2017). A betegek önálló életvitelre való képességének alakulását FIM skálával és Barthel index-el vizsgáltuk, míg az egyén vagy hozzátartozó által kitöltött kérdőív segítségével a befolyásolható rizikófaktorok jelenlétét, valamint a betegek betegségükkel kapcsolatos ismeretanyagát elemeztük (2016-2017).

Eredmények: Eredményeink szerint halmozottan fordultak elő befolyásolható rizikótényezők betegeink körében, és annak ellenére, hogy a kórházi szakban kaptak tájékoztatást, ismeretanyaguk a betegséggel kapcsolatban igen hiányos volt.

Következtetések: Eredményeink alapján az akut szakot követő, minél korábban elkezdődő komplex rehabilitáció a legeredményesebb. Az akut szakban betegegyredukációs ápoló, írott tájékoztató anyagok megkönnyíthetik a gyógyulási folyamatot, a rehabilitációig otthon töltött időt.

Kulcsszavak: stroke, rehabilitáció, team, beteg tájékoztatás, prevenció

The Importance of Teamwork and Patient Education in the Rehabilitation of Stroke Patients

Orsolya HORVÁTH, Krisztina STERLIK

SUMMARY

The aim of the study: Stroke is an increasing problem in public health. Every year in Hungary tens of thousands of people survive stroke and continue their life bearing all the negative consequences of this disease. Well organized and early rehabilitation treatment, based on the patients' clinical condition, improves not only their life expectancy, but also quality of life and helps to restore the self-sufficient living as well. The majority of the stroke patients live with numerous of cerebrovascular risk factors, highlighting the special importance of personalized education to prevent the recurrent stroke.

Material and Methods: The aim of our investigation was to examine the efficiency of the neuro-rehabilitation teamwork and personalized patient-education among stroke patients took part inpatient rehabilitation of the Teaching Hospital and Rehabilitation Center of Sopron (2016-2017). We measured the change in ability of self-sufficient living with the FIM scale and the Bartel index, while we analyzed the presence of the modifiable cerebrovascular risk-factors with the assistance of a questionnaire was completed by the patient or the relatives (2016-2017).

Results: During our research we also evaluated the knowledge of patients about their condition. According to our results the modifiable risk-factors occurred cumulatively among our patients and despite the education that stroke patients received during the acute period in the hospital, there still occurred a general lack of knowledge regarding their disease.

Conclusions: Based on our results the complex rehabilitation therapy started at its earliest possible following the acute period was the most successful method of treatment. During the acute period, the dissemination of written educational materials and information sheets help the recovery phase until the start of the complex rehabilitation therapy.

Keywords: stroke, rehabilitation, team, patient information, prevention

HORVÁTH Orsolya
egyetemi okleveles ápoló,
egészségügyi menedzsment
specialista, Soproni Erzsébet
Oktató Kórház és Rehabilitációs
Intézet

STERLIK Krisztina
diplomás ápoló, szülésznő,
Soproni Erzsébet Oktató Kórház
és Rehabilitációs Intézet

Levelező szerző
(correspondent):
HORVÁTH Orsolya,
e-mail:
horvath.orsi.24@freemail.hu

Beérkezett: 2017 szeptember 11.
Elfogadva: 2018. január 29.

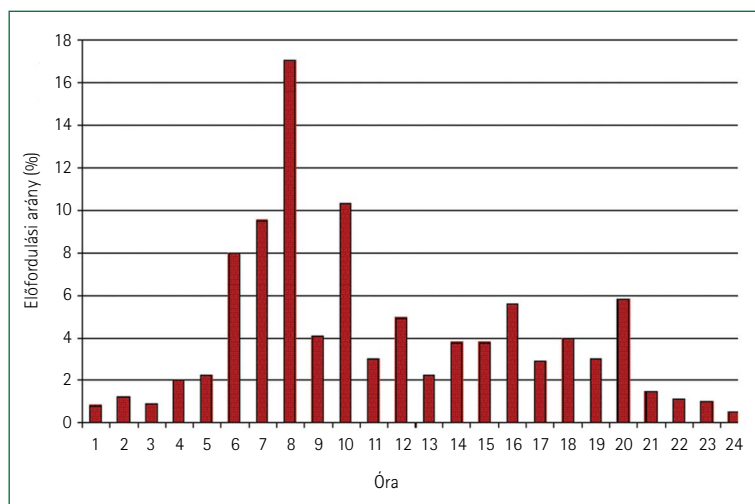
Bevezetés

A stroke népegészségügyi probléma, jelentőségét mind a nemzetközi, mind a hazai statisztikai adatok egyértelműen alátámasztják. A szélütésen átesettek közül minden harmadik beteg életét veszti, a túlélők fele pedig a következő öt évben hal meg ismétlődő stroke miatt. Nagy jelentőséggel bír az a tény is, hogy a stroke nem csak az idősek betegsége (Lloyd, 2010). Az embereknek minden időben az volt a törekvése, hogy betegségükből felépüljenek, testi, lelki és szellemi károsodásukat leküzdjék – vagyis a gyógyulás és a rehabilitáció eszméje – egyidős az emberiség szájhagyományon alapuló és írott történelmével. Ezek a törekvések a primitív korokban többnyire csupán az elszenvedett testi sérülés, az abból eredő fogyatékosság javításáról, csökkentéséről szóltak. Azonban maga a rehabilitáció nem merülhet ki csupán az emberi létnek ebben a dimenziójában. Ha figyelembe vesszük, hogy az egészség – a WHO megfogalmazása szerint – testi, lelki, szociális jólét állapota. Soha nem a betegséget, hanem az embert kezeljük. Ha figyelembe vesszük, hogy az ember alapvetően harmóniára, kiegyensúlyozottságra, a teljes élet megélésére törekszik, akkor eljutunk egy olyan magas szintű szükséglethez, mely a beteg és környezete számára már megfogalmazza az igényt arra, hogy tudásukat, tájékozottságukat fejlesztve, önállóságukat megtartva eljuthassanak lehetőségeikhez képest egy maximálisan elérhető egészségi szintre és azt hosszútávon meg is tarthassák (Makovicsné, 2004).

Agyi infarktus

Az agyi érkatasztrófa, infarktus (szélütés, gutaütés, angolul: stroke) az agyműködés olyan globális vagy

1. ábra: Stroke-események gyakoriságának napszaki alakulása



fokális zavara, amely gyorsan kialakuló tünet-együttest okoz, több mint 24 órán keresztül áll fenn, vagy halálhoz vezet. Az iszkémiás, hipoxiás állapot kialakulását követően már másodpercekkel súlyos elektrofiziológiai működészavar mutatható ki a központi idegrendszerben, amelynek a hátterében számos biokémiai változás igazolható. Az idő előrehaladásával 2-8 másodpercen belül nincs már felhasználható oxigén, így 12 másodperc után bekövetkezik az eszméletvesztés, 30-40 másodperces iszkémia után pedig már az EEG-n sem látható elektromos tevékenység. 3-4 perc múlva az agyállományban már szövettanilag is felismerhető, visszafordíthatatlan elhalási folyamatok mutathatók ki, 9 percnél hosszabb keringés leállást nem lehet túlélni (Szirmai, 2011; 2017).

Említhetők olyan általunk nem befolyásolható tényezők, amelyek a stroke valószínűségét jelentősen emelik. Ilyenek az életkor, a nem, az előző cerebrovaszkuláris vagy miokardiális megbetegedések, az egyes érfejlődési anomáliák és bizonyos genetikai tényezők. A befolyásolható tényezők képezik viszont a rizikófaktorok nagyobb csoportját, melyek csökkentésével drasztikusan lehetne mérsékelni a szélütések számát. Ezek közé tartoznak: magas vérnyomás betegség, dohányzás, alkoholfogyasztás, szájon át szedett fogamzásgátlók, fizikai inaktivitás, nem megfelelő étrend, stb. (Mumenthaler, 2004).

Bármennyire is meglepő, a stroke bekövetkezési valószínűsége délelőtt 8 és 10 óra körül a leggyakoribb. (**1. ábra**)

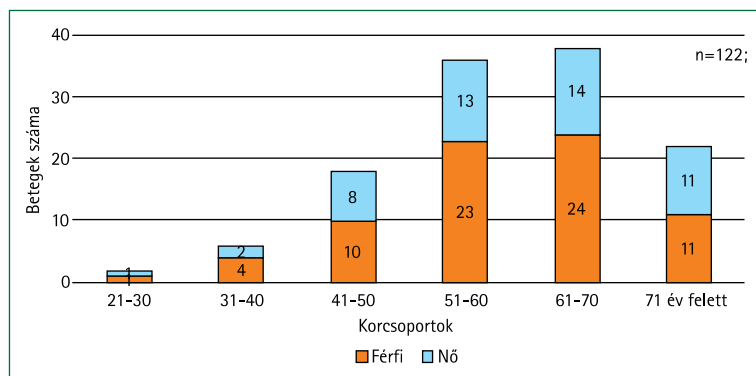
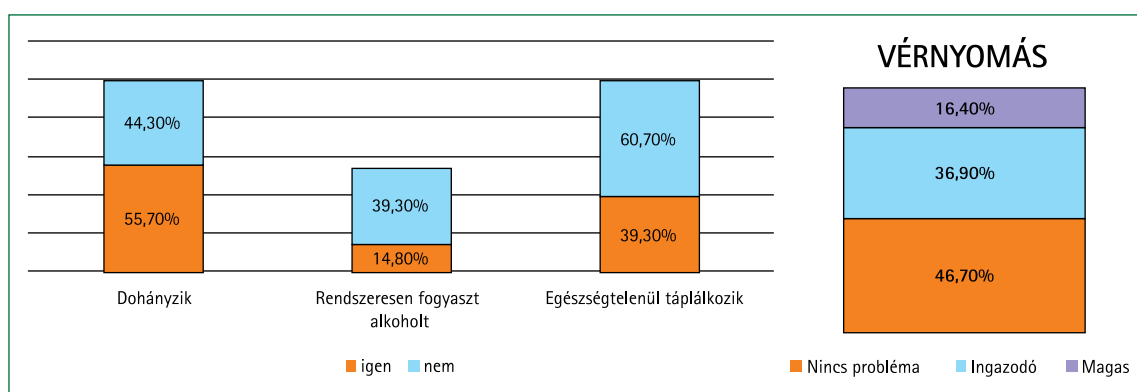
A stroke betegséget kialakulás módja alapján két nagy csoportba különíthetjük el: iszkémiás- és vérzéses stroke. A lehető legeredményesebb gyógyítás érdekében fontos a stroke minél gyorsabban történő felismerése és a betegek stroke-centrumba, vagy – amennyiben ilyen centrum nem érhető el időben – neurológiai osztályra való gyors eljuttatása (Szirmai, 2011; Vekerdy, 2010).

