

NŐVÉR



AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

Scientific and educational journal
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

38. ÉVFOLYAM 1. SZÁM • 2025. március 12.

A TARTALOMBÓL

Kódolt üzenetek dekódolása

Hallgatók tapasztalatai a nemek közötti
megkülönböztetésről



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





MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA



E-TOVÁBBKÉPZÉSEK

INGYENES, BÁRMIKOR ELVÉGEZHETŐ, GYORS, HASZNOS

FEDEZZE FEL AZ ÖN IGÉNYEIHEZ IGAZODÓ
MESZK E-TOVÁBBKÉPZÉSEK ELŐNYEIT

ÉS

VÉGEZZE EL EGYSZERÜBBEN
SZABADON VÁLASZTHATÓ TOVÁBBKÉPZÉSÉT VELÜNK!

NÖVÉR - SZAKMAI TUDOMÁNYOS TOVÁBBKÉPZÉS IX.
NÖVÉR - SZAKMAI TUDOMÁNYOS TOVÁBBKÉPZÉS X.
NÖVÉR - SZAKMAI TUDOMÁNYOS TOVÁBBKÉPZÉS XI.
NÖVÉR - SZAKMAI TUDOMÁNYOS TOVÁBBKÉPZÉS XII.

TOVÁBBI 8 TOVÁBBKÉPZÉSÜNK HAMAROSAN ELÉRHETŐ!



Kövessen bennünket!
www.meszk.hu

www.oktatas.meszk.hu



NŐVÉR

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

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

Nővér, 2025;38(1):1-40.

TARTALOMJEGYZÉK

EREDETI KÖZLEMÉNY

Ápolás és sztereotípiák – hallgatók tapasztalatai a nemek közötti megkülönböztetésről	3
<i>Szabó Roland Gergő, Domonkos Norbert</i>	
A természetes fogamzásgátlással kapcsolatos ismeretek és annak a párkapcsolatra való hatásának felmérése – mobilapplikációk vizsgálata	9
<i>Máté-Póhr Kitti, Révai Katalin, Dr. Karácsony Ilona</i>	

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE

Kódolt üzenetek dekódolása – a szubjektív ápolási diagnózissal szempontrészesének alkalmazása a gyakorlatban	15
<i>Dr. Helembai Kornélia Csc, PhD, Domonkos Norbert, Dr. Rajki Veronika PhD, Oltványi Beáta</i>	

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

Szájhigiéniák és teljesítmény összefüggései élsportolók esetében	25
<i>Nier Janka, Dr. Németh Anikó PhD</i>	
Parkinson-kórban szenvedő betegek orális egészségének problémái	30
<i>Hettinger Petra, Dr. Németh Anikó PhD</i>	
Az orális egészség elhanyagolásának szerepe a demencia kialakulásában	34
<i>Szunyi Ágnes, Dr. Németh Anikó PhD</i>	

KITEKINTŐ

Szülővárosában, Sátoraljaújhelyen posztumusz díszpolgári címet kapott Kossuth Zsuzsanna	34
<i>Vörösmarty Attila</i>	

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Nursing and Stereotyping – Students' Experiences of Gender Discrimination	4
<i>Gergo Roland Szabo, Norbert Domonkos</i>	
Knowledge of Natural Contraception and its Effect on the Relationship – Mobile Application	9
<i>Kitti Máté-Póhr, Katalin Révai, Dr. Ilona Karácsony</i>	

NURSING IN THEORY

Decoding Encoded Messages – Application of the Subjective Nursing Diagnosis Formulation Criteria in Practice	15
<i>Kornélia Helembai Csc, PhD, Norbert Domonkos, Veronika Rajki PhD, Beáta, Oltványi</i>	

REVIEW ARTICLE

Oral Hygiene and Performance in Elite Athletes	25
<i>Janka Nier, Aniko Nemeth PhD</i>	
Oral Health Problems in Patients with Parkinson's Disease	30
<i>Petra Hettinger, Aniko Nemeth PhD</i>	
The Role of Oral Health Neglect in the Development of Dementia	34
<i>Agnes Szunyi, Aniko Nemeth PhD</i>	

KITEKINTŐ

Zsuzsanna Kossuth was Posthumously awarded the Title of Honorary Citizen in her Hometown of Sátoraljaújhely.	34
<i>Attila Vörösmarty</i>	

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja és a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskolája elismeri és beszámítja, az MTA-MTMT, a MTA-REAL-J, valamint 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 az XXI. század kihívásainak és követelményeinek megfelelő képes ápolók képzéséhez, továbbképzéséhez.

Kiadja: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara.
Felelős kiadó: Dr. Balogh Zoltán (PhD). **Terjeszti:** MESZK 1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 76. (1438 Budapest, Pf. 350.)
Telefon: 323-2070

A kiadvány megjelenését gondozza:

LITERATURA MEDICA
ANNO 1990

LifeTime Media Kft. egészségügyi divíziója

Nyomdai munka: Vareg Hungary Kft. **Felelős vezető:** Egyed Márton ügyvezető igazgató. **ISSN szám:** 0864-7003
Előfizetésben kézbesíti a Magyar Posta Zrt. (1900 Budapest).
Kézbesítéssel kapcsolatos információk: 06-1-767-8262.
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

Arany Ida

Dr. Balogh Zoltán (PhD)

Prof. Dr. Betlehem József (PhD)

Dr. Fedineczné Vittay Katalin

Jakab Judit

Dr. habil. Oláh András (PhD)

Dr. Pápai Tibor (PhD)

Dr. Papp László (PhD)

Dr. Rajki Veronika (PhD)

Sövényi Ferencné

Szobota Lívía

Tóth Andrea

Dr. Tulkán Ibolya (PhD)

Nemzetközi szerkesztőbizottság/ international editorial board

Prof. Dr. OiSaeng Hong (PhD)

Prof. PhDr. Valérie Tóthova (PhD)

A folyóirat szakmai támogatója



Helps. Cares. Protects.

Lapunkat rendszeresen
szemlézi a megújult

www.observer.hu

NŐVÉR**AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA**

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

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

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

A kéziratot szerkesztőségünkbe e-mail útján juttassák el a nover@meszk.hu címre. Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton a MESZK, 1438 Budapest, Pf. 350. címre) „Szerzői nyilatkozat”-ot is.

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

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

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

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

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

A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.

