

NŐVÉR



AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

Scientific and educational journal
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

2020. 33. ÉVFOLYAM 3. SZÁM

A TARTALOMBÓL:

Az első állami ápolónőképző iskola
alapításának története

BLS készségfelmérés – Hatékonyabb-e
a telefonon instruált laikus újraélesztés?



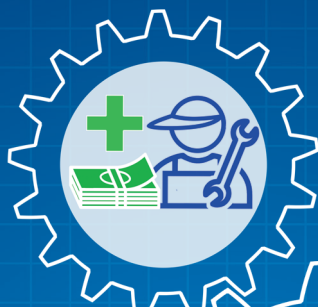
<http://www.meszk.hu/nover>



2020
INTERNATIONAL YEAR
OF THE NURSE AND
THE MIDWIFE

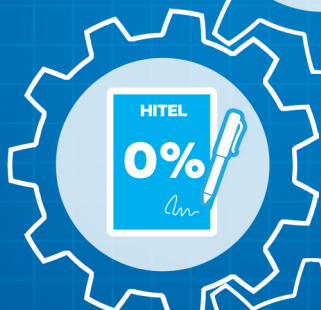
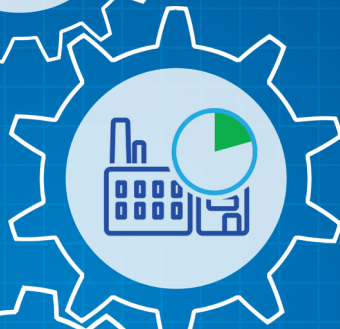


GAZDASÁGVÉDELMI AKCIÓTERV



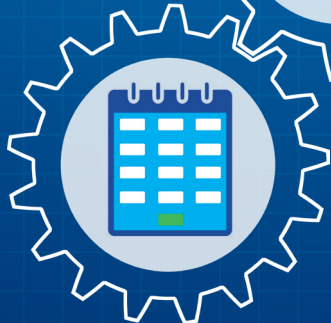
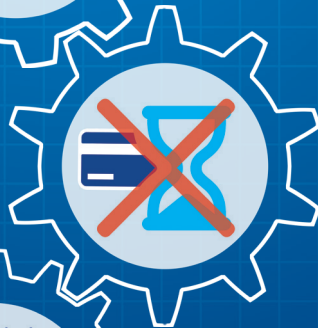
**bértámogatás
a veszélyeztetett
munkavállalóknak**

**adócsökkentés
a munkahelyek
megtartásáért**



**0 százalékos hitel
a vállalkozóknak**

**a hiteltörlesztések
felfüggesztése**



**a 13. havi nyugdíj
visszaépítése**

Megvédjük a munkahelyeket, és biztosítjuk a családok megélhetését.

EGYETLEN MAGYAR SINCS EGYEDÜL.

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA/
A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével/
With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Nővér, 2020;33(3):1-40.

TARTALOMJEGYZÉK

NEKROLÓG

Emlékezés Dr. Mészáros Juditra 3

ISKOLATÖRTÉNET

Az első állami ápolónőképző iskola alapításának története 4
Sövényi Ferencné, Perkó Magdolna, Dr. Fedineczné Vittay Katalin, Gál Mária

EREDETI KÖZLEMÉNY, TOVÁBBKÉPZÉS

BLS készségfelmérés – Hatékonyabb-e a telefonon instruált laikus újraélesztés? 20
Köcse Tamás, Máté Martin, Horváth Balázs, Dr. Pakai Annamária PhD, habil, Máté-Póhr Kitti

EREDETI KÖZLEMÉNY

Szülői bánásmód vizsgálata kivonuló mentődolgozók körében 27
Moskola Vladimír, Dr. Susánszky Éva PhD, Dr. Székely Andrea PhD, Dr. Hornyák István PhD, Ozsvárt Barbara, Néninger Tibor, Dr. Balogh Zoltán PhD

A törzs- és gátrizmok erejének vizsgálata különböző mozgásformák esetén 34
Kiss Noémi

CONTENTS

OBITUARY

Remembering Judit Mészáros 3

HISTORY OF SCHOOLS

The History of the Founding of the first State School of Nursing 4
Ferencné Sövényi, Magdolna Perkó, Katalin Fedineczné Vittay, Mária Gál

ORIGINAL CONTRIBUTION, CONTINUING EDUCATION

BLS Quality Assessment – The Effectiveness of Telephone Cardiopulmonary Resuscitation Instruction 20
Tamás Köcse, Martin Máté, Balázs Horváth, Annamária Pakai PhD, Kitti Máté-Póhr

ORIGINAL CONTRIBUTION

Examination of Parental Treatment among Outgoing Ambulance Workers 27
Vladimír Moskola, Éva Susánszky PhD, Andrea Székely PhD, István Hornyák PhD, Barbara Ozsvárt, Tibor Néninger, Zoltán Balogh PhD

Examination of the Strength of Core- and Perineal Muscles in Case of Different Movements 34
Noémi Kiss

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

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

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

Kiadja: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara.

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

A kiadvány megjelenését gondozza:

LITERATURA  MEDICA

LifeTime Media Kft. egészségügyi divíziója

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

Postacím: 1900 Budapest

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

Főszerkesztő/editor-in-Chief

Dr. Hirdi Henriett Éva (PhD)

szerkesztők/editors

Dr. Németh Anikó (PhD)

Dr. Papp Katalin (PhD)

szerkesztőbizottság/editorial board

Prof. Dr. Betlehem József (PhD)

Dr. Oláh András (PhD)

Dr. Pápai Tibor (PhD)

Dr. Rajki Veronika (PhD)

Szobota Lívia

szakértők/experts

Arany Ida

Jakab Judit

Dr. Papp László (PhD)

Tóth Andrea

Dr. Tulkán Ibolya (PhD)

tanácsadó testület/advisory board

Boldogné Csuri Magdolna

Dr. Fedineczné Vittay Katalin

Dr. Helembai Kornélia (PhD)

Prof. Dr. OiSaeng Hong (PhD)

Prof. Dr. Kovács L. Gábor (PhD)

Dr. Maroska Anikó

Mészáros Magdolna

Sövényi Ferencné

Tóth Ibolya

Prof. PhDr. Valérie Tóthova (PhD)

Dr. Velkey György

**Lapunkat rendszeresen
szemlézi a megújult****www.observer.hu**

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A NŐVÉR elsősorban olyan kéziratokat fogad el közlésre, melyek az ápolástudománnyal, az ápolás gyakorlatával, a képzéssel, az ápolásvezetéssel, az ápolás határterületeinek tudományos vizsgálataival, 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 kéziratrészt.

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

A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.

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

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: 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 Hungarian 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

NEKROLÓG

Emlékezés Dr. Mészáros Juditra

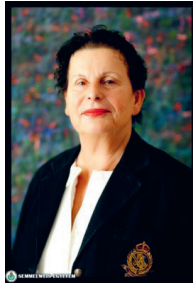
Életének 73. évében, 2020. április 28-án türelemmel viselt betegség után elhunyt dr. Mészáros Judit, a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karának korábbi dékánja.

1976-ban szerzett biológia-pedagógia szakos tanári diplomát, majd 1981-ben az ELTE Természettudományi Kar oktatás-tervezési szakon pedagógia szakos előadói kiegészítő oklevelet vett át. 1984-ben az Eötvös Loránd Tudományegyetemen bölcsészettudományi doktorrá avatták. 1988-ban a neveléstudomány kandidátusává nyilvánították. 1984-ben társadalomrovostan szakképesítést, 1990-ben az ELTE Bölcsészettudományi Karán pszichológusi oklevelet szerzett.

Szakmai munkásságát az Országos Egészségnevelési Intézetben kezdte meg. Oktatási tevékenységét az Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Pedagógiai Intézetében kezdte meg, ahol 1988-ban főiskolai tanári kinevezést kapott, és megbízták az Egészségügyi Főiskolai Kar Ápolástudományi és Egészségpedagógiai Intézet igazgatói teendőinek ellátásával.

Nevéhez fűződik számos, a hazai ápolásszakma fejlődését meghatározó kezdeményezés, így az 1989/90-es tanévben levelező tagozaton, majd az ezt követő tanévben nappali tagozaton elindított négyéves diplomás ápolóképzés az Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán, ami nemcsak Magyarországon, hanem az akkori kelet-közép európai régióban is újdonságnak számított. E képzés teremtette meg az alapját az ezredforduló után indított egyetemi okleveles ápolóképzésnek, valamint az egészségtudományi végzettségű szakdolgozók doktori fokozatszerzésének is. Ugyancsak munkássága alatt indult el hazánkban a kilencvenes évek elején az egészségügyi menedzserképzés, majd később szakmenedzserképzés, ami az akkori ápolási-, szakdolgozói-, sőt orvosi vezetést egyik meghatározó képzése volt. Szintén az ezredforduló után, támogatásával indult el az egészségügyi szaktanár egyetemi szintű program, mely alapjául szolgált a Bologna folyamat elvárásainak és a hazai felsőoktatási fejlesztési követelményeknek is megfelelő új egészségügyi tanárképzésnek. Elévülhetetlen szerepe volt a szülésznői képzés főiskolai szintre való emelésében és a képzés 2006-ban történő sikeres elindításában.

Tapasztalatait külföldi tanulmányútjai, valamint munkatársainak hasonló tapasztalatai alapozták meg, ez szolgálta vezetői elkötelezettségét az újítások és a fejlesztések iránt. Elfogadta és maximálisan támogatta, hogy az ápolói és szakdolgozói képzések sikerét a gyakorlatorientált elméleti képzések adják. Ennek jegyében került kialakításra az egészségtudományi egyetemek közül elsőként



1. kép: Dr. Mészáros Judit*

a 2007/2008-as tanévben szimulációs (skill) labor, mely új dimenziót nyitott a hazai ápolóképzésben.

Tudatában volt annak, hogy az idegen nyelvű oktatás elengedhetetlen a nemzetközi elismertség megteremtéséhez. Ennek jegyében indult el munkássága alatt először a gyogytor-nászképzés, majd az ápoló- és a szülésznőképzés angol nyelven, ezzel is segítve az Egészségtudományi Kar szerepének erősítését az egyetemi integráció utáni folyamatban.

A Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán és jogelőd intézményeiben eltöltött hosszú munkássága alatt 18 hallgató témavezetője volt, akik közül 12 fő már tudományos fokozatot szerzett 2004–2019 között. További 3 fő pedig megszerezte az abszolutóriumot, ők már fokozatszerzési eljárás alatt állnak. Három hallgató munkáját viszont már nem tudja a megkezdett úton sikerre vinni.

A Magyar Ápolási Egyesület működésének székelyet biztosított 2004–2008 között a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar teljesen felújított új oktatási épületében a józsefvárosi Vas utcában.

Tevékenységet az elkötelezettség, a tájékozottság és a nagy munkabírási jellemezte. Munkásságát, a szakdolgozói képzésekről való elköteleződését a szakma számos díjjal jutalmazta:

- Magyar Ápolási Egyesület tiszteletbeli tagja (2006)
- Magyar Ápolási Egyesület tiszteletbeli szülésznő (2011)
- Astellas díj (2014)

Tisztelt Tanárnő, Kedves Judit! Köszönjük, hogy életutaddal mindannyiunk számára megmutattad, hogy következetes munkával, töretlen hittel komoly eredményeket lehet elérni az oktatás és a kutatás területén. Nyugodj békében!

Dr. Balogh Zoltán PhD

tanszékvezető főiskolai tanár, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Ápolástan Tanszék elnök, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara

Dr. Hirdi Henriett Éva PhD

c. főiskolai docens, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Ápolástan Tanszék alapellátási alelnök, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara

*fotó: Kovács Attila – Semmelweis Egyetem

ISKOLATÖRTÉNET

Az első állami ápolónőképző iskola alapításának története

SÖVÉNYI Ferencné, PERKÓ Magdolna, Dr. FEDINECZNÉ VITTAY Katalin,
GÁL Mária

„A múlt nem azonos azzal, ami megmaradt belőle.”
(László Gyula)

Összefoglalás

Írásunkban bemutatjuk az ápolóképzés (Állami Ápoló- és Védőnőképző Intézet – Testvérképző – Debrecen) történetének az 1920-as és az azt követő évtizedekben bekövetkezett főbb eseményeit.

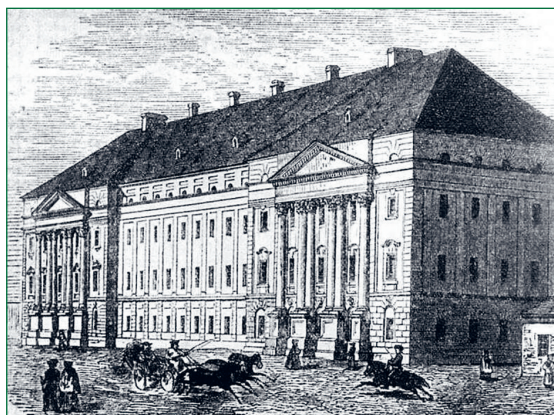
Ahogy elkezdődött

Az 1912. évi XXXVI. tc. Debrecenben és Pozsonyban egyetem alapítását írta elő. E törvénycikkben többek között a következő szerepelt: „Debrecenben... tanszabadsággal felruházott magyar királyi tudományegyetem állíttatik fel...” Az orvosi kar „hivatatosan” 1921. november 4-én alakult meg..” (1912. évi XXXVI. törvénycikk).

A törvénycikket Ferenc József király július 7-én kézjegyével szentesítette, majd az az Országos Törvénytárban július 11-én történt kihirdetéssel hatályba lépett. Ezzel a debreceniek sok évtizedes vágya teljesült. A már működő két magyarországi egyetem, a budapesti és a kolozsvári mellett a debreceni és a pozsonyi is „tanszabadsággal felruházott” egyetem lett, amelyek szervezeti szabályzatát, tanulmányi és vizsgarendjét „a meglévő tudományegyetemen fennálló ilyenmű szabályok tekintetbevételével és az adott viszonyoknak megfelelő módosításokkal” a vallás- és közoktatásügyi miniszter állapíthatta meg és a király hagyta jóvá. Az európai egyetemek a XII–XIII. század óta – megtestestítve a tudományok összességét – nemcsak az oktatás legmagasabb szintjét képviselték, hanem a tanárok és a diákok közös testületét (universitas magistrorum et scholarium) is jelentették.

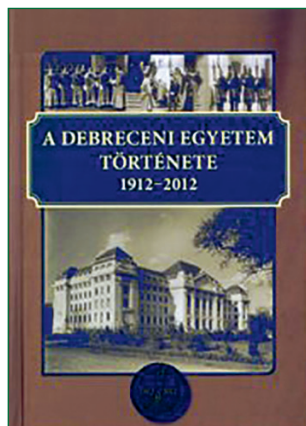
A Debreceni Egyetem bölcsője a város Református Kollégiuma volt (1. kép), amely a XVI.

1. kép: A debreceni református kollégium épülete a reformkorban (Forrás: Sipos L. (1996). Pannon Enciklopédia. Magyar nyelv és irodalom. Budapest: Dunakanyar 2000, pp. 134.)

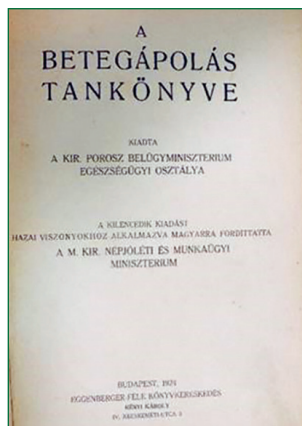


századtól kezdve megszakítás nélkül biztosította Debrecenben a felsőfokú oktatást, és amelynek akadémiai szintű tagozataiból alakultak ki az 1912-ben megszületett országgyűlési törvény nyomán az egyetem fakultásai. Az 1912-ben alapított állami egyetem 1914-ben a Református Kollégium Kálvin téri épületében kezdte meg működését, majd 1932-ben költözött a mai Egyetem térre.

Baltázár Dezső püspök ezért mondhatta 1914-ben az egyetemre áthelyezett kollégiumi professzorokat búcsúztatva: „Ha a magyar nemzeti művelődés az ellenkező szelek fúvása mellett csak úgy tudhatott magának újabb szilárd templomot építeni, ha fundamentumába egy református intézmény gránitköveit építi bele: odaadjuk a gránitkövet”. A professzorokat joggal intette arra, hogy „amit örökségül vettek világosságban és szabadságban, azokat a kincseket gyarapítva adják tovább az örök jövőnek”. Így a Kollégium szellemiségének átörökítése sajátos karaktert adott a Debreceni Tudományegyetemnek (Kocsis, 1988).



2. kép: A Debreceni Egyetem centenáriuma alkalmából kiadott könyv (Forrás: Debreceni Egyetemi Kiadó. 2012)



3. kép: A betegápolás tankönyve (Forrás: <https://www.antikvarium.hu/konyv/a-betegapolas-tankonyve>)

A Belklinika élére 1921-ben **Csiky József** egyetemi tanár nyert kinevezést, aki kinevezése után nagy buzgalommal és hozzáértéssel szervezte meg az új klinika munkarendjét. Csiky célkitűzésének tekintette, hogy a klinika-telepet **jól képzett, saját nevelésű ápolónőkkel** lássa el, mivel a rendelkezésre állók nagyobb része képzésben nem (önkéntes), vagy alig részesült. Ezért kezdetben az ápolónők részére csak „helyi” tanfolyamokat indított.

Egy kis „múltidézés”

Hazánkban a XX. század első évtizedeiben az ápolónőképzésnek olyan „sok gazdája” volt, hogy mondhatni nem is volt gazdája. Más országokkal ellentétben nálunk sokáig hiányzott az állami felelősség.

A legszervezettebb és minőségi ápolóképzés a **Vöröskereszt** tevékenységéhez kapcsolódik. Itt két szinten zajlott a képzés: iskolarendszerű 3 éves ápolóképzés, valamint az önkéntesek felkészítése bizonyos ápolói feladatok elvégzésére. A Vöröskereszt nagy tiszteletnek örvendő és támogatott, gazdag szervezet volt. Többek között az ápolónőképzéshez rendelkezett saját iskolával, saját kórházzal is.

Az állam felelősségével működő „ápolónőképzés és ápoló kérdés ügyét” az **Országos Közegészségi Tanács** folyamatosan napirenden tartotta. Az első világháború előtti évekből két dokumentumot érdemes kiemelni:

1. Országos Közegészségi Tanács 1909. évi január 7. ülés: „A betegápolók képzése” Előadó: Dr. Jányi Gyula

2. Országos Közegészségi Tanács 1913. évi április 17. ülés: „Az ápolóképzés és ápolókérdés ügye” Előadó: Dr. Magyarevits Mladen

Ezek a tervek a „nagy háború” és következményei miatt megvalósíthatatlanná váltak.

Az Országos Közegészségi Tanács legközelebb csak 1921-ben – a miniszter külön kérésére – foglalkozott az ápolónőkérdéssel. A népjóléti és mun-

kaügyi miniszter a Tanács véleményét kérte a „**Betegápolónők minősítéséről**” készített rendelet-tervezetről. A miniszter egyben azt is kérte a Tanácstól, hogy a magyarországi betegápolók hivatalos tankönyvére nézve is tegyen előterjesztést. Ekkor már működött a debreceni egyetem keretében 1921-ben létesített ápolónőképző iskola, de állam által elismert tananyag még nem állt rendelkezésre. A Tanács a „**Krankenpflege-Lehrbuch**” című könyvet ajánlotta. Ennek a kilencedik kiadását a Magyar Királyi Népjóléti és Munkaügyi Minisztérium fordíttatta magyar nyelvre, és az – a hazai viszonyokhoz alkalmazva – mint az állam által hivatalosan elismert szakkönyv „**A betegápolás tankönyve**” címmel 1924-ben jelent meg (3. kép).

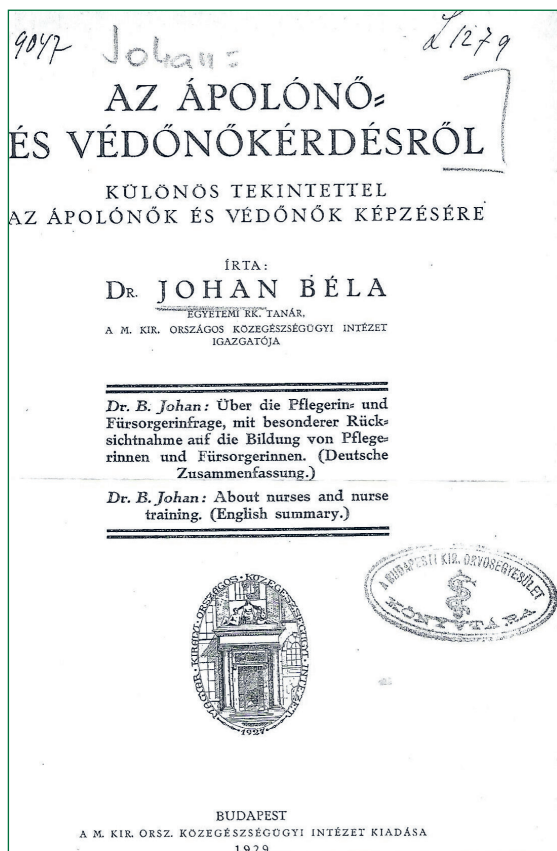
Az ápolásügy állami szinten való „kezelése” nem volt véletlen, hiszen ekkor már megkezdődtek a tárgyalások a **Rockefeller Alapítvánnyal**. A külföldi szakértők világossá tették a magyar fél számára, hogy a pályázott összegek elnyerésének alapvető feltétele az állami felelősségvállalás. Csak ebben az összefüggésben érthető dr. Váczi Lajos miniszteri osztálytanácsos „**Egészségügyi szakoktatásunk fejlődése**” tárgyú helyzetleírása, amelyben kiemelésre került legalább egy minisztérium szerepe, amelyet később a sajtó a **4. képen** olvasható módon igazolt vissza.

Valójában az első, állam által „tudomásul vett és támogatott” – ma már talán úgy mondanánk: állam által elismert – ápolónőképzés a debreceni egyetem falai között indult meg. Két olyan dokumentum mutatunk be, amelyek ezt erősítik meg. Az egyik a

4. kép: Sajtóbeszámoló a debreceni egyetemen létesített ápolónőképző iskoláról (Forrás: Orvosok Lapja, 1946-12-01, 2. évfolyam 23. sz.)

Az első világháború után a Kultuszminisztérium a debreceni egyetemen létesít ápolónőképző iskolát, mely rendszeres kétéves tanfolyamon képzett betegápolókat. Itt indult meg először a védőnőképzés is (1926.).

5. kép: Dr. Johan Béla által írt tanulmány az ápolónő- és védőnőkérdésről (Forrás: A Magyar Királyi Országos Közegészségügyi Intézet, 1929)



Magyar Királyi Országos Közegészségügyi Intézet közel egy évtizeddel később, 1929-ben megjelent kiadványa, mely nagyon részletesen – visszatekintéssel, értékeléssel – írja le az ápolónő- és védőnőképzés helyzetét több európai országban, valamint hazánkban és tesz javaslatot a hogyan továbbra (5. kép).

Az Orvosi Hetilap 1929. évi 49. számában (1224. oldal) Tóth István professzor a dokumentumot így méltatta: „Igen érdekes és nagyon értékes 96 oldalra terjedő füzetben foglalkozik a szerző a kérdéssel, ami igazán egyik legégetőbb problémája közegészségügyi rendezésének: alig találunk elhanyagoltabb, kultúr-országhoz igazán nem méltó viszonyokat, mint éppen az ápolónőképzés és képzettség terén. Öröndetes hogy éppen Johan Béla tanár nyúlt be e darázsfszékbe s ő veszi kezébe e herkulési munkát, akinek nemcsak rátermettsége, de külföldön szerzett ismerete, tapasztalata garantiálja az eredményes munkának...” (Tóth, 1929).

Ennek a dokumentumnak a 42. és 43. oldalán maga a szerző, Dr. Johan Béla többek között a következő megállapításokat tette:

„Egy újabb lépés 1921-ben történt, amikor néhai Csiky professzor kezdeményezésére Debrecenben a belklinikával kapcsolatban felállított az első állami ápolónő-

képző iskola, amely 1927-ben a Rockefeller-alapítvány anyagi segítségével „ápolónő- és védőnőképző iskolává” fejlesztett ki. Az iskola munkájának irányítása egy bizottság kezébe tétetett le, amelyben a népjóléti és munkaügyi, másrészt a vallás- és közoktatásügyi miniszter képviselői helyet foglalnak. Az iskola igen szép helyen, a debreceni Gróf Tisza István Tudományegyetemmel kapcsolatban nyert elhelyezést. Modern internátusa 45 növendék befogadására alkalmas... Az iskola tanterve kétéves. Az első év tanterve közös az ápolónői és védőnői pályára készülő jelöltek számára. A második év első részében szintén közös a kiképzés, később azonban szétválnak és bizonyos fokig más kiképzést kapnak azok, akik az ápolónői, és mászt azok, akik a védőnői pályára kívánnak lépni... Végül megemlítem, hogy megtörténtek az előkészítő lépések egy második állami ápolónő- és védőnőképző Intézet felállítására. Ez az iskola a Magyar királyi Országos Közegészségügyi Intézettel kapcsolatban fog létesülni.”

Sajnálatos tény, hogy Csiky professzor úr az említett kiadvány megjelenésével azonos évben, nagyon fiatalon elhalálozott, így munkája gyümölcsét már nem élvezhette, de külön kiemelendő érdeme, hogy további forrásokat is szerzett az ápolónők képzéséhez. Az emléktábláján a következő felirat olvasható: „Dr. Csiky József a Belklinika igazgatója, a Testvérképző alapítója. 1881-1929” (6. kép).

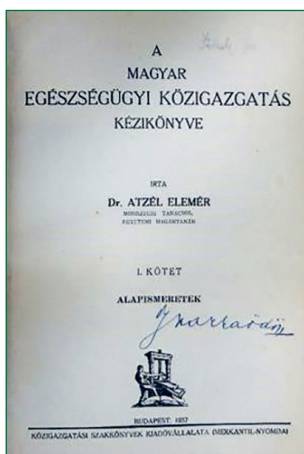
Az események jobb megértése érdekében érdemes megismerkednünk egy másik, fontos dokumentummal. Ennek szerzője dr. Atzél Elemér, címe A magyar egészségügyi közigazgatás kézikönyve (7. kép).