A vizsgálat célja

Vizsgálatunk célja a neurorehabilitációs teammunka és a beteg-educáció hatékonyságának elemzése a Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet fekvőbeteg Neuro-rehabilitációs osztályán.

Anyag és módszer

Az elemzést retrospektív módon végeztük 160 stroke-ot követő

2. ábra: Betegek korcsoport és nem szerinti megoszlása**3. ábra:** Befolyásolható és nem befolyásolható rizikók stroke betegeknél

intézeti rehabilitáción résztvevő betegeink körében, 2016-2017. évben. A kórelőzményi és klinikai adatokat a betegek orvosi dokumentációjából gyűjtöttük össze, másrészt az osztályon használt FIM skálát, illetve Barthel indexet vettük alapul az önállósági képesség alakulásáról (Linacre, 1994). Ezen kívül a betegek (hozzátartozóik) által kitöltött, a befolyásolható rizikótényezőkre és a betegedukáció hatékonyságának felmérésére irányuló kérdéseket tartalmazó kérdőíveket dolgoztuk fel.

Eredmények

A vizsgált 160 betegből 122 esetben kaptunk vissza értékelhető kérdőívet. A betegek demográfiai adatai a **2. ábrán** láthatók. A férfiak és nők aránya 3:2 volt. Az irodalmi adatoknak megfelelően a férfiaknál nagyobb gyakorisággal fordul elő agyi infarktus. Az életkor tekintetében az 51 év feletti korosztály érintettsége volt szembetűnő a vizsgált betegcsoportban (78%). A 40 éves korosztályhoz képest az 50 éves korosztálynál megduplázódott a betegek száma, ami egyezik a nemzetközi szakirodalommal. Ennek preventív üzenete az, hogy már a 40 éves korosztályban el lehetne kezdeni a stroke-rizikó szűrését (Lloyd, 2010; Szirmai, 2011).

A befolyásolható rizikófaktorok előfordulását a **3. ábra** részletezi. Az alkoholfogyasztás – a kérdőívek eredményei alapján – a többi rizikófaktorhoz képest elenyészőnek véleményezhető a vizsgálati alanyok körében. Az ismert hajlamosító tényezők közül a dohányzás, az egészségtelen táplálkozás és a magas vérnyomás betegség szerepel jelentős arányban. A betegek több mint fele dohányzott (56%) és csaknem

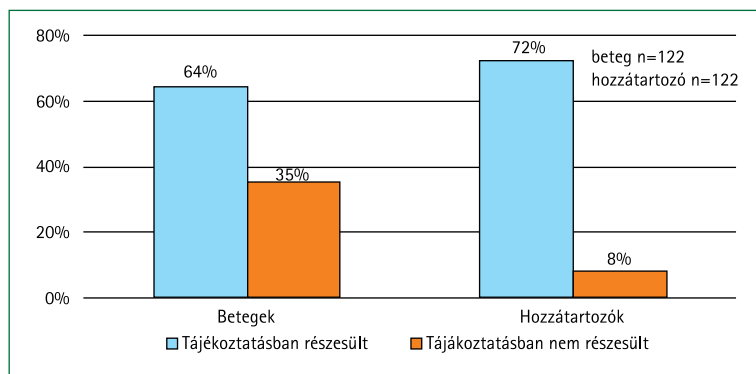
fele saját bevallása szerint egészségtelenül táplálkozott (40%) az agyi infarktust megelőzően. A megkérdezettek 84%-a tudott vérnyomás problémáról, 56%-nál ismert magas vérnyomás betegség, 44%-nál ingadozó vérnyomás fordult elő.

Fontos kérdésként vetettük fel, hogy első vagy ismételt agyi infarktust követő rehabilitáción vett részt a beteg. A betegséggel kapcsolatos ismeretanyagra szintén kiemelt figyelmet fordítottunk. A résztvevők 44%-a már korábban is hallott a betegségről (többnyire a médiából, az orvostól, illetve családban előfordult esetekből), 34%-uk pedig úgy nyilatkozott, hogy ismeri betegségének lefolyását. Azonban az elsajátított ismeretanyag részletezése során fény derült arra, hogy a betegek döntően csak a fellépő panaszokkal voltak tisztában annak ellenére, hogy 21%-uknál már a második stroke eseményt követő rehabilitáció zajlott.

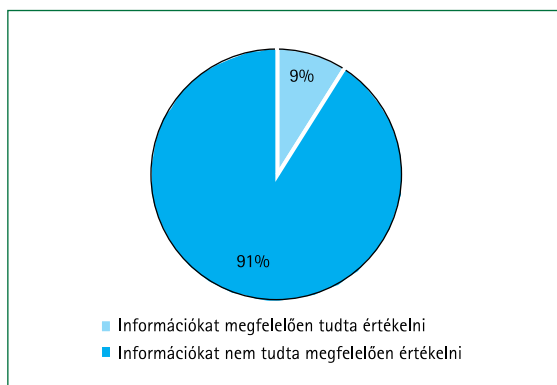
Az **4-5. ábrák** a betegek és hozzátartozóik tájékozottságát tükrözik. Kíváncsiak voltunk arra, hogy a betegek, illetve hozzátartozóik kaptak-e, és ha igen, elegendő tájékoztatást a kórházi tartózkodás során.

Az ábrák adataiból jól látható, hogy az egyénre szabott tájékoztatás tekintetében számolhatunk a legfőbb hiányossággal, hiszen ugyan a betegek jelentős százaléka kapott tájékoztatást, viszont csak 9%-

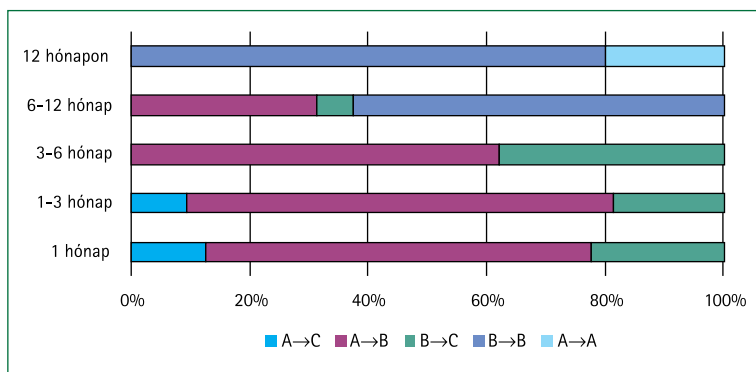
4. ábra: Kórházi kezelés során tájékoztatásban részesült betegek és hozzátartozók aránya



5. ábra: Kórházi kezelés során elegendő információhoz jutottak száma



6. ábra: A FIM skála illetve a Barthel index alapján mért állapotváltozás



I. táblázat: A FIM skála illetve a Barthel index alapján mért állapotváltozás

Állapot változás	Az akut ellátás vége és az intézeti rehabilitáció kezdete között eltelt hónapok száma				
	1 hónap (40 fő)	1-3 hónap (32 fő)	3-6 hónap (29 fő)	6-12 hónap (16 fő)	12 hónapon túl (5 fő)
A→C	5 fő	3 fő	0 fő	0 fő	0 fő
A→B	26 fő	23 fő	18 fő	5 fő	0 fő
B→C	9 fő	6 fő	11 fő	1 fő	0 fő
B→B	0 fő	0 fő	0 fő	10 fő	4 fő
A→A	0 fő	0 fő	0 fő	0 fő	0 fő

uk érezte elegendőnek a megszerzett információt. Az akutan ellátó osztályon sajnos nem jut elegendő idő a beteg megfelelő szintű tájékoztatására. Ez azért jelentős probléma, mert a beteg és hozzátartozója úgy mennek haza, hogy nincsenek tisztában a betegséggel kapcsolatos – esetlegesen az ismétlődést megelőző – legfontosabb teendőkkel, információkkal. A bizonytalanság, az informálatlanság miatt félelem, szorongás lesz úrrá rajtuk. Ideális az lehetne, ha az intézetek alkal-

maznának egy tájékoztatással foglalkozó szakembert, betegeducációs ápolót, aki gondot fordít arra, hogy a betegek és hozzátartozóik tisztában legyenek minden őket érintő problémával és annak megoldási alternatíváival.

Kutatásunk során a FIM skála és Barthel index önellátási képességet mérő tesztek segítségével követtük végig, hogy betegeink a rehabilitációra történő érkezéstől a távozásig (átlagosan 21-28 nap) mekkora fejlődésen mentek keresztül. A friss esetek (3 hónapig) nyomon követésére a FIM skálát használtunk, míg a 3 hónapon túli eseteknél Barthel index-el mértük fel mind az érkezéskor, mind a távozáskor.

Mivel a FIM skálánál az értékelés csak részfunkciónként van meghatározva, ezért a teljes funkcionális képességek értékeléséhez meg kellett határozni a szummációs értékhatárokat. A szummációs értékhatárokat a részfunkciónál meghatározott ponthatárok arányaihoz viszonyítva számoltuk ki. Így soroltuk a betegeket teljes függőségben (A), részleges függőségben (B) és független állapotban (C) lévő csoportokba. Ezt az értékelést a betegek érkezésekor és távozásakor is elvégeztük és a 6. ábrán, illetve az I. táblázatban jelöltük az eredményeket.

Az érkezéskor és távozáskor mért FIM eredményei alapján három fejlődési csoportot különböztettünk meg. Az elsőbe azok tartoznak, akik a teljes függőség állapotából egy részleges függőségbe kerültek, tehát bizonyos funkciókat képesek lettek elsajátítani (A-B). Náluk a fejlődés mértéke minimum 30% és maximum 72%-os. A második csoportba azok a betegek kerültek, akik teljes függőségi állapotban érkeztek az intézetbe és teljesen független állapotban hagyták el azt (A-C). Itt a fejlődés 73%-tól akár a 100%-ig is megvalósult. A harmadik csoportba tartozó páciensek csak részlegesen függő állapotban kezdték a kezeléseket, de a végére független állapotba jutottak (B-C). Állapotváltozásuk 44-70% között alakult. A 6. ábrán találunk „A-A”, illetve „B-B” jelölést, ami értelemszerűen azt jelenti, hogy ezeknél a betegeknél nem sikerült a skála által kimutatható változást elérni, tehát a teljes („A”) vagy részleges („B”) függőség állapotában felvett betegek távozáskor is ugyanazt az önellátási képességet mutatták.