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

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Henriett Éva Hirdi PhD. Editors: Anikó Németh PhD, Katalin Papp PhD. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungary with English summaries. The Journal also offers continuing education credits in every issue. Editorial office: PoB 350., H-1438 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

EREDETI KÖZLEMÉNY

Ápolás és sztereotípiák – Hallgatók tapasztalatai a nemek közötti megkülönböztetésről

SZABÓ Roland Gergő, DOMONKOS Norbert

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: Megvizsgálni a nemi alapú sztereotípiákat az ápolói hivatásban, és feltárni azokat az akadályokat, amelyeket ezek a sztereotípiák teremtenek az ápolóhallgatók számára.

Anyag és módszerek: A kvalitatív adatok elemzését induktív tartalomelemzés segítségével végeztük, hogy azonosítsuk a nemi sztereotípiákkal kapcsolatos visszatérő mintákat és témákat.

Eredmények: A vizsgálatban 252 ápolóhallgató vett részt (79% nő, 21% férfi). A legfontosabb megállapítások a nemi sztereotípiákra világítottak rá: a férfi ápolókat gyakran nőiességgel azonosítják, míg a női ápolókat gyengének vagy alárendeltnek tekintik. A férfiak különösen a személyes gondozás terén ütköznek nehézségekbe, míg a női ápolók szexista megjegyzésekkel szembesülnek.

Következtetések: A nemi sztereotípiák továbbra is jelen vannak, és mindkét nemű ápolóhallgatók érzékelik őket a képzés és gyakorlat során. Ezek a sztereotípiák befolyásolják a szakmai identitást és a munkahelyi beilleszkedést. Az előítéletek kezelése támogatóbb környezetet teremthet, ami növelheti a munkával való elégedettséget és javíthatja az ellátás minőségét.

Kulcsszavak: nemi sztereotípiák, ápolóhallgatók, nemi szerepek

Nursing and Stereotyping – Students' Experiences of Gender Discrimination

Gergo Roland SZABO, Norbert DOMONKOS

SUMMARY

Purpose: This study aimed to investigate gender-based stereotypes in the nursing profession and explore the challenges these stereotypes pose for nursing students.

Methods: Qualitative data were analyzed through inductive content analysis to identify recurring patterns and themes related to gender stereotypes.

Results: The study involved 252 nursing students (79% female, 21% male). The key findings highlighted gender stereotypes: male nurses are often associated with femininity, while female nurses are perceived as weak or subordinate. Male nurses face particular challenges during personal care tasks, while female nurses frequently encounter sexist remarks.

Conclusions: Gender stereotypes persist, and both male and female nursing students perceive them during their education and practice. These stereotypes influence professional identity and workplace integration. Addressing these biases can create a more inclusive and supportive environment, increasing job satisfaction and improving the quality of care.

Keywords: gender stereotypes, nursing students, gender roles


SZABÓ Roland Gergő óraadó oktató, Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék; BSc-ápoló, SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Sebészeti Klinika; egészségügyi tanár MSc-hallgató, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Morfológiai és Fiziológiai Tanszék
ORCID-azonosító: 0009-0000-9454-8533

DOMONKOS Norbert PhD-hallgató, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Egészségtudományi Tagozat; egyetemi tanársegéd, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék
ORCID-azonosító: 0000-0001-5557-3947

Levelező szerző

(corresponding author):
SZABÓ Roland Gergő
E-mail: szabo.roland.gergo@med.u-szeged.hu

Beérkezett: 2025. január 3.
Elfogadva: 2025. január 20.

 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.38.0001> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

A sztereotípiák, amelyeket az emberek külső hatások révén sajátítanak el, a társadalmi struktúra egyik alapvető elemét képezik. Ezek a sztereotípiák egyfajta hiedelemrendszerként működnek, mivel egy adott csoport minden tagjához specifikus tulajdonságokat és jellemvonásokat rendelnek hozzá (Greenwald & Banaji, 1995). Noha a sztereotípiák önmagukban

csak általánosító megállapítások, attitűddel párosulva gyorsan káros hatással lehetnek az érintett csoportokra (Brander et al., 2015). Különösen a nemi sztereotípiák, amelyek a nők és férfiak felé irányuló társadalmi elvárásokban gyökereznek, mély kulturális alapokkal rendelkeznek, és jelentős hatást gyakorolnak az egyének fejlődésére, sőt hozzájárulhatnak a nők hátrányos helyzetbe kerüléséhez is (Czibere, 2009; Csernus, 2021).

A sztereotípiák az előítéletek egyik alapvető komponensét képezik, és maga a sztereotípiák kialakulásához vezethet. A sztereotípiák, előítéletek és diszkrimináció kölcsönhatásai hozzájárulnak a nemek közötti egyenlőtlenségek fennmaradásához, amelynek tipikus példái: a „nők helye a konyhában” elvárás, a nők alulreprezentáltsága a politikában, illetve az elnőiesedett szakmák alacsony társadalmi megbecsültsége (Czibere, 2009). Az ápolást manapság tipikusan női hivatásként tartják számon, és globális szinten is megfigyelhető, hogy a férfi ápolók száma igen csekély. Ez azonban nem volt mindig így, mivel a történelem során korábban főként férfiak látták el a gyógyító és ápolói szerepeket (Szabó & Domonkos, 2023). A modern ápolás kialakulásával párhuzamosan a társadalom a „jó ápolót” olyan fogalmakkal azonosítja, mint a „jó nő” vagy a „jó anya” (Fealy, 2004). Ez a felfogás a mai napig fennáll számos kultúrában, beleértve Szlovéniát (Prosen, 2022), Iránt (Azadi et al., 2016) és az Egyesült Királyságot (McLaughlin et al., 2010).

Az ápolást gyakran a női gondoskodás természetes kiterjesztéseként kezelik, és ez a hiedelem azt sugallja, hogy a gondoskodó magatartás kizárólagosan női tulajdonság, amely az ápolás alapvető építőkövének tekinthető (Sasa, 2019). Az a felfogás, miszerint az ápolás kizárólag nőkhez illő szakma, hozzájárul a férfiak természetellenességének megítéléséhez ezen a területen, és ezt a folyamatot tovább súlyosbítják a nemi sztereotípiák és szerepelvárások, amelyeket az ápolókhoz társítanak (Prosen, 2022). A férfi ápolók férfiaságát gyakran megkérdőjelezzik, diszkriminációval szembesülnek választott hivatásuk miatt, amely tényezők akadályozzák a szakmába való belépésüket, és növeli a lemorzsolódásuk kockázatát. A férfi ápolók nem kapnak elegendő támogatást vagy tiszteletet, és nincs reális példaképük az ápolói pályán, ami motiváló erőként hathatna rájuk (Azadi et al., 2016; Hosseini Marznaki et al., 2021; Prosen, 2022).