A kötet előszava ma is megszívlelendő, hát kezdjük ezzel:

6. kép: Dr. Csiky József emléktáblája (forrás: <https://dea.lib.unideb.hu/dea/handle>)



7. kép: A magyar egészségügyi köz-igazgatás kézikönyve. (forrás: antikvárium.hu)



„Kartársaim és tanítványaim régi kívánságát óbajtom teljesíteni munkám közreadásával. Az egészségügyi közigazgatás még a jogász- tisztviselő előtt is csak kevéssé ismert jogi matéria. Márpedig ha valahol a közigazgatásban, úgy az egészségügyi közigazgatás terén - ahol az intézkedés tárgya minden az ember legfőbb kincsének, az egészségének biztosítása - feltétlenül szükséges, hogy a tett intézkedések úgy jog, mint szakszerűség tekintetében megfelelőek legyenek. A rossz közigazgatás mérhetően károkat okozhat a közigazgatás bármely ágában, de helyrehozhatatlan kárt jóformán csak az közegészségügy terén tehet. Ezért szükség van arra, hogy a közegészségügyet intéző jogászok és hatósági orvosok kifogástalanul ismerjék tárgyukat. De ma, sem a jogásznak, sem a hatósági orvosoknak - a tisztiorvosi tanfolyamot nem tekintve - nincs olyan lehetőségük, ahol ezt a szükséges jogi tudást és közigazgatási jártasságot megszerezhessék. Pedig enélkül a legjobban felépített közegészségügyi politika is csupán utópia marad.” (Atzél, 1937).

Témánkhoz szorosan a 24. fejezet: „A m. kir. Ápolónő- és Védőnőképző Intézet szervezete és munkaköre” kapcsolódik. Világosan bemutatja az ápolónőképzés szervezésében akkor még jelentős szerepet játszó Vöröskereszt tevékenységét, de világossá válik a Debreceni Ápolónőképző Intézet prioritása is (**8. kép**) (Atzél, 1937).

8. kép: Részlet a magyar egészségügyi közigazgatás kézikönyvéből (Atzél, 1937)

A modern egészségügyi követelmények kielégítésére még 1921-ben megnyílt Debrecenben Csiky professzor kezdeményezésére a Vörös Kereszt szervezésében, Ibrányi Alice főnőköszvény irányításával a Debreceni Ápolónőképző Intézet, a klinikai betegápolás céljára intelligens ápolónők kiképzésére. Az 1927-ben a m. kir. Országos Közegészségügyi Intézet felállításával meginduló egészségvédelmi munka szükségessé tette védőnők kiképzését és ezért ugyanezen időben a Rockefeller-alap a Debreceni Vörös Kereszt Ápolónőképző Intézettel megegyezve, a Nagyerdőben új ápolónő- és védőnőképző intézetet építtetett, amely a vallás- és közoktatásügyi minisztérium felügyelete alá került és a debreceni egyetem orvosi karának vezetése alatt áll. Az intézet növendékeinek tanítását a klinika orvosai látják el és szervezete lényegében az alább részletesen ismertetett budapesti Ápolónő- és Védőnőképző Intézet szervezetével megegyezik.

Az egészségvédelmi körzetek gyorsitemű szaporodása újabb intézet felállítását tette szükségessé s ez hozta létre 1930-ban a budapesti Ápolónő- és Védőnőképző Intézetet, amely az 1936-37. iskolaévben az állandóan növekvő felvételi igények kielégítésére a Rockefeller-alap segítségével lényeges kibővítés alatt áll.

Azok a „húszas” évek

Az első világháborús veszteségeink az élet valamennyi területét súlyosan érintették. A Vöröskereszt az elszenvedett veszteségei miatt az egyik legszegé-

nyebb intézmény lett. Léte megőrzéséhez a maradék vagyona egy részétől – beleértve a saját kórházát is – kénytelen volt megválni. Az egyik legnagyobb és legérzékenyebb veszteség az ápolónők képzésének éveken át (1918-1922) tartó szüneteltetése volt.

A „nagy háborút” követő egészségügyi tervekben központi helyen szerepelt az ápolónőképzés, amit akkor még csak részben lehetett államosítani. 1920-ban a négy orvosi kar mellé felállították a „Nővér- és védőnőképző intézeteket”, ahol – az orvosi karok felügyelete mellett – „kétéves nővér- és védőnőképzés” indult meg, a kiadott

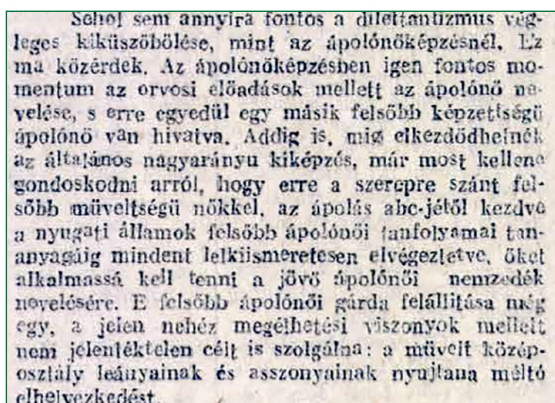
oklevelet az Oktatásügyi Minisztérium hivatalosan elismerte. A felvétel követelménye érettségi bizonyítvány volt.

A Vöröskereszt Egyesületet 1922 tavaszától már új elnök, Széchényi Emil gróf elnökölte. Beköszönő beszédében az „egyesület békebeli programjait” fejtegette, ennek keretében nagyjelentőségű kérdésekre hívta fel a figyelmet. Beszédének egyik sarkalatos pontja a magyar ápolónőképzés volt. Ez nem volt véletlen, hiszen az ápolónők képzése a háború végétől válságos helyzetbe jutott. Ennek alapvető okát abban látta, hogy az ápolónők képzésére hivatott legértékesebb szervezetnek, a Vöröskereszt Egyesületnek ekkor már nem állottak rendelkezésére kellő anyagi eszközök. A meglévő ápolói tanfolyamokat is alig tudta fenntartani. Még kevésbé volt képes újak felállítására, és így már nem tudta ápolónőkkel ellátni azokat a klinikákat és kórházakat, amelyekkel szerződéses kötelezettsége volt, így a kórházak kénytelenek voltak „laikus” személyzetet alkalmazni.

A napilapok is egyre inkább arról írtak, hogy ahol sikerült is újból indítani képzéseket, azok már korántsem a „régis megszokott rangnak” megfelelően működtek. Hiányzott a saját, megszokott kórházi háttér is, ezért – a gyakorlati feladatok elsajátításához – **Budapesten a Verebély Klinika, Debrecenben a Csiky Klinika, Pozsonyban az Erzsébet Egyetem** biztosította a háttérrel. Ibrányi Alice az ápolónőképzés területén szerzett nemzetközi és hazai tapasztalatait még így is igyekezett gyümölcsöztetni.

A húszas évek elejétől a sajtó folyamatosan napirnden tartotta a Vöröskereszt helyzetét. Több cikk jelent meg az ápolónőképzés veszteségeit bemutató. Az egyik legkorábbi aggodó írás – egyben kemény kritika is – a Budapesti Hírlapban látott napvilágot (**9. kép**) („Vöröskeresztes ápolóképzés”, 1922). Ugyancsak szinte kétségbeesett helyzetleírás jelent meg „Az Újság” hasábjain is (**10. kép**).

9. kép: Cikk-részlet a vöröskeresztes ápolóképzésről (Forrás: Budapesti Hírlap, 1922. 04.)



10. kép: A Válságban a Vöröskereszt című cikk szalagcíme (forrás: Az Újság, 1923. 12. 16. pp. 5.)



„Teljes tönkremenés előtt áll a magyar Vörös Kereszt Egyesület

Szinte hihetetlen és az egész kulturvilág számára megdöbbentő eseményről kell beszámolnunk: a Vörös Kereszt Egyesület a teljes csőd szélén áll, s ha rövid időn belül segítség nem érkezik a számára, az a szégyen éri az országot, hogy ennek a mindenkor nagyszerű karitatív munkát végző nemzetközi egyesületnek magyarországi frakciója teljesen megszűnik. Ez így elmondva csodálatos és mindenki azt mondja, hogy: lehetetlen. Pedig a dolog a valóságban így áll, hisz ápolónői kurzusa megszűnőfélben, kórháza bérbeadva, igazgatósági épülete idegen kézen s az a kis mozgás, melyet még a vezetők emberfeletti erőfeszítése folytán végez, már nem jelent aktív erőt, csak az agónia vonaglását. Hogy mindez, hogy történt a különféle tékozló építkezések hazájában, ahol a vezetői lassan már piramisokban fogják megőrkíteni személyes dicsőségüket az örökkévalóság számára? Nos, hát éppen ezt akarjuk itt elmondani.....”

„...illetékes körök, természetesen, azt mondják, hogy mint annyi más intézményt, a Vörös Keresztet is tönkretette a háború. A tény ezzel szemben az, hogy a Vörös Kereszt a háború alatt fényesen megállta a helyét, a lelkiismeretesebben teljesítette a kötelességét s a frontok összeomlása után nyoma se volt nála akkora mérvű kimerülésnek, mely tönkremenést jelenthetett volna. Tény, hogy a háború alatti fokozott munka megtépázta a Vörös Kereszt anyagi erejét is, az utána következő évek gazdasági depressziója itt is érezte hatását, de tény az is, hogy a háború befejezése után, nyomban megindult a karitatív intézmények nemzetközi kooperációja, melynek kapcsán a magyar Vörös Kereszt is segítséget kapott. Az

Amerikai Rockefeller-foundation figyelmét felkeltette a magyar Vörös Kereszt Egyesületnek a háború alatt kifejtett nagyszerű munkája s nyolcvanezer dollárt küldött a magyar kormányhoz azzal, hogy annak felügyelete alatt ez az összeg ápolónőképzésre s hasonló karitatív célokra fordíttassék. Ez azonban nem csak egy évi adományt jelentett. A Rockefeller-Foundation vállalta, hogy az első évben nyolcvanezer, a következő négy évben pedig arányosan egyre kisebbedő összegeket bocsát Magyarország rendelkezésére, hogy a Vörös Kereszt ismét életképesé váljon. Kötelezte azonban a magyar kormányt, hogy ezt az évek folyamán egyre csökkenő összeget minden évben nyolcvanezer dollárra egészíti ki.....”

„...Ez a Rockefeller-alapítvány története s már előre meg kell mondanunk, hogy a Vöröskereszt Egyesület, melynek ápolónői a háború alatt oly kiváló munkát végeztek s melynek, épp ezért az ápolónőképzés terén a legnagyobb ismerete és gyakorlata volt, ebből a nyolcvanezer dollárból – egy fillért sem kapott.” („Teljes tönkremenés előtt áll a magyar Vörös Kereszt Egyesület”, 1930).

„Avant-garde” kinevelése

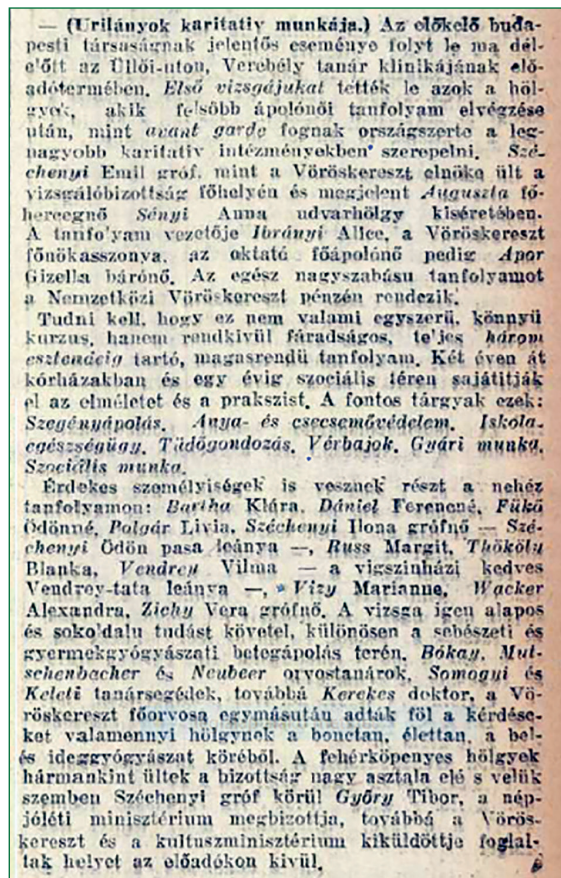
A Nemzeti Újság 1924. november 30. vasárnapi száma „Úri lányok karitatív munkája” címmel adott hírt arról, hogy a **Verebély Klinikán** első vizsgájukat tették le azok a hölgyek, akik felsőbb ápolónői tanfolyam elvégzése után, mint „avant-garde” [élcsoport] fognak országsszerte a legnagyobb karitatív intézményekben szerepelni. A tanfolyam vezetője Ibrányi Alice, a Vöröskereszt főnökszónya, az oktató főápolónő pedig **Apor Gizella** bárónő volt. Ezt az egészen nagyszabású tanfolyamot a Nemzetközi Vöröskereszt egyszeri pénzügyi támogatásával szervezték.

A **11. képen** a 11 első vizsgázót nem nevezik meg, de a hivatkozott újság cikkben pont tizenegy

11. kép: Az első ápolónői tanfolyam végzős hallgatói 1924-ben, elől jobbról a harmadik Verebély Tibor a klinika igazgatója, mellette ifj. Bókay János gyermekgyógyász, egyetemi tanár. Helyszín: Budapest VIII. Üllői út 78. Pázmány Péter Tudományegyetem (ma Semmelweis Egyetem) Sebészeti Klinika, előadóterme. (forrás: <http://fortepan.hu/>)



12. kép: Cikkrészlet az Úri lányok karitatív munkája című cikkből (forrás: Ujság, 1924-11-30)



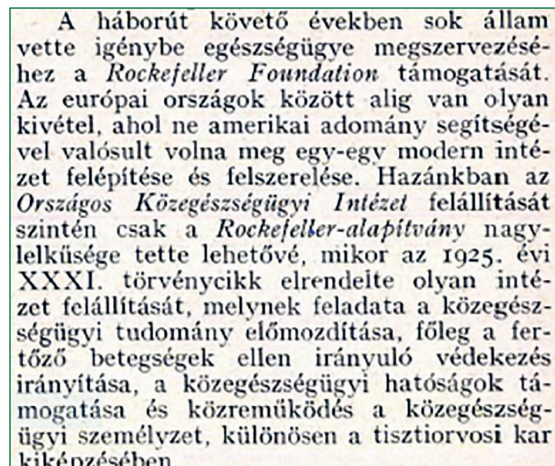
név szerepel. Közöttük ápolástörténetünk ismertebb személyiségei, akik „avant-garde”, azaz „élcsapat” jelzőt megkapták, mint Wacker Aleszandra, Vízzy Marianne, Szechenyi Ilona grófnő („Úri lányok karitatív munkája”, 1924).

A Rockefeller Alapítvány

Történetünk jobb megértése indokoltá teszi, hogy már itt megismerkedjünk, a jelentős pénzügyi feltételeket biztosító Rockefeller Alapítvány lényegével és magyarországi vonatkozásaival (13. kép).

A **Rockefeller Alapítvány** magyarországi felbukkanásának nyomai az 1920-as évek elejére tehető, a „kiteljesedés” pedig mintegy másfél évtizeddel később vált valósággá. Kezdetben a publicitást kerülve igyekeztek kipuhatolni, hogy milyen segítséget nyújthatnak az országnak. A program középpontjában az egészségügyi és orvostudomány állt. Az első részletes tanulmány 1926-ban készült el, szerzője **Selskar Gunn elnökhelyettes**. A „Public Health in Hungary” címmel ismertté vált munka szolgált alapul a programokhoz.

13. kép: Cikkrészlet a Rockefeller Alapítványról (forrás: Faragó, 1936)



„Az első segítség az egyetemek orvosi fakultásainak szólt. Készülékekre, könyvekre, folyóiratokra jelentékeny összeget folyósított. A második lépés az volt, hogy ösztöndíjakat adott, melyekkel a fiatal orvosok, elsősorban higienikusok, Amerikába mentek. A harmadik lépés az volt, hogy az Országos Közegészségügyi Intézet létesítéséhez az alapítvány körülbelül 300.000 dollárt juttatott az állampénztárnak azzal a kötelezettséggel, hogy a főváros és az állam támogatásával létesüljön az intézmény és szervezen beleilleszkedjék az ország egészségügyi közszolgálatába. Ennek biztosításához a legközelebbi néhány esztendőre az intézet évi költségeinek egy nagy hányadát az alapítvány fedezi.” (Torday, 1927).

Külön kiemelendő az orvosoknak és ápolóknak biztosított ösztöndíj program, valamint az ápolószemélyzet szakszerű és szervezett képzése feltételeinek megteremtése. Későbbiekben látni fogjuk, hogy az ápolónők új képzési programjának kialakításához megítélt forrás a legkorábban került jóváhagyásra.

A Rockefeller Alapítvány tevékenységi formájának egyik legfontosabb eleme a finanszírozás sajátos megoldása volt. Nevezetesen az, hogy feltételül szabta a programokban való tagállami aktív részvételt, ezzel biztosított garanciát a megkötött megállapodásokhoz és folyamatos működtetéshez (később látni fogjuk ennek nem várt hatását is.) A programok egy részét az Alapítvány vállalta, más részét az államnak kellett vállalnia és a befejezést követően tovább működtetnie.

A források kezelésére **Reform Irodát** működtettek. Bizonyára sokan emlékezünk még arra, hogy hasonló „koreográfiája” volt az 1990-es évek elején a PROJECT HOPE programnak is.

Az első jelentős eredmény és egyben „állami biztosíték” az adományozó felé

Az 1925. XXXI. t.c. rendelkezett az Magyar Királyi Országos Közegészségügyi Intézet létesítéséről, amelynek többek között feladatai közé tette az egészségügyi személyzet – benne az ápolók – képzésében való közreműködést is. Igen ám, de a sokféle és eltérő színvonalú nővérképzést mindenképpen egyesíteni kellett. Az egységes tanterv és követelményrendszer kidolgozásával az Országos Közegészségügyi Intézetet bízták meg. A megvalósításra pedig létrehozták az Állami Ápoló- és Védőnőképző Intézetet, ahol az egységes program alapján csak 1930-tól indult az első képzés.

Nemcsak a sajtóban, hanem több alkalommal a **Nemzetgyűlésben** is napirenden volt az ápolónőképzés ügye. Az 1925. december 12. - 1926. január 22. közötti ülészakon Vass József népjóléti és munkaügyi miniszter előremutató hozzászólását érdemes idézni:

„...az egész ápolórendet rendes kiképzés alapján kell megkonstruálnunk. Ez most még nincs meg. Az ápolónőképzés azonban már több irányban történik. Először is a Vörös Kereszttel kapcsolatban nagyon jól működik ez az ápolónőképzés, másodsor az állami kórházakban, harmadszor az egyetemi klinikákkal kapcsolatban... folyik már ápolónőképzés és ezt a képzést tudományos, valamint praktikus, megfelelő színvonalra felszervezni elhatározott akaratom... Erre a szükséges eszközök is rendelkezésünkre állanak (pl. Rockefeller Alap) ...Az ápolónők fontossága kézenfekvő, hiszen erről talán kár volna külön argumentumokat felsorakoztatni. Azt nagyon jól méltóztatnak tudni, hogy a különböző kórházakban igen sajátos kísérletek történtek, hogy az egészségügyi alárendelt személyzetet minő módon és minő rétegekből próbálják megszerezni és alkalmazni. Amint biztosítva látszott – az előbb említett „garancia” , és az állami felelősség és aktív részvétel, a nagyszabású tervhez azonnal megérkezett az első jó hír, – és majd később, mint látni fogjuk – szakértők is érkeztek hazánkba.” (Nemzetgyűlési napló, 1922. XXXVIII. kötet).

Az ápolónőképzés viszonylag hamar kapott anyagi támogatást. **Az első segélyösszeg, Ibrányi Alice szakmai irányításával a Debrecenben már évek óta működő ápolónőképzés további fejlesztését szolgálta (14. kép).**

A következő „jó hír” már egyenesen New Yorkból, a Pesti Napló tudósítójának tollából jelent meg a magyar sajtóban. Itt már kettős célt jelöltek meg, az előbb már említett segélyezésen túl szerepelt a később megépítendő és működtetett Állami Ápolónő- és Védőnőképző Intézet segély része is (15. kép).

14. kép: Beszámoló a magyar ápolónő képzés támogatásáról (forrás: Orvosi Hetilap 1925. (7) pp. 1159)

A magyar ápolónő-képzés segélyezése. Miss Crovell, a Rockefeller Foundation betegápoló-képző szakosztályának főnöknője, táviratban értesítette az egészségügyi reform-irodát, hogy az alap igazgatósága a budapesti Vöröskereszt-Egylet és a debreceni egyetem ápolónő-képző tanfolyamainak jelentős segélyeket engedélyezett.

15. kép: Szalagcím az Állami Ápolónő- és Védőnőképző Intézet támogatásához kapcsolódóan (forrás: Pesti Napló, 1926 01.10.)

PESTI NAPLÓ 1926. január 10.
Ötvenezer dollárt szavazott meg a Rockefeller-alap a budapesti és debreceni ápolónőképző céljaira
 George E. Vincent, a Rockefeller Foundation elnöke nyilatkozik az alap újabb magyar akcióiról.

Mint az előzőekben már írtuk, a **Rockefeller Alapítvány** segélye csak az egyes programok megalapozását szolgálta. Feltétele volt az állami rész biztosítása is. Ezt célozta az 1926/27. éves költségvetésen kívül megállapított beruházásokról és azok fedezetéről szóló bejelentés.

„Különböző közegészségügyi beruházásokra:

1,392.000 P.

Igen fontos feladatának tekinti a kormány, hogy a háború és az azt követő válságos idők alatt leromlott közegészségügyi viszonyokat javítsa. Ezt a célt szolgálja a fenti összeg is, amely a következő célokra fordíttatik:

– a Magyar Vöröskereszt Egylet támogatására:

406.200 P.

– Budapesten és Debrecenben létesítendő betegápoló és egészségügyi védőnőképző iskola létesítésére, annak felépítésére és felszerelésére: 200.000 P.

(megjegyzvén, hogy az iskola létesítésének költségeihez a Rockefeller-alapítvány is hozzájárul 80.000 dollárral.)” (Képviselőházi irományok, 1927).

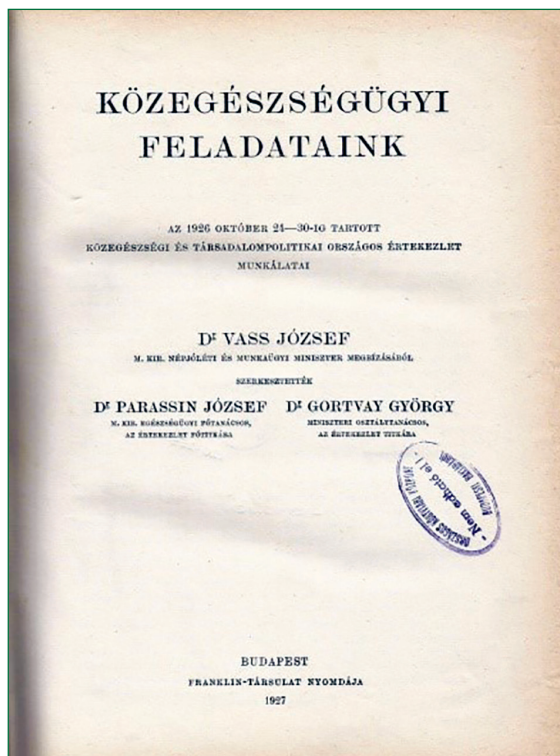
A közegészségügy, mint a szociálpolitika „mostohagyereke”

A régi dokumentumokat lapozgatva szinte mindeütt történik utalás az ápolónő képzésére. A Magyar Királyi Országos Közegészségügyi Intézet megalapítását követően szinte törvényszerű volt, hogy hamarosan összehívtak egy országos értekezletet a „Közegészségügyi és társadalompolitikai feladatok” megvitatása céljából (16. kép).

A kötet előszava „szomorúan” kritikus:

„A közegészségügy hazánkban a legújabb időkig a szociálpolitika mostohagyerekeként kezeltetett. Költségei a nem hasznos beruházások sorába számítottak, a szakemberek kis csoportjának törekvései sokszor az idea-

16. kép: A Közegészségügyi és társadalompolitikai feladatok értekezletről készült kötet borítója



listák okvetetlenkedésének vétettek, a külön közegészségi minisztérium követelését az utópiák birodalmába tartozónak ítélték.”

A hét napon át tartó országos értekezlet közel 400 oldalas dokumentuma záró gondolatait is érdekes szó szerint idézni:

„... A konzílium véget ért. A konzíliáriusok egyhangzó véleménye: a beteg állapota még súlyos, de nem reménytelen. Lehet rajta segíteni. Az orvosság: munka, igen sok munka. Erre a munkára, erre az egész embert, a legteljesebb önfeláldozást megkövetelő munkára kell vállalkoznunk, erre kell összefognunk mindnyájunknak, kik hiszünk Magyarország feltámadásában.”

Az ápolóképzés ügye – a sajtó híreket folyamatosan követve – szinte valamennyi jelentősebb rendezvényen napirendre került. Így volt ez a „Közegészségi és társadalompolitikai” országos értekezletén is, ahol többek között **Vass József népjóléti miniszter** a „Szociális problémákról és bajok megelőzésének módjairól” tartott előadásában külön fejezetet szánt az „Egészségügyi közigazgatás és ápolónóképzés” ügyének.

A betegápolónók és betegápolók kiképzésének és szervezésének tárgyalása alkalmával **dr. Verebély Tibor** egyetemi ny. r. tanár elnökletével **Dollinger Gyula dr.** ny. egy. ny. r. tanár terjesztette elő hat pontos elaborátumát, kiemelve benne az egységes képzést, **Csiky József dr.** egyetemi ny. r. tanár pe-

dig az ápolónóképzés teljes államosítása mellett tört lándzsát. Az ápolónóképzést „a közegészségügy egyik igen fontos eszközeként” hangsúlyozták. Ennek jelentőségét Csiky professzor már korán felismerte, hiszen az általa vezetett klinikán ekkor már ötödik éve működött az ápolónók képzése.