A FIM skálára vonatkozó diagramokat értékelve azt látjuk, hogy mind az 1 hónapon belül, mind az 1-3 hónapban érkezett betegek nagyobb része (1 hónapon belül: 65%, 1-3 hónap: 72%) teljes függőségi állapotból részleges függőségi állapotba került. Állapotváltozásuk mértéke objektíven mutatja a kezelések hatékonyságát. Sikerként könyvelhető el az is, hogy a többi beteg úgy hagyta el az intézetet, hogy teljesen el tudta látni magát, nem szorult segítségre.

Prevenációs javaslatok

A teljeskörű rehabilitáció a testi, lelki és a szociális egészség dimenzióit úgy célozza meg, hogy egy multidiszciplináris team kezébe adja a stroke-os beteg rehabilitációs szükségleteinek biztosítását. A rehabilitáció sikere a fogyatékos ember saját aktivitásán, akaratán is múlik, nem elegendő csupán a szakszemélyzet által nyújtott megfelelő ellátás. Azonban a fogyatékos ember csak úgy válhat egy csoport tevékeny tagjává, ha tisztában van betegségével, a rehabilitáció folyamatával és ha ismeri a lehetőségeit. A rehabilitáció középpontjában álló beteg személyt a család és a szakmai személyzet egy komplex szociális hálózatrendszerként veszi körül. A rendszer „elemait”, azaz a szakmai team tagjait a betegség jellege, súlyossága határozza meg. Minél több képességében szenved deficitet a beteg, annál bonyolultabb az ellátásban résztvevő hálózatrendszer. Eszünkbe kell jusson, hogy ez az ember néhány hónappal ezelőtt még tevékeny résztvevője volt a társadalomnak. Éppen ezért segítenünk kell az új helyzetben a szociális adaptációját. Ezért tűztük ki kutatásunk céljává a stroke-os beteg rehabilitációjában a multidiszcip-

lináris team munkájának hangsúlyozását, valamint a beteg és hozzátartozója rehabilitációba való bevonásának és a tájékoztatásnak fontosságát. Segítségét jelenthetne már az akut osztályokon is egy szakember (angolszász irodalomban “betegedukációs nurse”) által vezetett tanácsadás, valamint egy átfogó beteg-tájékoztató füzet megjelentetése. Ez utóbbi a betegek és hozzátartozóik számára általánosságban nyújtaná hasznos és érthető információkat, mely magában foglalná a stroke betegség természetét, okát, rizikó tényezőit, prognózisát, kezelését, a helyes életvitel kialakításának lehetőségeit, a család részvételét a beteg mindennapjaiban, az otthoni rehabilitáció kérdéseit (ápolás, gyógytorna, logopédia, pszichológia, diétetika, ergoterápia), szociális lehetőségeket, és a betegség kiújulásának megelőzésének stratégiáit (Vekerdy, 2010; Török, 2003). Az ember életéből az sem maradhat ki, hogy hasznosnak érezze magát. Minden betegnél törekednünk kell arra, hogy az állapotához képest kihozza magából a maximumot és megtaláljuk a számára alkalmas elfoglaltságot, munkát. Ehhez mindenképpen a cél elérését személyre szabottan segítő, újabb szakemberekkel kell kiegészíteni a teamet. El kell érniük a betegeknél és családjuknál, hogy figyeljenek oda a tünetekre, a helyes életvitel kialakítására, hogy tartsák be az utasításokat, ha bármi problémájuk van merjenek és tudjanak kihez fordulni. Ha a betegek és családjuk megfelelő információval rendelkeznek a betegséggel kapcsolatban, jobban oda tudnának figyelni a vészjelekre. Könnyebben legyőzik félelmeiket, kétségeiket, ha arra kerül a sor, hogy a beteg az intézetet elhagyja és az otthonában, a családi környezetben folytatja a további életét. Tudatosítanunk kell bennük, hogy a teljes gyógyulás lehetősége csak azok előtt áll ott, akik kitartóan folytatják az intézményben elkezdett munkát.

Következtetések

Az Egészségügyi Világszervezet definíciója szerint a rehabilitáción azt a szervezett tevékenységet értjük, amelyet a társadalom biztosít a huzamosan vagy véglegesen fogyatékos vagy rokkant embereknek, hogy megmaradt képességeikkel ismét elfoglalhassák helyüket a közösségben. A hangsúly a szervezethez és azon a magas szintű szükséglet kielégítésén van, amelyet a definíció a közösségbe való visszailleszkedésnek fogalmaz meg.

A beteg aktívabb bevonásával és tájékoztatásával az egyébként ugyan sikeresnek mondható rehabilitációs eredményeket lehetne tovább növelni.

Végkövetkeztetésként arra jutottunk, hogy mind a rehabilitációs, mind az oktatási program kulcsa a megfelelő, jól működő team.

Irodalomjegyzék

- Fuller, Geraint (2017). Neurológiai vizsgálat egyszerűen 5. kiadás, Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest
- Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association <http://stroke.ahajournals.org/> by guest on May 5, 2016
- Kenéz J. (2008). Az akut stroke sürgősségi CT vizsgálata. Stroke folyóirat, 2008 I. évf. 1.
- Linacre JM, Heinemann JW, Wright BD, Granger CV, Hamilton BB. The structure and stability of the functional independence measure. Arch Phys Med Rehabil. 1994; 75: 127-132.
- Lloyd-Jones, D., Adams, R. J., Brown, T.M., Carnethon, M., Dai, S., De Simone, G., ... Wylie-Rosett, J. (2010). Heart disease and stroke statistics - 2010 update: A report from the American Heart association. *Circulation*, 121(7), 948-954. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192666 <http://circ.ahajournals.org/content/121/7/948> (letöltve 2018. január)
- Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: the Barthel Index." Maryland State Medical Journal 1965;14:56-61
- Makovicsné L.E. (2004). A Stroke Betegek Rehabilitációja, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest
- Kenéz J. (2008). Az akut stroke sürgősségi CT vizsgálata. Stroke folyóirat, 2008 I. évf. 1.
- M. Mumenthaler (2004). Neurológia. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest
- Rehabilitációs ellátás mértéke <http://www.kormany.hu/hu/miniszterelnoki-kabinetiroda/hirek/folytatjuk-a-fogyatekossaggal-elok-munkaba-allasanak-segiteset> (letöltve: 2016.)
- Szirmai I. (2011). Neurológia. Egyetemi Tankönyv, Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest
- Szirmai I. (2017) Neurológia 4. kiadás. Egyetemi tankönyv, Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest
- Török M., Mihálka L., Rácz S., Fekete I., Csiba L., Bereczki D. (2003). Másodlagos prevenció gyakorlat ischaemias stroke után, Ápolásügy, pp. 26-32
- Vécsei L. (2012) Betegvizsgálat és gyakorlati neurológia, Medicina Könyvkiadó, Budapest
- Vekerdy-Nagy Zs. (2010). Rehabilitációs orvoslás, Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest Rehabilitációs ellátás mértéke https://www.libri.hu/konyv/vekerdy-nagy_zsuzsanna.rehabilitacios-orvoslas.html (letöltve 2017. február)

SZABADON VÁLASZTHATÓ ELMÉLETI TOVÁBBKÉPZÉSI PONT SZERZÉSI LEHETŐSÉG

A magyar és angol nyelvű tanulmányok, kutatási beszámoló publikációk mellett a **Nővér szakfolyóirat 2018. évi lapszámaiban is megtalálhatóak lesznek a továbbképző cikkek.** Előfizetőink számára e friss kéziratokhoz tartozó tesztkérdések kitöltésére – a Nővér 31. évfolyam mind a hat lapszámának megjelenését követően – 2018. decemberében a MESZK honlapján keresztül online módon nyílik lehetőség. A kéziratot őrizze meg, mert a teszt kitöltéséhez a későbbiekben még szüksége lesz rá!

EREDETI KÖZLEMÉNY, TOVÁBBKÉPZÉS

Myocardiális infarctust követő életmódváltást befolyásoló tényezők

HALÁSZ Henrietta, MEIXNER Istvánné

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: Megtalálni azokat a módszereket melyekkel – az Állami Szívkórházban –, motíválttá tudjuk tenni a betegeket, hogy részt vegyenek reguláris oktatóprogramjainkon, és felismerjék egészségi állapotukért vállalt felelősségük fontosságát.

Vizsgálati módszer és minta: Szívinfarktus után korai rehabilitáción részt vett betegek közül egyszerű random mintavétellel 127 fő került bevonásra (n=127). A felmérés kérdőívvel, valamint retrospektív adatelemzéssel történt. Az elemzésekhez χ^2 -próbat, korreláció analízist végeztünk, ahol szignifikánsnak tekintettük a p értéket, ha $<0,05$.

Eredmények: A betegek 71%-a 60 év feletti, 87%-uk túlsúlyos, illetve elhízott, 39%-uk dohányzik a rehabilitáció kezdetekor, hipertóniás a betegek 85%-a, míg cukorbeteg 39%. A nők inkább elismerik az életmód egészségbefolyásoló hatását, mint a férfiak (p=0,004). A 60 év alatti betegek gyógyszerekkel kapcsolatos ismereteik jobbák, mint a 60 év felettieké (p=0,000). A pozitív családi anamnézis befolyásolja az életmódváltás gondolatát (p=0,01).

Következtetések: Az oktatás hatékonyságának fokozása érdekében a 60 év felettieket új módszerekkel kell oktatni. A szóban elhangzó információkat bővíteni kell írásos anyaggal. A korábbi ismereteket szükség szerint kell frissíteni és kiegészíteni. A táplálkozási tanácsadást gyakorlatiassá kell tenni a jobb megvalósíthatóság érdekében.

Kulcsszavak: infarktus, rehabilitáció, életmód, oktatás, felelősség

Factors influencing Lifestyle Changes following Myocardial Infarction

Henrietta HALÁSZ, Istvánné MEIXNER

SUMMARY

The aim of the study: In addition, it seeks those methods which might help in keeping the patients motivated so that they participate in regular health education programs, and in calling their attention to the importance of their own responsibility for their health.

Material and Methods: Out of the patients who took part in early rehabilitation after a heart attack, a simple random sample of 127 patients was involved (n=127). The survey was conducted by questionnaire and retrospective data analysis. For the analysis, χ^2 test, correlation analysis was performed, where p was considered significant if <0.05 .