A női ápolók sem mentesek a nemi szerepekből adódó kihívásoktól. Az orvos-ápoló alárendeltségi viszony a munkakörnyezetben szintén megnehezíti helyzetüket (Prosen, 2022), továbbá a családi és karrierbéli szerepek összeegyeztetése is stresszforrásként jelenik meg esetükben (Feith et al., 2005).

A nemek kiegyenlítődése, valamint a hagyományos nemi szerepelvárások és nemi sztereotípiák oldódása elősegíthetné a stressz csökkentését és az egészségesebb munkakörnyezet kialakulását, ami mind a férfiak, mind a nők számára kedvező lenne az ápolás területén (Ushiro & Nakayama, 2010). Ez pozitívan hatna a pályaválasztók döntéseire, mérsékelné a pályaelhagyást, javítaná az ellátás minőségét, valamint növelné az ápolók és páciensek elégedettségét (Prosen, 2022).

A vizsgálat célja

Célunk, hogy alaposan áttanulmányozzuk és megértsük az ápolási területen felmerülő nemekhez kapcsolódó sztereotípiákat és az ezekből fakadó akadályokat a magyar ápolóhallgatók körében. Ennek során arra törekszünk, hogy mélyebb betekintést nyerjünk az említett jelenségek komplexitásába, és minőségi jellemzőit feltárjuk.

Anyag és módszerek

Jelen tanulmány egy komplex, kvantitatív és kvalitatív jellegű keresztmetszeti vizsgálat részeként valósult meg. A kutatáshoz egy több szakaszban kialakított kérdőívet használtunk, amely főként zárt, dichotóm és validált témaspecifikus skálákat tartalmazott. A kérdőív záró szakaszában nyitott kérdéseket is feltettünk, hogy mélyebb betekintést nyerjünk a válaszadók tapasztalataiba és nézeteibe.

A kvalitatív adatok elemzéséhez induktív tartalomelemzést használtunk, az alábbi lépések mentén.

Adat-előkészítés: Minden beérkezett választ anonimizáltunk, és előkészítettünk az elemzéshez.

Kódolási folyamat: Az adatokat többszöri áttekintés után nyitott kódolással elemeztük, amely során azonosítottuk a visszatérő mintázatokat, és ezeket különböző kategóriákba rendeztük.

Kategorizáció és értékelés: A kategorizált adatokból tematikus egységeket alakítottunk ki, majd ezek szisztematikus értékelésével azonosítottuk a releváns problémákat és jelenségeket, különös tekintettel a nemekhez kapcsolódó sztereotípiákra. E lépés biztosította a főbb kutatási kérdések megválaszolását és a problémás területek feltárását.

Az elemzés során folyamatosan ügyeltünk az átláthatóságra és a dokumentálásra, ezzel biztosítva a kutatási eredmények megbízhatóságát és érvényességét. A kvalitatív eredményeket narratív összefoglalás és szemléltető idézetek segítségével mutatjuk be.

Eredmények

A kutatásban összesen 252 ápolóhallgató vett részt, akik közül 199 fő (79%) nő és 53 fő (21%) férfi volt. A válaszadók átlagéletkora 27,6 év, a legfiatalabb résztvevő 20 éves, míg a legidősebb 53 éves, mivel a mintába levelező tagozaton tanuló hallgatók is bevonásra kerültek. A résztvevők családi állapotának megoszlása alapján 104 fő (41,3%) egyedülálló, 99 fő (39,3%) párkapcsolatban él, 44 fő (17,5%) házasságban, míg 5 fő (2%) elvált. A minta jelentős részét harmad- és negyedéves ápolóhallgatók alkotják: a válaszadók 37,7%-a (95 fő) a harmadik, 36,5%-a (92 fő) a negyedik évfolyamon tanult a kitöltés időpont-

jában, míg 17,5%-uk (44 fő) a második, és 8,3%-uk (21 fő) első évfolyamon folytatta tanulmányait.

A vizsgálatba hazai nagy egyetemeken tanuló, aktív jogviszonnal rendelkező ápolóhallgatók kerültek bevonásra. Az **1. ábra** szemlélteti a válaszadók területi megoszlását az oktatási intézmények szerint, amely alapján látható, hogy a többségük az SE-ETK, SZTE-ETSZK és a PTE-ETK hallgatója.

Az ápolóhallgatókat érő sztereotípiák

A válaszadók közül 130 fő (51,6%) számolt be arról, hogy észlelte a férfi és női ápolókkal szemben fennálló sztereotípiák jelenlétét az egészségügy területén. Ezen részmintából 101 hallgató (41 férfi és 60 nő) élt a lehetőséggel, hogy konkrét sztereotípiákat fogalmazzon meg. A beérkezett válaszok közül 54 darab a férfi ápolókkal, 36 darab pedig a nőnemű ápolókkal kapcsolatos sztereotípiákat tartalmazott, míg 3 kitöltő mindkét nemről megosztotta észrevételét. Nyolc válasz nem értelmezhető sztereotípiaként. Mindkét nem esetében megjelentek pozitív és negatív hangvételű sztereotípiák is.

Férfi ápolókkal kapcsolatos sztereotípiák

Az egyik leggyakoribb sztereotípiá, amely a férfi ápolókat érinti, az orvoslásra való asszociáció. Az általános felfogás szerint a férfi ápolókat gyakran tévesen orvosként azonosítják, vagy feltételezik róluk, hogy az ápolói pályát csupán ugródeszkának tekintik az orvosi hivatás felé. Ezenkívül megjelenik az a nézet is, hogy a férfiak azért választják az ápolói szakmát, mert nem sikerült bekerülniük az orvosi egyetemre, vagy onnan elbocsátották őket. Az ilyen megfigyelések szerint a társadalom hajlamos „bukott orvosként” kategorizálni őket.