Vöröskereszt: „se vele se nélküle” helyzet

Az előzőekben tárgyalt **Rockefeller Alapítvány** működésének leírásánál jeleztük, hogy az állami garancia kérése problémát is okozhat. A **Magyar Vöröskereszt** éppen hogy megkapta az államtól a felszólítást, hogy állami támogatással folytassa tovább (újra indítsa) az ápolóképzést, amikor felszínre került, hogy a Vöröskereszt „nem állami szerv” és ez további gondokat eredményezett. **dr. Dollinger Gyula** foglalta össze a kialakult helyzetet (**17. kép**), ami az időket figyelembe véve egyben „az ősi bürokrácia” klasszikus mintája is.

17. kép: dr. Dollinger Gyula beszédének részlete (forrás: Közegészségügyi feladataink. Budapest Franklin Társulat Nyomdája, 1927)

A háború alatt 1917-ben ugyanebben a teremben lefolyt nagy egészségügyi értekezleten volt szerencsém az ápolóképzésről részletesen referálni. 1921-ben pedig a Magyar Vöröskereszt-Egyesület egy beadvánnyal fordult a népjóléti és munkaügyi minisztériumhoz, amelyben újra sürgette az ápolónóképzés megkezdését. A minisztérium 1923-ban válaszolt erre a beadvánnyra. Válaszában nagy elismeréssel nyilatkozik a Magyar Vöröskeresztnak az ápolónóképzés terén kifejtett eddigi tevékenységéről, eseteli a szomorú helyzetet, amelyben ez a kérdés jelenleg áll és egyenesen felszólítja a Magyar Vöröskeresztet, hogy vegye fel újra az ápolónóképzést és erre vonatkozóan különböző, igen jelentékeny anyagi segítségeket helyez kilátásba.

„Az öröm és üröm”

A I. világháborút követően évekig alig volt ápolónóképzés. Az 1920-as évektől a **Vöröskereszt** igyekezett visszaszerezni a régi tekintélyét, beleértve elsődlegességét az ápolónóképzés területén. Ha nem is a régi fényes időszak valósult meg, de több helyen igyekeztek hasznosítani a szakmai tudást a képzés-szervezés és a tevőleges oktatás területén.

A húszas évek közepétől pedig már megjelent az állami felelősséget követelő **Rockefeller Alapítvány** tevőleges segélye. Ettől az időtől kezdve a sajtó – különböző rendszerességgel – felszínre hozta az „állam és Vöröskereszt” ellentétet az ápolóképzés témában, napirenden tartotta az ápolónóképzés és a Vöröskereszt szerepét. Ennek az oka – amint az alábbiakban látni fogjuk – az időnként megjelenő ellentétes nyilatkozatokban, véleményekben keresendő.

Az **MTI hírek** között jelent meg 1927. október 20-án:

„következő évben további segítő érkezett Debrecenbe, Miss Ethel Johns, a Rockefeller-alapítvány egyik

18. kép: Ethel Johns, a Rockefeller Alapítvány megbízottja

igazgatónője, a Rockefeller Alap megbízásából érkezett, hogy a debreceni ápolónőképző intézet vezetőségének segítségére legyen az intézetnek amerikai rendszer szerint való vezetésében.”

Ethel John asszony (18. kép) néhány hónapi tájékozódás után megoldást keresett a „kialakult helyzet” rendezésére.

1928-ból Hadik Mihály gróf írását érdemes kiemelni, mely az Újság című lapban jelent meg „Ibrányi Alice iskolákat létesít, hogy azokban a népet higiéniára tanító nővéreket képezzen ki” címmel. E szerint:

„...a köztudatban a Vörös Kereszt Egylet úgy él, mint egy háborús intézmény, melyre szükség már nincs és melynek szerepe csak háború esetén van. Így tehát megfelelő belső támogatás hiányában természetesen a Magyar Vörös Kereszt Egylet nem tudta azt a nagyszabású békeprogramot betartani, melyet célul tűzött ki maga elé. Ennek a programnak nagy és jelentős részét vette át a magyar királyi népjóléti minisztérium...”

„...A békeprogramnak első és legfontosabb része az egészségügyi gondozónők és ápolónők kiképzése, ... a tuberkulózis elleni s az újabban ismét sokat hangoztatott egyke elleni küzdelem. A program első pontjának keresztülvételét a Magyar Vörös Egylet már csak részben tudta megvalósítani...”

„...Ibrányi Alice iskolája fennállása óta nem csak az állam kellő támogatását nélkülözi, hanem a Magyar Vörös Kereszt anyagi támogatását is. Új iskoláját megalapítani és a régi Néneképző Intézetet fenntartani csak a genfi központ segítségével tudta, amely erre a célra és egy évre 30.000 svájci frankot utalt Ibrányi Alicének s aki ebből az összegből iskoláit két évig tartotta fel. Csak azután vette igénybe a Rockefeller-alap további öt évre szóló támogatását. A Rockefeller-alap az 1927-es év elején egy öt éven át folyósítandó adományt utalt ki Magyarországra részére azzal, hogy ebből a magyar kormány a Magyar Vörös Kereszttel történt megállapodás után – az Ibrányi által kiképzett testvérek vezetése alatt Debrecenben egy újabb egészségügyi testvérképző iskolát létesítsen és pedig a budapesti intézet mintájára. Amíg a Rockefeller-alap más országokban az ilyen iskolák vezetését angol vagy amerikai közegészségügyi testvérekre bízta, addig Magyarországon egyenesen Ibrányi Alicet bízta meg a vezetéssel...”



„...A háború irtó és romboló munkáját a férfiak intézték el s a véresen összemarcangolt Európa nehezen hegedő sebeit áldott asszonyi kezek próbálják gyógyítani. A magyar asszonyok hősi csapata is összefog a gyógyító munkában. Egy új hadsereg jön. A béke katonái. S Hindenburgjuk: Ibrányi Alice.” (Hadik, 1928).

Pár nappal később Ibrányi Alice ugyanebben a folyóiratban Hadik Mihály gróf cikkére válaszcikket írt „Mi van a Vörös Kereszt Egylet iskoláival?” címmel.

„Csak néhány szóval szeretnék reflektálni az Újság 1928. évi január hó 8-iki vasárnapi számában Hadik Mihály gróf tollából megjelent közleményre, hogy a benne előforduló néhány tévedést helyreigazítsam és még további adatokkal kiegészítsem a vöröskeresztes iskola legújabb korának történetét. A cikk írója a Vörös Kereszttől elkülönítve méltatja munkámat, tekinti szereplésemet, holott helyemen az egylet bizalmából és képviselőként vagyok. Ha beteget ápolok, ha tanítok, ha karitatív vagy szociális téren működök, ezt mindig a Vörös Kereszt szolgálatában, annak szellemében és intenciói szerint és – természetesen – legteljesebb támogatása mellett teszem...”

„...Talán vannak még, akik emlékeznek Széchenyi Emil gróf 1922. évi március hó 9-én tartott elnöki székfoglaló programbeszédére, melyben a Vörös Kereszt békefeladatául a betegápolás reformját és az egészségvédelmet tűzte ki...”

Buzgón nekiláttunk tehát az iskolák megszervezésének. 1921 novemberében megnyílt az első Debrecenben, az új Tisza István-Tudományegyelem belgyógyászati klinikáján...

„...A következő évben pedig megnyílt a budapesti iskola, melynek az akkor már bérbeadódó Erzsébet-kórház helyett Verebélyi dr. professzor szíves jóindulata nyitotta meg az egyetem orvostani klinikáit tanulóink gyakorlati kiképzésére való tekintettel, ő maga az elméleti oktatás vezetésére vállalkozott. Mindezek anyagi támogatást csak idegenektől, a párisi Vörös Kereszt Egyletek Ligájától (nem a genfi Comitétől) és a Rockefeller-alaptól kaptunk.... „...Rockefellerek most látva az iskolák lendülő erejét, anyagi támogatást helyeztek kilátásba azon feltétellel, hogy az iskolák államivá legyenek. Ez a feltétel megfelelt a Rockefeller-alap azon alapelveinek, hogy anyagi támogatást csak államoknak nyújt, anélkül azonban, hogy beleavatkozzék abba, hogy az állam ezt a segélyt a meghatározott cél keretein belül miként hasz-

nálja fel. Ezért létrejött az állam, a Rockefeller- alap és a Vörös Kereszt között egy olyan megegyezés, hogy az amerikai tőkét az állam veszi át elszámolásra, de az iskola céljaira a Vörös Keresztnek engedi át...”

„...Az eredetileg tervezett alapon ugyanis két és fél évig folytak a tárgyalások a Magyar Vörös Kereszt és a Népjóléti és Munkügyi Minisztérium között, végül azonban a legjobb mederben folyt tárgyalásoknak az állam részéről váratlanul történt megszakításával és dezavválásával az az álláspont jutott érvényre, hogy a közegészségügyi testvérképzés a Vörös Kereszt mellőzésével fog megoldatni. Ugyanez a tendencia érvényesült időközben a debreceni iskolánál. Amikor a testvérképzés ügye a Rockefelleralappal tárgyalás alatt állott, sikerült az államnak és a Rockefeller-alapnak eredeti álláspontjával szemben keresztülvinnem, hogy ne csupán a budapesti, hanem a debreceni iskola is részesüljön a Rockefeller-alap támogatásában. A klinika és az iskola vezetősége nagy örömmel és köszönettel fogadta a Vörös Kereszt által kieszközölt támogatást. Mégis amikor a segítség már kezei között volt, az iskolát a vöröskeresztes jelleg megszüntetésével a debreceni egyetem fennhatósága alá helyezte...”

„...Ez által állott elő az a helyzet, hogy Debrecenben az iskolát magyar erők helyett egy angol hölgy vezetésére kellett bízni. Az erre a célra alkalmazott vöröskeresztes testvérek ugyanis visszariadtak attól, hogy a kilátásba helyezett anyagi előnyök kedvéért fogadalmukkal ellentétbe helyezkedjenek. Hadik Mihály gróf cikkére fentebbiekben megadott választomat azzal a kérdéssel fejezem be, vajon minő érdek követelheti, hogy a Magyar Vörös Kereszt, amelynek ezen a téren nemcsak múltja, hanem rátermettsége is egyedül van. a fenti nemzeti feladat megoldásából kirekesztessék?” (Ibrányi, 1928).

Testvérképző, mint új fogalom

Debrecen, I. sz. Belgyógyászati Klinika, „Testvérképző Intézet” (19. kép).

19. kép: Az egyetem Ápoló- és Védőnőképző Intézete („Testvérképző Intézet”), 1940-ben. (Az épület a mai Urológiai Klinika épülete.) (forrás: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Debrecen_Fortepan_)



20. kép: Cikkrészlet a „Debreceni nagyerdőben” című cikkből (forrás: Budapesti Hírlap, 1928.08.)

Különösen is kiemelkedik legújabb intézménye, még pedig nemcsak újszerűsége, de jelentősége folytán is. Valami olyat érezünk, hogy ez az intézménye a debreceni orvosegyetemnek az, ami az emberiség egyetemes kultúrájával, humanisztikus törekvéseivel és szellemével föloldhatatlanul kapcsolja össze a magyar lelket, a magyar szellemet, a magyar tudományt. Ez az intézmény az „ápolónői és védőnői intézet”, mely már a debreceni orvosegyetem kiegészítő intézménye és egyzersmind bizonyos tekintetben különlegessége is. Eredetileg az amerikai hírneves multimilliomos Rockefeller-alapítvány, az 5 kétmilliárdos adománya vetette meg alapját 1922-ben, hogy aztán a magyar állam áldozatkészségével és az egyetem vezetőinek gondjával mai teljességévé fejlődjék.

Ápolónőket képez, azonban nem a régi értelemben, hanem olyan színvonalon, amilyet csak az egyetem tudományos szelleme adhat, segítve a klinikák nagyszerű felszerelésével is. Negyvenöt diplomás ápolónőt képeznek ki esztendőnként. Természetes, hogy erre a kétéves kiképzésre csak olyan nőket vesznek fel, akik előző iskolai tanulmányaik, valamint intelligenciájuk alapján biztosítékot nyújtanak arra, hogy hivatásuk nagyszerűségét megértik s amit tanulnak, azt az emberiség lelkes szolgálatában érvényesítik is. Jóformán mindent megtanulhatnak, ami az orvosi tudomány s az emberi szenvedés világában fölmerül. úgy hogy az igazán hivatáskereső ápolónő, aki ebből a kétéves tanfolyamú intézetből kikerül.

Illy János: Oh, szavak... szavak! címmel egy érdeklődő kérdésére adott válasza teszi világhossá a szó magyarázatát:

„Igaz a van Nagyságos Asszonyom. Ma, amikor minden pálya túlzásúfolt, teljességgel érthetetlen, hogy az ápolónői pályát még mindig nem karolták fel eléggé, pedig nem is szorulna külön magyarázatra, indokolásra, hogy „par excellence” női hivatás és hogy csak művelt, képzett, tanult ápolónő lehet az orvos igazi segítőtársa.

A debreceni Tisza István Tudományegyetemmel kapcsolatos Testvérképző Intézetet boldogult Csiky József, orvosprofesszor létesítette, aki belátta annak fontosságát, hogy kellő számú és megfelelő képzettségű ápolónőre van szükség.

Első, kétéves tanfolyama 1921-ben indult meg, tíz növendékkel. Ez a tanfolyam önállóan, minden más támogatás nélkül létesült.

Azután Csiky professzor fejleszteni akarta az intézményt és a helyi szükségleteken túl is képezni akart testvéreket. Kérésére a Rockefeller-alapítvány 25.000 dollárjából a magyar állam támogatásával megalakult a mai Testvérképző Intézet, a kultuszminisztérium fennhatósága alatt.

I. táblázat: Az Ápoló- és Védőnő Intézet tansegédszemélyzete 1919-1950 között (forrás: <http://gerundium.lib.unideb.hu/Adattar.pdf>)

Főnöksasszony	Beretvásné Semsey Karola	1927. X. 1.	1944. X. 9.
	Beretvásné Semsey Karola	1945. VII. 24.	1948. V. 13.
	Foris Margit (ideiglenes)	1948. V. 13.	
Oktató testvér (tanító-ápolónő)	Dr. Joó Istvánné Tarr Mária	1927. X. 1.	
	Dr. Jáki Gyuláné Vekerdy Borbála	1927. X. 1.	1940. II. 28.
	Bun Lajosné Sárdy Sarolta	1932. IX. 10.	
	Máthé Ida	1939. IX. 1.	1941. X. 20.(t)
	Gerőly Erzsébet	1941. III. 1.	1944. X. 9.
	Bérczy Róza	1942. IX. 1.	
	Fodor Irén	1948. III. 3.	

A kikerült növendékek részben ápoló-, részben egészségügyi testvérek. Az ápolótestvérek a klinikákon, az egészségügyi-testvérek pedig a létesítendő egészségügyi mintajárásokban nyernek elhelyezést, ahol szociális munkát végeznek családlátogatások kapcsán... Úgy értesülünk, hogy az idén ősszel, Budapesten is lesz ilyen tanfolyam a Gyáli-úton épült Egészségügyi Intézetben.” (Illy, 1930).

Erre már a sajtó is felfigyelt. A Budapesti Hírlapban a „**Debreceni nagyerdőben**” címmel jelent meg egy igen pozitív tartalmú cikk, amelyből kiemelt **néhány gondolatot érdemes** elolvasni (20. kép).

A debreceni „tanári kar”, az oktatás személyi feltételei

Kezdetben a Vöröskereszt iskoláiban tanítók neve csak „itt-ott” tűnik fel, de összefoglaló felsorolást nem találtunk: Így Ibrányi Alice, Bárányfi Mária, Osztóics Katalin.....

Az első hiteles kimutatás **Mudrák József: A Debreceni Tudományegyetem Orvostudományi Karának tansegédszemélyzete 1919-1950 között** című művében szerepel Ápoló- és Védőnő Intézet tansegédszemélyzete alcímmel (I. táblázat).

A sokat emlegetett 1929

Ebben az évben jelent meg **Dr. Johan Béla „Az ápolónő és védőnőkérdésről”** szöveg, a cikkünk elején már hivatkozott írása.

Budapesten **szepetemberben megkezdődött a Magyar Királyi Állami Ápolónő és Védőnőképző Intézet építése.** Ünnepélyes megnyitása 1930. október 27-én volt. Ebben az évben **Debrecenben a Testvérképző Intézetben már vizsgáztak az ápolónők (21. kép).**

A '30-as évek dokumentumaiból kitűnik, hogy a „**sajtó még most is figyelemmel kísérté**” az eseményeket (22. és 23. képek).

21. kép: Vizsgabizottság a debreceni „Testvérképző Intézet”-ben (forrás: <https://dea.lib.unideb.hu/dea/handle>)



22. és 23. képek: Szalagcímek 1930-ból (forrás: Ujság, 1930. november 23.; Magyarország, 1930. november)

Mi van a Vöröskereszttel?

Miért állítottak fel állami ápolónői tanfolyamot? — Milyen célra adtak Rockefellerék évi 80.000 dollárt? — Hogy lehet megmenteni azt, ami még megmenthető?

Teljes tönkremenés előtt áll a magyar Vörös Kereszt Egyesület

A képzés értékét igazolta, hogy már elkezdődött a „hamisítás”, de szerencsére nyilvánossá vált a „*hivatásunk védelme*” is (24. kép).

Egy kis betekintés a képzés tartalmába

A Magyar Lányok 1936-05-17/34. számában **Ápolónők védőnők címmel jelent meg** Dr. N. I. írása, amely a Debreceni m. kir. Tisza István Tudomány-

24. kép: Helyreigazítás a „hivatásunk védelme” érdekében (forrás: Az Est, 1932. április 23)

— Nyilatkozat Harsányi Margit és Erika nővérekről. A következő sorok közlését kéri: Tisztelt Szerkesztőség! Csak ma jutott tudomásomra, hogy *Az Est* egyik multheti számában a berettyóújfalusi kórházi ügyvel kapcsolatban közölt híradásukba egy nagy tévedés csúszott be. Tisztelettel értesítem a szerkesztőséget, hogy a sajnálatos ügy szereplői: *Harsányi Margit és Erika* nővérek *nem végzett testvérek*, sőt sohasem voltak debreceni egyetemi egészségügyi *testvérképző intézetünk* növendékei. Tiszteletteljes üdvözléssel *Beretvásné Semsey Carola* *intézeti főnökasszony*.

25. kép: Cikkrészlet az „Ápolónők védőnők” című írásból (forrás: Magyar Lányok, 1936-05-17/34. szám)

— Hogyan oszlik meg az elmélet és a gyakorlat az egyes évfolyamoknál?
— Elsősorban háromhónapos előkészítő tanfolyamot tartunk, amelynek elteltével a növendékek vizsgáznak s csak akkor haladnak tovább, ha ennek megfelelnek. Az előkészítő időszak tárgyai a következők: Anatómia, élettan, kórtan, immunitástan, bakteriológia, egészségtan, gyógyszeratan, hivatás-ethika és elméleti ápolástan. A háromhónapos próbaidő eltelté, illetve a vizsga sikeres letétele után a következő tárgyakat tanulják: vegytan, belgyógyászat, sebéset, gyermekgyógyászat, diétetika, táplálkozásatan és hydrotherapia. A II. évben pedig: Belgyógyászati fertőző betegségek, tuberkulózis elleni küzdelem, szülészet, anya- és csecsemővédelem, szemészet, elme-kórtan, socialhygiene (embervédelem), közegészségtan: járványtan és statisztika, bőrgyógyászat, orr, fül, gégesztet, jogi ismeretek, védőnői munka és torna (minden nap). Eddig teljesen egyforma az ápolónők és a védőnők kiképzése, de a II. év végén a védőnők egy félévi vidéki gyakorlatra mennek. A klinikai tárgyakat persze igen röviden s főleg ápolástanai szempontból tárgyalják.

egyetem Ápolónő-és Védőnőképző Intézetében készített interjúja alapján született (25. kép).

„Felkeresem a Főnökasszonyt. Az intézetet ő vezeti. Beretvásné, Semsey Karola. Jóságos arccal fogad s készséggel nyújt minden kérdésemre felvilágosítást. Az oktató testvérek szintén szívesen mutatják meg az intézetet. Először is azt kérdezem meg, hogy mi a különbség ápolónő és védőnő közt. – Azt nem kell mondanom, – feleli Bűnné, Sárdy Sarolta oktató testvér, – hogy mi az ápolónő feladata, hiszen azzal mindenki tisztában van. De a védőnő már új fogalom, azt sokan nem ismerik. Neki a falu egészségügyén kell munkálkodnia. Felkeresi az egyes családokat, kikérdezi egészségügyi viszonyairól, gondoskodik arról, hogy szükség esetén idejében orvost hívjanak. Számon tartja, kik szorulnak segélyezésre. Ha ügyes, kis népkönyvhát is össze tud hozni. Talán legna-

gyobb szerepe a tuberkulózis elleni küzdelem. Kikutatja a családokban a fertőzés forrását, orvoshoz küldi, nemcsak a beteget, hanem a hozzátartozókat is....”.

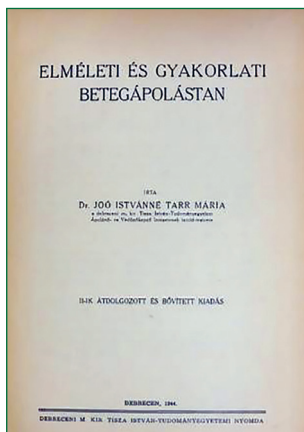
– Meddig tart a kiképzés? Erre már Vekerdy Borika testvér felel: – Ápolónőknek két év, védőnőknek két és fél év. Bizony szegények alaposan be vannak fogva ez idő alatt. Rengeteg elméleti tárgyuk van s emellett gyakorlati munka is. – Mik a felvétel, illetve a kiképzés feltételei? – Elsősorban teljesen egészségesnek kell lennie a jelentkezőnek. Az ő munkájuk igen nehéz és fárasztó. Azt beteg szervezet nem bírja. Ezentúl meg fogjuk kívánni az érettségit, illetve az ennek megfelelő tanítónői oklevelet. Eddig anélkül is felvettünk kivételesen egy-két növendéket, de ezentúl erre is szükség lesz....

... A gyakorlati dolgokat hol tanulják? A szót most Tarr Mária testvér, az első évesek oktatója veszi át: – Részben az ú.n. demonstrációs szobában, részben a mintakórtermekben. A demonstrációs szobában van minden, ami a betegápoláshoz kell. Leglényegesebb kelléke egy ember nagyságú baba, amin megtanulják, hogyan kell a beteget mosdatni, emelni stb.

...Itt tanulnak meg ágyat vetni, takarítani, egyszóval minden olyan ápolónői teendőt, amit a beteg nélkül el lehet végezni. A betegekkel való bánásmódot pedig a mintapavillonok kórtermjeiben gyakorolják be...” (26. kép) (Ápolónők védőnők, 1936).

26. kép: Demonstrációs szoba a gyakorlati oktatáshoz (forrás: Magyar Lányok, 1936-05-17/34. szám)



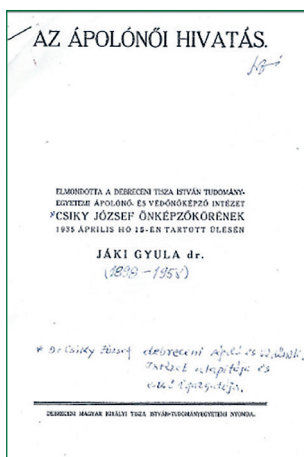


27. kép: Dr. Jóó Istvánné Tarr Mária által írt tankönyv borítója és előszava (forrás: Debreceni M.kir. Tisza István Tudományegyetemi Nyomda, 1944)

Az „alkotás”, avagy a sok munka gyümölcse

Dr. Jóó Istvánné Tarr Mária, a debreceni m. kir. Tisza István - Tudományegyetem Ápolónő- és Védőnőképző Intézetének tanító-testvére „*Elméleti és gyakorlati betegápolástan*” címmel tankönyvet írt (27. kép). A tankönyv második, átdolgozott és bővített kiadása fekete-fehér fotókkal, ábrákkal illusztrálva 1944 márciusában jelent meg. A könyv utolsó, XXIII. fejezete külön figyelmet érdemel, mert az ottani leírások a mai kifejezéssel „*protokollnak*” is megfelelnek.

A Debreceni Tisza István Tudomány Egyetemi Ápolónő- és Védőnőképző Intézetben Csiky József önképzőkör is alakult. Az önképzőkör 1935. április hó 15-én tartott ülését a mai terminológiával „*továbbképzésnek*” nevezhetnénk. Az itt elhangzó előadások közül kiemelendő dr. Jáki Gyula „*Az ápolónői hivatás*” című beszéde (28. kép).



28. kép: dr. Jáki Gyula „Az ápolónői hivatás” című előadásának lenyomata (forrás: Debreceni Magyar Királyi Tisza István Tudományegyetemi Nyomda, Sövényiné saját példánya)

A Budapesti Orvosi Újság – a könyvismertetés rovatában – Jáki Gyula írását így értékeli:

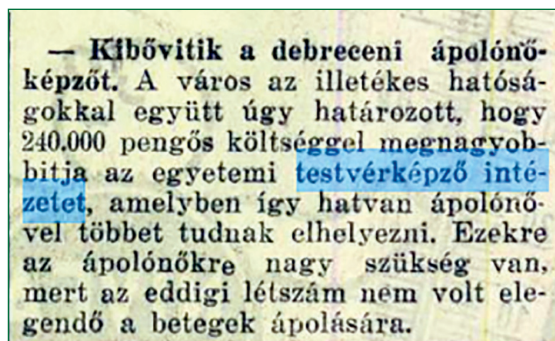
„*Jáki Gyula... Bevezetésében azt a kérdést tárgyalja, hogy mesterség-e az ápolónői pálya, vagy hivatás?*”

Nekünk, orvosoknak nem nehéz bebizonyítani, hogy hivatást kell éreznie mindenkinek, aki betegekkel akar foglalkozni, különben olyan pályát választ, hol kevesebb a munka, nagyobb a jövedelem s nincs annyi szükség a lemondásra. Érdekesen és kimerítően tárgyalja azokat a feltételeket, melyekkel rendelkeznie kell mindenkinek, ki e pályára lép. Ajánlanám, hogy leány középiskolák felső osztályaiban ismertessék mindezt, mikor pályaválasztási tanácsokat adnak a lányoknak...” (Budapesti Orvosi Újság, 1936. (34) 9).