Results: 71% of the patients were over the age of 60, 87% were overweight or obese, 39% were smokers at the beginning of the rehabilitation, 85% suffered from hypertension and 39% had diabetes mellitus. As opposed to male patients, females tend to recognise the impact of lifestyle on health (p=0.004). Patients under the age of 60 were more knowledgeable with regards to medicine than patients above the age of 60 (p=0.000). Positive family anamnesis impacts views on lifestyle changes (p=0.01).

Conclusion: In order to increase the effectiveness of health education, different methods are needed when teaching patients above the age of 60. Written materials need to supplement verbal information sharing. Patients with positive family anamnesis have already gained some knowledge, which needs to be corrected or extended as required. Nutrition consulting should be made more practical for better feasibility.

Keywords: infarction, rehabilitation, lifestyle, education, responsibility

HALÁSZ Henrietta
osztályvezető főnővér,
okleveles ápoló, Állami
Szívkórház, Balatonfüred

MEIXNER Istvánné okleveles
egészségügyi szaktanár, Sem-
melweis Egyetem Transzplan-
tációs és Sebészeti Klinika,
Budapest

Levelező szerző
(correspondent):
HALÁSZ Henrietta;
e-mail: hahen76@gmail.com

Beérkezett: 2017. november 26.

Elfogadva: 2018. február 11.

Bevezetés

Az orvosi beavatkozások célja nemcsak az élet hosszának növelése, hanem az élet minőségének javítása is. Ezért olyan tervezett ellátást kell nyújtani,

hogy a betegek életminőségüket a lehető legmagasabb szinten tudják tartani. Legtöbb krónikus beteg egészségét, életminőségét, túlélését még mindig az határozza meg, hogy milyen mértékben képesek alkalmazkodni a betegséggel járó életmódbeli vál-

tozásokhoz. Magyarországon 2014-ben, második alkalommal történt meg az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF). Az Európai Unió valamennyi tagállamában kötelezően bevezetett kérdőív segítségével összehasonlítható adatok nyerhetők a lakosság egészségi állapotáról, az egészséget befolyásoló tényezőkről, az egészségügyi ellátórendszer igénybevételéről és az ezzel kapcsolatos elégedettségéről. Ha azt vizsgáljuk, hogy a betegek mit gondolnak arról, mennyit tehetnek az egészségükért, akkor azt láthatjuk, hogy mindkét nem közel azonos mértékben ért egyet azzal, hogy a genetikai, biológiai adottságokon túl az egészség megőrzésének kulcsa: az egészségtudatos életmód. Felmérés szerint egyre többen vannak tisztában a mozgás, a kiegyensúlyozott táplálkozás, a megelőzés és a szűrővizsgálatok fontosságával (Központi Statisztikai Hivatal, 2015).

A beteg egyén egészségfejlesztésének szinterei az egészségügyi intézmények. Akut kardiális eseményt követően fontos a beteg rizikóstátuszának felmérése után segítő kezet nyújtani ahhoz, hogy a beteg megértse miért következett be az állapotváltozás, és hogyan tudja a maradék egészségét megőrizni.

Az Állami Szívkórház, mint kardiológiai rehabilitációs szakkórház sokat tesz azért, hogy a betegek minél több ismeretet szerezzenek betegségükkel, állapotukkal és az életmódváltás időszerezésével kapcsolatosan. Egyéni és csoportos tanácsadások során hangsúlyozzuk az egyén szerepét, felelősségét saját egészségi állapotának megőrzésében. Nemcsak szóbeli, hanem írásos tájékoztatót is kapnak betegeink. Az akut kardiális esemény után nagyon fontos, hogy a beteg minden rizikótényezőjének tekintetében egyénre szabott tanácsadásban részesüljön. Segítsük elfogadtatni a megváltozott egészségi állapotot, és mutassunk irányt betegeinknek a jövőre vonatkozóan.

A kardiovaszkuláris rehabilitáció fontossága egyre inkább növekszik, ami azzal magyarázható, hogy a szív és érrendszeri betegségből adódó halálokok világszerte vezető szerepet játszanak. A kardiológiai rehabilitáció mindazon tevékenységek összessége, amelyek révén a kardiovaszkuláris eseményt elszenvedett betegek a saját aktív közreműködésükkel a legjobb egészségi, fizikai, mentális és szociális állapotba kerülhetnek. Megőrizhetik, visszanyerhetik az őket megillető társadalmi pozíciójukat és az aktív életvitelüket.

Az akut szívinfarktust, szívműtétet elszenvedett, vagy invazív revaszkularizációs eljárásban részesült beteg rehabilitációjában három fázist különböztünk meg.

I. vagy akut fázis: Az az időszak melyet a beteg a beavatkozást követően az intenzív osztályon, vagy fekvőbeteg osztályon tölt. Általában 7-14 nap,

de invazív revaszkularizációs eljárás után lehet 1-2 nap is.

II. vagy konvaleszcens fázis: Korai és késői szakra osztható. Korai szak a 7-14 naptól 3 hónapig tart, leggyakrabban fekvőbeteg rehabilitációs intézetben történik, de lehetőség van ambuláns rehabilitációra is amennyiben azt a beteg állapota is megengedi. A késői konvaleszcens fázis a beavatkozást követően 3-6 hónapig tart.

III. vagy posztkonvaleszcens fázis: Nevezhetjük fenntartó fázisnak is, mely a beteg élete végéig tart (Veress et al., 2009).

A kardiológiai rehabilitációt igénybevevők köre az idős kor és polymorbiditás jellemző (Simon, 2009).

2008-ban az Amerikai és Európai Kardiovaszkuláris társaságok módosították a szívinfarktusról szóló ajánlásokat. Korábban csak bizonyos betegcsoportokban ajánlották a rehabilitációt, majd 2008-tól kezdődően ajánlják minden szívinfarktust elszenvedett beteg bevonását a rehabilitációba. Specifikus prevenció célja a betegség kiújulásának megakadályozása, a progresszió megállítása és a fogyatékos állapotot okozó komplikációk kivédése, összességében az élettartam növelése és az életminőség javítása (Bölcs házy, 2008).

Alapvető programelemei közé tartozik a diagnosztikus kockázatfelmérés, az alap- és társbetegségek gyógyszeres kezelése, rizikófaktorok befolyásolása, mozgásterápia, pszicho-szociális gondozás, betegoktatás, a helyes táplálkozás, a dohányzásról való lemondás elősegítése és életmód tanítása (Kardiológiai Szakmai Kollégium, 2003).

Beteg szerepe

A rehabilitációs team középpontjában mindig a beteg áll. A beteg aktív közreműködése nélkül nem tudunk eredményt elérni, ezért nagyon fontos a felelősségvállalás kialakítása illetve fokozása. Bármilyen edukáció megkezdése előtt fel kell mérni a beteg tájékozottságának mértékét. Meg kell figyelni pszichés státuszát: hol tart a betegség elfogadásában, mennyire nyitott a változtatásra, új információk befogadására. Szem előtt kell tartani a beteg mentális állapotát és életkorát (Stuck et al., 2015).

A beteggel közösen megbeszélve kell a reális célokat kitűzni, és a célok elérésének időpontját meghatározni. A reális célok elősegítik a sikerélményt, mely növeli a beteg önbizalmát, ezáltal megerősítést nyer az életmódváltás megvalósíthatósága. A jól tájékozott beteg tud igazán a számára felkínált lehetőségek közül választani. Tartósabb az adherencia azokban az esetekben, ha bevonjuk a beteget a terápia – választásba (Légaré et al., 2014).

Ápoló szerepe

Az ápolónak sokoldalú feladata van a rehabilitáció során, és tevékenysége befolyásolja annak eredményességét. Az ápolónak sokszor intenzívebb a kapcsolata a beteggel, mint a kezelő orvosnak. A kompetencián belüli tájékoztatásnak alapfeltétele az ápolószemélyzet informáltsága a beteg állapotával kapcsolatban, illetve a szakmai ismereteinek frissen tartása. Ápolói feladatok között megjelennek az alapápolási feladatok: mely tevékenységeket a beteg egészségesen önmaga végezne el, szakápolási feladatok: mely tevékenységeket a beteg állapota aktuálisan megkíván (kötözés, injekciózás, oktatás). Rehabilitáció során mindig arra törekszünk, hogy a beteg önellátó képességét fokozzuk, mihamarabb függetlenítsük őt az ápolói segítségtől. Elvárt tudásszint, hogy az ápoló felismerje a rehabilitáció folyamatában az alapbetegség, az alkalmazott kezelés vagy műtéti eljárás következményeként jelentkező szövődményeket. Ismernie kell az aszepszis, antiszepszis szabályait, nozokómiális fertőzések terjedési módját, megelőzési lehetőségeket. Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben végzett metaforavizsgálat során a betegek az ápolókat őrszemként, gondoskodó anyaként jellemezték (Őrley, 2016; Berényi, 2016).

Nem ritka, hogy a betegség elfogadásával küzdő egyén viselkedése kisebb-nagyobb mértékben agresszív. Az ápolószemélyzetet fel kell készíteni ezen szituáció kezelésére. Fontos, hogy tisztában legyen a betegben zajló lelki folyamatokkal, ismerje és tudja alkalmazni az asszertív kommunikáció eszközeit. Az asszertivitást alkalmazó ápoló elfogadó és megértő magatartást tanúsít, kommunikációjával fokozza a beteg bizalmát, együttműködését. Az „A” típusú személyiség és az szívinfarktus kockázata közötti összefüggést több tanulmány vizsgálta, míg végül 1981-ben, az American Heart Association úgy döntött, hogy az „A” típusú viselkedésmintát be kell sorolni a szívkoszorúér betegségeinek kockázati tényezői közé. Az egyén személyiségét megváltoztatni nem tudjuk, de pszichológus segítségével stressz-kezelő technikákkal ismertethetjük meg a beteget, és viselkedés terápiával formálni tudjuk személyiségét (Csabai & Pintér, 2013).

Vizsgálat célja

Rávilágítani azokra a tényezőkre, melyek elősegítik a hatékonyabb beteg – ápoló, beteg – orvos együttműködést. Megtalálni azokat az eszközöket, módszereket melyekkel motiválttá tudjuk tenni betegeinket, hogy részt vegyenek reguláris oktató programjainkon, ezáltal hozzásegíteni őket, hogy fele-

lősséget vállaljanak saját egészségi állapotuk megőrzésében. Feltárni az összefüggéseket a családi háttér, lelki tényezők, életkor és helytelen életmód között.