Ezt a sztereotípiát mutatják be az alábbi idézetek:

„Egyszerűen sok (jellemzően idősebb) beteg nem tudja hová tenni a férfi ápolókat, beteghordónak hisznek vagy orvosnak, de sosem ápolónak, tehát sztereotípiá, hogy az ápoló csak nő lehet.” (F244)

„Sosem feltételezik, hogy én ápolóként vagyok ott, hisznek rólam minden mást: rezidens, konyhás, takarító, gondnok, beteghordó, de azt elsöre sosem, hogy ápoló, sajnós.” (F36)

Egy másik gyakori sztereotípiá a férfi ápolókat homoszexuális vagy feminin tulajdonságokkal társítja. Ezt nem csupán a férfi válaszadók említették, hanem női hallgatók is, jelezve, hogy ez a percepció szélesebb körben elterjedt. Egyes megfigyelések arra

1. ábra: Az ápolóhallgatók képzőhelyeinek megoszlása (N=252 fő)



is utaltak, hogy a férfi ápolók személyiségére és motivációjára vonatkozóan szexuális tartalmú, gyakran sértő sztereotípiák fogalmazódtak meg.

Egy példa erre:

„Azok a férfiak, akik ápolók lesznek, femininek, vagy már hallottam olyat is, hogy gerjednek szexuálisan az alá-fölé rendeltségre, amit ott meg tudnak élni.” (F251)

Egy másik elterjedt előítélet az, hogy a férfi ápolók durvák és fájdalmat okoznak az általuk végzett beavatkozások során, alacsony empátiával rendelkeznek, és nem alkalmasak az ápolói hivatásra.

„Amikor férfiként megyek elvégezni valamit, ami potenciálisan fájdalommal járhat, azonnal azt feltételezik a betegek, hogy durva leszek, és rögtön megkapom a csak finoman kérem szavakat...” (F24)

A válaszokból pozitív sztereotípiák is kirajzolódtak: például a fizikai erő, az informatikai tudás, valamint az analitikus gondolkodás, amelyek kiemelték a férfiak szakmai hozzájárulását bizonyos szakterületeken. Ezek alapján úgy vélik, hogy a férfi ápolók ezeken a területeken hatékonyabban dolgoznak női kollégáikhoz képest.

Nőnemű ápolókkal kapcsolatos sztereotípiák

A női ápolókat érintő sztereotípiák jelentős része az alárendeltséghez és a szakmai leértékeléshez kapcsolódik. Ezen előítéletek az orvosok és ápolók közötti hierarchikus különbségre utalnak, aláhúzva, hogy a női ápolók munkáját alig ismerik el.

Példák:

„A nők az orvosok kellekei. Az orvos parancsol, a nővér meg végrehajt...” (N241)

„Csak egy nővér. Lenézik, és azért, mert nők vannak benne túlnyomórészt...” (N108)

Egy másik visszatérő téma a fizikai gyengeséggel kapcsolatos előítélet. Az egyik válaszadó beszámolója szerint a betegek gyakran megkérdőjelezzik, hogy

a női ápolók képesek-e megfelelő fizikai munkát végezni:

„...a nők gyengék, nem tudják ugyanazt megtenni, mint a férfiak...” (N96)

A női ápolók kapcsán felmerült pozitív sztereotípiák, mint a nőiesség vagy az empátia, ugyanakkor erőteljes megfelelési kényszert is generálnak az érintettekben:

„Eltvárják, hogy nem hibázhatunk... Ha nem sikerül, akkor viszont azonnal mi leszünk a bűnbakok...” (N235)

A hallgatókat érő nehézségek, akadályok

A válaszadók közül 165 fő (65,5%) számolt be arról, hogy klinikai gyakorlatuk során nemük miatt többféle megkülönböztetésben részesültek, míg 126 fő (50%) konkrét akadályokkal is szembesült a neme miatt. Az adatokat részletesen elemző felmérésben 137 hallgató (45 férfi és 92 nő) osztotta meg konkrét példákon keresztül tapasztalatait.

A férfi ápolóhallgatók tapasztalatai

A férfi ápolóhallgatók gyakran szembesülnek azzal, hogy nemük befolyásolja a klinikai közegben való elfogadottságukat, különösen bizonyos higiéniai feladatok, például fürdetés, perianális terület ápolása vagy ágytál használata esetén. Több hallgató beszámolt arról, hogy az ilyen élmények nemcsak kellemetlenséget okoztak számukra, hanem hosszú távon is hatással voltak szakmai önértékelésükre és gyakorlatukra.

„Több ilyen eset is volt eddigi pályafutásom során, de amit sohasem felejték el, az az volt, hogy egy hölgy, amikor fürdetéshez készülődtem, azt kezdte el kiabálni, hogy ne rá csorgassam a nyálam, hanem keressek magamnak barátnőt, holott még csak a vizet és az eszközöket készítettem oda. Ezt követően sokáig próbáltam elkerülni azt, hogy ismét olyan helyzetbe kerüljek, amikor egyedül kell hölgyet fürösztennem.” (F6)

A férfi hallgatókat gyakran kizárják olyan feladatokból, mint a katéterezés, beöntés vagy EKG-készítés az ellenkező nemű pácienseken. Ezek a kizárások nagymértékben csökkenthetik a szakmai tapasztalatszerzés lehetőségét.

„Beöntést kellett volna csinálnom egy férfi betegnek, aki szóban kifejezte ellenvetését, hogy férfiként bármit a hátsójába vezessek, és nő ápolót követelt.” (F30)

A nőgyógyászati gyakorlatokat kiemelten problematikusnak találták a férfi hallgatók, ahol a nemből adódó előítéletek különösen érezhetőek voltak. Több visszajelzés utalt arra, hogy férfiként gyakran adminisztratív vagy háttérfeladatokra korlátozzák őket, ami hátrányosan befolyásolja szakmai fejlődésüket.

„Nőgyógyászati-gyakorlaton semmit sem csinálhatam, hanem az egész gyakorlatot papírok hajtogatásával kellett töltenem, amit biztosan az váltott ki a főnövéremben, hogy fiú vagyok, és ne hozzam a betegeket kellemetlen helyzetbe, de ezt hangoztatta is.” (F246)

Egyéb akadályokat a bizalom hiánya és a távolságtartás jelentett, amelyek gyakran a társadalmi normák és előítéletek következményei. Mindazonáltal kisebb arányban érkeztek pozitív példák is: ilyen volt a fizikai erő előnyben részesítése, az ellenkező nemű páciensek bókjai, valamint az, hogy gyakran orvosként azonosították őket, ami megkönnyített bizonyos interakciókat.