Kibővítik a debreceni ápolónőképzőt

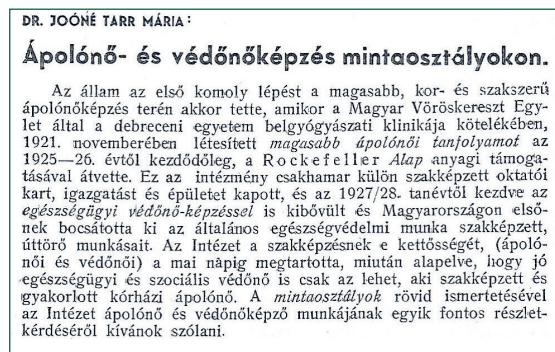
A '30-as évek végén Debrecen város az illetékes hatóságokkal együtt úgy határozott, hogy 240.000 pengős költséggel megnagyobbítja az Egyetemi Testvérképző Intézetet, amelyben így hatvan ápolónővel többet tudnak elhelyezni. Ezekre az ápolónőkre nagy szükség van, mert az eddigi létszám nem volt elegendő a betegek ápolására (29. kép).

29. kép: Cikkrészlet az Egyetemi Testvérképző Intézet kibővítéséről (forrás: Új Nemzedék, 1938. június 05.)

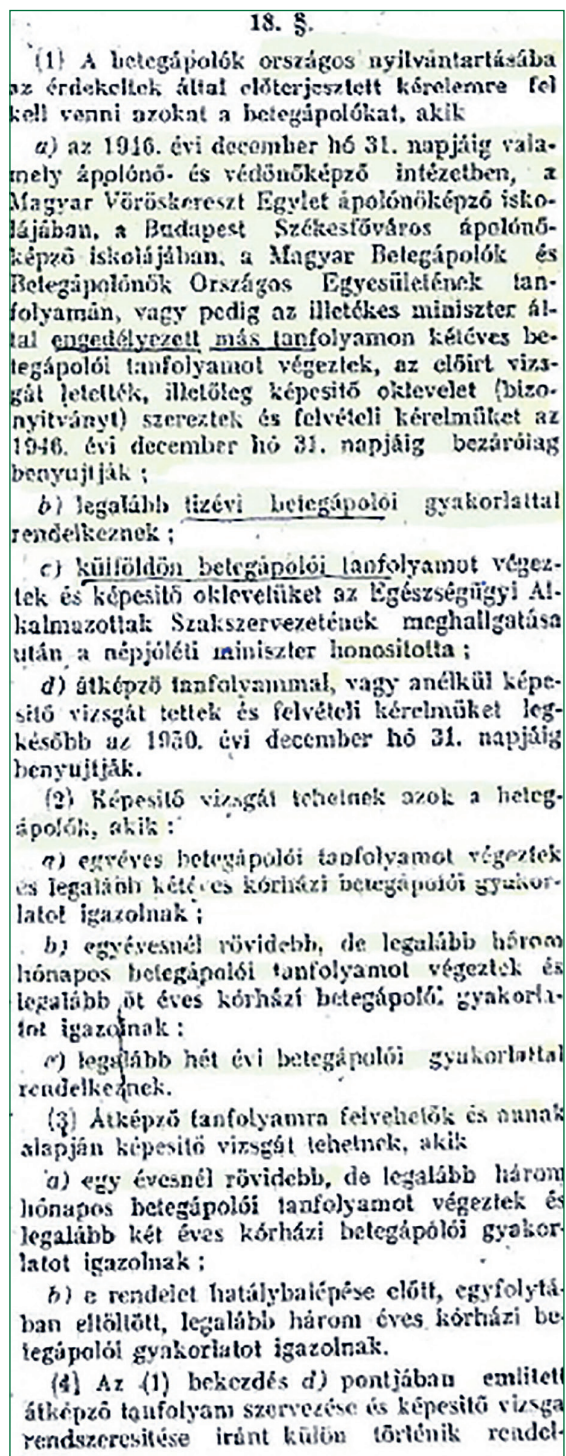


A Magyar Kórház című folyóirat az 1940-es évektől több, ápolással, ápolónőképzéssel foglalkozó írást is közölt. Érdemes kiemelni a „*szemtanú emlékező és alkotó*” Dr. Joóné Tarr Mária írásának néhány gondolatát, aki hosszú ideig az intézet tanára volt (30. kép).

30. kép: Dr. Joóné Tarr Mária cikke (forrás: Magyar Kórház, 1940. (9) pp. 260-264)



31. kép: Részlet „az általános ápolási szakképesítésről” szóló 5.800 /1946 N.M. számú rendeletről



A cikkből többek között az is kiderül, hogy az intézetnek két „mintaosztálya” volt, egy a belgyógyászaton, és egy a sebészetben, ahol a demonstrációs oktatásokat végezték. A tanulók az osztályt „oktatótőstvéruik” vezetésével önállóan látták el a nappali műszakokban. (Az éjszakai műszakot a klinika

ápolója látta el.) A cél az volt, hogy az ápolótanulók egységes elvek, azonos felszereltség, munkabeosztás, ideális létszám- és időkeretben, azonos szellemben sajátítsák el a gyakorlati tudnivalókat. Íme, a **tanítóterem öse**.

„Minden út Debrecenből indul”

A II. világháborúnak még nem volt vége, de 1944. december 21-én már összeült az Ideiglenes Nemzetgyűlés Debrecenben. Megalakította az Ideiglenes Kormányt és kinevezte a kormány tagjait, közöttük a népjóléti minisztert, akinek tárcája hatáskörébe sorolták az addig különböző minisztériumok illetékeségi körébe tartozó egészségügyi és szociálpolitika feladatokat. Az önálló Egészségügyi Minisztérium létrejöttéig még három népjóléti miniszter regnált. Közöttük Dr. Molnár Erik, akinek nevéhez kötődik a háború befejezése után, még a fordulat évében 1946. június 17-én kihirdetett 5.800 /1946 N.M. számú rendelet „az általános ápolási szakképesítésről”.

A jogszabálykiadás sürgősségére utal a preambulumban, az erősen múltba tekintő hivatkozással:

„Az 1876. XIV.tc. 167.§-ban foglalt felhatalmazás alapján az általános betegápolóképzés egységesítése érdekében – a vallás- és közoktatási miniszterrel egyetértőleg – a következőket rendelem”. Ez a rendelet volt az első, amelyik teljesen új alapokra helyezte és átfogóan rendezte az ápolók helyzetét, az ápolóképzést, kötelezővé tette az országos nyilvántartást, figyelembe vette a múltat is. Szinte hihetetlen, hogy néhány hónap alatt egy nagyon modern, szakszerű jogszabály készült el. Ezt igazolja a 18.§, amelyet a „hozott érték megőrzője” jelzővel is illehetünk (31. kép).

A II. világháborút követően az „egészségügyet reformáló tervekben” is központi helyen szerepelt az ápolónőképzés. A feltételek hiánya miatt – egy rövid időre – az Egészségügyi Szabad Szakszervezet vált az ápolóképzés központi szervezőjévé. Az első kétéves állami ápolóképző iskolát is a szakszervezet hozta létre, és már 1948-ban 30 végzett ápolót bocsátott ki. Ezzel párhuzamosan még évekig működtek a régi képző helyek is. Jól igazolják ezt a Debreceni Egyetem vizsgabizottsága által kiadott oklevelek is.

A 32. képen látható oklevelet 1944-ben adta ki a Debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem Ápolónő és Védőnőképző Intézet Igazgatósága. Az oklevélen jól látszik, hogy „...az ápolónői munka gyakorlására alkalmasnak nyilváníttjuk” bejegyzés mellé, valószínűleg utólag, fekete tollal és eltérő kézírással az „és védőnői” beírás került. Vajon miért? Csak egyszerű adminisztrációs tévedés nem hivatalos korrigálása? Vagy az ok valami más? Esetleg olyan keresett volt ez a végzettség, hogy már akkor is

32. kép: Utólag javított ápolónői oklevél 1944-ből



hamisították a bizonyítványokat? Minden esetre ez rosszul sikerült!

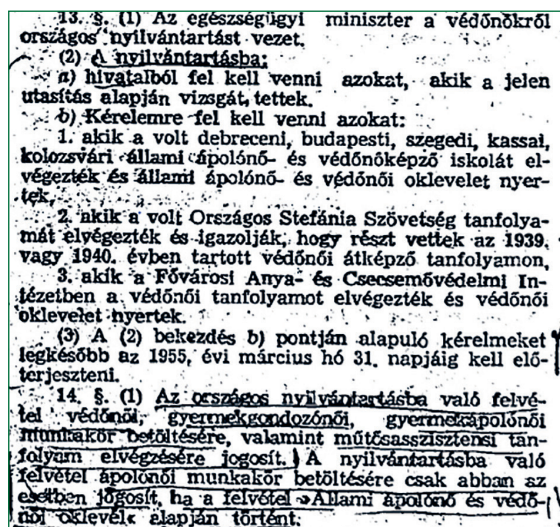
A 33. képen lévő oklevél 1949-ben került kiadásra ugyancsak a Debreceni Tudományegyetem Ápolónő- és Védőnőképző Intézet Igazgatósága által, amelynek tanúsága szerint a képzés köre bővülten került bejegyzésre: „Ápolónői, Egészségügyi, Védőnői és a Szociális munka gyakorlása”

Az első önálló Egészségügyi Minisztériumra éveket kellett várni. Végül 1950. december 16-án mintegy az „egészségügy karácsonyi ajándékaként” hozták létre.

33. kép: A Debreceni Tudományegyetem Ápolónő- és Védőnőképző Intézet Igazgatósága által kiadott oklevél 1949-ből (forrás: ETI Könyvtár: oklevél minta gyűjtemény)



34. kép: Részlet az 8400-4/1954 Eü.M. számú egészségügyi védőnői szakképzésről rendelkező utasításból



Az új minisztérium keretében már működött a Középfokú Tanintézetek Osztálya, amelynek kiemelt feladata lett az egységes állami „középkader” képzés irányítása és ellenőrzése is. Ezt a fogalmat, a német nyelvből átvett „mittleremedizinische Kader” fordítása honosította meg (egyeseek néha még ma is használják).

Központi feladat volt, többek között az egészségügyi szakképzések egységes jogi rendezése. A fent hivatkozott jogszabály hatálytalanítása is ekkor történt meg, a 8400-4/1953 Eü.M. számú általános betegápolók szakképzése tárgyában kiadott utasítással. Ebben a jogszabály csomagban került kiadásra 8400-4/1954 Eü.M. számú egészségügyi védőnői szakképzésről rendelkező utasítás, amelyet szintén megillet a „hozott érték megőrzője” minősítés (34. kép).

A jogalkotással párhuzamosan az előzetesen különböző képzéseket végző intézmények államosítása is folyamatban volt. Így épült ki az ötvenes évek közepére a háború utáni egészségügyi szakképzés rendszere, és benne – nem véletlenül – kiemelt helyet kapott az ápolóképzés és a védőnőképzés is.

A legtöbb iskolát egységesen „Egészségügyi szakiskolának” nevezték, majd később különböző „neves” személyiségekről kapott névvel különböztették meg. Mint láttuk, Debrecenben az ápolónő- valamint védőnőképzés a Klinikán folyt. A Testvérképző Intézet 1953-ig a Belklinikán és a Sebészeti Klinikán nyert elhelyezést. Az Egészségügyi Szakiskola 1953-ban alakult meg, amely többszöri költözködést élt át. /Kossuth u.1-3., Böszörményi út, Tóth Árpád u. 3./ Végül a Debreceni Egészségügyi Szakiskola 1963-ban új otthont kapott a Tanácsköztársaság útja 61. sz.

alatt. A szakiskola ekkor vette fel **Madzsar József** nevét (Hajdú-Bihar Megyei Levéltár közleménye, 1975).

Írásunkban a fellelhető dokumentumok alapján igyekeztünk bemutatni a Debrecenből induló ápolónő- és a védőnőképzés megteremtésének, működésének mintegy negyedévszázados történetét.

Írásunk végére, mintegy összefoglalásul, egy idézet kívánkozunk:

„De nekünk, Szentatyám, nagy erőt ad, hogy nem tudjuk pontosan, mit akarunk. A szándékok teljes bizonytalanságából bámulatos manőverezési szabadság születik”.

(Jean Anouilh: Becket, vagy az Isten becsülete*)

Irodalomjegyzék

1. 1912. évi XXXVI. törvénycikk a debreczeni és a pozsonyi magyar királyi tudományegyetem felállításáról
2. „A m. kir. pénzügyminiszter jelentése az 1926/27. évről költségvetésén kívül megállapított beruházásokról és azok fedezetéről”. (1927). Képviselőházi irományok II. kötet (28-78. sz.) Irományszámok 1927-51.sz.
3. Atzél, E. (1937). *A magyar egészségügyi közigazgatás kézikönyve*. Budapest: Merkantil
4. Faragó, F. (1936). A Rockefeller - Alapítvány. *BME Buvar* pp. 555-557.
5. Hadik, M. (1928). Ibrányi Alice iskolákat létesít, hogy azokban a népet higiéniára tanító nővéreket képezzen ki. *Újság*. 1928. január 8.
6. Ibrányi, A. (1928). Mi van a *Vörös Kereszt Egylet iskoláival?*. *Újság*. 1928. január 15.
7. Illy, J. (1930). Oh, szavak... szavak! *Uj Idők*, 36. (1-26.)
8. Kocsis, E. (szerk.), (1988). *A Debreceni Református Kollégium története*. Budapest: A Magyarországi Református Egyház Zsinati Irodájának Sajtóosztálya. Retrieved from https://www.unitas.hu/sites/default/files/a_debreceni_reformatus_kollegium_tortenete_
9. „Teljes tönkremenés előtt áll a magyar Vörös Kereszt Egyesület”. (1930). *Magyarság*, 1930. november 25.
10. Torday, F. (1927). Tárca. *Budapesti Orvosi Újság*. (40) pp.1142.
11. „Úri lányok karitatív munkája”. (1924). *A Nemzeti Újság*. 1924. november 30.

2020: ÁPOLÓK ÉS SZÜLÉSNŐK NEMZETKÖZI ÉVE

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



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

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

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

EREDETI KÖZLEMÉNY, TOVÁBBKÉPZÉS

BLS készségfelmérés – Hatékonyabb-e a telefonon instruált laikus újraélesztés?

KÖCSE Tamás, MÁTÉ Martin, HORVÁTH Balázs,
Dr. PAKAI Annamária PhD, habil, MÁTÉ-PÓHR Kitti

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: A kutatás célja a felnőtt BLS végzésének megfigyelése, hatékonyságának vizsgálata laikusok csoportjában, továbbá összehasonlítani, hogy az instrukció nélküli vagy a T-CPR hatékonyabb-e.

Anyag és módszer: A kvantitatív, keresztmetszeti vizsgálatunkat a 112 Hívásfogadó Központ nyílt napján végeztük, Szombathelyen. A célcsoportot az oda látogató laikusok képezték, akik aláírták a beleegyező nyilatkozatot, hogy a megfigyelés során kapott eredményeiket feldolgozhatjuk (n=19). SPSS for Windows 22.0 program segítségével leíró statisztikát, Fisher-egzakt tesztet és kétmintás T-próbát végeztünk (p<0,05).

Eredmények: A mellkaskompressziók végzésénél a telefonos instrukcióval végzett újraélesztés során minden vizsgált paraméter hatásosabb volt. Az instrukciók nélkül a mentőhívástól számítva átlagosan 12 másodpercbe telik a kompresszió megkezdése, abban a szituációban, ahol történik instruálás átlagosan 1 perc 25 másodperc telik el.

Következtetések: Az eredményeinkből arra következtethetünk, hogy a T-CPR végzése során a mellkaskompressziók megkezdéséig több idő telik el, mint instrukció nélküli esetekben, ugyanakkor összességében a mellkaskompressziók hatékonyabbak.

Kulcsszavak: kórházon kívüli keringésmegállás, túlélés, laikus újraélesztés, oktatás, telefonos CPR

BLS Quality Assessment – The Effectiveness of Telephone Cardiopulmonary Resuscitation Instruction

Tamás KÖCSE, Martin MÁTÉ, Balázs HORVÁTH, Annamária PAKAI PhD. habil., Kitti MÁTÉ-PÓHR

SUMMARY

The aim of the study: The aim of the presented study is to monitor the effectiveness of BLS, to investigate its effectiveness in laymen's groups, and to compare whether non-instructional or T-CPR is more effective.

Material and method: Our quantitative, cross-section study was conducted on the open day of 112 Call Center in Szombathely. The target group consisted of visiting lay people who signed a statement of consent to process their observation results (n = 19). Descriptive statistics were calculated using IBM SPSS for Windows 22.0 and Fisher-exact test and independent samples T-test (p <0.05).

Results: In the case of chest compressions, all parameters examined were more effective during manual resuscitation with telephone instruction. Without instructions, it takes an average of 12 sec. from the rescue call to start the compression, in the situation where instruction takes an average of 1 m. 25 sec.

Conclusion: Our results suggest that T-CPR takes longer to complete chest compressions than non-instructed cases, but overall, chest compressions are more effective.

Keywords: out-of-hospital cardiac arrest, outcome, bystander resuscitation, training, telephone CPR

KÖCSE Tamás mentőtiszt, Országos Mentőszolgálat NYDR, Vas megye; szakoktató PTE ETK, Sürgősségi Ellátási és Egészségpedagógiai Intézet

MÁTÉ Martin mentőápoló, Országos Mentőszolgálat NYDR, Vas megye

HORVÁTH Balázs mentőtiszt, Országos Mentőszolgálat NYDR, Vas megye; szakoktató PTE ETK, Sürgősségi Ellátási és Egészségpedagógiai Intézet

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

MÁTÉ-PÓHR Kitti szakoktató PTE ETK, Sürgősségi Ellátási és Egészségpedagógiai Intézet, Klinikai Koordinációs és Neveléstudományi Tanszék; mentőtiszt, Országos Mentőszolgálat NYDR, Vas megye

Levelező szerző

(correspondent):
MÁTÉ-PÓHR Kitti;
E-mail: kitti.pohr@etk.pte.hu,
pohr.kitti@mentok.hu

Beérkezett: 2020. március 11.
Elfogadva: 2020. június 1.

Bevezetés

A hirtelen szívhalál a fejlett országokban a mortalitás egyik vezető oka, több mint fele kórházon kívül történik, 84%-ban laikus szemtanú jelenlétében (Bagheri et al, 2019). Ezekben az esetekben csak az

Rövidítések jegyzéke

BLS = alapszintű eszköz nélküli újraélesztés (Basic Life Support)

T-CPR = Telefonon irányított újraélesztés

azonnali szakszerű ellátás mentheti meg a beteget. A keringésmegállás pillanatában jelen lévő laikus által végzett beavatkozásokkal a neurológiailag ép túlélés esélye jelentősen nő. Magyarországon a laikus segítségnyújtási hajlandóság alacsony, az esetek kevesebb mint 20%-ában történik meg az újraélesztés megkezdése (Gräsner et al., 2013). Az alapfokú újraélesztés lépéseinek egyszerűsítése, az oktatás rövidítése, valamint a minél fiatalabb életkorban elkezdett oktatás szélesebb körben javíthatja a laikus elsősegélynyújtási kedvet és ezzel a túlélést. A túlélési mutatók kismértékű javulása megfigyelhető, ugyanakkor még mindig jelentősen elmarad az ideális körülmények között elérhetőtől (Diószeghy, 2019). A helyszínen lévő első személy beavatkozási kulcsfontosságúak. Nemzetközi szakirodalmak szerint emberek ezrei veszítik életüket a nem megfelelő vagy az el nem kezdett elsősegélynyújtás miatt. A balesetek miatt bekövetkező halálozás 39%-ban megfelelő helyszíni (laikus) intézkedésekkel potenciálisan megelőzhetőek lennének. A hirtelen szív-megállás esetében a halálesetek 5%-a megelőzhető lenne a szakszerű laikus elsősegélynyújtás esetén. A jelenlévők 93%-a hív segítséget, ha a jelenlétében történik baleset vagy rosszullet, ugyanakkor ebből 59%-uk nem hajlandó vagy nem képes további segítséget nyújtani a bajbajutottnak; CPR-t szükség esetén mindössze 14%-uk kezd (Holding et al., 2017). A vészhelyzetben cselekedni képes laikus elsősegélynyújtók számának növelésére egyik megoldása lehet a fiatal életkorban megkezdett oktatás, 4 éves kortól a gyerekek képesek elsajátítani és alkalmazni néhány elsősegélynyújtói beavatkozást, többek között a mentőhívást is (Sarok et al., 2019; Buck et al, 2015; Bánfai et al., 2014). A telefonon irányított CPR-re (cardiopulmonális resuscitatio) a középiskolások vannak inkább felkészülve, általános iskolás életkorban még nem (Horváth, 2015).

Patel és munkatársai tanulmányukban felmérték a laikusok hozzáállását a helyszínen végzett újraélesztéshez. Azt az eredményt kapták, hogy a CPR fontosságát a megkérdezettek közül mindenki elismerte (n=1017), a válaszadók 78%-a pedig arról nyilatkozott, hogy úgy véli, fel tudja ismerni a helyzetet, amikor újraélesztést kell kezdenie, 70%-uk vett már részt újraélesztés oktatáson. A CPR megkezdésének akadályozó, gátló tényezőiről is megkérdezték a válaszadókat, 28%-uk nyilatkozott úgy, hogy félne, hogy további bajt okoz a betegnek, 26%-uk pedig a jogi következményeket jelölte meg, mint gátló tényezőt. A válaszadók 49%-a nyilatkozta, hogy a „szájból-szájba” lélegeztetés gátló tényező (Patel et al., 2019). A telefonon irányított újraélesztés (T-CPR) eljárásrendben a befúvásos lélegeztetés végeztetése laikusokkal nem prioritás (kivéve, ha az elsősegélynyújtó

képzett szakember újraélesztésben), mivel „a T-CPR célja a megfelelő minőségű mellkasi kompressziók biztosítása (megfelelő kézpozíció, frekvencia, erősség, valamint a folyamatosság, ritmusosság, a teljes felengedés elérése, ill. a kompressziós szünetek minimalizálása)” (Pápai et al., 2018). A követelményekkel és a kockázatokkal kapcsolatban továbbra is vannak félreértések, melyet a telefonon instruált CPR, valamint a lakosság folyamatos képzése javíthat.

Bizonyított, hogy a telefonon instruált újraélesztés javítja a mellkaskompressziók megkezdésére a hajlandóságot, így a túlélést (Zhu et al., 2019). A túlélés akár 13%-kal is emelkedhet, ha az újraélesztést végző személy a telefonos CPR-t végző mentésirányító utasításait követi (Bagheri et al, 2019).

Felmérésünk célja, hogy megvizsgáljuk tantermi körülmények között a telefonos CPR, illetve az instrukció nélküli újraélesztés hatékonyságát. Hosszú távú célunk, hogy eredményeink a laikus elsősegélynyújtás mennyiségi és minőségi javulását eredményezzék.

Anyag és módszer

Munkacsoportunk a kvantitatív, keresztmetszeti vizsgálatát a 112 Hívásfogadó Központ Nyílt napján végezte, Szombathelyen. A célcsoportot az oda látogatók képezték, akik aláírták a beleegyező nyilatkozatot, hogy a kutatás során kapott eredményeiket feldolgozhatjuk (n=19). A vizsgálat első részeként a résztvevők egy saját szerkesztésű kérdőívet töltöttek ki, amelyben szocio-demográfiai adatokra kérdeztünk rá, továbbá a felnőtt alapszintű újraélesztési ismeretekre vonatkozó kérdéseket tettünk fel (Betlehem, 2014; Pakai & Oláh 2014). A kérdőív során a maximum megszerezhető pont 7 pont volt. Alacsony szintűnek tekintettük a tudást három pont alatt, közepesnek három és négy pont között, öt ponttól pedig magasnak.

A megfigyelés egy személy esetében két különböző módon zajlott. Először megnéztük, hogy instrukció nélkül („A” szituáció), földön fekvő beteggel mit tesz, az utána következő szituációban, amikor elhangzott a mentőhívási szándék, akkor a telefonon keresztül egy gyakorló mentésirányító instruálta („B” szituáció). Az alapszituáció mindkét esetben az volt, hogy „Földön fekvő, mozdulatlan, 60 év körüli férfit lát a járdán”. A pontozás során az alábbi szempontokat vettük figyelembe: a helyszín biztonságának kérdése felmerül-e, a kontaktusba vonási kísérlet megtörténik-e, illetve milyen módon, a légzésvizsgálat módját, technikáját, idejét, továbbá megfigyeltük a mellkaskompressziók végzését, külön értékelve a mellkaskompressziók helyét, a kéztartást, a frekvenciát, a mélységet, illetve a lenyomás-felengedés arányát. Megvizsgáltuk, hogy mennyi idő telik el egy-egy beavatkozás, mozdulat között, hangsúlyt helyezve arra, hogy instrukció nél-

kül vagy instrukcióval vezényelt újraélesztés esetén történik meg előbb a mellkaskompressziók elkezdése, valamint melyik esetben lesz ez hatásosabb. A lélegeztetést csak az instrukció nélküli szituációban vizsgáltuk (számát, technikáját), mivel a felnőtt telefonos CPR végzése során a lélegeztetés kivitelezése nem rutinszerű (Betlehem, 2014). A helyes kivitelezésre 2 pont, a helytelenre pedig 0 pont járt. Az „A” szituációban 22 pont, a „B” szituációkban pedig 18 pont volt a maximálisan megszerezhető (0-1-2 pont), mivel a „B” szituációban a lélegeztetést nem végeztek, így az nem került értékelésre. Alacsony szintűnek tekintettük a tudást az „A” szituáció esetében 7 pont alatt, közepesnek hét és tizenégy pont között, tizenöt ponttól pedig magasnak. A „B” szituációban nulla és négy pont között alacsonyszintűnek tekintettük a készségeket, öt és tizenégy pont között közepes szintűek értékeltük, tizenkét pont felett pedig magas szintűnek tartottuk a vizsgálat során bemutatott készségeket.

A statisztikai elemzést IBM SPSS for Windows 22.0 program segítségével végeztük. A leíró statisztika során abszolút- és relatív gyakoriságot, átlagot, szórást, minimum- és maximum értékeket számoltunk. A vizsgált változók közti kapcsolat elemzéséhez Fisher-egzakt tesztet és kétmintás t-próbát végeztünk ($p < 0,05$) (Pakai & Kívés 2013).