Hipotézisek

1. Feltételezzük, hogy a reguláris oktató programokon hallott információkra a 60 éves kor alatti betegek fogékonyabbak, mint a 60 év felettek.
2. Feltételezzük, hogy inkább a nők értenek egyet az egészségtudatos életmód fontosságával, mint a férfiak.
3. Feltételezzük, hogy azon betegek motiváltabbak az életmódváltásra, akik családjában előfordult kardiovaszkuláris betegség.
4. Feltételezzük, hogy a szívinfarktus okozta poszt-traumás állapot, akadályozza a beteget az életmódváltásban.
5. Feltételezzük, hogy a rizikótényezők közül a táplálkozási tanácsok megvalósítása nehezebb a férfiaknak, mint a nőknek.
6. Feltételezzük, hogy a rizikótényezők közül a dohányzás lemondás megvalósítása nehezebb a nőknek, mint a férfiaknak.

Vizsgálati módszerek és minta

A balatonfüredi Állami Szívkórházban 2015. november 15. – 2016. január 31. között, szívinfarktus után korai rehabilitáción résztvevő 319 beteg közül egyszerű random mintavétellel 135 beteg került bevonásra.

A mintavétel kritériuma volt, hogy a beteg akut myocardialis infarctus utáni korai rehabilitáción vegyen részt az intézetben. Azon betegek kerülhettek beválogatásra, akik a befekvést megelőzően maximum 6 hónappal szenvedtek el infarktust. Retrospektív vizsgálat során végeztünk dokumentáció elemzést. A beválogatott betegek körében 31 kérdésből álló saját szerkesztésű, anonim, önkitöltős kérdőívvel végeztünk felmérést. A kérdőív 27 zárt és 4 nyitott kérdést tartalmazott. A kiosztott 135 kérdőív mindegyike visszaérkezett, de 127 darab volt elemzésre alkalmas. A vizsgált populáció elemszáma: 127 fő (n=127), mely a teljes populáció 39%-a. A kérdőív kitöltésének az időpontja a beteg távozását megelőző 1-3 napon történt. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) teszt elemzése megmutatta a betegek emelkedett szorongás és depresszió értékeit. Az adatelemzés során Khi²-próbat, korreláció analízist végeztünk, a szignifikancia szintet p<0,05 értékben határoztuk meg. Az elemzések SPSS 22.0 statisztikai program segítségével történtek.

Eredmények

Szociodemográfiai adatok

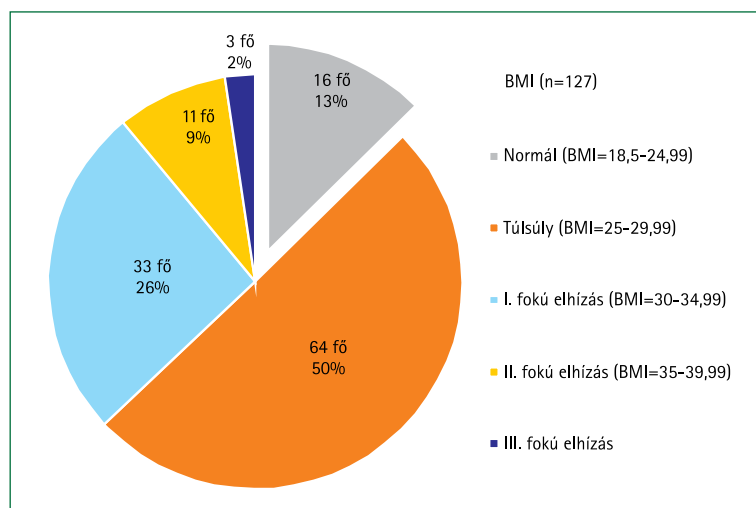
A megkérdezettek átlag életkora: 64,27 év, SD: 10,127 év, minimum: 39 év, maximum: 83 év volt. A nemek szerinti megoszlás: 65 fő (51,2%) férfi, 62 fő (48,8%) nő. Férfiak átlag életkora: 63,43 év, SD: 11,19 év, minimum: 39 év, maximum: 83 év volt. Nők átlag életkora: 65,15 év, SD: 8,88 év, minimum: 43 év, maximum: 82 év volt.

Rizikótényezők

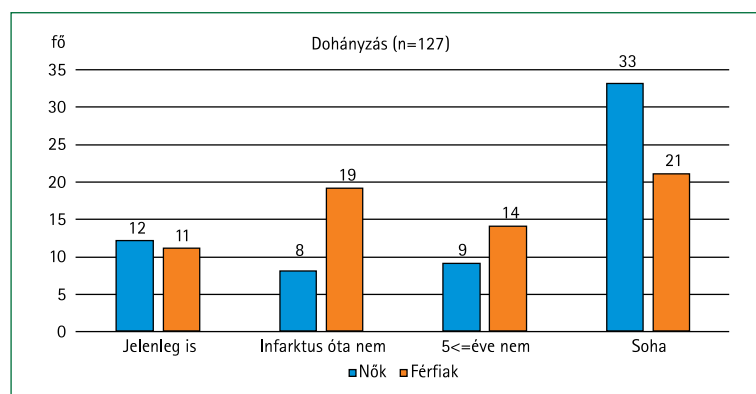
Szívbetegségre nézve pozitív családi anamnézise 71 főnek volt (56%), 56 fő (44%) családi anamnézisében pedig nem szerepelt a szívbetegség.

Testtömeg index alapján normál testsúlya 16 főnek (13%) volt. A túlsúlyos betegek körében az I. fokú elhízás volt a legjellemzőbb, ennél komolyabb súlyprobléma a mintában elenyésző (**1. ábra**).

1. ábra: Betegek megoszlása testtömeg index tekintetében



2. ábra: Betegek megoszlása dohányzási szokások tekintetében



Az infarktust követően a férfiak közül kétszer annyian hagyták abba a dohányzást, mint a nők. Soha sem dohányzott a férfiak 32,5 %-a, a nőknek pedig 53,2%-a (**2. ábra**).

A betegek közül 49 fő (39%) cukorbeteg, míg 78 fő (61%) nem szenvedett cukorbetegségben. A 49 fő cukorbeteg között kétszer annyi volt a férfi (32 fő), mint a nő (17 fő). A cukorbetegek közül – saját bevallás szerint –, 41 fő (84%) rendszeresen ellenőrizte vércukrárt (**I. táblázat**).

I. táblázat: Cukorbetegek vércukor ellenőrzési attitűdje

Vércukor ellenőrzés	Nem		Összesen
	Férfi	Nő	
Igen	27	14	41
Nem	5	3	8
Összesen	32	17	49

108 főnél (85%) ismert a magasvérnyomás betegség, 19 fő (15%) pedig normotóniás volt. A hipertóniás beteg közül – saját bevallás szerint –, 87 fő (80,5%) rendszeresen ellenőrizte vérnyomását. (**II. táblázat**)

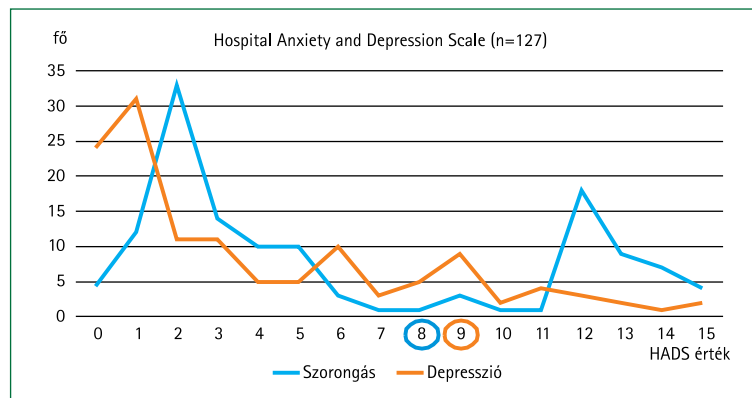
A Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) 52 fő esetében jelzett emelkedett szorongás értéket (szorongás ≥ 8 pont), 21 főnél pedig emelkedett depresszió értéket (depresszió ≥ 9 pont) mutatott. 17 beteg esetében volt mindkét érték emelkedett. A szorongás és a depresszió közötti korreláció értéke $r=0,721$; $p=0,000$. Pozitív irányú volt a korreláció a két változó között (**3. ábra**).

Reguláris oktatóprogramokon részt vett 116 fő (92%). Dietetikai tanácsadások, orvosi előadások látogatottságára átlagban 4 alkalom volt a jellemző, pszichológiai előadásokon a betegek átlagosan 1 alkalommal jelentek meg. Az oktatóprogramok látogatottsága és a nemek között, egyik program vonatkozásában sem találtunk szignifikáns különbséget. Dietetikai tanácsadás a nemek megoszlásában $p=0,299$; orvosi előadás a nemek megoszlásában $p=0,320$; pszichológiai előadás a nemek megoszlásában $p=0,280$ volt. A **4. ábra** szemlélteti az oktatóprogramok látogatottságát.

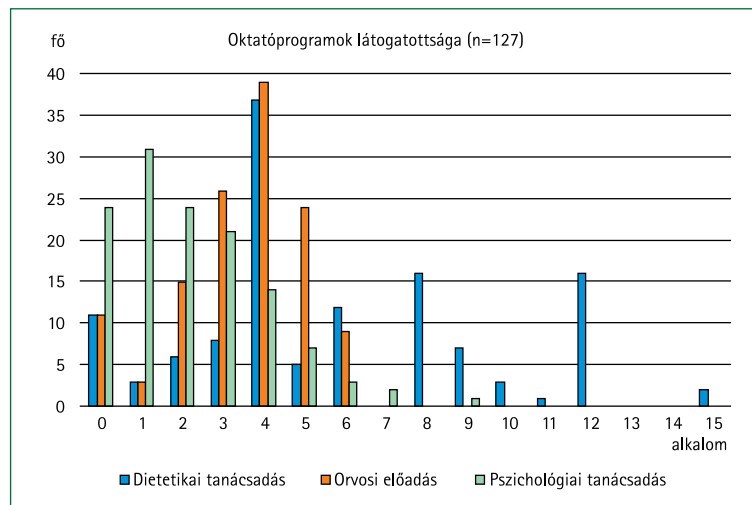
II. táblázat: Hipertóniás betegek vérnyomásmérési attitűdje

Vérnyomás ellenőrzés	Nem		Összesen
	Férfi	Nő	
Igen	47	40	87
Nem	6	15	21
Összesen	53	55	108

3. ábra: HADS teszt alapján jelzett szorongás és depresszió értékek gyakorisága



4. ábra: Oktatóprogramok látogatottsági gyakorisága



Megbeszélés

A tervezett otthoni mozgás tekintetében szignifikáns a különbség a 60 év alattiak és felettiek között ($p < 0,05$), de a 60 év felettiek között nagyobb azok aránya, akik terveznek otthoni mozgásprogramot, mint a 60 év alattiaknál. Nitrát használatával kapcsolatos ismeretek, illetve az infarktus után szükséges gyógyszerek ismeretének szempontjából a két csoport között szignifikáns ($p < 0,05$) a külön-

ség; vagyis a 60 év alattiak ismeretei jobbak, mint a 60 év felettieké. A Nemzeti Szívinfarktus Regiszter (NSZR) adatai alátámasztják azt a tényt, hogy az infarktust elszenvedettek jelentős hányada az idősebb korosztályból kerül ki. A saját felmérésünk is tükrözi a NSZR adatait, a megkérdezettek 71,5%-a 60 év feletti. A NSZR adatainak elemzése során bizonyítást nyert, hogy az életkor a legjelentősebb prognosztikai tényező. Az életkor növekedésével, növekszik a szívinfarktus incidenciája. Az infarktusos betegek körlefordulását meghatározza a szekunder és terciér prevenció, valamint az, hogy a javasolt életmódi tanácsokat a betegek milyen mértékben követik (Vértes et al., 2016). A hipotézis vizsgálat során is igazolódott, hogy a 60 év feletti betegek oktatására nagyobb hangsúlyt kell fektetni.