A női ápolóhallgatók tapasztalatai

A női hallgatók gyakran találkoztak szexuális tartalmú megjegyzésekkel, bókokkal vagy érintésekkel, különösen férfi páciensek részéről. Ezek az esetek nemcsak kényelmetlenséget, hanem mélyebb megalázottságérzést is okoztak számukra, ami hosszú távon stresszhez vezethet.

„Nyári nagy meleg volt, amikor szenvedtem én is a melegben és a betegek is a szobában. Valamit csináltam az egyik kórteremben, de közben mondtam, hogy fiú, de melegem van. Mire a benn fekvő férfi betegek egyszerre: Hát vetkőzzön le, nővére! Ez hihetetlenül megalázó volt számomra, még akkor is, ha csak viccnek szánták.” (N241)

Ezen túlmenően a női hallgatók többször érzékelték, hogy a férfi hallgatókkal kivételeznek. Ez nem a betegek részéről, hanem inkább a klinikai dolgozók és az oktatók részéről mutatkozott meg, ami hátrányos helyzetbe hozta őket. Számos válasz tükrözte az ebből fakadó frusztrációt és az érzett igazságtalanságot.

„Néhány fiú hallgatótársam jóval előbb és jóval hamarabb van bevonva bármibe, így sikeresebbek a gyakorlaton. Mi háttérbe kerülünk, és több erő vagy nem is tudom, törekvés kell, hogy felfigyeljenek miránk.” (N68)

„Sokszor érzem magam elhanyagolva a területi mentoroktól és az osztályon dolgozóktól, ha van ott fiú hallgatótársam is. Akkor minden figyelem rajta van, és csak vele törődnek.” (N250)

Megbeszélés és következtetés

A kutatás során begyűjtött szöveges válaszok alapján egyértelműen kirajzolódott, hogy mind a férfiak, mind a nők egyaránt érintettek a nemi szerepekkel és sztereotípiákkal kapcsolatos kérdésekben. A vizsgált minta jelentős mértékben tudatos a probléma felismerésében, hiszen képesek azonosítani és értelmezni ezen jelenségeket, ami a hatékony megküzdés alapfeltétele (Chinaveh, 2013).

A mintát alkotó ápolóhallgatók véleménye szerint a legjellemzőbb sztereotípiákat a **2. és 3. ábra** tartalmazza.

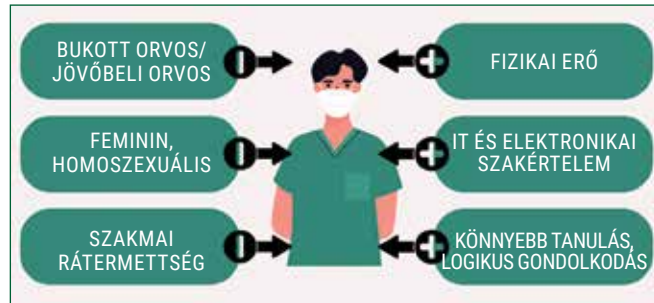
Láthatóvá vált, hogy a férfi ápolók esetében gyakran megkérdőjelezzük férfiasságukat, hiszen az ápolói szakma tradicionálisan női foglalkozásnak számít, így társadalmi elfogadottságuk alacsonyabb. Gyakran bélyegzik őket szakmailag kevésbé rátermettnek vagy eltérőnek, miközben velük szemben a hagyományos férfias normákból fakadó elvárások is megjelennek. A nőkkel szembeni sztereotípiák szintén ezen hagyományos társadalmi szerepek mentén formálódnak, ahol az alárendeltség és gyengeség társul hozzájuk, illetve az ápolónőket gyakran összekapcsolják a nőiességgel és szexuális vonzerővel. Ugyanakkor a női szerepekkel összhangban elvárásként jelenik meg feléjük a magasfokú empátia és szakmai rátermettség. Ezen sztereotipikus szerepek idővel olyan helyzetek elkerülésére készítetik az ápolókat, ahol szexualizálás, megbélyegzés vagy megaláztatás fenyegetheti őket (Evans, 2002). A férfi ápolók esetében ez leginkább a páciensek személyes higiéniájával kapcsolatos feladatokban nyilvánul meg, míg a nők főként kéretlen megjegyzések formájában tapasztalják ezeket.

Noha a sztereotípiák között pozitív jellegűek is akadnak, fontos kiemelni, hogy ezek is káros hatásúak lehetnek. Az egyéni szinten pozitívnak tűnő tulajdonságok, mint az empátia vagy a rátermettség, hosszú távon fokozott terhelést, megfelelési kényszert és szerepkonfliktust idézhetnek elő, mivel nem minden ápoló rendelkezik ezekkel a jellemzőkkel (Czopp et al., 2015; Teresa-Morales et al., 2022). A férfi ápolóknál megfigyelhető az úgynevezett „*óvatos gondozó*” szerep kialakulása, amely során igyekeznek minden kétes helyzetet elkerülni, ami végső soron negatívan hathat a betegellátásra (Evans, 2002).

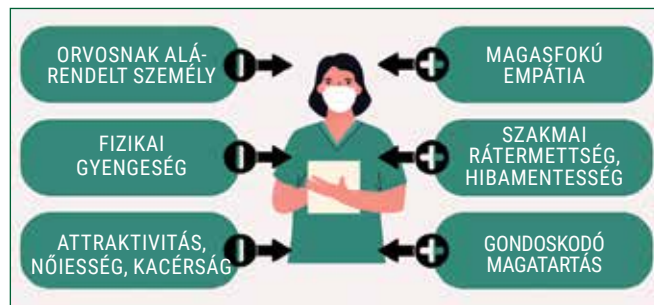
A probléma kezelésének kulcsa a tudatosság növelésében rejlik: fontos volna megkérdőjelezni a fennálló nemi sztereotípiákat, ami azonban egy lassú és összetett folyamat. A nemi szerepek újragondolása terén az ápolók közötti együttműködésen túl jelentős szerepet játszhat a média, amely formálja a közvéleményt (Teresa-Morales et al., 2022). A folyamatosan negatív és helytelen ápolói képekkel szembeesülő közönség alulértékeltnek tekinti az ápolói szakmát, míg az ilyen sztereotípiák az ápolók önképére is negatív hatással vannak (Kalisch et al., 2007).