Eredmények

Kérdőíves vizsgálatra vonatkozó szociodemográfiai mutatók

Kérdőívünket összesen 19 fő töltötte ki ($n=19$). Életkor szerinti megoszlás tekintetében a kitöltők közül 7 fő (36,8%) 16 és 20 év közötti, az átlag életkor $27,89 \pm 2,697$ év, a legfiatalabb kitöltő

14 éves, a legidősebb 59 éves volt. A legmagasabb iskolai végzettség tekintetében a válaszadók közül 7 fő (36,8%) jelölte az érettségit, 9-en (47,4%) még jelenleg is tanulnak. Kíváncsiak voltunk arra, hogy a kitöltők hány százaléka rendelkezik jogosítvánnyal, mivel a közúti elsősegély tanfolyamnak szervező része a reanimáció oktatása. Azt az eredményt kaptuk, hogy a résztvevők közül 10 főnek (52,6%) van jogosítványa. Megkérdeztük a kitöltőket, hogy a közúti elsősegélytanfolyamon kívül tanultak-e valahol újraélesztést, azt az eredményt kaptuk, hogy 13-an (73,7%) tanult máshol is alapszintű újraélesztést. Szombathelyen, a „Segítés Városa” program kapcsán kiemelt szerepe van a laikusok újraélesztés oktatásának (Köcse & Máté-Póhr, 2019).

Felnőtt alapszintű újraélesztés ismeretszint felmérésére vonatkozó adatok

A mentők hívószámát valamennyi résztvevő ismerte. Az egyéb elérési módokat tekintve azt az eredményt kaptuk, hogy a kitöltők közül mindössze ketten tudtak megnevezni ilyen, itt az ÉletMentő applikáció ismeretét szerettük volna felmérni. Megkérdeztük, hogy telepítették-e a SzívCity alkalmazást vagy az ÉletMentő applikációt. A SzívCity alkalmazást ketten, az ÉletMentő applikációt pedig hárman telepítették.

A nem reagáló beteg légzésvizsgálatára vonatkozó kérdés kapcsán a kérdőívet kitöltők többségében ($n=9,47,4\%$) helyesen válaszoltak, azaz 10 másodpercig vizsgálná a légzést nem reagáló beteg esetében, 7 kitöltő (36,8%) szerint pedig 30 másodpercig kell vizsgálni a légzést.

Újraélesztés során a mellkaskompressziók számát tekintve helyes válasznak tekintettük a 30 kompresszió végzését, abban az esetben, ha lélegeztetést

I. táblázat: A kérdőív ismeretszintjére vonatkozó kérdéseinek eredményei ($n=19$)

Kérdés	Válasz	fő	%
Nem reagáló beteg esetén mennyi ideig kell vizsgálni a légzést?	1 percig	3	15,8
	30 másodpercig	7	36,8
	10 másodpercig	9	47,4
Újraélesztés során hányszor kell lenyomni a mellkast egy körben, ha lélegeztetni is fog?	15-ször	3	15,8
	30-szor	16	84,2
Újraélesztés során milyen mélyre kell nyomni a mellkast?	5-6 cm	13	68,4
	10-15 cm	3	15,8
	amilyen mélyre csak tudjuk	3	15,8
Újraélesztés során milyen ütemben kell nyomni a mellkast?	70/perc	6	31,6
	100-120/perc	13	68,4
Újraélesztés során hányszor kell lélegeztetni a mellkaskompressziók között?	nem kell	2	10,5
	kétszer	16	84,2
	akárhányszor	1	5,3

is végzünk. A résztvevők közül 16 fő (84,2%) helyesen válaszolt, a fennmaradó 3 fő (15,8%) szerint 15 kompressziót kell végezni egy körben, ha lélegeztünk is.

Kíváncsiak voltunk a mellkaskompressziók mélységének ismeretére, a válaszadók közül 13-an (68,4%) válaszoltak helyesen (5–6 cm mélyen).

A mellkaskompressziók vonatkozásában kíváncsiak voltunk még a helyes frekvencia ismeretére, a 100–120/perces frekvenciát a résztvevők közül 13 fő (68,4%) jelölte.

Azzal, hogy újraélesztés kapcsán a mellkaskompressziók után két befúvást kell végezni, a válaszadók közül 16-an (84,2%) voltak tisztában, 1 fő szerint akárhányszor lehet lélegeztetni, két fő szerint pedig nem kell lélegeztetést végezni újraélesztés során. Összességében a kitöltők közül 10 fő (52,6%) került ismeretszint tekintetében a közepes csoportba, és 9 fő pedig (47,4%) a magas ismeretszintű csoportba (**I. táblázat**).

A BLS készségfelmérés eredményei

Instrukció nélküli („A”), illetve ICS instruálta („B”) szituációban

A pontozást minden esetben a 2015-ös ERC és MRT ajánlás figyelembevételével végeztük (MRT és ERC, 2015). Megfigyelésünk során, a pontozólapunk első vizsgált paramétere a biztonság felmérése volt. Kíváncsiak voltunk, hogy a résztvevőknél milyen gyakorisággal merül fel rákérdezni a helyszín biztonságát illetően, a megfigyelték közül az „A” szituációban csupán 1 fő (5,23%) kérdezett rá a biztonságra, 18 fő (94,73%) pedig körbenézés, rákérdezés nélkül közelítette meg a sérültet. A „B” szituációban a mentésirányító által minden esetben elhangzott a biztonságra irányuló kérdés.

Megvizsgáltuk, hogy instrukció nélkül, hogyan próbálják az ellátók kontaktusba vonni a beteget. Maximális pontot az kapott, aki hangosan megszólította, utána pedig a vállán megrázta a beteget, ez 10 esetben (52,63%) történt meg, 4 esetben (21,05%) volt próbálkozás, de nem megfelelő (elmaradt a vállrázás), a fennmaradó 5 (26,31%) esetben nem volt semmilyen próbálkozás a beteg kontaktusba vonására.

A földön fekvő, nem reagáló beteg légzésének vizsgálatának ajánlott módja a 10 másodpercig tartó vizsgálat, hármasszerűen (érezem, látom, halom). A 19 instrukció nélküli szituációból 4 esetben (21,05%) történt meg a helyes vizsgálat, azaz a 10 másodpercig tartott, a beteg feje hátrahajtván volt, állta kiemelve, arccal a beteg mellkasa felé fordulva, hármasszerűen végzett vizsgálat, 11 esetben (57,89%) 10 másodpercnél kevesebb ideig vizsgál-

ták a légzést, további 4 (21,05%) esetben egyáltalán nem történt légzésvizsgálat. A „B” szituációk során 14 esetben (73,68%) tartott a légzésvizsgálat 10 másodpercig, ez jelentős eltérés az instrukció nélküli szituációkhoz képest, ahol csupán csak 4 (21,05%) esetben zajlott így a vizsgálat, továbbá instruálva 12 esetben (63,15%) volt helyes a légzésvizsgálat technikája.

Megvizsgáltuk, hogy a megszólítástól a mentőhívásig mennyi idő telik el átlagosan, azt az eredményt kaptuk, hogy 7 esetben (36,84%) egyáltalán nem történt mentőhívás, 12 esetben (63,15%), ahol történt segítségkérés, ott átlagosan 12 másodperc (min. 5 másodperc, max. 46 másodperc) telt el a kontaktusba vonási kísérlet és a 112 tárcsázása között.

Kíváncsiak voltunk, hogy mennyi idő telik el a mentőhívás és a mellkaskompressziók megkezdése között. Azt az eredményt kaptuk, hogy instrukciók nélkül a mentőhívástól számítva (ahol nincs a vonalban irányító) átlagosan 12 másodpercebe telik (min. 5 másodperc, max. 1 perc 37 másodperc) a kéz mellkasra helyezése, vagyis a kompresszió megkezdése, abban a szituációban, ahol történik instruálás átlagosan 1 perc 25 másodperc telik el (min. 1 perc 5 másodperc, max. 1 perc 47 másodperc).

Mellkaskompressziók kivitelezése

A mellkaskompressziók vizsgálata során felmértük a kéztartás helyességét, a frekvenciát, a mélységet, valamint a lenyomás-felengedés arányát. Vizsgálatunkban 1 esetben (5,26%) nem történt meg a mellkaskompressziók megkezdése.

Az „A” szituációkban 14 esetben (73,68%) megfelelő volt a kéztartás és a kéz pozíciója (sternum alsó harmada) is, 7 esetben (36,84%) sikerült teljesíteni az 5–6 cm mélységű lenyomást, 12 esetben (63,15%) a mélység 5 cm-nél kevesebb volt; a megfelelő frekvenciát sikerült elérni szintén 7 esetben (36,84%) (100–120/perc), a lenyomás-felengedés aránya 4 esetben volt megfelelő (1:1), 15 szituációban (78,94%) nem történt meg a mellkas teljes felengedése. A „B” szituációkban 16 esetben (84,21%) volt helyes a kéztartás és a kéz pozíciója, valamint a frekvencia is, a mélység pedig 9 esetben (47,36%). A lenyomás-felengedés aránya 5 esetben (26,31%) volt megfelelő (**II. táblázat**).

Az „A” szituációkban vizsgáltuk a lélegeztetések milyenségét is (számát, technikáját). Helyesen, azaz kétszer fújta be a résztvevők közül 10 személy (52,63%), 9 esetben (47,36%) kevesebb, mint 2 befúvás történt. A lélegeztetés hatékonyságát vizsgálva azt mondhatjuk, hogy csupán 1 esetben (5,26%) volt hatásos a lélegeztetés (beteg feje hátrahajtván, orr befogva, normál légvételnnyi levegő befúvása, ami ef-

II. táblázat: Az „A” és „B” szituáció során a helyesen végzett beavatkozások aránya (n=19)

		„A” szituáció-instrukció nélkül (n=19)	„B” szituáció-instrukcióval (n=19)
A helyszín biztonságának kérdése Légzésvizsgálat	Biztonság	1 fő vizsgálja	19 fő vizsgálja
	Légzésvizsgálat ideje, technikája	4 esetben helyes	14 esetben helyes
	A kontaktusba vonás és a kompressziók között eltelt idő átlaga	12 mp	1 p 25 mp
Mellkaskompressziók	helye, kéztartás	14 esetben helyes	16 esetben helyes
	frekvenciája	7 esetben volt helyes	16 esetben volt helyes
	mélysége	7 esetben volt helyes	9 esetben volt helyes
	lenyomás-felengedés aránya	4 esetben helyes	5 esetben volt helyes

fektív mellkasemelkedéssel jár). A „B” szituációkban a lélegeztetést nem vizsgáltuk, mivel a T-CPR során erre vonatkozó instrukció nem hangzott el.

Megfigyeltük, hogy mennyi idő telik el a befúvások és a mellkaskompressziók folytatása között, azt láthatjuk, hogy átlagosan a befúvásokkal töltött idő 12 másodperc (min. 5 másodperc, max. 25 másodperc).

Az „A” szituációkban az átlag pontszám $10,84 \pm 5,530$ (min. 2. max. 20 pont), a „B” szituációkban pedig $14,21 \pm 2,485$ pont (min. 10, max. 18 pont). Összességében az „A” szituációkat a résztvevők közül 6 fő (31,6%) teljesítette alacsony szinten (0-6 pont között), közepes szinten 9 fő (47,4%) (7-13 pont között), továbbá magas szinten (14-22 pont) 4 fő (21,1%). A „B” szituációk esetében 1 fő (5,3%) teljesítette alacsony szinten (0-4 pont között), közepes szinten 5 fő (26,3%) (5-11 pont között), továbbá magas szinten (12-18 pont) 13 fő (68,4%) ($p > 0,05$).

Összefüggést kerestünk a kérdőív válaszai alapján az ismeretek és a gyakorlatban elért eredmények között. Megvizsgáltuk, hogy a mellkaskompressziók mélységét illetően van-e összefüggés a válasz és a kivitelezés között. Azt az eredményt kaptuk, 9 fő válaszolt helyesen, ebből az „A” szituációkban 4 fő tudta kivitelezni ($p > 0,05$). A „B” szituációkban javult az arány, 9 esetben tudták megfelelő mélyre nyomni a mellkast, azonban az eredmény nem szignifikáns ($p > 0,05$).

A mellkaskompressziók frekvenciájának vizsgálatakor a kérdőívben az erre irányuló kérdésre 13-an válaszoltak helyesen. Az „A” szituációban 7 esetben sikerült elérni ezt a frekvenciát ($p > 0,05$). A „B” szituációban 9 esetben sikerült elérni a megfelelő ütemet ($p > 0,05$).

Megbeszélés, következtetések

Számos magyar és nemzetközi kutatás foglalkozik a laikus újraélesztés fontosságával, a gátló tényezőkkel, a leghatékonyabb oktatási módszerrel (Bánfai et al. 2014; Sarok et al. 2019). A mindennapokban valamennyi egészségügyi szakembernek folyamatos feladatai vannak mind az egyéneket, mind a közösségeket megcélözva az egészséges életmódra nevelésben – az egészség fejlesztése, védelme (nevelés, felvilágosítás) és a kórállapotok kivédése, megelőzése révén (Karácsony, 2019). A kutatásunk során feldolgozott tanulmányok jelentős részében hasonló eredmények születtek. Tanulmányunkban megfigyeléses vizsgálat során hasonlítottuk össze, hogy telefonos instrukcióval vagy anélkül hatékonyabb a laikus újraélesztés. A szocio-demográfiai adatokat tekintve a teljes minta átlag életkora $27,89 \pm 2,697$ év.

A hirtelen szívhalál bármely korcsoportot érintheti, de leggyakrabban 50 éves kor felett fordul elő. Több mint kétszeres a túlélés esélye ezen esetekben, ha történik laikus újraélesztés. A legtöbb hirtelen

szívhalál háztartásban történik, így az észlelők jelentős része hozzátartozó, 10-ből 9 esetben az észlelő és az áldozat ismerik egymást, ez magyarázhatja a pánikot, a félelmet, hiszen a hozzátartozói/ismeretségi viszony sok esetben gátló tényező. Függetlenül az áldozathoz való viszonytól, valamint az előzetes újraélesztési ismeretektől, sokkal hatékonyabb a T-CPR az instrukció nélküli CPR-hez képest (Birkenes et al., 2015).

Az eredményeinkből arra következtethetünk, hogy a T-CPR végzése során a mellkaskompressziók megkezdéséig több idő telik el, mint instrukció nélküli esetekben, ugyanakkor összességében a mellkaskompressziók hatékonyabbak, ha gyakorlott szakember irányítja. Birkenes és munkatársai témában megjelenő vizsgálata leírja, hogy a T-CPR javítja a CPR minőségét. Kutatásukban hasonló következtetésre jutottak, mint mi: folyamatos T-CPR esetén javul a mellkaskompressziók mélysége, a frekvenciája tartósan 90 és 120 között van, ugyanakkor a kompressziók megkezdéséig több idő telik el ($p < 0,01$) (Birkenes et al., 2014).

Megfigyelésünk során azt tapasztaltuk, hogy telefonos CPR mellett átlagosan 1 perc 25 másodperc telik el a mentőhívástól a mellkaskompressziók megkezdéséig. Neill és munkatársai vizsgálatukban azt tapasztalták, hogy T-CPR mellett a mellkaskompressziók megkezdésének átlagideje 5 perc 25 másodperc (Neill et al., 2007).

Birkenes és munkatársai egy másik kutatásukban megvizsgálták, hogy az idős laikusok milyen hatékonyan tudják használni a telefonok hangszóróját, hangosító funkcióját. Összesen 72 laikust vizsgáltak, átlagéletkoruk 68 ± 6 év volt. Arra az eredményre jutottak, hogy a résztvevők 35%-a volt képes utasítás

nélkül kihangosítani a készülékét, 29%-uk utasítással volt képes, további 36%-uk nem volt képes elvégezni ezt a feladatot. A hangszóró funkció aktiválásának medián ideje 8 mp és 93 mp volt, utasításokkal és anélkül ($p < 0,01$) (Birkenes et al., 2013). Tanulmányuk rávilágít, hogy ahhoz, hogy hatékony legyen a laikus általi CPR vagy T-CPR nem elhanyagolható az idősebb korúak oktatása sem.

Számos kutatás, köztük Williams és munkatársainak vizsgálata is bizonyítja, hogy nem feltétlenül szükséges a laikus általi eszköz nélküli (szájból-szájba) lélegeztetés. Randomizált, kontrollált szimulációs vizsgálatuk során 50 esetet figyeltek meg. Eredményeik szerint hatékonyabb a T-CPR ha a befúvás végzésére az irányító nem ad utasítást (Williams et al., 2006; Rea et al., 2010). Vizsgálatunkban az „A” szituációk során minden esetben történt befúvási kísérlet és mindössze egy esetben volt ez hatásos, a „B” szituációkban a diszpécser egyszer sem adott utasítást lélegeztetés végzésére.

Összefoglalva megállapítható tehát, hogy fontos szerepe van az egyénre szabott oktatásnak, mind fiatal, mind idős életkorban. A köznevelési intézmények, mint másodlagos szocializációs színterek sokat tehetnek az egészségviselkedés protektív irányú kialakításáért, védelméért is (Karácsony, 2018). A jelenleg érvényben levő szabványos eljárásrend lehetővé teszi a telefonos CPR legpontosabb, legerthetőbb végzetését, melyet minden esetben alkalmazni kell újraélesztés esetében, mivel hatékonyabb lesz a laikus általi mellkaskompresszió. Az egészségtudomány területén magas színvonalú kutatások valósulnak meg (Diószeghy, 2019; Tobin et al. 2020), ezért ebben a témában is az oktatás, a bizonyítékokon alapuló kutatás és publicitás révén szemléletformálás érhető el.

Irodalomjegyzék

1. Bagheri, SM., Sadeghi, T., Kazemi, M., Nadimi, A. (2019). Dispatcher-Assisted Bystander Cardiopulmonary Resuscitation (Telephone-CPR) and Outcomes after Out of Hospital Cardiac Arrest. *Bull Emerg Trauma*, 7 (3), 307-313. doi:10.29252/beat-0703015
2. Bánfai, B., Radnai, B., Marton, J. (2014). Oktatható elsősegély 5-6 éves gyerekeknek? *Nővér*, 27 (1), 18-25.
3. Betlehem, J. (szerk.) (2014). Munkahelyi elsősegélynyújtás és balesetvédelem módszertani segédlet. Tankönyvkiadó: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, pp. 62-74.
4. Birkenes, T., Myklebust H., Herdeland, C., Johansen, J., Ong, M., Shin, S...Bobrow, B. (2015). How to train for telephone-CPR. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, 47 (5), 1-6. doi:10.1016/j.tacc.2015.07.003
5. Birkenes, T., Myklebust, H., Johansen, J. (2013). Time delays and capability of elderly to activate speaker function for continuous telephone CPR. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 21 (40), 1-6. doi:10.1186/1757-7241-21-40
6. Birkenes, T., Myklebust, H., Neset, A., Johansen, J. (2014). Quality of CPR performed by trained bystanders with optimized pre-arrival instructions. *Resuscitation*, 85 (1), 124-130. doi:10.1016/j.resuscitation.2013.09.015
7. Buck, E., Remoortel, H., Dieltjens, T., Verstraeten, H., Clarysse, M., Moens, O., Vandekerckhove, P. (2015). Evidencebased educational pathway for the integration of first aid training in school curricula. *Resuscitation*, 94, 8-22. doi:10.1016/j.resuscitation.2015.06.008

8. Diószeghy Cs. (2019). A laikus elsősegély szerepe a kórházon kívüli keringésmegállások túlélésében. *Orvosi Hetilap*, 160 (46), 1810-1815. doi: 10.1556/650.2019.31587
9. Gräsner, J.T., Bossaert, L. (2013). Epidemiology and management of cardiac arrest: what registries are revealing. *Best Pract. Res. Clin. Anaesthesiol*, 27(3), 293-306.
10. Holding, E., Relton, C., Roberts, K., Oliver, E. (2017). First aid intervention in the adult population: Yorkshire Health Study and its implications for first aid education. *International Journal of First Aid Education*, 1(2), doi:10.21038/ijfa.2017.0009
11. Horváth B. (2015). Újraélesztési ismeretek szintje – az általános és középiskolások tanulók körében. *Egészség-Akadémia*, 6 (1), 37-48.
12. Karácsony, I. (2018). Egészségről az iskolában – felvilágosítástól a fejlesztésig. *Képzés és Gyakorlat*, 16 (1), 107-116. doi:10.17165/TP.2018.1.11
13. Karácsony, I. (2019). Iskola és egészségügy összekapcsolódása, az iskola és az egészségügy feladatai az egészséges életmódra nevelésben. *Képzés és Gyakorlat*, 17 (1), 121-132. doi:10.17165/TP.2019.1.10
14. Köcse, T., Máté-Póhr, K., Horváth, B. et al. (2019). Szombathely a segítség városa: Szombathely: the city of help. In: Betlehem, J; Radnai, B; Deutsch, K; Bánfai, B; Pandur, A; Schiszler, B; Tóth, B; Bánfai-Csonka, H; Talabér, K; Köcse, T; Horváth, B (szerk.) XIV. Pécsi Sürgősségi Napok: programfüzet és előadás kivonatok, Pécs, Magyarország: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar (PTE ETK), 18-18.
15. Nagy F, Szabó-Némedi N. (2015). Az Európai Resuscitatio Társaság (ERC) és a Magyar Resuscitatio Társaság (MRT) Újraélesztés Ajánlása. Retrieved from: https://www.reanimatio.hu/themes/reanimatio/img/ERC_MRT_Ujraelesztes_Ajanlas_2015_10_14_v5 (2020.03.08.)
16. Neill, J., Deakin, C. (2007). Evaluation of telephone CPR advice for adult cardiac arrest patients. *Resuscitation*, 74 (1), 63-67.
17. Pakai A., Oláh A. (2014). Irodalomkutatás a gyakorlatban: Irodalomkutatás a leggyakrabban használt adatbázisok felhasználásával. In: Ács, Pongrácz (szerk.) *Gyakorlati adatelemzés*. Pécs, Magyarország, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar (PTE ETK), 33-84.
18. Pakai, A., Kivés, Zs. (2013). Kutatásról ápolóknak, Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészségügy kutatókban. *Nővér*, 26 (3), 20-43.
19. Pápai, Gy., Kocsis, T., Éberhardt, Z. et al (2018.). Telefonon irányított újraélesztés (T-CPR) Szabványos Eljárásrend. Retrieved from: <http://www.omszorzvos-szakma.hu/wp-content/uploads/2019/07/Telefon-iranyitott-ujraelesztés-CC%81ny%C3%81t%C3%81jrae%CC%81-eszte%CC%81-T-CPR.pdf> (2020.03.07.)
20. Patel P, Smith, C. (2019). Barriers to Performing CPR in a Community With a Low Prevalence of Bystander CPR. *Circulation*, 140 (2) POSTER ABSTRACT PRESENTATIONS
21. Rea, T., Fahrenbruch, C., Culley, L. et al. (2010). CPR with Chest Compression Alone or with Rescue Breathing. *N Engl J Med*, 363, 423-433. doi: 10.1056/NEJMoa0908993
22. Sarok, M., Köcse, T., Máté-Póhr K. (2019.). Balesetmegelőzés és elsősegélynyújtás oktatása óvodásoknak és általános iskolásoknak. *Magyar Mentésügy*, 33 (1-2), 15-29.
23. Tobin, J., Ramos, W., Greenshields, J., Dickinson, S., Rossano, JW., Wernicki, PG... McNaily, B. (2020). Outcome of Conventional Bystander Cardiopulmonary Resuscitation in Cardiac Arrest Following Drowning. *Prehospital and Disaster Medicine*, doi:10.1017/S1049023X20000060
24. Williams, J., Brice, J., Maio, V., Jalbuena, T. (2006). A Simulation Trial of Traditional Dispatcher-Assisted CPR Versus Compressions—Only Dispatcher-Assisted CPR. *Prehospital Emergency Care*, 10 (2) doi:10.1080/10903120-500541027
25. Zhu, X., Gui, L., Xie, X., Lin, Y. (2019). Influencing factors of telephone-cardiopulmonary resuscitation in China: a qualitative exploration based on managerial perspectives. doi:10.1101/775874

Szabadon választható elméleti továbbképzési pontszerzési lehetőség

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

EREDETI KÖZLEMÉNY

Szülői bánásmód vizsgálata kivonuló mentődolgozók körében

MOSKOLA Vladimír, DR. SUSÁNSZKY Éva PhD, DR. SZÉKELY Andrea PhD,
DR. HORNYÁK István PhD, OZSVÁRT Barbara, NÉNINGER Tibor, DR. BALOGH
Zoltán PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

Bevezetés: A család, a családi kapcsolatok alakulása, a családi szocializáció meghatározó szerepet játszik a felnőtté válásban, a későbbi magatartásformák kialakulásában. A szülői bánásmód szoros összefüggést mutat a problémamegoldó készségekkel, ennek okán a mentőellátásban a váratlan helyzetek megjelenésére adott adekvát válaszokat befolyásolhatják.

A vizsgálat célja: feltárni és elemezni azokat a szülői attitűdöket, magatartásformákat, amelyek a kivonuló mentődolgozók neveltetése során megjelentek, és összefüggésbe hozhatók a vizsgálati minta demográfiai, szocio-ökonomiai jellemzőivel, valamint a munkával, munkahellyel és az egészségmagatartással.

Anyag és módszer: A felmérés az Országos Mentőszolgálat dolgozói és a MESZK Országos Mentésügyi Szakmai Tagozatában résztvevők között történt. A felméréshez demográfiai, munkahelyi és egészségi állapotra vonatkozó kérdéseken felül, Perris és munkatársai által létrehozott, a szülői nevelői attitűdöket a gyermek, nevelt, alárendelt oldaláról vizsgáló Egna Minnen Beträffande Uppfostran (EMBU) nevű kérdőív rövidített, 23 kérdéses változatával vizsgáltuk (s-EMBU). A beérkező válaszok elemzése az SPSS PC. 25.0 statisztikai programmal történt, leíró statisztika, kétmintás t-próba, korrelációs számítás, varianciaanalízis alkalmazásával.

Eredmények: A vallás, kiemelten az iskolai végzettség és a női nem, valamint a korlátozó és a meleg szülői bánásmódok között feltűnő összefüggések találhatók.