Vizsgálatunk során bizonyítást nyert, hogy inkább a nők tartják fontosnak az egészséges életmódot ($p < 0,05$), vagyis a nők azok, akik az infarktus elszenvedése után komolyan gondoltak az életmódváltásra, mint a gyógyszer egyik pillérére. A szűrővizsgálatokat mindkét nem hasonló arányban veszi igénybe ($p > 0,05$), de a vérnyomás önellenőrzés tekintetében a férfiak egészségmagtartása kedvezőbb.

A Központi Statisztikai Hivatal keretében végzett 2009-es felmérés szerint a lakosság 76%-a egyetért azzal, hogy az egészségük érdekében tett erőfeszítéseik nagymértékben befolyásolják fizikai és pszichés állapotukat (Ambrus, 2011). Vizsgálatunkban a betegek 68,5%-a értett egyet az életmód egészséget pozitív irányba befolyásoló hatásával.

Az infarktust követően több beteg gondolt életmódváltásra, és tett lépéseket az egészséges életmód felé azon esetekben, ahol a családi anamnézisében szerepelt a szívbetegség, mint azon betegek, akiknek családi anamnézise negatív volt ($p < 0,05$). Azon pozitív anamnézisű betegek, akik az infarktust követően gondoltak az életmódváltásra, meg is tették az első lépéseket, úgy mind: táplálkozási szokások megváltoztatása, káros szenvedélyek kiiktatása, fizikai aktivitás fokozása, illetve egyes étrendkiegészítők alkalmazása. Az egészséges élet-

mód irányába tett lépések közül a káros szenvedélyekről való lemondást választották a legkevesebben 28 fő (22%). Ez alátámasztja, hogy nagyon fontos a minimál intervención túl a konkrét segítségnyújtás, pszichés támogatás a dohányzás lemondásánál is. A 2014-es Európai lakossági egészségfelmérés adatai szerint a felnőtt lakosság 29%-a dohányzik, mely adat az általunk vizsgált populációban is jól látható (29,1% dohányzik).

A dohányzást, az életmódváltásra való felkészültség mértékét, a fizikai aktivitást vizsgálva a szorongás függvényében, azt tapasztaltuk, hogy nincs összefüggés ezen változók között ($p > 0,05$). Pontosabb képet nyújtott volna egy olyan összehasonlító elemzés, melyben felmérjük a beteg pszichés státuszát érkezéskor és távozáskor is.

A betegek a reguláris oktató programokon és minimál intervenció során hallanak a mozgás, a táplálkozás, a gyógyszerek, a dohányfüst-mentesség és a lelki egyensúly fontosságáról. A betegeket arra kérjük jelöljék be három fokozatú skálán, mely programelemeket, mennyire tartják megvalósíthatónak. A kapott eredményeket megvizsgálva szignifikáns a különbség ($p < 0,01$) a két nem között, a táplálkozási tanácsok megvalósíthatóságának tekintetében. Sokan hajlamosak kizárólag genetikai okokkal magyarázni, ha a kívánatosnál nagyobb a testtömegük, de a túlsúlyosság alapvetően életmódbeli tényezőkre vezethető vissza, úgymint a nem megfelelő táplálkozásra és a testmozgás hiányára (KSH, 2015). A férfiaknak nagyobb kihívást jelent a szívbarát táplálkozás megvalósítása. Az ELEF 2014-es felmérésében is megfigyelhető a nemek közötti különbség zöldség és gyümölcs fogyasztás tekintetében. A nők 72%-a, a férfiaknak csak 62%-a eszik naponta többször zöldséget, gyümölcsöt (KSH, 2015).

A dohányzásról való lemondást hasonló arányban tartották könnyen, nehezen és nagyon nehezen megvalósíthatónak mindkét nemből, vagyis nem igazolódott azon feltevésünk, hogy a dohányzás lemondás megvalósítása nehezebb a nőknek, mint a férfiaknak ($p > 0,05$).

Következtetések, javaslatok

A szív és érrendszeri betegségek nemcsak az idős korosztályt érintik. A fokozott stressz, egészségtelen táplálkozás, mozgásszegény életmód következményei a középkorosztálynál is megmutatkoznak. A szívinfarktus után kardiológiai rehabilitációban megjelenő betegek körében mégis igen kis százalékban fedezhetők fel a munkaképes korú betegek. Az ok, amiért a középkorúak nem vesznek részt rehabilitációban az, hogy nem ismerik a lehetőségeket, vagy félnek a munkahely elvesztésétől. Az egészsé-

gi állapot helyreállításában, a szövődmények időbeni észlelésében, teherbíróképesség fokozásában, betegséggel kapcsolatos információk megszerzésében nagy szerepe van az intézeti, vagy ambuláns rehabilitációnak. A rehabilitáció alatt a beteg, szakemberektől kap hiteles ismereteket az egészségi állapotról, a szükséges életmódváltásról és annak mikéntjéről. A vizsgálat megmutatta, hogy azon betegek között is jelentős mértékben fordult elő ismerethiány akik a rehabilitációs programokon részt vettek. A több lépcsősen oktató, egymásra épülő, ismétlődő betegelőadások sem hozták meg a várt eredményt a 60 év felettiek között. A 60 év alatti korosztály ismeretei megfelelőnek bizonyultak. A kapott eredmények alátámasztják, hogy a 60 év felettieket más módszerekkel kell oktatni a hatékonyság fokozása érdekében. A szóban elhangzó információkat ki kell egészíteni írásos anyaggal (prospektus, szórólap), valamint a kórházban elhelyezett különböző témakörben megtervezett plakátok is elősegíthetik az ismeretanyag elmélyülését.

Az egészséges életmóddal elkerülhető vagy csökkenthető a szív-, és érrendszeri betegségek. Ezzel a gondolattal a nők tudnak inkább azonosulni, ezt támasztja alá az is, hogy a szívinfarktus incidenciája minden korcsoportban magasabb a férfiak esetében, mint a nőknél. Szűrővizsgálatok igénybevételének tekintetében nincs különbség a két nem között, de a részvételi arány tovább növelhető. Ha tudjuk, hogy a férfiak egészségmagatartása kedvezőtlenebb, olyan programokat kell alkalmaznunk mellyel felkelthetjük érdeklődésüket, kihasználhatjuk versenyszellemüket. A csoportos egészségfejlesztő tréningek során ezen kedvező hatásokat is érzékelhetjük. Javasolni kell, hogy a beteg otthonában is bármilyen mozgástevékenységet a barátokkal együtt tovább folytasson, ha van lehetősége csatlakozzon helyi Szív Egyesülethez.

Ma már nem kérdés, hogy a pszicho-szociális tényezőknek egyértelműen szerepük van a szív-, érrendszeri megbetegedések kialakulásában. A stressz önálló rizikófaktor. A rehabilitáció sikerességének kulcsa a beteg kiegyensúlyozott pszichés státusza. A szorongó, magába zárkózott beteget először abban kell segíteni, hogy szorongása oldódjon. A mozgás pszichés állapota gyakorolt pozitív hatása támogatja ezt a folyamatot. Gyakori a gyász érzése az infarktus után, fontos a támogató, elfogadó ápolás. A stresszkezelő technikák megismerése minden beteg számára hasznos.

A táplálkozás megváltoztatása nehéz feladat. A felmérés eredményei mutatják, hogy a férfiaknak nehezebb ezt megvalósítaniuk, mint a nőknek. Az oktatást segíthetik a kiscsoportos foglalkozások, a megfelelő szemléletesség, ha az egyes alapanyagok mennyiségét kimérve láthatja a beteg. A tankönyvha lehetőséget teremt a konyhatechnológiai eljárások-

kal való megismerkedéshez, gyakorlati oktatáshoz. A tankönyhöz kulcs lehet ahhoz, hogy a beteg otthon megfelelő módon készítse el a szakember által javasolt ételeket.

Az Állami Szívkórházban a dohányzás lemondás folyamata több oldalról támogatott. A minimál intervenciótól az egyéni tanácsadáson át, csoportos foglalkozásig számos ponton kap segítséget a beteg. A felmérésből látható, hogy a külső támogatások ellenére a rehabilitáció végén dohányzó betegek száma még mindig magas. Pszichológiai szempontból a dohányzás a negatív érzéseknek, így a feszültségnek, dühnek és félelemnek a csökkentését szolgálhatja, ezáltal egy kellemesnek minősülő belső állapotot, közérzetet vált ki. Meg kell találni minden egyes betegnél, hogy mi az, ami a cigaretta okozta belső nyugalmat, kellemes érzést pótolhatja. A relaxációs technikák, jóga vagy épp az aktív sporttevékenység mind egy-egy eredményes alternatíva lehet.

A betegedukáció, életmód tanácsadás során mindig szem előtt kell tartani a holisztikus szemléletet. Egyéni tanácsadás során lehetőség nyílik a személyes kontaktusra, mélyebb lelki folyamatok megismerésére. Egyéni és csoportos foglalkozás keretében általános szabályok betartására kell figyelni: latin kifejezések mellőzése, tagolt, érthető, nem túl gyors tempójú beszéd, figyelem felkeltő szemléltetés. Az oktatás, tanácsadás során elsődleges cél, hogy a gyógyulásba vetett hitet fokozzuk, reményt adjunk, és utat mutassunk. Az egészségkárosító hatások ismertetése során előre vetítjük ugyan a negatív következményeket, de fontos, hogy az egyébként is szorongó betegre ne tegyünk plusz terhet. Soha nem a megfélemlítés a cél, hanem a változás előmozdítása, az életmódváltás le-

hetőségeinek ismertetése, hosszútávú célok kitűzése és azok megvalósításának elősegítése.