Az ápolás nemi semlegességének eléréséhez elengedhetetlenek a jól megtervezett oktatási stratégiák

2. ábra: A férfi ápolókat érő negatív és pozitív sztereotípiák a kitöltők válaszaival szerint



3. ábra: Női ápolókat érő negatív és pozitív sztereotípiák a kitöltők válaszaival szerint



és szakmapolitikai intézkedések. Kutatásunk kvantitatív eredményei megerősítik, hogy az ápolói szakma mindkét nem számára egyaránt megfelelő, mivel a férfi hallgatók ugyanolyan szintű felkészültséget és szakmai professzionalizmust mutatnak az ápolással kapcsolatos dimenziókban, mint nőnemű társaik (Szabó & Domonkos, 2024).

A WHO előrejelzései szerint 2030-ra világszerte további 6 millió ápolóra lesz szükség, amit a várható élettartam-növekedés és a pályaelhagyás mértéke csak tovább súlyosbít. A meglévő sztereotípiák hozzájárulnak az ápolók fizikai és mentális jóllétének romlásához, demotivációhoz, depresszióhoz, és végső soron a pályaelhagyáshoz, ami tovább mélyíti az ápolói létszámihiányt (Kearns & Mahon, 2021).

Köszönetnyilvánítás

Szeretnénk köszönetünket közvetíteni a kérdőívet kitöltő diákok felé, akik hozzájárultak kutatási problémánk széles körű tanulmányozásához. Továbbá a kérdőívet megosztó ápolásoktatók felé, akik ezzel nagymértékben segítettek munkánk országos lefedettségét.

Szerzői munkamegosztás: Sz. R. G.: szakirodalom kutatása, tanulmány megtervezése, kérdőív szerkesztése, kutatás kivitelezése, adatfeldolgozás és adatelemzés, közlemény megírása. D. N.: kutatás

szakmai véleményezése, kézirat korrekciója, szakmai lektorálása. A cikk végleges változatát mindegyik szerző elolvasta és jóváhagyta.

Anyagi támogatás: Készült a Kulturális és Innovációs Minisztérium ÚNKP-1-SZTE-142 kódszámú Új

Nemzeti Kiválóság Programjának a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alapból finanszírozott szakmai támogatásával.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalomjegyzék

- Azadi, A., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., O'Connor, T., Negarandeh, R., & Taghinejad, H. (2016). Maintaining Equilibrium: Socialization and Gendered Identities of Iranian Male Nurses. *The Journal of Men's Studies*, 25(3), 223–244. <https://doi.org/10.1177/1060826516658764>
- Brander, P., De Witte, L., Ghanaea, N., & Gomes, R. (2015). Compass: manual on human rights education with young people. Council Of Europe Publ.
- Chinaveh, M. (2013). The Effectiveness of Problem-solving on Coping Skills and Psychological Adjustment. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 84, 4–9. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.499>
- Czibere, I. (2009). Gender ABC. Debreceni Egyetem Szociológia és Szociálpolitika Tanszéke. https://szociologia.unideb.hu/sites/default/files/upload_documents/czibere_ibolya_gender.pdf letöltés dátuma: 2024. december 5.
- Czopp, A. M., Kay, A. C., & Cheryan, S. (2015). Positive Stereotypes Are Pervasive and Powerful. *Perspectives on Psychological Science*, 10(4), 451–463. <https://doi.org/10.1177/1745691615588091>
- Csernus, F. (2021). Hátrányban a nők a munkaerőpiacon. Amnesty International Magyarország. https://www.amnesty.hu/wp-content/uploads/2022/01/Hatranyban-a-nok-a-munkaeropiacon_web.pdf letöltés dátuma: 2024. november 30.
- Evans, J. A. (2002). Cautious caregivers: gender stereotypes and the sexualization of men nurses' touch. *Journal of Advanced Nursing*, 40(4), 441–448. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02392.x>
- Fealy, G. M. (2004). "The good nurse": visions and values in images of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 46(6), 649–656. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03056.x>
- Feith, H. J., Kovácsné Tóth, Á., & Balázs, P. (2005). Női szerepek diplomás hallgatóknak jövőképeben. *Nővér*, 18(3), 3–8. https://archive.meszk.hu/meszk.hu/upload/meszk/document/nover_2005_18e_3sze102.pdf?web_id= letöltés dátuma: 2024. december 6.
- Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102(1), 4–27. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.102.1.4>
- Hosseini Marznaki, Z., Khanjankhani, K., Salisu, W. J., Hajhosseini, F., & Barzegari, S. (2021). Identifying and Ranking the Factors Affecting the Choice of Nursing Discipline Among Nursing Students in Iran: A Fuzzy Hierarchical Analysis. *Journal of Nursing Research*, 29(5), e171. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000449>
- Kalisch, B. J., Begey, S., & Neumann, S. (2007). The image of the nurse on the internet. *Nursing Outlook*, 55(4), 182–188. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2006.09.002>
- Kearns, T., & Mahon, P. (2021). How to attain gender equality in nursing – an essay. *BMJ*, 373. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1232>
- McLaughlin, K., Muldoon, O. T., & Moutray, M. (2010). Gender, gender roles and completion of nursing education: A longitudinal study. *Nurse Education Today*, 30(4), 303–307. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.08.005>
- Prosen, M. (2022). Nursing students' perception of gender-defined roles in nursing: a qualitative descriptive study. *BMC Nursing*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00876-4>
- Sasa, R. I. (2019). Male nurse: A concept analysis. *Nursing Forum*, 54(4). <https://doi.org/10.1111/nuf.12374>
- Szabó, R. G., & Domonkos, N. (2023). Női és férfi kéz a betegellátás szolgálatában – ápolástörténeti kitekintés. *Kaleidoscope History*, 13(27), 417–434. <https://doi.org/10.17107/kh.2023.27.49>
- Szabó, R. G., & Domonkos, N. (2024). Nursing students in the stranglehold of gender roles: issues of career choice and professionalism. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 15(3), 1148–1157. <https://doi.org/10.15452/cejnm.2024.15.0013>
- Teresa-Morales, C., Rodríguez-Pérez, M., Araujo-Hernández, M., & Feria-Ramírez, C. (2022). Current Stereotypes Associated with Nursing and Nursing Professionals: An Integrative Review. *ProQuest*, 19(13), 7640. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137640>
- Ushiro, R., & Nakayama, K. (2010). Gender role attitudes of hospital nurses in Japan: Their relation to burnout, perceptions of physician-nurse collaboration, evaluation of care, and intent to continue working. *Japan Journal of Nursing Science*, 7(1), 55–64. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2010.00138.x>