Következtetések: Kiemelkedően az anyai elutasítás és az apai túlvédés igazolódott a fővárosban dolgozók körében, ennek hátterében felmerül az az összefüggés, hogy a nagyváros adta „sokszínűség” a normaszegő magatartásoknak és a jó társas kapcsolatok kialakításának kifejezetten kedvez. A szülői korlátozás, mint a kutatásunk egyik feltárt jellemző szülői magatartása és a vallásosság, magasabb iskolai végzettséggel történő pozitív kapcsolata a kivonuló mentődolgozók azon részében, akik magasabb beosztásban dolgoznak, felveti annak lehetőségét, hogy a segítő, életmentő tevékenység hivatásszerű megjelenését befolyásolja a vallásosság és az ezekből adódó erkölcsi és szociális érzékenység kialakulása a neveltetés során.

Kulcsszavak: szülői bánásmód, szülői attitűd, magatartásforma, mentődolgozó

Examination of Parental Treatment among Outgoing Ambulance Workers

Vladimír MOSKOLA, Éva SUSÁNSZKY PhD, Andrea SZÉKELY PhD, István HORNYÁK PhD, Barbara OZSVÁRT, Tibor NÉNINGER, Zoltán BALOGH PhD

SUMMARY

Introduction: The development of the family, family relations and family socialization play a decisive role in becoming an adult and in the development of later forms of behavior. Parental treatment is closely related to problem-solving skills, which is why they can influence adequate responses to unexpected situations in ambulance care.

The aim of the study: to explore and analyze the parental attitudes and behaviors that emerged during the upbringing of outgoing ambulance workers and can be related to the demographic, socio-economic characteristics of the study sample, as well as work, workplace and health behaviors.

Material and method: The survey was conducted between the employees of the National Ambulance Service and the participants of the National Ambulance Professional Section of the HHCP. In addition to demographic, workplace, and health status questions, the authors surveyed a shortened, 23-question version of the Egna Minnen Beträffande Uppfostran (s-EMBU) questionnaire developed by Perris et al. SPSS version 25.0 was used for statistical analyses. Types of analyses included descriptive statistics, two-sample t-test, correlation calculation, analysis of variance.

Results: The authors found striking correlations between religion, especially school graduation and female gender, as well as restrictive and gay parental treatment.

Conclusion: The maternal rejection and paternal overprotection have been shown to be prominent among people those working in the capital, with the correlation that the “diversity” provided by the big city is particularly conducive to breakaway behavior and good social relationships. The parental restriction, as one of the characteristic parental behaviors revealed in our research, and its positive relationship with religiosity and higher school graduation in the part of Emergency Medical officers who work in higher positions raises the possibility that the professional appearance of helping and life-saving activities is influenced by religiosity and the resulting development of moral and social sensitivity during upbringing.

Keywords: parental treatment, parental attitude, behavior, ambulance worker

MOSKOLA Vladimír
tanársegéd, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Oxológia és Sürgősségi Ellátás Tanszék, Budapest

DR. SUSÁNSZKY Éva PhD
egyetemi docens, Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magtartástudományi Intézet, Budapest

DR. SZÉKELY Andrea PhD
tanszékvezető, egyetemi docens, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Oxológia és Sürgősségi Ellátás Tanszék, Budapest

DR. HORNYÁK István PhD
főiskolai docens, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Oxológia és Sürgősségi Ellátás Tanszék, Budapest

OZSVÁRT Barbara ügyvivő
szakértő, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Oxológia és Sürgősségi Ellátás Tanszék, Budapest

NÉNINGER Tibor ügyvivő
szakértő, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Oxológia és Sürgősségi Ellátás Tanszék, Budapest

DR. BALOGH Zoltán PhD
tanszékvezető, főiskolai tanár, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék, Budapesti Intézet

Levelező szerző

(correspondent):
MOSKOLA Vladimír; E-mail cím:
moskolav@gmail.com

Beérkezett: 2020. május 4.
Elfogadva: 2020. június 14.

Bevezetés

Szakirodalom által alátámasztott tény, hogy a házasságban és családban élők életkilátásai jobbak, mint az azon kívül élőké. A mentális patológiák, mint például a suicid kísérletek, a depresszió, alkohol és drog abúzus, az egyedül élők körében gyakoribb előfordulást mutatnak. A család felbomlásával, a válások számának emelkedésével növekedni látszik a társadalomban a mentális betegségek gyakorisága (Kopp et al, 1992, 2008; Susánszky et al, 2013; Balogh, 2003). A család, a családi kapcsolatok alakulása, a családi szocializáció meghatározó szerepet játszik a felnőtté válásban, a későbbi magatartásformák kialakulásában. A magatartási zavarok kialakulását befolyásoló legfőbb tényezők az öröklött biológiai adottságok, a *családi szocializáció és a környezeti hatások*. Az öröklött biológiai adottságok ebben az esetben a hajlamot jelentik, és nem a patológia kialakulásának bizonyosságát. A *környezeti hatáshoz sorolhatjuk* a mentődolgozók esetében például a helyszíni ellátás során megjelenő váratlan, hirtelen fellépő veszélyhelyzeteket. A családi szocializáció, a *neveltetés*, a szülői bánásmód szoros összefüggést mutat a problémamegoldó készségekkel (Tringer, 2000). A család támogató-védő funkciói az informálás, útmutatás, identitás és életfilozófia forrás, referencia és kontroll, gyakorlati támogatás és segítségnyújtás, valamint a regenerálódás lehetőségének színtere (Vajda et al, 2005; Komlósi, 1997; Caplan et al, 1976). A család szerkezetét magyarázó, és a családterápiában kiemelkedő szerepet játszó strukturális irányzat megalapítója, Salvador Minuchin szerint a családot rendszernek kell tekinteni. Egy jól működő, ép családban a hierarchia, a határok világosak, de részben átjárhatóak. Patológiai folyamatok akkor indulnak el, ha a struktúra nem felel meg az adott életszakaszban megjelenő követelményeknek, kihívásoknak. Elképzelése szerint a család nyitott, társadalmi és kulturális rendszerként dinamikusan működik, fejlődése során időnként újrászerveződik, adaptálódik a változó környezethez, körülményekhez. Mindezek alapján fenntartja állandóságát, folyamatosságát, mondhatnánk úgy is, hogy a családi homeosztázist. Minuchin szerint szabályozott, hogy ki és kihez, milyen módon viszonyul, ez alapján alakulnak ki a családi alrendszerek. Az első a *házastársi alrendszer*, fontos összetevője, és egyben feladata is a közös gondolkodás és döntéshozatal. Itt világos határt kell kialakítani más alrendszerek igényeivel szemben, annak érdekében, hogy szerkezete egységes maradjon, funkcióját folyamatosan elláthassa. A második a *szülői alrendszer*, amelynek fontos eleme a tekintély megfelelő használata. A házastársi igényeket, feladatokat nem szoríthatja háttérbe. A harma-

dik a *gyermeki alrendszer*, ahol a kortárs kapcsolatok dominálnak úgy, hogy közben a határok védelmet nyújtanak a szükségtelen szülői beavatkozástól. A határok szerepe az alrendszerekben kiemelkedő. Olyan szabályokat tartalmaznak, melyek elválasztják a családon belüli alrendszereket, illetve a családot a külvilágtól. A szabályok határozzák meg, hogy ki vesz részt az alrendszerekben és hogyan, de mindemelllett kellő rugalmasságot is igényelnek (Minuchin 2003; Lantos, 2015). Kutatásunk szempontjából a szülői alrendszernek van kiemelkedő fontossága, a támogatás, gondoskodás és a kontroll biztosítása tekintetében. A szülői alrendszer elemeinek alkalmazása során elsősorban a tekintélyelvűséget használják, majd egy gyenge alrendszer esetében kerül előtérbe a megszorító kontroll, illetve ennek az eredménytelensége során a túlzó mértékű korlátozás. Nem csak a szülő, hanem a gyermek vérmérséklete, reakciói, viselkedése is hat a szülői alrendszerre (Lantos, 2015).

Az egyének személyiségfejlődésére és bizonyos devianciák, magatartásbeli patológiák megjelenésére nagy hatással vannak a szülők nevelési módszerei. Schaefer és Becker modellje szerint a szülők nevelési magatartásának két dimenziója van. Az érzelmi dimenzió, mely a szülők érzelmi viselkedését jellemzi, két részre osztható, a meleg és a hideg viselkedésű végpontokra. A meleg szülői attitűdöt a megértő, támogató, elfogadó magatartás jellemzi, míg a hideg attitűdöt ennek az ellenkezője. A meleg, elfogadó szülők inkább a magyarázatokkal, dicsérettel formálják gyermekük viselkedését, míg a hideg, elutasító szülők hatalmukat előtérbe helyezve a büntető magatartást részesítik előnyben (verbális és fizikai). A *kontroll dimenziót* a szabályok hiánya és a fokozott korlátok jellemzik. Két végpontja, az engedékeny és korlátozó szülői magatartás. Ezen dimenziók kombinálhatóak, ezek alapján leírhatóak a szülői attitűdök. Ezen attitűdök hatással vannak a fejlődő egyén személyiségére, patológiai állapotok megjelenésére. Becker modellje szerint az elfogadó, de kontrolláló szülői viselkedés a későbbiekben tekintély- és szabálytisztelő, kevésbé kreatív személyiséget eredményez. Az elutasító és kontrolláló viselkedés szorongó, neurotikus és suicid hajlamú személyiség kialakulását segíti elő. Az engedékeny és elfogadó (keves szabályt állító szülői attitűd) szülő hatására a későbbiekben barátságos, kreatív, vezető-kezdeményszerű személyiség alakul ki. Végül az elutasító, de engedékeny szülői magatartás eredményeként egy agresszív, antiszociális személyiségű egyén alakulhat ki (Becker, 1964; Ranschburg, 1998). Ezen személyiségekhez köthetően jelennek meg a későbbiekben a deviáns magatartások, abúzusok. A későbbiekben két új modell is megjelent a szakirodalomban, az egyik a Baumrind modell, amely három különböző

stílust különít el a szülői nevelésben. *A tekintélyelvű* nem veszi figyelembe a gyermek igényeit, a szülő határozza meg a szabályokat, és azokat szigorúan betartatja. *Az engedékeny szülő* nagyobb önállóságot enged a gyermeknek, kevésbé szabályoz. *A mérvadó szülőnek* magasak az elvárásai a gyermekkel szemben, de támogatja is őt, segíti az önállóságot és a normák betartását (Baumrind, 1967). Baumrind vizsgálatai szerint a mérvadó szülők gyermekei kognitív és szociális szempontból eredményesebbek, tanulmányi eredményeik jobbak. A tekintélyelvű szülők gyermekei gyengébben teljesítenek a tanulmányaikban, viselkedésük sokszor problémás (Csomortáni, 2014). Az engedékeny szülők gyermekei az önszabályozás és a tanulmányi teljesítés területén jelentős hiányosságokat mutatnak, antiszociálisak. Maccoby és Martin munkája egyesítette a fenti két megközelítést, és létrehozták kétdimenziós modelljüket. Az egyik dimenzió a *kontrolálás-elhanyagolás*, a másik a *szülő-gyermekközpontság*. Ezekben belül a mérvadó, a tekintélyelvű, elkényeztető és elhanyagoló típusokat különböztették meg (Maccoby et al, 1983). Kozéki elmélete szerint a nevelés során jelentős szerepe van a határozottságnak, következetességnek és az állhatatosságnak. Elméletében nyolc nevelési stílusra mutat rá: a *harmonikus, liberális, ambiciózus, túlvédő, hideg-demokratikus, elhanyagoló, drilles-vasfegyelmű* és a *dizsharmonikus* nevelésre (Kozéki, 1975; Csomortáni, 2014).

Kiemelnénk korunk egyik legkárosabb nevelési attitűdjét, a túlvédést (túlzott kényeztetés, túlkorlátozás, túlzott engedékenység, túlgondoskodás, túlszabályozás, kisgyermekként kezelés, túlzott dominancia). Levy (1966) pszichoanalitikus megközelítése szerint a túlvédés alapja a *reakcióképzés*, azaz a szülő elfojtott, ellenséges érzéseit gyermeke iránt, tudat alatt kompenzálja, és viselkedése a gyermek irányába túlzott gyengédség, korlátozó védelem formájában nyilvánul meg, de több kutató vélekedik úgy, hogy nem lehet minden túlvédéses esetet a reakcióképzéssel magyarázni (pl. Bruno, 1991). A túlvédés a neurotikus fejlődés egyik legfontosabb tényezője. Csomortáni (2014) szerint hat különböző, de egymást részben átfedő túlvédés-jelenség létezik, amely két fő csoportba, formába foglalható össze: a *libidinális kielégítés*, valamint a *szimbiotikus túlvédési forma*. Parker (1983) szerint a túlvédés nem csak a szülő-gyermek kapcsolatra korlátozódik, hanem a segítő-segített (pl. mentő ellátó-beteg), nevelt-nevelő, vezető-beosztott viszonyában is megjelenik, vagyis a társadalom több színterén is kialakulhat. Témánk szempontjából fontosnak tartjuk a jelenséget, mivel összefügghetnek különböző mentális patológiák kialakulásával, kapcsolatot teremtve a gyermekkori nevelési attitűdök és a felnőttkori viselkedés és annak

társadalmi következményei között. A kivonuló mentődolgozók körében a túlvédés jelensége Magyarországon még nem kutatott, így ez a terület az egészség tudományon belül novumnak számít. Ismert, hogy a depresszió, az alacsony önértékelésen keresztül megjelenő evési zavarok, önkárosító magatartás (dohányzás, alkoholizmus és a marihuána fogyasztás) is szorosan köthetőek a túlvédéshez. Mindezen tényezők megléte, illetve felismerése és hatékony kezelése a kivonuló mentődolgozók körében jelentősen növelheti a betegellátás színvonalát, a szakmai hozzáállást és az empatikus betegmegközelítést.

Jelen kutatás célja, hogy feltárja és elemezze azokat a szülői attitűdöket, magatartásformákat, amelyek a kivonuló mentődolgozók neveltetése során megjelentek, és összefüggésbe hozhatók a vizsgálati minta demográfiai, szocio-ökonómiai jellemzőivel, valamint a munkával, munkahellyel és az egészségmagatartással.

Anyag és módszer

Kutatásunk keresztmetszeti típusú, prospektív elemeket tartalmazó, kvantitatív jellegű vizsgálat, amely rendelkezik az országos Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottság (ETT TUKEB) engedélyével (11994-2/2018). A vizsgálatban résztvevők az Országos Mentőszolgálatnál (OMSZ) legalább 6 hónapja önálló kivonuló tevékenységet folytató mentődolgozók (mentőorvos, mentőtiszt, mentőtechnikus, mentőápoló, mentőgépkocsi-vezető). Az online adatfelvétel 2018. március 1. és 2019. február 28. között zajlott. A kérdőívet az OMSZ belső, zárt, valamint a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) Országos Mentésügyi Szakmai Tagoztában nyilvántartott dolgozók e-mail címére küldtük ki. A beérkezett 669 kérdőív közül 658 volt értékelhető. Az OMSZ 2018. novemberi nyilvántartási adatai szerint a kérdőív felvétel időszakában 6412 fő volt aktív állományban, a férfiak aránya 88, a nők aránya pedig 12 százalék volt. A felmérésben résztvevők nemi megoszlása megegyezett az aktív állományt jellemző nemi arányokkal.

A kutatás során a demográfiai, munkahelyi és egészségi állapotra vonatkozó kérdéseken felül, Perris és munkatársai által, 1980-ban létrehozott, a szülői nevelői attitűdöket a gyermek, nevelt, alárendelt oldaláról vizsgáló Egna Minnen Beträffande Uppfostran (EMBU) nevű 81 itemű kérdőív rövidített, 23 kérdéses változatával vizsgáltuk (s-EMBU), melyet Arrindell (1999), Magyarországon pedig Kállai (1994) alkalmazott és validált először. Eredetileg a rövidített változat 3 alskálát tartalmazott: Melegség, Elutasítás és Túlvédés. A különböző populációkon végzett vizsgálatok nem erősítették meg

I. táblázat: Faktor analízis (EMBU) eredményei

	Elutasítás - M		Melegség - M		Túlvédés - M			
	Kérdés	Faktorsúly	Kérdés	Faktorsúly	Kérdés	Beleszólás	Korlátok	Aggódás
ANYA	E21M	0,775	E14M	0,855	E22M	0,763		
	E7M	0,743	E12M	0,846	E10M	0,728		
	E4M	0,733	E23M	0,81	E18M	0,695		0,268
	E13M	0,714	E19M	0,8	E5M	0,259	0,727	
	E1M	0,708	E2M	0,778	E20M	0,275	0,719	
	E16M	0,619	E6M	0,658	E17M		0,71	
	E15M	0,575			E3M			0,854
					E11M	0,251		0,767
	Elutasítás - F		Melegség - F		Túlvédés - F			
	Kérdés	Faktorsúly	Kérdés	Faktorsúly	Kérdés	Beleszólás	Korlátok	Aggódás
APA	E13F	0,782	E14F	0,867	E18F	0,748		
	E4F	0,779	E12F	0,861	E22F	0,743		
	E1F	0,779	E19F	0,841	E10F	0,635		0,33
	E21F	0,757	E23F	0,833	E20F	0,321	0,732	
	E7F	0,75	E2F	0,799	E17F	-0,258	0,714	
	E15F	0,629	E6F	0,726	E5F		0,706	
	E16F	0,621			E3F			0,805
					E11F			0,805

az eredeti alskálákat, azoktól eltérő eredmények születtek. A mentődolgozók körében végzett felmérés adatainak elemzése is az eredetitől eltérő alskálák kialakítását eredményezte. A túlvédést célszerűbbnek láttuk szét választani, így jelentek meg a Beleszólás, Korlátok és az Aggódás alskálák. A vizsgált személyek az anya és az apa viselkedésére vonatkozó válaszaikat külön-külön, egy négyfokú Likert-skálán („1=soha és a 4=legtöbbször”) jelölték. A 23 tétel közül egy volt fordított tétel (17. kérdés). A faktoranalízis során kialakult itemeket az **I. táblázatban** láthatjuk. A Cronbach alfa 0,590 és 0,903 között mozog.

Az adatelemzés az SPSS PC. 25.0 verziójú statisztikai programmal készült. Leíró statisztikát, kétféle t-próbát, korrelációs számítást, varianciaanalízist, ehhez kapcsolatosan post-hoc tesztek (Bonferroni, Games-Howell) végeztünk. A szignifikancia szintet $p < 0,05$ értékben határoztuk meg.

Eredmények

A résztvevők demográfiai jellemzői

A mintában a férfiak aránya közel 90 százalék. A résztvevőket életkoruk szerint öt csoportba soroltuk, a válaszadók egyharmada (32,3%) a 36-45 éves korosztályba tartozott, ők tekinthetők a minta legnépesebb korcsoportjának. Az iskolai végzettség

leírására négy kategóriát használtunk. A válaszadók 40 százaléka felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezik, a középiskolát végzettek többségének (61%) OKJ tanúsítványa is van. Családi állapotuk szerint többségben voltak a házasok (59,5%). A gyermekek számát tekintve a legnagyobb arányban a két gyermekesek voltak jelen (31,2%), a gyermektelenek aránya 26,1 százalék volt. A résztvevők neveltetésük során a legtöbb időt városban töltötték (41,2%). Falun nevelkedett a minta több mint egyharmada (36,5%). Jelenleg a legtöbben saját lakásban élnek (42,4%), illetve saját kertés-családi házban (42,3%). A válaszadóknak valamivel több, mint a fele (54,2%) nem gyakorol semmilyen vallást.

Munkával, munkahellyel kapcsolatos jellemzők

Az OMSZ-nál dolgozók legnagyobb arányban mentőápolók (46,4%) és mentőtisztok (28,1%). A mentőszolgálatnál eltöltött évek alapján hat kategóriát hoztunk létre, ennek alapján a minta egyharmada (32,9%) 1-10 éve dolgozik a szolgálatnál. A legtöbben a Közép-magyarországi (22,7%) és a Dél-alföldi (18,6 %) régióban teljesítenek szolgálatot. A mentőjármű típusát figyelembe véve közel hasonló arányban dolgoznak esetkocsin (45,6%) és mentőgépkocsin (42,1%). A válaszadók döntő többsége főállású (86,2%), 168 órában, teljes munkaidő-

ben tevékenykedik a mentőszolgálatnál. A munkarend szempontjából a 24 órás műszak a leggyakoribb (45,8%). Az anyagi helyzettel való elégedettséget vizsgálva a dolgozók több mint a fele közepesen elégedett (62,3%), és csupán 18,3 százalékuk jelölte be az elégedetlen kategóriát.

Egészségmagatartás, rizikómagatartások

A minta jelentős hányada nem dohányzó (67%). A kávéfogyasztásra vonatkozó kérdésünk során kiderült, hogy a résztvevők több mint a fele (56,6%) legfeljebb napi három kávéat iszik, de a napi 4 vagy több kávéat fogyasztók aránya, amelyet már inkább károsnak tartanak, is meghaladja a 20 százalékot (21,8%). A mintában résztvevők döntő többsége nem fogyaszt energiatalt (89,1%). A kitöltők egytizede absztinens, azaz nem fogyaszt alkoholt (11,3%), heti rendszerességgel közel negyven százalékuk (37,4%) iszik, az ennél ritkábban alkoholizálók (havonta, alkalmanként) aránya meghaladja az 50 százalékot (51,3%). A válaszadók fele (51,2%) hetente legalább egy alkalommal, valamivel több mint egyharmaduk (34,5%) havonta vagy alkalmanként űz valamilyen sportot, és több, mint egytizedük (14,3%) egyáltalán nem sportol.

A szülői bánásmód

A továbbiakban a szülői bánásmód és a minta szocio-demográfiai változói, a munkával kapcsolatos jellemzők, valamint a kockázati magatartás közötti összefüggéseket vizsgáljuk.

A szülők magatartására leginkább a meleg anyai és apai bánásmód és a korlátozó anyai és apai magatartás jellemző (1. ábra). A nemi különbségeket figyelembe véve elmondhatjuk, hogy a nők mind az anyjuk, mind az apjuk korlátozó magatartását, továbbá a feljükk irányuló meleg apai bánásmódot a férfiakhoz képest gyakoribb szülői megnyilvánulásnak élték meg. A szülői bánásmód megítélése a válaszadók iskolai végzettsége szerint is szignifikáns eltérést mutatott. A szülők korlátozó beállítódását a felsőfokú végzettséggel rendelkezők erőteljesebbnek ítélték meg, mint a középfokú végzettségűek, míg a középfokú végzettséggel rendelkezők az anyai aggodást minősítették jelentősebbnek, mint a náluk iskolázottabbak. A magukat vallásosnak tartó személyek szignifikánsan magasabban értékelték szüleik korlátozó magatartását, mint a nem vallásos

személyek. Az életkori csoportok szüleik nevelési attitűdjét igen hasonlóan jellemezték, köztük szignifikáns eltérést nem tapasztaltunk (II. táblázat).

A szülői bánásmód hatását a fogyasztási szokásokkal (dohányzás, alkohol, kávé, energiatalt) és a rendszeres mozgással/sportolással kapcsolatban vizsgáltuk. A dohányzás és a kávéfogyasztás esetében a szülők korlátozó magatartásának hatását tudtuk kimutatni. A nem dohányzók az anya ($F=3,411$; $p=0,034$), a napi tíz száznál kevesebbet szívók vagy nem dohányzók pedig az apa ($F=2,756$; $p=0,064$) korlátozóbb magatartását jelezték.

Az apa korlátozó magatartása a kávéfogyasztással is kapcsolatba hozható, ugyanis akik egyáltalán nem fogyasztják ezt az italt, szignifikánsan korlátozóbbnak tartották apjuk bánásmódját, mint akik napi rendszerességgel kávéznak ($F=4,819$; $p=0,008$).

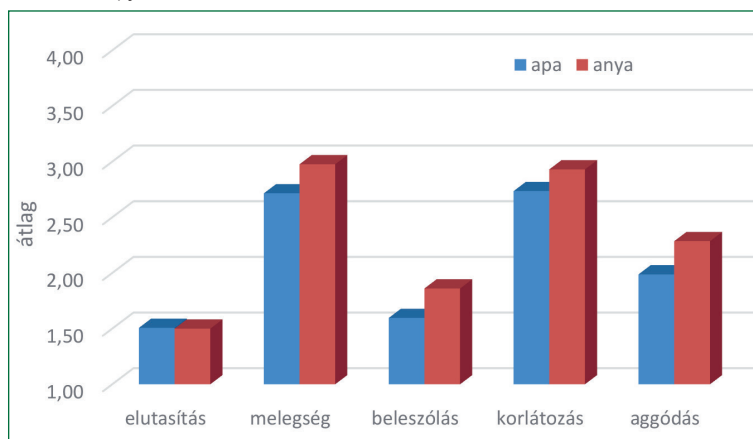
A rendszeres testmozgás, a sportolás gyakoriságát tekintve a meleg anyai attitűd bizonyult meghatározónak, vagyis akik valamilyen rendszerességgel sportolnak, anyjuk feljükk irányuló meleg attitűdjét magasabban értékelték, mint azok, akik nem sportolnak, mozognak rendszeresen ($F=3,631$; $p=0,027$).

A származási hely vizsgálatánál a fővárosból származók körében az anyai beleszólás ($p=0,019$) és az apai elutasítás ($p=0,033$) volt jellemző. A városból (Budapesten kívüliek) származók között kiemelkedik az anyai melegség ($p=0,029$) és az apai elutasítás ($p=0,035$). Míg a községből, faluról ($p=0,030$) valamint a megyeszékhelyekről ($p=0,003$) származók körében az apai elutasítás jellemző.

A bérelt lakásban élők körében a szülői neveltetés során az apai beleszólás volt szignifikánsan jellemző ($p=0,028$).