Az intézetünkben 2004. május – 2005. február között végzett utánkövetéses vizsgálataink hasonló eredményeket prezentáltak. A rehabilitáció után egy évvel telefonon megkérdezett betegek dohányzási, fizikai aktivitási és táplálkozási szokásaikat összevetve az oktatással eltöltött idővel, az az eredmény született, miszerint a fizikailag aktívabb életet élő, diétát pontosan tartó betegek a rehabilitáció alatt gyakrabban látogatták az előadásainkat (Lehner, 2009).

2015-ben ez irányban végzett amerikai vizsgálat is alátámasztja a kórházak interaktív betegoktatásának létjogosultságát. Nem szükséges minden egyes kórháznak saját web alapú oktató programot létrehoznia, hanem javasolja a közös szerver létrehozását, vagy akár a kórházak egyetemekhez való kapcsolódását (Huang et al., 2016). Nagy kihívást jelent az ismert keresőkkel (pl: Google) szemben felvenni a versenyt, de nem lehetetlen: az ismeretterjesztő videók, és hasznos, releváns anyagok, ismert arcok, vonzóbbá teszik a kórházi oldalakat. Kezdeti lépés lehet a kórház honlapjának fejlesztése, ezáltal oktató videók feltöltése, és tudásbővítő, hasznos információk elérhetővé tétele. Hasznos az intézetben életmódbeli tanácsokat, javaslatokat, mozgás előnyét hangsúlyozó, táplálkozási tanácsokat tartalmazó, figyelemfelkeltő plakátok kihelyezése.

Ha minden egyes rizikótényező irányába alternatívát mutatunk és a választást (amennyiben lehetséges) a betegre bizzuk, akkor ő megéri a döntés felelősségét. A beteg felelősséget fog vállalni a döntéseiért, és ezzel a hosszútávú sikert tudjuk megalapozni. Hiszen ekképpen a rehabilitáció nem ér véget a kórházi kezeléssel, hanem a beteg élete végéig folytatódik.

Irodalomjegyzék

1. Ambrus, Z., Varsányi, T. (2011). Az egészség és az életmód regionális különbségei. Letöltve: 2017.02.26. http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/terstat/2011/03/ambrus_varsanyi.pdf
2. Berényi, I., Kónya, A. (2016). Az ápoló szerepe a kardiológiai rehabilitációban In A. Klauber (Ed.), *Ápolás a rehabilitációban*. Budapest: Medicina Könyvkiadó
3. Bölcs házy, Z. (2008). *Betekintés a rehabilitáció fogalomkörébe* (Vol. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet).
4. Csabai, M., Pintér, J. N. (2013). *Pszichológia a gyógyításban*. Budapest: Oriold és társai Kiadó.
5. Huang, E., Wu, K., Edwards, K. (2016). Integrated Patient Education on U.S. Hospital Web Sites. *Stud Health Technol Inform*, 223., 215-222. doi:10.3233/978-1-61499-645-3-215
6. Kardiológiai Szakmai Kollégium (2003). *Ischaemiás szívbeteg rehabilitációja* (pp. 99.).
7. Központi Statisztikai Hivatal. (2015). *Európai lakossági egészségfelmérés 2014*. Statisztikai Tükör, 29.
8. Légaré, F., Stacey, D., Turcotte, S., Cossi, M., Kryworuchko, J., Graham, I., D., . . . Donner-Banzhoff, N. (2014). Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD006732.pub3.
9. Lehner, B. (2009). Korai rehabilitációs kezelés alatt végzett betegoktatás kapcsolata a koszorúsér betegek későbbi életmódjával. *NŐVÉR*, 22.(3.), 27-32.
10. Órley, Z. (2016). Hangyaboly vagy mátrix? -metaforák a rehabilitációs team körül. *Rehabilitáció*, 26/2, 88-93.
11. Simon, É. (2009). A kardiológiai rehabilitáció elmélete és gyakorlata a XXI. század elején. *Rehabilitáció*, 19/4, 246-257.
12. Stuck, A. E., Moser, A., Morf, U., Wirz, U., Wyser, J., Gillmann, G., . . . Eger, M. (2015). Effect of health risk assessment and counselling on health behaviour and survival in older people: a pragmatic randomised trial. Letöltve: 2016.08.21. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001889>
13. Veress, G., Berényi, I., Simon, A. (2009). A kardiológiai rehabilitáció aktuális kérdései. *Kardiovaszkuláris prevenció és rehabilitáció*. 2009, 2: 36-40.
14. Vértes, A., Tóth, K., Tonelli, M. (2016). Kardiovaszkuláris betegségek kezelése

EREDETI KÖZLEMÉNY

Nursing Difficulties during the Treatment of Patients from different Cultures

Bc. Martin ČERVENÝ, PROF. PhDr. Mária KILÍKOVÁ, PhD

SUMMARY

Introduction: Inspecting the difficulties of Hungarian nurses during the treatment of patients from different cultures.

Materials and methods: Anonymous online questionnaire for the subjective examination of nursing difficulties.

Results: The research model consists of 122 responder. Specific questions were answered by applicable 111 responders only. It was discovered that communication is a significant difficulty for 56.76% of the respondents (63 people). Furthermore the patients from different cultures show significant distrust towards the nursing staff.

Conclusion: The numbers of lessons in foreign languages need to be increased for Hungarian nurses, researches and presentations are needed in the area of multicultural patient care, communicational instructions and further trainings are required for nurses working in practice.

Kulcsszavak: Nursing; Difficulties; Multicultural; Patient

Ápolási nehézségek eltérő kultúrájú páciensek kezelése során

Bc. Martin ČERVENÝ, prof. PhDr. Mária KILÍKOVÁ, PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: Felmérni, hogy milyen ápolási akadályokba ütköznek a magyar ápolók az eltérő kultúrájú páciensek ellátása során.

Anyag és módszer: Anonim online kérdőív az ápolási akadályok szubjektív vizsgálatára.

Eredmények: Kutatási mintaként 122 válaszadó volt. Bizonyos kérdéseket csak az arra alkalmas 111 válaszadó töltötte ki. A vizsgálatból kiderült, hogy a válaszadók 56,76%-a (63 fő) még most is jelentős akadályként tekint a kommunikációra. Ezen kívül az ápolói ellátás során jelentősen nyilvánul meg az eltérő kultúrájú páciensek bizalmatlansága az ápolói személyzettel szemben.

Következtetések: A magyar ápolók oktatásában növelni kell az idegen nyelvek oktatási óraszámát, vizsgálatokat és prezentációkat kell készíteni a multikulturális ápolástudomány területén, a gyakorlatban dolgozó ápolók számára kommunikációs tréningeket kell szervezni, illetve képzéseket kell nyújtani.

Keywords: Ápolás; Akadályok; Multikultúra; Páciens

Bc. Martin ČERVENÝ,
prof. PhDr. Mária KILÍKOVÁ, PhD.
St. Elizabeth University of
Health and Social Sciences,
Bratislava

Levelező szerző
(correspondent):
Martin ČERVENÝ,
e-mail: m.cervenym@gmail.com

Beérkezett: 2017. szeptember 9.
Elfogadva: 2017. november 6.

Introduction

During the past years the European society was significantly changed. According to the Schengen Convention, after ceasing the control over the inner borders of the European Union, the citizens of the EU can contact each other easily. Joining the EU, Hungary joined in this process as well, and the effects of globalization are seen in the country. Today the migration in Europe is setting obstacles, difficulties in front of the health care workers. The free market economy, business, migrations in each country are factors that affect the health care system. A basic treat of modern patient care is giving comprehensive care for all patients. The nurses fo-

cus on the needs of the patients, taking care of their biological, psychological, social and spiritual needs. Treating patients from different cultures may raise obstacles in the process of patient care. The patient care model by Leininger (1925-2012) is called „*The Theory of Culture Care Diversity and Universality*”. The patient care theory of Leininger is holistically human-oriented, inspecting and applying the similarities and differences of cultures in patient care (Andrews, 2012). Its purpose is for nurses to give comprehensive care for patients from different cultures, but there are obstacles in practice which influence the care process, affecting both the nurses and the patients from different cultures. The purpose of the publication is to examine the difficulties of

Table 1: Treating patients from different cultures

	Relative value (100%)	Absolut value (122n)
Almost every day	15.57%	19
At least once in a week	11.48%	14
At least once in a month	35.25%	43
Once in a year	36.89%	45
Never	0.82%	1

Source: own processing

Table 2: Patient treatment

	Relative value (100%)	Absolut value (122n)
Yes, a major difficulty	38.52%	47
Yes, a minor difficulty	52.46%	64
No	9.02%	11

Source: own processing

Hungarian nurses during the treatment of patients from different cultures.

Materials and methods

During the survey we applied our own questionnaire, created for nurses, containing 6 questions in total.

The following circles of questions were in the questionnaire:

1. **Demographic questions:** In this chapter we were inspecting the years in practice of the respondent nurses.

2. **The encounter of the nurse and the patient from different culture:** We measured the nurses' knowledge on foreign languages, the frequency of encounters with patients from different cultures and if they had any difficulties during the patient care.

3. **Nursing difficulties:** We tested the obstacles of the questionnaire, an inspected how much these obstacles affect the process of the nursing.

4. **The preparedness of Hungarian health care for treating patients from different cultures:** In this part of the questionnaire we measured the preparedness of the nurses with the Likert-scale; we compared the situation of today with that of 10 years ago.

The questionnaire was examined by four professionals with different university educations (MSc-, BSc Nursing, MA and PaedDr. pedagogy). The purpose of the examination was the professional and stylistically supervision of the questionnaire. The final version of the questionnaire was containing 6 questions on total. The survey was done between 01. November 2016 and 10. January 2017. We processed the 122 completed questionnaires we received.

Results

Treating patients from different cultures is a serious challenge for present-day nurses. The average practice time for the participants of the research was 18.82 years.

According to the **Table I:** 36.89% of the respondents treat patients from different cultures once in a year, and 35.25% once in a month.

You can see what obstacles, difficulties the Hungarian nurses met when treating patients from different cultures.