EREDETI KÖZLEMÉNY

A természetes fogamzásgátlással kapcsolatos ismeretek és annak a párkapcsolatra való hatásának felmérése – mobilapplikációk vizsgálata

MÁTÉ-PÓHR Kitti, RÉVAI Katalin, DR. KARÁCSONY Ilona

ÖSSZEFOGLALÁS

Célkitűzés: Vizsgálatunk célja az volt, hogy választ kapjunk arra vonatkozóan, hogy a természetes fogamzásgátló módszerek használata mennyire széles körű a nők körében, használatuk hogyan hat a párkapcsolat minőségére, valamint, hogy felmérjük a tájékozottság szintjét a különböző módszerekkel kapcsolatban; kiegészítve megvizsgálni a módszereket segítő mobilapplikációk használatát.

Vizsgálat módszere: A kvantitatív, keresztmetszeti kutatásunk online felületen valósult meg. Célcsoportunk a 18 és 49 év közötti, reprodukzív korban lévő nők voltak (n=159). Saját szerkesztésű kérdőívet és standardizált mérőeszközt is (PAIR-H, IMB-HU) alkalmaztunk. Két változó kapcsolatának meghatározását χ^2 -próbbával és korrelációs számítással végeztük, az átlagok közti különbségek meghatározásához ANOVA-számítást alkalmaztunk ($p < 0,05$). Az adatok feldolgozását SPSS 22.6 statisztikai szoftver segítségével végeztük.

Eredmények: A válaszadók átlagéletkora 34,36 év volt, 69,81%-a rendelkezett felsőfokú végzettséggel. Az iskolai végzettség emelkedésével párhuzamosan a természetes fogamzásgátló módszerekkel kapcsolatos tudás átlagértékei is növekedtek ($p < 0,05$), míg a többi faktor esetében (életkor, családi állapot) a kapott átlagértékek között jelentős különbség nem volt bizonyítható ($p > 0,05$). A természetes fogamzásgátló módszerekkel kapcsolatos ismeret nem volt szélesebb körű azok körében, akik a pozitív családtervezés folyamatában voltak ($p > 0,05$). A természetes fogamzásgátló módszerek alkalmazása nem befolyásolta a párkapcsolat minőségét ($p > 0,05$). A mobilapplikációs lehetőségek nem nyújtottak jelentősebb segítséget a természetes fogamzásgátlási módszerek alkalmazásában a szakemberekhez képest ($p > 0,05$).

Következtetés: Eredményeink alapján különös hangsúlyt kell fektetni a nők termékenységgel kapcsolatos ismereteinek bővítésére, megfelelő oktatással és tájékoztatással.

Kulcsszavak: természetes fogamzásgátlás, párkapcsolat, mobilapplikációk, LAM

Knowledge of Natural Contraception and its Effect on the Relationship – Mobile Application

Kitti MÁTÉ-PÓHR, Katalin RÉVAI, Dr. Ilona KARÁCSONY

SUMMARY

Purpose: The aim of our research was to find out how widespread the use of natural contraceptive methods is among women, how well informed they are about the different methods and how their use affects the quality of their relationship. This is complemented by experiences of using mobile apps to support these methods.

Methods: Our target group was women between 18 and 49 years of reproductive age (n=159). Besides self-designed questions, we used standardized measurement instruments (PAIR-H, IMB-HU). Descriptive statistical methods were used to process the responded data. χ^2 test and correlation analysis were used to determine the relationship between two variables ($p < 0,05$), and one-way analysis of variance was used to determine the differences between means. Data were processed using SPSS 22.6 statistical software.

Results: The average age of respondents was 34.36 years, 69.81% of them had higher education level. As education increased, the mean values of knowledge about natural contraceptive methods also increased ($p < 0,05$), while for the other factors (age, marital status) no significant difference was found between the mean values ($p > 0,05$). Knowledge of natural contraceptive methods was not more widespread among those who were in the process of positive family planning ($p > 0,05$).

MÁTÉ-PÓHR Kitti tanársegéd,
Pécsi Tudományegyetem,
Egészségtudományi Kar,
Sürgősségi, Egészség-
pedagógiai és Ápolástudományi
Intézet, Oxiológiai, Sürgősségi
Ellátási Tanszék; mentőtiszt,
Országos Mentőszolgálat,
Nyugat-dunántúli Régió;
PhD-hallgató, Pécsi Tudomány-
egyetem, Egészségtudományi
Doktori Iskola,
ORCID-azonosító:
0009-0003-0368-0144

RÉVAI Katalin védőnőhallgató,
Pécsi Tudományegyetem,
Egészségtudományi Kar,
Egészségtudományi Alapozó,
Szülésznői és Védőnői Intézet,
Védőnői és Prevenációs Tanszék

DR. KARÁCSONY Ilona
adjunktus, Pécsi Tudomány-
egyetem, Egészségtudományi
Kar, Egészségtudományi
Alapozó, Szülésznői és Védőnői
Intézet, Védőnői és Prevenációs
Tanszék
ORCID-azonosító:
0000-0003-3336-9376

The use of natural contraceptive methods did not affect the quality of couple relationships ($p>0.05$). Mobile application options did not provide significant help in the use of natural contraceptive methods among those who were able to access professionals too ($p>0.05$).

Conclusion: Our findings suggest that particular emphasis should be placed on increasing women's knowledge about fertility through appropriate education and information.

Keywords: natural contraception, couples, mobile apps, LAM

Levelező szerző

(corresponding author):

MÁTÉ-PÓHR Kitti

E-mail: kitti.pohr@etk.pte.hu



Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.37.0002> | www.eLitMed.hu

Beérkezett: 2025. január 29.

Elfogadva: 2025. február 3.