A beosztás közötti különbségeket vizsgálva kiderül, hogy a mentőorvosok körében szignifikánsan az anyai ($p=0,002$) és az apai ($p=0,027$) korlátok

1. ábra: A szülők nevelési attitűdjének átlagai a válaszadók visszaemlékezése alapján



II. táblázat: A szülők nevelési attitűdjei a válaszadók megítélése szerint

	Elutasítás		Melegség		Beleszólás		Korlátozás		Aggódás	
	apa	anya	apa	anya	apa	anya	apa	anya	apa	anya
Nem										
Férfi	1,5145	1,4900	2,6823	2,9603	1,5950	1,8467	2,7032	2,8841	1,9820	2,2783
Nő	1,4670	1,5772	2,9703**	3,0984	1,6210	1,9712	2,9820**	3,2530**	2,0541	2,3554
Korcsoportok										
19-25	1,6175	1,5672	2,8333	3,0351	1,4706	1,8468	2,6471	2,9123	2,1176	2,5811
26-35	1,4781	1,5067	2,8731	3,0956	1,6152	1,8935	2,8502	3,0460	2,0761	2,3390
36-45	1,5398	1,5037	2,6725	2,9771	1,6200	1,8420	2,7136	2,9068	1,9095	2,2299
46-55	1,4762	1,4481	2,6444	2,9217	1,5934	1,8187	2,7330	2,8944	1,9478	2,2514
56-65	1,4913	1,5483	2,6667	2,8701	1,5541	1,9367	2,6623	2,8903	2,0461	2,2595
Iskolai végzettség							F=3,625; p=0,013	F=6,120; p=0,000	F=3,329; p=0,019	
középiskola	1,5000	1,4307	2,7141	2,9945	1,5874	1,7991	2,6875	2,8720	2,1076	2,3775
OKJ	1,5294	1,5227	2,6921	2,9537	1,5866	1,8319	2,6724	2,8577	2,0259	2,2941
főiskola, BSc	1,5116	1,5251	2,7348	2,9566	1,6315	1,9362	2,8105	2,9984	1,8925	2,2075
egyetem, MSc	1,4626	1,5578	2,7800	3,1026	1,5600	1,9216	2,9667	3,2115	1,8878	2,3529
Vallásos										
igen	1,5204	1,5191	2,7255	3,0291	1,5956	1,9139	2,8124**	3,0178**	1,9669	2,3188
nem	1,4976	1,4845	2,7106	2,9353	1,5976	1,8204	2,6716	2,8619	2,0119	2,2642

*p<0,05, **p<0,01

voltak jellemzőek. A mentőtiszteknél az anyai elutasítás ($p=0.024$), a mentőápolóknál az apai aggódás ($p=0.020$) figyelhető meg.

A munkahelyek elhelyezkedését megyék szerint vizsgálva kiderül, hogy az anyai ($p=0.022$) és az apai ($p=0.001$) elutasítás, valamint az anyai ($p=0.034$) és apai ($p=0.035$) beleszólás a Budapesten dolgozók körében fordult elő leggyakrabban. Békés megyében szignifikánsan az anyai melegség ($p=0.044$), Baranya megyében pedig az apai melegség ($p=0.007$) a legjellemzőbb. Borsod-Abaúj-Zemplén megyében viszont az anyai ($p=0.008$) és apai ($p=0.004$) aggódás fordult elő leggyakrabban. Végül Pest megyében szignifikánsan az anyai aggódás ($p=0.029$) volt a domináns.

Azoknál a dolgozóknál, akik csupán havi 12 órát dolgoznak a mentőszolgálatnál szignifikánsan az anyai beleszólás ($p=0.035$) volt kiemelkedő, míg a félállásúaknál (havi 84 ó) az anyai korlátok ($p=0.031$) volt jellemző.

A mentőknél eltöltött éveket vizsgálva az is kiderült, hogy szintén gyenge negatív kapcsolat van az anyai melegség ($r=-0.085$ $p<0.001$), valamint az anyai korlátok ($r=-0.085$ $p<0.001$) és a munkaevek között. Ez alapján látható, hogy minél kevesebb időt töltött a mentőszolgálatnál, annál jellemzőbb volt rá az anyai melegség és korlátok neveltetése során.

Megbeszélés

Az anyai és apai nevelés befolyással van a serdülő és a felnőtt későbbi életére, magatartására, döntéseire. A család, mint elsődleges szocializációs tér, nagy szerepet játszik a személyiség alakulásában, és esetlegesen az addikciók, mentális kórképek megjelenésében. Varga és munkatársai összefüggést találtak a gyermekkori családi mintázat és a felnőtt korban megjelenő mintázat között akut ellátásban dolgozók körében. Kutatásunk során demográfiai, szocio-ökonomiai jellemzők, valamint a munkával, munkahellyel és egészségmagatartással kapcsolatos tényezők összefüggését vizsgáltuk a neveltetés során tapasztalt szülői bánásmódokkal. Az anyai elutasítás, mint a szülői bánásmód egyik megnyilvánulási formája vizsgálatánál kiderült, hogy a mintánkban szignifikánsan a Budapesten tevékenykedő mentő-dolgozóknál volt tapasztalható leginkább. Becker elemzése nyomán kiderült, hogy az elutasító szülői mintázatnak vannak a legnegatívabb következményei a gyermek személyiségfejlődése során, kutatásai szerint felnőtt korukra dominál náluk (akár egy ideig elnyomva is mindezt) az agresszív, antiszociális, normaszegő magatartás, emellett extravertáltak. Míg a meleg szülői attitűd hatására az érintettek felnőtt korukra nyílt, barátságos, jó társas kapcsolatokkal

rendelkezők lesznek, ugyanakkor engedetlenség, önféjűség jellemzi őket (idézi Babity, 2013). Míntánkban az *anyai melegséget* szignifikánsan a városban született, Békés megyében dolgozó fiataloknál észleltük a legnagyobb mértékben, míg az *apai melegséget* szignifikánsan és kiemelkedően Baranya megyében dolgozó női mentődolgozók körében. A túlvédés csoportjába tartozó, de ezen belül kialakított attitűdöket vizsgálva, az *anyai és apai beleszólás* a Budapesten született és itt is dolgozó, albrétben élők havi rendszerességgel alkoholt fogyasztók körében volt kiemelkedő. Az *anyai és apai korlátok* a havi 84 órában, nemdohányzó, fiatal, női, vallásos mentőorvosok körében volt szignifikánsan kimutatható. Az *anyai aggodás* Pest és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében, az *apai aggodás* szintén Borsod megyében, de a mentőápolók körében volt megfigyelhető kiemelkedően. A fentiek ismeretében a túlvédéssel

kapcsolatban Demetrovics kutatásaiban (2007) az anyai túlvédést összefüggésbe hozza a felnőttkori droghasználattal és alkohol abúzzsal. Tudomásunk szerint Magyarországon és a nemzetközi szakirodalomban mentődolgozók körében hasonló vizsgálatot még nem végeztek, így összehasonlítási lehetőségeink is szűkösek. Egyértelmű következtetéseket a gyenge korrelációs kapcsolatok miatt nem tudunk levonni. Kutatásunk során a felmért személyek emlékein keresztül vizsgáltuk meg a családi szocializációs hatások jellemző formáit. Az emlékezési folyamatok, érzelmi-motivációs, személyiségbeli változó tényezők miatt kialakuló torzulások befolyásolhatták a kapott eredmények hitelességét. Viszont többek között Sallay és Münnich (1999) szerint is az ilyen típusú vizsgálatok sikeresen alkalmazhatóak a kutatások során és következtetésekre alapot adó adatokat biztosítanak.

Irodalomjegyzék

1. Arrindell, W. A., Sanavio, E., Aguilar, G., Sica, C., Hatzichristou, C., Eisemann, M., Recinos, L. A., Gaszner, P. M., Battagliese, G., Kallai, J., & Van Der Ende, J. (1999). The development of a short form of the EMBU: Its appraisal with students in Greece, Guatemala, Hungary and Italy. *Personality and Individual Differences*, 27, 613-628.
2. Babity, M. (2013). *A gyermekbántalmazás rizikótényezőinek vizsgálata (magas kockázatot képviselő gyermeknevelési attitűdök, a szülőkkel kapcsolatos gyermekkori emlékek és néhány lehetséges közvetítő tényező összefüggései)*. Doktori (Ph.D.) értekezés, Pécsi Tudományegyetem, Pszichológiai Doktori Iskola, p.62 Elérhető (2020.04.15.) <https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/15157/babity-maria-phd-2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Balogh, K. (2003). *A gyermekkori pszichés zavarok és a triannguláció*. In: Koltai, M. (szerk.): *Család-pszichiátria-terápia*. Budapest: Medicina Könyvkiadó. p.119-147.
4. Baumrind, D. (1967): Child care practices antecending three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.
5. Becker, W. C. (1964). *Consequences of different kinds of parental discipline*. In: Hoffman, L.W., Hoffman, M.C. (szerk.): *Review of Child Development Research*. New York: Russel Sage Foundation
6. Bruno, F. J. (1991). *The Family Mental Health Encyclopedia*. New York: John Wiley & Sons Inc.
7. Caplan, G., Killilea, M. (1976). *Support Systems and Mutual Help*. New York: Grune and Stratton.
8. Csomortáni, D. Z. (2014). *Túl jó/élég rossz szülők. A pszichológiai túlvédés okai, jellemzői, következményei és kezelési lehetőségei*. Doktori (Ph.D.) értekezés, ELTE Neveléstudományi Doktori Iskola Demetrovics, Zs. (2007). A droghasználat funkciói. Budapest: Akadémiai Kiadó.
9. Komlósi, P. (1997). *A családátmozgató és károsító hatásai a családtagok lelki egészségére. A család helyzete a társadalomban*. In: Gerevich, J. (szerk.): *Közösségi mentálhigiéne*. Budapest: Animula Kiadó.
10. Kopp, M., Skrabski, Á. (1992). *Magyar lelkiállapot*, Budapest: Végekén.
11. Kopp, M. (2008). *Magyar lelkiállapot*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
12. Kozéki, B. (1975). *Motiválás és motiváció*. Budapest: Tankönyvkiadó.
13. Lantos, K. (2015). *A szülői bánásmód és a családi rituálék összefüggései, valamint hatásuk a serdülők és posztadoleszcensek szorongásra való hajlamára és megküzdési stratégiáira*. Doktori (Ph.D.) értekezés, PTE ETK Doktori Iskola
14. Levy, D. M. (1966). *Maternal Overprotection*. New York: W. W. Norton & Company, Inc.
15. Maccoby, E., Martin, J. (1983). *Socialization in the context of the family: Parent – child interactions*. In: Mussen, P., Hetherington, E. (eds.) *Handbook of Child Psychology Vol.4. Socialization, personality and social development*. New York: Wiley.
16. Minuchin, S. (2003). *Családok és családterápia*. (Családterápiás sorozat 15.) Budapest: Animula.
17. Parker, G. (1983a). *Parental overprotection*. A risk factor in psychosocial development. New York: Grune & Stratton.
18. Ranschburg, J. (1998). *Szeretet, erkölcs, autonómia*. Budapest: Okker Kiadó.
19. Sallay H., Münnich, Á. (1999). Családi nevelési attitűdök percepciója és a self-fejlődéssel való összefüggései. *Magyar Pedagógia*, 99(2), 157-174.
20. Susánszky, É. (2013). *Magyar lelkiállapot*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
21. Tringer, L. (2020). A család szerepe a lelki egészség megőrzésében és helyreállításában. Hozzáférhető 2020. 06.14. Retrieved from <http://magyarpaxromana.hu/kiadvanyok/csalad/tringer.htm>
22. Varga Zs. K., Baksa D., K-Szilágyi K. (2009). A halál iránti attitűd és összefüggéseinek vizsgálata kritikus beteg ápolásával foglalkozó populációkban: intenzív terápiás osztályon, illetve hospice-ellátásban dolgozó nővérek körében, *Kharón Thanatológiai Szemle*, 9(2), 8-54.
23. Vajda, Zs., Kósa, É. (2005). *Neveléslektan*. Budapest: Osiris Kiadó.

EREDETI KÖZLEMÉNY

A törzs- és gátizmok erejének vizsgálata különböző mozgásformák esetén

KISS Noémi, BAJSZ Viktória, Dr. HABIL PAKAI Annamária PhD,
DR. CSÁSZÁR Gabriella Edit PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: három csoport törzs- és gátizomerejének felmérése, különböző mozgásformák hatásának vizsgálata az izomerő szempontjából.

Anyag és módszer: Longitudinális vizsgálattal mértük fel 11 ülőmunkát végző nő, 10 Pilates-t végző nő, 13 inaktív női hallgató törzs- és gátizom erejét DAVID-géppel, módosított Plank-teszttel, FemiScannel a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karán Zalaegerszegen, 2016. februártól novemberig. Statisztikai adatelemzés: ANOVA, Scheffe Post Hoc teszt, kétmintás T-próba. *Eredmények:* A TS-csoport törzsiszomzata a tréning után szignifikánsan ($p=0,043$) arányosabb lett. A Plank-teszt során a TS-csoport 3. mérésének eredménye szignifikánsan jobb lett a PT ($p=0,018$) és az FH ($p=0,001$) csoport kezdeti eredményeihez képest. A gátizomtorna nem hozott jelentős javulást a TS-csoport eredményeiben, a legtöbb esetben a PT-csoport teljesített a legjobban. Az FH csoport Lazítás esetén mért gátizomzata szignifikánsan szimmetrikusabb ($p=0,038$), mint a TS-csoporté a kezelés után.

Következtetések: A Pilates-módszer hatékony a törzsiszomok erejének és állóképességének fejlesztésében. Az alkalmazott Core-tréning a törzsiszomok fejlődése esetén hatékonynak bizonyult, azonban a gátizom-torna ekkora gyakorisággal és intenzitással végezve nem elegendő.

Kulcsszavak: FemiScan, DAVID, Plank, törzsiszom-stabilizáció

Examination of the Strength of Core- and Perineal Muscles in Case of Different Movements

Noémi KISS, Viktória BAJSZ, Annamária PAKAI PhD, habil, Gabriella Edit CSÁSZÁR PhD

SUMMARY

Aims of the study: to measure the strength of core-, perineal muscles in three groups, to compare different exercises for the aspect of these muscles.

Materials and methods: 11 sedentary-, 10 women's doing Pilates, 13 inactive female student's core- and perineal muscles were measured in longitudinal study by DAVID-machine, modified Plank-test, FemiScan at University of Pécs, Faculty of Health Sciences, Zalaegerszeg, 2016. february-november. Data analysis: ANOVA, Scheffe Post Hoc test, two-tailed T-test.

Results: The TS-group's muscles became more symmetrical ($p=0.043$). According to Plank test, the TS-group's 3th result became stronger than FH-group ($p=0.001$) and the PT-group ($p=0.018$) at first. About the perineal-muscles: usually the PT-group achieved the best results. The FH-group's perineal-muscles in case of relaxation were significantly symmetrical ($p=0.038$) than the TS-group's after training.

Conclusions: Pilates-method turned out to be effective to improve the strength and stamina of core muscles. Core-training is effective to improve core muscles, but not enough for perineal muscles with the given frequency and intensity.

Keywords: FemiScan, DAVID, Plank, Core-muscle stabilisation

KISS Noémi szakoktató,
PTE Egészségtudományi Kar,
Szombathelyi Képzési Központ,
Fizioterápiás és Sport-
tudományi Intézet, Fizio-
terápiás Tanszék

BAJSZ Viktória szakoktató,
PTE Egészségtudományi Kar,
Zalaegerszegi Képzési Központ,
Fizioterápiás és Sport-
tudományi Intézet, Fizio-
terápiás Tanszék

DR. HABIL PAKAI Annamária PhD
egyetemi docens, tanszék-
vezető, képzési igazgató,
PTE Egészségtudományi Kar,
Szombathelyi Képzési Központ,
Ápolástudományi, Alapozó
Egészségtudományi és Védőnői
Intézet, Védőnő és Prevenció
Tanszék

DR. CSÁSZÁR Gabriella
Edit PhD adjunktus, képzési
igazgató, PTE Egészség-
tudományi Kar, Zalaegerszegi
Képzési Központ, Fizioterápiás
és Sporttudományi Intézet,
Fizioterápiás Tanszék

Levelező szerző

(correspondent):
KISS Noémi;
E-mail: noemi.kiss@etk.pte.hu

Beérkezett: 2020. január 22.

Elfogadva: 2020. április 29.

Bevezetés

A medencealapi izmok fejlesztését a távol-keleti kultúrákban több ezer éve fontos feladatnak tartják, ezzel szemben a nyugati társadalomban csak az utóbbi száz évben figyeltek fel ezen izmok életteni jelentőségére, például a vizelet megtartásában. Ők

végzik az ürítési funkciók akaratlagos szabályozását, hiszen ugyanolyan harántcsikolt, edzhető izmokról van szó, mint a felső- vagy alsóvégtag izmai, ennek ellenére ritkán foglalkozunk az erősítésükkel. Eből kifolyólag az izomcsoport sorvadásnak indulhat és elveszti kontrakció képességét. Ha sérül a záró funkció, vizeletelcspepéges panaszok léphetnek fel

(Koncz, 2012). A női vizelettartási zavar, mint népbetegség hazánkban kb. 400 000 inkontinens betegnél áll fenn, egyes vizsgálatok szerint pedig minden harmadik nő szenved a betegségben (Sasvári et al., 2018). Mivel még napjainkban is „szégyen-betegségnek” számít az ilyesfajta probléma, ezért pontos adatokkal egy kutatás eredményei sem szolgálhatnak. Az inkontinens panaszok kezelésére megfelelő módszernek bizonyul a klasszikus Kegél-módszer, mely részben neurofiziológiai evidenciákon alapul, másfelől pedig a medencealapi izmok reflexes és akaratlagos funkcionális anatómiai és idegéletteni szinergizmusaira, kontrakcióira is épít (Marques et al., 2010).

Az európai populáció saját bevallása szerint napi több mint 6 órát tölt egy helyben ülve. Minden harmadik ember elmondása szerint egyáltalán nem gyakorol fizikai aktivitást a szabadidejében. Ez a tendencia jellemző Magyarországra is, hiszen a lakosság nagy része csak minimális sporttevékenységet végez, viszonylag szűk azon társadalmi réteg, amely rendszeresen sportol (Soós et al., 2011).

Számos kutatás eredményei bizonyítják, hogy az alapizmok erősítése kiváló eszköz a törzsstabilizáló izmok teljesítményének fokozására, valamint a fiatalok állóképességének fejlesztésére (Granacher et al., 2014). Akár panaszmentes egyéneknél is fennállhat ezen izmok elégtelen kontrollja és helytelen aktivitása, amely hamar kialakuló hát-, és derékproblémákhoz vezet (Phrompaet et al., 2011).

A Pilates-módszer a légzés kontrolljával és a gerinc harmonikus és rugalmas mozgásával biztosítja a fizikai és mentális fókuszot (Dunleavy et al., 2015). Ez egy olyan mozgásforma és edzés koncepció, amely az erőnlét, állóképesség, hajlékonyság és a koncentráció fejlesztését célozza meg, gyakorlása hatására az izmok gyorsabban fejlődnek, emellett elősegíti a helyes testtartást (Tolnai et al., 2013). A legfőbb hangsúlyt a testi tudatosság fokozására, a légzéskontrollra, az izomerősítésre és lazításra helyezi, illetve adekvát segítséget és proprioceptív visszajelzést nyújt a motoros tanuláshoz és a funkcionális mozgásminták elsajátításához (Mostagi et al., 2014).

Jelen kutatás célja volt a három, különböző egyénekből álló csoport törzs-, és gátizomzat erejének felmérése, értékelése és összevetése, valamint a különböző mozgásformák összehasonlítása ezen izomcsoportok aspektusából. A vizsgálat két részből áll: az első részben történt az izomcsoportok erejének felmérése és a kezdeti állapot összevetése a csoportok között, a második részben az ülőmunkát végző csoport 7 hónapon át tartó, heti 2 alkalommal 1 órában történő Core-tréningje, kifejezetten a törzsstabilizációra, törzsizom és gátizomerőre koncentrálván. További cél volt a tornaprogram utáni visszamérés

eredményeit összevetni, megállapítani a kezelés eredményességét, és levonni a megfelelő következtetéseket.

Anyag és módszer

A vizsgálatot a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Zalaegerszegi Képzési Központján végeztük 2016. februártól júniusig, majd 2 hónap megszakítással szeptembertől novemberig. Kutatásunk célcsoportját olyan ülő munkát végző középkorú nők alkották, akik később részt tudtak venni az általam összeállított és vezényelt Core-tréningen (törzs-, és gátizom erősítő edzés), legalább 1 éve Pilates-módszert gyakorló nők, valamint inaktív főiskolai női hallgatók. Keresztmetszeti vizsgálattal mértünk fel 34 főt: 11 fő ülőmunkát végző, 25 és 60 év közötti nőt, akik később a 7 hónapos törzs-, és gátizom erősítő tornán vettek részt; 10 fő, legalább 1 éve Pilates-módszert gyakorló nőt; valamint 13 fő inaktív, nullipara főiskolai női hallgatót. Kizártuk azon nőket a TS-csoportból, akik nem ülőmunkát végző egyének, valamint mozgásukban korlátozott betegséggel küzdenek; a PT-csoportból azokat, akik a Pilates-módszert kevesebb, mint 1 éve gyakorolják, illetve mellette egyéb sportszerűen végzett foglalkozást üznek; illetve az FH-csoportból azon nőket, akik passzív hallgatói jogviszonnyal rendelkeznek, nem inaktívak (tehát rendszeresen végeznek sportszerű fizikai aktivitást), vagy legalább 1 szülésen már átestek.

Az adatgyűjtés során a törzsizomzat erejét DAVID-géppel mértük. Itt külön gépen vizsgáltuk a hasizomzat erejét 0°-os dőlési szögből indítva és külön a hátizomzat teljesítményét 30°-os dőlési szögből indítva. Mindkét esetben három sorozatot mértünk, és a legmagasabb eredményt rögzítettük és használtuk fel a számolások során. A mérés a következőképp zajlott: miután az egyén testméreteinek megfelelően beállítottuk a gépet, abban helyet foglalt, és egy mély légvétel után a lehető legnagyobb erőt kifejtve statikusan beleszorította a mellkasát vagy a hátát a gép erre megfelelően kialakított részébe, hosszú kilégzés mellett.

A törzsizomzat állóképességét módosított Planktesztrel mértük fel. Itt másodpercben mértük le azt az időtartamot, amíg a vizsgált személyek szabályosan fenn tudták tartani ezt a Plank helyzetet. A gátizomzatot 2 pozícióban mértük FemiScannel először fekvő helyzetben talpra húzott lábakkal, majd félig ülő helyzetben, mindkét esetben 5 gyors kontrakciót kértük, melyek között 5 mp szünetidő volt, ezt követte egy 10 mp-es lazítás, majd 5-ször 5 mp-re kitartott kontrakciót kértük, szintén 5 mp-es szünetekkel. Emellett kiszámoltuk minden résztvevő

BMI értékét, hogy kiderítsük, van-e szignifikáns különbség a csoportok átlagértékei között, ami esetleg befolyásolhatná az izomerősséget.

Az ülőmunkát végző csoport törzs-, és gátizomzat erősségének, teljesítményének, szimmetriájának fokozása érdekében összeállítottam egy tréningprogramot, melyet a résztvevők a 7 hónap során heti 2 alkalommal 1 órában, általam felügyelve és vezényelve végeztek el. Minden foglalkozás elején 10 perc bemelegítéssel kezdtünk, amely a kardiorespiratorikus rendszer teljesítőképességének fokozására, az ízületek átmozgatására, az izmok vérkeringésének fokozására, nyújtására irányult. A bemelegítés utáni 25-30 percen célzott erősítő és nyújtó gyakorlatokat végeztünk az elülső és hátsó felületes és mély törzsizmokra orientálódva (m. rectus abdominis; m. obliquus abdominis internus et externus; m. transversus abdominis; m. quadratus lumborum; m. pectoralis major et minor; m. serratus anterior; m. trapesius; mm. rhomboidei; m. latissimus dorsi; m. erector spinae: m. iliocostales, m. longissimus, m. spinalis; m. transversospinalis; m. semispinalis, mm. multifidii, mm. rotatores;

perces levezető rész, főként nyújtó, lazító, légző gyakorlatokat alkalmazva. Az óra utolsó 15 percében a gátizomzat erősítése történt. Fekvő helyzetben végzett keringésfokozó gyakorlatokkal kezdtünk, majd ezt követte a gátizommal szinergizmusban működő izmok (m. transversus abdominis, m. obliquus abdominis externus et internus, m. rectus abdominis, m. iliopsoas, m. gluteus maximus, m. adductor longus, magnus et brevis, m. gracilis, m. pectineus) szelektív működtetése különböző helyzetekben, eszközöket alkalmazva. Ezután következett a gátizom torna a szinergista izmok bevonásával együtt, majd végül szeparáltan, csak a gátizom kontrakciójának gyakoroltatása. A medence helyzetének változtatásával tudtam külön hatni az izomzat hüvely körüli és végbél körüli területére. Ezeket a feladatokat olyan helyzetben igyekeztem végeztetni, melyekben minden szinergista izom működése ki van kapcsolva. Dr. Arnold Kegel nőgyógyász által feltalált liftgyakorlatokat is beépítettem a tornába a gátizom állóképességét fokozván (Marques et al, 2010). A torna végén több sorozatban 10-szeres gyors kontrakciót kértem a résztvevőktől a sebesség és az állóképesség fokozásának érdekében. Végezetül légző és lazító gyakorlatokkal zártam a tornát.

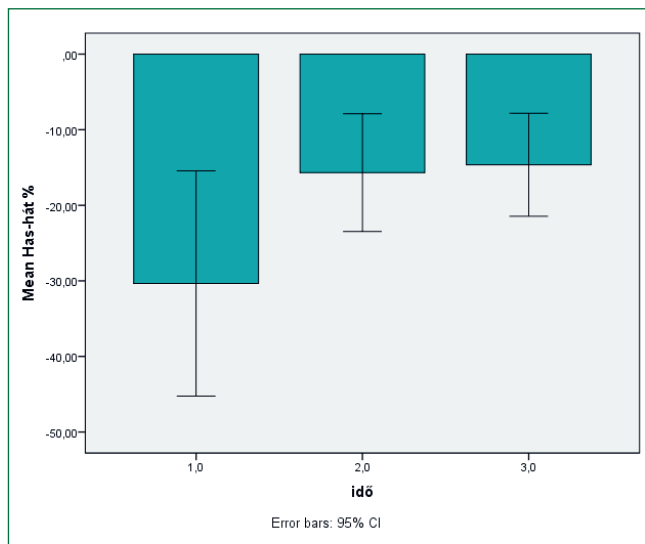
A statisztikai elemzésekhez Microsoft Excel 2010-t és az IBM SPSS Statistics 23-verziójú szoftvert használtam, ANOVA analízissel, Scheffé Post Hoc teszttel, valamint kétmintás T-próbával számoltam (Pakai & Kívés 2013).