In the following questions the model consists of those respondents only, who have met a major or minor difficulty during their work according to their answers given in **Table III.** Thus the number of respondents is decreased by 11 (9.02%) to a number of 111, whose answers are taken into account hereafter.

Comparing nursing service in 10 years ago and in 2017. We concluded the preparedness of the nurses to be increased. The rate of those thinking nurses today are maximally prepared for treating patients from different cultures has slightly increased compared to the data about the situation 10 years ago (4.10% of increase), but the rate of those who marked nurses to be totally unprepared for treating patients from different cultures has significantly decreased (18.03% decrease).

Discussion

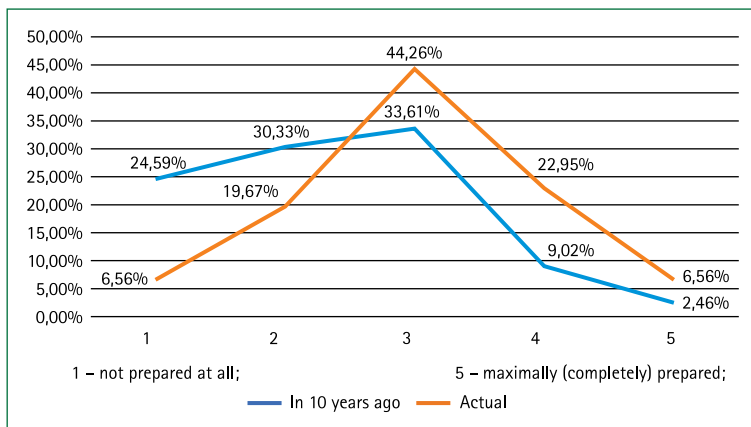
Providing complex/holistic treatment for patients is not an easy work. The nurses have to take many factors into account for planning and delivering the treatment process. The treatment process may be

Table 3: Nursing difficulties

BARRIERS (100% = 111n)	Highly occurring barrier	Substantially occurring barrier	Less substantially occurring barrier	Not occurring barrier
The nurses' lack of cultural knowledge	9.01%	34.23%	42.34%	14.41%
Distrust towards the nurses	18.92%	38.74%	31.53%	10.81%
Language difficulties	56.76%	15.32%	25.23%	2.7%
Prejudice	12.61%	26.13%	36.04%	25.23%
Doubts in health care	17.12%	32.43%	41.44%	9.01%
Spiritual needs	10.81%	30.63%	39.64%	18.62%

Source: own processing

Graph 1: Comparing nursing service



Source: own processing

even more complicated if the patient is from such a cultural milieu that is unknown for the nursing staff. This is when nursing difficulties occur, which seriously determine the treatment itself. In this research 90.89% of the responders have met nursing difficulties when treating patients from different cultures. 42.34% of the responders think the lack of cultural knowledge when treating patients from different cultures is not a significant factor. One of the basis of modern patient care is giving complex/holistic treatment to the patient, which means taking care of the patients' bio-psychological, social and spiritual needs. To be able to provide this, the nurses are deemed to have basic cultural knowledge. Leininger's definition of health is interesting (Leininger, 2006). According to Leininger the healthy condition is culturally determined, thus can't be generally defined, although it has many definitions. Furthermore states that health is a comfortable condition, when the individual or community can attain their everyday roles with culture-specific criterions. As patient care focuses on health, the cultural knowledge is as necessary as anatomical knowledge. Swedish researchers made further interesting studies (Berlin, 2010). The research was made with children from first- and second gen-

eration migrant families, who visited Swedish health care service. According to the study specific children from specific migrant families were born in Sweden, were talking Swedish language and adapted to the Swedish way of life. When the nurses working in basic health care visited the birthplaces of the newborns, they found themselves in an entirely different cultural environment, because the migrant families in their new homes formed the same way of life that is relevant in their home countries (e.g. living habits, articles of personal use, dressing and other cultural traditions). In the research the nurses explained that they were unable to adequately measure the extent of health risks affecting the babies. To this phenomenon the Swedish nurse educational system reacted with organizing multicultural nursing courses for nurses working in basic health service. 38.74% of the respondents defined distrust towards the nurses while treatment as a significant problem. For nurses to be able to provide comprehensive treatment, it is necessary for them to have cultural delicacy. Cultural delicacy is acquirable via the treatment model of Papadopoulos, Tilki and Taylor, which has been developed especially for European nurses. According to Szántó distrust may not manifest towards the providing system and nurses only, but towards the poorly equipped wards, the over crowdedness and the aesthetic errors of the department (Szántó, 2005). One of the nurses' tasks is to provide nursing service so that the patient has no reason the doubt and deny that. The language limits seem to be the most significant difficulty for the Hungarian nurses (56.76%). According to Ryska and Botíková the exact reason of the nurses' unconcern regarding the patients from different cultures is the language difficulties (Ryska, 2011). Makara, et al. de-

fine language and cultural difficulties limiting the patients' access to Hungarian health care services from different cultures (Makara, 2012). Overcoming prejudice while treating patients from different cultures is not a significant difficulty for 40 responder (36.04%). A 2008 publication of World Health Organization published that the health care sector has the greatest influence to minimize the unworthy discrimination with the health care treatment (WHO, 2008). Furthermore describes that health care services need to be accessible for everyone, taking linguistic diversity into account as well. The 2013 research of European Union Agency for Fundamental Rights state that major deficiencies are found in specific member countries' health care (European Union Agency for Fundamental Rights, 2013). According to the research specific women of migrant/ethnic minority, among them handicapped women, who wanted to use reproductive health care services; elders of migrant/ethnic minority; youths between 18-25 sufferings from mental handicap of migrant/ethnic minority have been victims of multiple discrimination, thus their human rights have been offended. In the case of the next difficulties, 46 respondents (41.44%) think that patients from different cultures have distrust towards the local patient care. According to Makara et al. people from different cultures prefer their own traditional providing system (Makara, 2012). This is the same in the case of Hungarian people as well, because they use their own traditional medicinal knowledge, e.g. most commonly in the case of upper respiratory diseases. For 44 respondents (39.64%) satisfying the spiritual needs is a not significant difficulty. Noteable is Petrémand's aspect, according to which the definition of spirituality is part of the integrity of the human, because the

human is a bio-psychological, social and spiritual being (Petrémand, 2009). This means that these dimensions need to be present in a person's way of thinking and behavior in a specific manner. Since nursing as a science is aspiring for the satisfaction of the patient's needs, the spiritual needs are just as important as psychical or social needs. As seen in Table 4, the preparedness of nurses for treating patients from different cultures has changed in a positive way. According to Červený multicultural nursing knowledge brilliantly develops the personality of a nurse, furthermore is an excellent instrument for treating patients from different cultures (Červený, 2016).

Conclusion

The paradigms of patient care are health, the human, the environment and tendency. The multicultural patient care greatly fosters the nurses to holistically measure the needs of the patients. The purpose of the multicultural care is to provide treatment for patients from different cultures that is universal and diverse at the same time. The mean goal of the publication was to measure the difficulties of Hungarian nurses when treating patients from different cultures. The most important difficulties, obstacles show us where and in which way the nurses need improvement, so that they can provide complex/holistic patient care for everyone, who need the health care services.

Acknowledgments

We would like to express our gratitude to Katalin Papp Ph.D., MA., R.N. (University of Debrecen, Faculty of Health, Nyíregyháza, Department of Nursing, Hungary) for her contribution and assistance.

References

1. Andrews, M., M. & Boyle, S., J. (2012). *Transcultural concepts in nursing care*. (6rd ed., pp. 501). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
2. Leininger, M. & Mcfarland M.R. (2006). *Culture Care Diversity and Universality: a Worldwide Nursing Theory*, 2nd ed, Jones and Bartlett Publishers, Massachusetts.
3. Berlin, A. & Tornkvist, L. & Hylander, I. (2010). Watchfullychecking raport withthePrimaryChild Health Carenurses – a theoreticalmodelfromtheperspective of parents of foreignorigin. In *BMC Nursing. Vol. 9, No.14, p. 2-10*.
4. Szántó, Zs. (2005). *Az egészséggel kapcsolatos életstílus: betegviselkedés és egészségviselkedés*. (doctoral dissertation). Retrieved from: http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/szantozszusa.d.pdf
5. Ryska, M. & Botiková, A. (2011). *Ošetrovatelstvo v teórii a praxi*. Praha: Ottova tiskárna, 2011.
6. Makara, P. et. al. (2012). *Migránsok és a magyar egészségügy* (2012). [online]. Budapest: Panta Rhei Társadalomkutató Bt [cit. 2017-05-17]. Retrieved from: <https://ec.europa.eu/migrant-integration/event/migrants-and-the-hungarian-health-system---a-project-closing-conference---bevandorlok-es-a-magyar-egeszsegugy---projektzaro-konferencia>
7. World Health Organization (2008). *Preklenutie rozdielov v zdraví za jedno generačné obdobie*. Retrieved from: <http://www.who.sk/dokumenty/dokumenty-v-slovenskom-jazyku/page/3/>
8. European Union Agency for Fundamental Rights, (2013). *Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare*. Luxembourg: Publications Office of the European Union [cit. 2016-10-17]. Retrieved from: https://fra.europa.eu/sites/default/files/inequalities-discriminationhealthcare_en.pdf
9. Petrémand, D. (2009). *Palliative care e spiritualità*. [cit. 2017-05-18]. Retrieved from: https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/BIGORIO_IT_2008_Spiritualita.pdf
10. Červený, M. *A transzkulturális ápolástudomány alapjai / The fundamental concepts of transcultural nursing*. *Nővér*, 2016, 29 (5), 1-44.

SPRINGMED AKCIÓ!

2018. február 1–március 15.

30%
kedvezmény
az alábbi
könyvekre!



3800 Ft helyett:
2660 Ft



3600 Ft helyett:
2520 Ft



3400 Ft helyett:
2380 Ft

MESZK TAGOKNAK

2018. február 1–28 között **30% kedvezménnyel** szerezhetők be a SpringMed Kiadótól a Könyvsarokban, telefonon (06 20 511 6269) vagy az info@springmed.hu e-mailen keresztül!



SpringMed Könyvsarok:
1117 Budapest, Fehérvári út 12. (a rendelőintézet földszintjén)
Telefon: (06 1) 279 2100 / 2232-es mellék
Nyitva tartás: H-Cs: 9⁰⁰–13⁰⁰ és 15⁰⁰–19⁰⁰ ; P: 9⁰⁰–13⁰⁰
Web: www.springmed.hu, E-mail: info@springmed.hu