Eredmények

Vizsgálatunk első részében a DAVID-géppel mért törzsizomzat ereje Newton (N) értékben és százalékban (%) lett szemléltetve. Az életkorra, testtömegre és magasságra adaptált izomerősség minden egyén esetében mutatott egy személyre szabott referenciaértéket, és a program megmutatta az ahhoz képest pozitív vagy negatív irányban eltérő valós izomerőt, a has-, és hátizomzat teljesítőképességének egymáshoz való arányosságát pedig százalékban számolta ki. Eredményeim bemutatásában a százalékos értékeket úgy számoltam, hogy a vizsgált eredményhalmazból a legnagyobb eredményt vettem 100%-nak, és ahhoz mérten néztem a többi érték százalékos differenciáját.

A hasizom-hátizom (%) arányosságát vizsgálva szignifikáns differencia jött létre a TS csoport első és utolsó mérése között ($p=0,043$), az utóbbi javára. Ebben az esetben annál jobb az eredmény, minél közelebb áll a kapott érték a 0-hoz, tehát összhangban van a törzsizomzat. Minél nagyobb fokú a mínusz érték, annál nagyobb az izomdisbalance (**1. ábra**). A második mérés során a hasizom-, és hátizomerő

1. ábra: TS csoport DAVID-géppel mért Hasizom-hátizom (%) arány fejlődése



spinotransversalis izomcsoport: m. splenius cervicis, m. splenius capitis; m. iliopsoas; m. gluteus medius et maximus). A feladatokat különböző pozíciókban (háton fekvő, oldalt fekvő, hason fekvő, mélykúszó, négykézláb-, és álló helyzetek) végezték a fokozatosság elvének megfelelően. A feladatok nehezítésére különböző eszközöket alkalmaztam (fitball labda, softball labda, Thera-Band szalag, Dynair, gömbvégű bot, buzogány, SMR henger, kar-, és láb-súly, kézi súlyzók stb.) A fő részt követte egy 5-10

I. táblázat: – TS csoport DAVID-géppel mért átlageredményei a 3 mérés során

TS csoport DAVID-géppel mért átlageredményei					
Időpont	Has (N)	Hát (N)	Has (%)	Hát (%)	Has-hát (%)
1. mérés	91,818	135,818	-5,4664	-25,4036	-30,3473
2. mérés	88,364	148,727	-9,2682	-18,4109	-15,6791
3. mérés	92,364	160,636	-5,3509	-11,6364	-14,6409

48,2%-kal, a harmadik mérés során pedig 51,8%-kal lett arányosabb az első méréshez képest, ami a Core-tréning eredményességét tükrözi. A hátizom százalékos eredményei szignifikáns különbséget ($p=0,041$) mutatnak az első és a harmadik mérés között az utóbbi javára. Itt jelentős javulás mutatkozik meg a tréningprogrammal arányosan a hátizom referenciaértékhez viszonyított eltéréseiben, hiszen az első méréshez képest a második mérés során a csoport 27,6%-kal, a harmadik mérés során pedig 54,3%-kal teljesített jobban. A TS csoport DAVID-géppel mért törzsizomzatának a három mérés során elért átlageredményeit az **I. táblázat** szemlélteti.

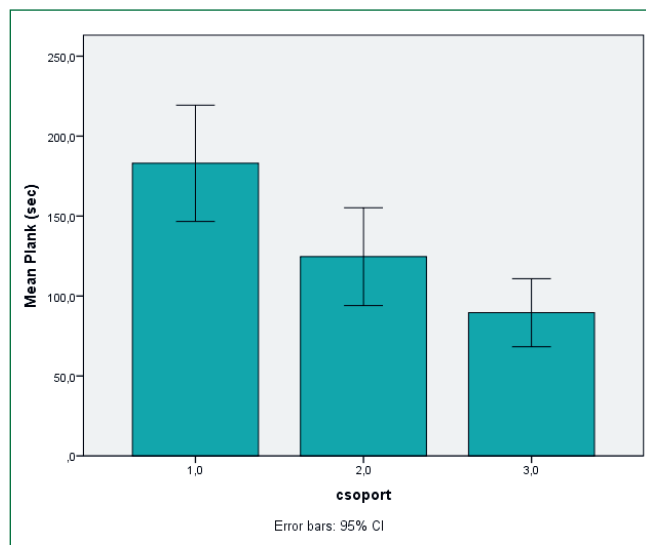
A Plank-teszt eredményei alapján már az első mérés során is szignifikánsan jobban teljesített a TS csoport a FH csoporthoz képest ($p=0,003$), a PT csoportnál pedig 23,7%-kal teljesítettek jobban. A harmadik mérésüket összevetve a kezdeti mérésekkel ez az előny csak tovább fokozódott, és kettős szignifikancia jött létre. Egyrészt a TS és a FH csoport között ($p=0,000$) a kezdeti 45,1%-os különbség 51,1%-ra nőtt; másrészt ezúttal a TS és a PT csoport között is jelentős differencia állt fenn ($p=0,018$), a 23,7%-os előny 32%-ra fokozódott (**2. ábra**). A TS csoport 3. mérésének Plank-teszt átlageredményeit és a másik két csoport kezdeti mérésének értékeit a **II. táblázat** foglalja össze. A Plank-teszt eredményei alapján tehát elmondható, hogy a 7 hónapon át tartó, heti 2-szeres gyakorisággal végzett Core-tréning hatására a TS csoport szignifikánsan jobban teljesített a másik két csoporthoz képest.

A gátizomzat számos paramétereinek mérésére kiváló segítségnek bizonyult a FemiScan nevű biofeedback eszköz. Mérő funkciója mellett izomerősítésre is alkalmazható, használója a készüléket a hüvelyébe helyezve és azt megszorítva vizuális visszacsatolást kaphat az egyébként nehezen érzékelhető és látható gátizom-kontrakcióról. Mint testünk egyéb részeinek, a gátizmunknak is van jobb és bal oldala. A FemiScan képes szeparáltan mérni a két oldal aktivitását, csúcsteljesítményét, lazítását, sebességét, illetve munkáját. Kutatásomban összevettem a TS utolsó mérésének átlagértékeit a másik két csoport kezdeti eredményeivel, hogy még pontosabb képet kapjak a fejlődésükről, továbbá vizsgáltam azt is, hogy a résztvevők gátizomzatának szimmetriája milyen módon változik.

II. táblázat: Plank-tesztrel a TS csoport 3. mérésének és a többi csoport 1. mérésének átlageredményei

Időpont	Csoport	Plank-teszt (sec) átlag
3. mérés	1. csoport	183,0
1. mérés	2. csoport	124,6
	3. csoport	89,538

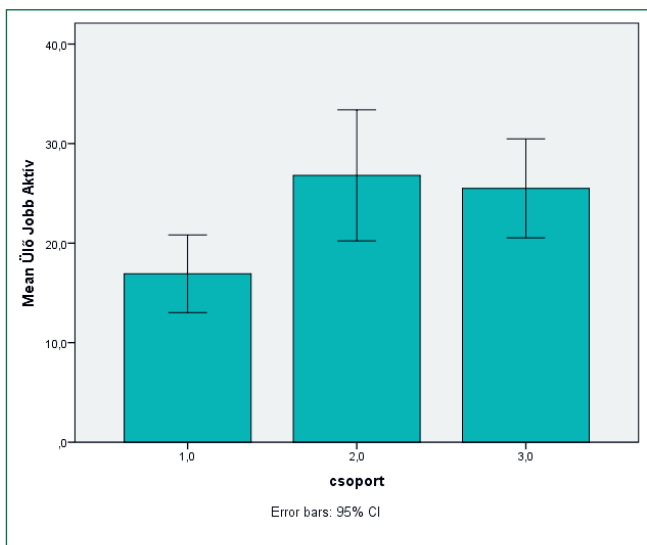
A legtöbb paraméter esetében az átlageredmények alapján a PT teljesített a legjobban. Félig ülő helyzetben mért jobb oldali Aktivitás esetében szignifikáns különbség jött létre a TS és a PT csoport között

2. ábra: Plank-tesztrel a TS csoport 3. mérésének és a többi csoport 1. mérésének összehasonlítása

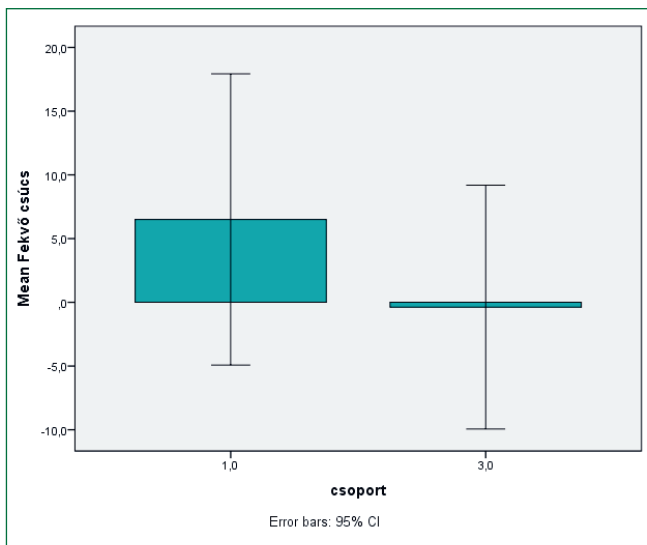
a PT csoport javára ($p=0,025$), amit a **3. ábra** ábrázol. Ez azzal magyarázható, hogy a Pilates-módszer során alkalmazott gyakorlatok révén a törzsizmokkal együtt a gátizomzat is dolgozik szinergizmusban.

A gátizomzat kétoldali szimmetriáját vizsgálva az eredmények azt mutatják, hogy bár szignifikáns különbségek nem jöttek létre, általánosságban elmondható, hogy a TS csoport izomzata aszimmetrikusabb a többi csoportéhoz képest. Ez esetben is akkor a legjobb az eredmény, minél inkább közelít a kapott érték a nullához, tehát akkor a legszimmetrikusabb. Minél nagyobb a pozitív vagy negatív irányba való eltérés, annál nagyobb az izomdisbalance. A

3. ábra: FemiScan félig ülő pozícióban mért jobb oldali Aktivitás összehasonlítása a TS csoport 3. és a többi csoport 1. mérése között



4. ábra: FemiScan fekvő pozícióban mért Csúcs esetén a gátizom-szimmetria összehasonlítása a TS és a FH csoport között



TS csoport és a FH csoport gátizom-szimmetriájának eredményei a következőképp alakultak: a páros t-próbával számolt eredmények alapján a fekvő pozícióban mért aktivitás esetén $p=0,326$, csúcs esetén $p=0,317$, lazítás esetén $p=0,171$, sebesség esetén $p=0,842$, munka esetén $p=0,306$ értékű paraméterek születtek a két csoport értékeit összehasonlítva. A legtöbb esetben a TS csoport tagjainak medencének izomzata minősült aszimmetrikusabbnak, melyet alátámaszt a fekvő pozícióban mért Csúcs szimmetriájának összevetéséről szóló **4. ábra**. Ezek az eredmények azzal magyarázhatóak, hogy a TS csoport résztvevői elmondásuk szerint legalább egy

szülésen már átestek, és az esetek többségében történt gátmetszés, így feltételezhető, hogy emiatt nagyobb mértékű az ő esetükben az aszimmetria még az inaktív hallgatók izomzatához képest is.

Vizsgálatunk számunkra is meglepő eredménye, hogy a FH csoport gátizom teljesítménye – annak ellenére, hogy fiatalok nullipara egyének – sok esetben elmarad a PT csoportéhoz képest. Az eredményeket a **III. és IV. táblázat** szemlélteti.

A 7 hónapos gátizom-torna hatására nem jött létre szignifikáns fejlődés a TS csoport paramétereiben. Legnagyobb javulás fekvő pozícióban mért jobb oldali Csúcs esetén (15,4%) vehető észre, de általánosságban elmondható, hogy az eredmények a 3 mérés során stagnálnak. Számottevő és mérhető javulás az otthoni napi rendszerességű tornával lenne elérhető, viszont jelen tanulmányban a cél a csoportos torna hatékonyságának vizsgálata volt.

Megbeszélés

Kutatásunk célja az volt, hogy a három, különböző egyénekből álló csoport törzs-, és gátizomzat erejét felmérjem, értékeljem és összevessem, valamint összehasonlítsam a különböző mozgásformákat ezen izomcsoportok aspektusából.

A vizsgálat elején azt feltételeztük, hogy a kezdeti mérés során a PT csoport has-, és hátizom ereje szignifikánsan jobb eredményt mutat, mint a TS és a FH csoport törzsizom ereje. Ez az állítás DAVID-géppel mért adatok eredménye szerint nem igazolódott be. Mostagi et al. 2014-es kutatásának célja volt felmérni a Pilates-módszer hatékonyságát, összehasonlítva általános törzsizomerősítő gyakorlatokkal a törzsizomerőre, rugalmasságra, funkcionálisra és fájdalomra nézve a krónikus derékfájással küzdők körében, és vizsgálatuk során a kezelés kezdete előtt ők sem találtak szignifikáns különbségeket a két csoport között. A mi esetünkben ez azzal magyarázható, hogy a Pilates-módszer a mély, az általános törzsizom erősítő gyakorlatok pedig inkább a felületes törzsizmokra gyakorolnak nagyobb hatást, az általunk alkalmazott DAVID-gép, mint mérőeszköz pedig inkább ezen felületes törzsizmokról tud objektív értékekkel szolgálni (Mostagi et al., 2014).

Markovic et al. azzal a céllal végeztek egy tanulmányt 2015-ben, hogy összehasonlítsák a visszacsatolás-alapú egyensúly és törzsizom rezisztenciateréning egy speciális számítógép-vezérelt eszközzel (Huber1) történő hatásait a hagyományos Pilates-módszerrel az idősebb egészséges nők egyensúlyképességére, neuromuszkuláris funkciójára és izomerejére nézve. Post-hoc elemzésekkel megállapították, hogy a Huber-csoport résztvevőinek törzsizom erőssége szignifikánsan növekedett minden irányban

III. táblázat: FemiScan fekvő pozícióban mért végeredmények

Időpont	Csoport	FemiScan fekvő pozíció bal oldal átlag				
		Aktív	Csúcs	Lazítás	Sebesség	Munka
3. mérés	1. csoport	18,373	35,036	3,282	58,845	74,773
1. mérés	2. csoport	23,88	40,44	3,39	53,66	113,66
	3. csoport	20,6	39,223	3,915	60,515	83,308
Időpont	Csoport	FemiScan fekvő pozíció jobb oldal átlag				
		Aktív	Csúcs	Lazítás	Sebesség	Munka
3. mérés	1. csoport	17,264	28,536	2,845	42,7	68,936
1. mérés	2. csoport	23,71	44,82	4,290	64,39	113,9
	3. csoport	22,792	39,6	4,438	47,223	95,438

(minden $p < 0,01$; Cohen's $d = 0,90-1,11$), valamint az alsóvégtagok erőssége szintén növekedett ($p < 0,05$; Cohen's $d = 0,43$). Post-hoc elemzéssel megállapították, hogy mindkét csoport felsőtest-ereje jelentősen fejlődött (minden $p < 0,005$; Cohen's $d = 0,25-0,36$). A visszacsatolás-alapú egyensúly tréning és a törzsizom rezisztenciaedzés hatékonynak bizonyult az egyensúlyképesség, törzsizom erősség, alsóvégtag erősség és testösszetétel fejlesztésére az egészséges idősebb női populációban (Markovic et al., 2015). Hasonlóképp a mi vizsgálatunkban, a 7 hónapon át tartó, heti 2-szeres gyakorisággal végzett Core-tréning hatására a törzsizom DAVID-géppel mért erőssége 10%-kal javult a TS csoport esetében. A hátizom (N) esetén az első méréshez képest 15,4%-kal, a másodikhoz képest 7,4%-kal jobb eredmény született. A hátizom (%) értékeit vizsgálva szignifikáns különbség ($p = 0,041$) vehető észre az első és a harmadik mérés között az utóbbi javára. Itt jelentős javulás mutatkozik meg a tréningprogrammal arányosan a hátizom referenciaértékhez viszonyított eltéréseiben, hiszen az első méréshez képest a második mérés során a csoport 27,6%-kal, a harmadik mérés során pedig 54,3%-kal teljesített jobban.

A hazai és a nemzetközi szakirodalmak áttekintése során nem találtam olyan kutatást, amely hozám hasonlóan a gátizomzat kétoldali szimmetriáját vizsgálta volna. Fitz et al. 2012-ben végeztek egy kutatást, melynek célja a gátizom erősítés hatásának az értékelése volt a stressz inkontinenciában szenvedő nők életminőségére nézve, ebből a szempontból pedig a gátizom szimmetriájának is jelentős szerepe van. Eredményeik többek között arról számolnak be, hogy az Oxford-skála szerinti medencefenék-izom teljesítmény a kezelés előtt $2,0 (\pm 0,9)$ volt, a kezelés után $3,5 (\pm 1,0)$ értékre növekedett ($p = 0,000$). Az izom ellenálló képessége a kezelés előtt $3,0 (\pm 1,7)$ értékű, a kezelés után: $6,6 (\pm 2,4)$; $p = 0,000$. A tanulmány eredményei alapján tehát elmondható, hogy a gátizom erősítő tréning szignifikáns javulást eredményezett a stressz-inkontinenciában szenvedő

nők teljesítményében és életminőségében (Fitz et al., 2012). Ellentétben a mi vizsgálatunkkal, hiszen a fekvő pozícióban mért Aktivitás esetén $p = 0,326$, Csúcs esetén $p = 0,317$, Lazítás esetén $p = 0,171$, Sebesség esetén $p = 0,842$, Munka esetén $p = 0,306$ értékű paraméterek születtek a TS és a FH csoport közötti gátizom szimmetriát összehasonlítva, tehát nem lett közöttük szignifikáns különbség, és a legtöbb esetben a TS csoport gátizomzata minősült aszimmetrikusabbnak.

Az eredményeket összefoglalva tehát az mondható el, hogy a Pilates-módszer egy hatékony edzésformának minősül a törzsizmok erejének és állóképességének fejlesztésében, és gyakorlatai által jótékony hatást fejt ki a gátizmok állapotára is, hiszen azok szinergizmusban működnek a törzsizmokkal. A 7 hónapon át tartó, heti 2-szeres gyakorisággal végzett törzsizom-erősítő tornaprogram hatékonynak bizonyult az ülőmunkát végző nők körében, törzsizom ereje és stabilitása több szempontot vizsgálva behozta a lemaradását, sőt némely tekintetben meg is előzte a legalább 1 éve Pilatest gyakorló nők teljesítményét. A Plank-teszt alapján a TS csoport törzsizomzatának állóképessége kiemelkedő. A törzsizom-erősítő tréning mellett végzett gátizom-torna ekkora gyakorisággal és intenzitással végezve azonban kevésnek bizonyult, a gátizom paramétereiben nem jött létre szignifikáns fejlődés. A TS gátizom szimmetriája még a 7 hónapos medencefenék-tréning után sem érte el a FH csoport szimmetriáját, bár ez azzal is magyarázható, hogy az ülőmunkát végző 25-60 év közötti nők többsége már átesett legalább egy természetes úton történő szülésen, melynek során gátmetszést végeztek a gátizom valamelyik oldalán, ezért a nem javuló aszimmetria akár ebből is adódhat.

Vizsgálatunk számunkra is meglepő eredménye, hogy a hallgatók gátizom eredményei elmaradnak a várt mértéktől. Emiatt kell odafigyelni erre a korcsoportra, hiszen az inaktivitás már fiatal korban negatívan hat ezen izomcsoportok állapotára, az ebből

IV. táblázat: FemiScan félig ülő pozícióban mért végeredmények

Időpont	Csoport	FemiScan félig ülő pozíció bal oldal átlag				
		Aktív	Csúcs	Lazítás	Sebesség	Munka
3. mérés	1. csoport	20,936	36,945	3,891	55,845	81,282
1. mérés	2. csoport	25,14	48,04	4,28	62,51	106,96
	3. csoport	23,662	46,323	4,615	63,862	100,677
Időpont	Csoport	FemiScan félig ülő pozíció jobb oldal átlag				
		Aktív	Csúcs	Lazítás	Sebesség	Munka
3. mérés	1. csoport	16,927	28,509	3,036	40,864	65,7
1. mérés	2. csoport	26,81	55,68	4,81	71,620	106,96
	3. csoport	25,5	45,177	5,108	58,823	100,677

adódó izomgyengeség pedig később inkontinens panaszokhoz vezethet. Ezért kutatásunk eredményei egyfajta figyelemfelhívásként szolgálnak, az időben megkezdett inkontinencia prevenciót hangsúlyozván. Az egészségtudomány területén magas színvonalú, releváns kutatások valósulnak meg (Oláh et al., 2008), ezért ebben a témában is az oktatás, a bizo-

nyítékokon alapuló kutatás és publicitás révén szemléletformálás érhető el. Az ülő életmód egészségre káros hatásairól (Bajsz et al., 2014), valamint a fizikai aktivitás egészségmegőrző szerepéről (Császárné et al., 2013, Gombos et al., 2016) számos hazai kutatás készült, melyek alátámasztják jelen vizsgálatunk témájának jelentőségét és aktualitását.

Irodalomjegyzék

- Bajsz, V., Sió, E., Tóthné, SV., Karamáné, PA., Császárné, GG. (2014). Egy multinacionális cég egészségfelmérése a munkahelyi stressz tükrében. *EGÉSZSÉGFELMÉRÉS*, 54, 40-47.
- Császárné, GG., Sió, E., Bajsz, V., Schmidt, B., Kráncz, J. (2013). A gyógytorna és a gyaloglás direkt hatása a csontanyagcsere-markerekre és a sclerostin-szintre csontritkulásban. *EGÉSZSÉG-AKADÉMIA*, 4(3), 174-186.
- Dunleavy, K., Kava, K., Goldberg, A., Malek, M., Talley, SA., Tutag-Lehr, V., Hildreth, J. (2015). Comparative effectiveness of Pilates and yoga group exercise interventions for chronic mechanical neck pain, quasi-randomised parallel controlled study. *Physiotherapy*, 102(3), 236-242. doi: 10.1016/j.physio.2015.06.002.
- Fitz, FF., Costa, TF., Yamamoto, DM., Resende, AP., Stüpp, L., Sartori, MG., ... Castro, RA. (2012). Impact of pelvic floor muscle training on the quality of life in women with urinary incontinence. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(2), 155-159.
- Gombos, GC., Bajsz, V., Pek, E., Schmidt, B., Sió, E., Molics, B., Betlehem, J. (2016). Direct effects of physical training on markers of bone metabolism and serum sclerostin concentrations in older adults with low bone mass. *BMC MUSCULOSKELETAL DISORDERS*, 17, 254-261.
- Granacher, U., Schellbach, J., Klein, K., Prieske, O., Baeyens, JP., Muehlbauer, T. (2014). Effects of core strength training using stable versus unstable surfaces on physical fitness in adolescents: a randomized controlled trial. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*. 6(40), 1-11. doi: 10.1186/2052-1847-6-40.
- Koncz, J. (2012). A gátizom fejlesztése a kismencedei szervek védelmében. *Védőnő*, 22(6) 28-31.
- Markovic, G., Sarabon, N., Greblo, Z., Krizanec, V. (2015). Effects of feedback-based balance and core resistance training vs. Pilates training on balance and muscle function in older women: A randomized-controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61(2), 117-123. doi: 10.1016/j.archger.2015.05.009.
- Marques, A., Stothers, L., Macnab, A., (2010). The status of pelvic floor muscle training for women. *Canadian Urological Association Journal*, 4(6), 419-424.
- Mostagi, FQ., Dias, JM., Pereira, LM., Obara, K., Mazuquin, BF., Silva, MA., ... Cardoso, JR. (2014). Pilates versus general exercise effectiveness on pain and functionality in non-specific chronic low back pain subjects. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. 19(4), 636-645. doi: 10.1016/j.jbmt.2014.11.009.
- Oláh, A., Betlehem, J., Kriszbacher, I., Boncz, I., Bodis, J. (2006). The clinical nursing competences and their complexity in Belgian general hospitals. *JAN*, 56(6), 669-678.
- Oláh, A., Betlehem, J., Muller, A., Jozsa, R. (2008a). Possible application of animal models for the long-term investigation of shift work of healthcare professionals. *JPNN*, 22(3), 175-176. doi: 10.1097/01.JPN.0000333913.92209.94.
- Oláh, A., Jozsa, R., Csernus, V., Sandor, J., Muller, A., Zeman, M., ... Halberg, F. (2008b). Stress, geomagnetic disturbance, infradian and circadian sampling for circulating corticosterone and models of human depression? *Neurotoxic Res*, 13(2), 85-96.
- Pakai, M., Kivés, Zs. (2013). Kutatásról ápolóknak 2. rész: Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészségtudományi kutatásokban. *Nővér*, 26(3), 20-43.
- Phrompaet, S., Paungmali, A., Pirunsan, U., Sitalertpisan, P. (2011). Effects of Pilates Training on Lumbo-Pelvic Stability and Flexibility. *Asian Journal of Sports Medicine*. 2(1), 16-22. doi: 10.5812/asjms.34822
- Sasvári, É., Szüle, E., Gurmai, M., Kenézli, M. (2008). A gátizomtorna hatékonyságának vizsgálata a medencefenéki izmok és a synergista mélyhasizmok komplex tréningje alapján. *Fizioterápia*, 17(4), 5-8.
- Soós, I., Hamar, P., Biddle, S., Huszár, Á. (2011). Az ülő életmód és a fizikai aktivitás magyarországi összefüggéseinek vizsgálata EMA-módszerrel. *Kalokagathia*, 48-49(2010/4-2011/1), 19-27.
- Tolnai, N., Szabó, Zs., Kőteles, F. (2013). A testi tudatosság, a testi-lelki jóllét, valamint az önértékelés összefüggéseinek vizsgálata a Pilates-módszert gyakorlók körében. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 14(56), 38-43.

HITELES | SOKSZÍNŰ | ÉRDEKES

Legyen Ön is
rendszeres olvasónk!



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

NŐVÉR FOLYÓIRAT

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

Előfizetéssel kapcsolatban érdeklődjön itt: nover@meszk.hu

HIVATÁSUNK MAGAZIN

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

Előfizetéssel kapcsolatban érdeklődjön itt: terjesztes@lam.hu



30
éve

LITERATURA  MEDICA
ANNO 1990

az orvostudomány
szolgálatában