Bevezetés

Az anyaságra vágyó nők demográfiai jellemzői jelentősen megváltoztak az elmúlt néhány évtizedben, a fejlettebb országokban élők egyre inkább késleltetik a várandósságot. A mozgalmasabb életmód gyakran egybeesik a ritkább szexuális kapcsolattal, így az időzített közöslést gyakran használják a fogantatás elősegítésére. A terhesség megtervezésére vagy megelőzésére szolgáló termékenységi tudatosságon alapuló módszerek (FABM) a női menstruációs ciklus termékeny napjainak pontos azonosításán alapulnak. Bár a nők menstruációs ciklusának átlagos hossza 28 nap, a ciklus hossza az egyének között jelentős eltéréseket mutat, valamint az idő függvényében változik a menstruációs ciklus is. A termékeny időszak hossza és időzítése is változó (Johnson et al., 2018). Egyre nagyobb az érdeklődés a FABM digitális megoldásai iránt, és egyre több olyan mobilalkalmazás jelenik meg, amely a menstruációs ciklus nyomon követésére alkalmas. Ezek közül az alkalmazások közül nagyon kevés rendelkezik tudományos alappal mind a funkcionalitásukat, mind pedig a hatékonyságukat illetően. A bizonyítékok hiánya ellenére ezek a termékenységekövetők gyakran a menstruációs ciklus fiziológiájára vonatkozó alapvető és általánosított feltevések alapján számítanak ki és jelenítenek meg egy valószínűsített termékeny időszakot. Ez magában foglalja annak kockázatát, hogy a nők termékenységekövető készülékeket használnak a terhesség megelőzésére, ez pedig nem kívánt terhességhez vezethet (Kleinschmidt et al., 2019). A termékenységi időszakra vonatkozó legtöbb előrejelzést az alkalmazások felhasználói adatokból állítják elő, mint például az utolsó menstruáció ideje és a ciklus hossza. A menstruációs ciklus hosszának változékonysága miatt kétségek merültek fel a naptáralapú termékenységi alkalmazások megbízhatóságával kapcsolatban. Azok az alkalmazások, amelyek rendkívül hosszú termékeny időszakot mutattak, nagy valószínűséggel tartalmazzák az ovuláció napját. Azonban egy ilyen

hosszú termékeny időszak biztosítása kevés hasznot hoz a teherbe esni próbáló nők számára (Johnson et al., 2018).

A termékenységi tudatosságra épülő módszerek alkalmazását a post partum időszakban nehezíti az a tény, hogy az első ovuláció és ezért a termékenység első periódusa gyakran az első menstruáció előtt következik be (például szülés utáni amenorrhoea során). A szülést követő első ovuláció időpontját nem lehet pontosan előre megjósolni minden egyén esetében (Redmond et al., 2022). A családtervezés alapvető jog, és a termékenységi szabályozás azon intézkedéseknek összességéként definiálható, amelyek a nő, a férfi vagy a házaspár számára egyenlő jogokat biztosítanak az utódok létrehozásához vagy annak korlátozásához. Különböző fogamzásgátlási módszerek léteznek, amelyek lehetővé teszik a párok számára, hogy igényeik szerint válasszanak. A természetes módszerek használata (Billings-módszer, naptáralapú módszer és bazális hőmérséklet mérésének módszere) a természetes családtervezéshez mint attitűdhöz kapcsolható, amikor a termékeny periódusokat a menstruációs ciklus termékeny és terméketlen szakaszában természetesen előforduló jelek és tünetek megfigyelésével követjük nyomon. Bizonyított, hogy a vallás, valamint a párok etikai és erkölcsi alapelvei erősen hozzájárulnak a módszer kiválasztásához. A nemzetközi szakirodalom rávilágít arra, hogy a természetes módszereket használó párok szexuális együttéléneik gyakorisága általában megegyezik az egyéb módszereket használó párok szexuális együttéléneik gyakoriságával (dos Santos et al., 2017). Magyarországon 2021-ben 1,59 volt a teljes termékenységi ráta, ami hasonló, mint az Európai Unió egészében (1,53). A legtöbb magyar nő átlagosan 2,4 gyermeket tervez, de a legtöbben csak egyet vállalnak (54%) karrier, anyagi vagy családi okok miatt. 2023-ban minden 5 éves szülésre esett egy abortusz (KSH-adat). A hatékony fogamzásgátlás kérdésének előtérbe kerülése a nők számára a szülés utáni időszakban azonnal vagy röviddel a szülés után

(hat-nyolc héttel) fontos egészségügyi probléma. A kizárólagos szoptatásnak a petefészkek működésére gyakorolt szuppresszív hatása, amely azzal jár, hogy nem tér vissza a menstruáció, az úgynevezett laktációs amenorrhoea (LAM), meglehetősen megbízható természetes fogamzásgátló módszer a szülést követő időszakban (Vanya et al., 2018). Ugyanakkor több mint 74 millió nemkívánatos terhesség következik be évente a fejlődő országokban, és 30%-uk a fogamzásgátlás rossz használatának tulajdonítható. Ezek főként a használók fiatal korának és alacsony gazdasági helyzetének, valamint a helytelen és hibás fogamzásgátló módszerek alkalmazásának köszönhetőek. Az életkor, az iskolai végzettség, a családi jövedelem, családi állapot és a fogamzásgátló módszer típusa mind-mind befolyásoló tényező (Mufdilil et al., 2021).

Vizsgálatunk célja alátámasztani, hogy a természetes fogamzásgátló módszerekkel kapcsolatos ismereteket befolyásolják szociodemográfiai faktorok (életkor, iskolai végzettség, jövedelmi helyzet, családi állapot). Megerősítést vártunk arra vonatkozóan, hogy a természetes fogamzásgátló módszerekkel kapcsolatos ismeret szélesebb körű azok körében, akik a pozitív családtervezés folyamatában vannak, és a LAM természetes fogamzásgátlási módszer alkalmazását illetően tágabb ismerettel rendelkeznek azok, akik bármilyen természetes fogamzásgátlási módszert használnak. Feltételeztük, hogy a természetes fogamzásgátló módszerek alkalmazása kihat a párkapcsolat minőségére is, hiszen néhány módszerrel időszakos absztinencia is szükséges, valamint a párok segítő és megértő hozzáállása.

Anyag és módszer

Kvantitatív, keresztmetszeti vizsgálatunk 2023. április–november közötti intervallumban zajlott. Célcsoportunkat a természetes fogamzásgátló módszert folyamatosan (legalább hat hónapja) alkalmazó nők és a reprodukzív korban (18–49 év közöttiek) lévő nők alkották. Kérdőívünket online felületen osztottuk meg, összesen 95 kérdésből állt. Saját szerkesztésű kérdőívünk az alábbi kérdésköröket tartalmazta: szociodemográfiai adatok, a fogamzásgátlási módszerek ismerete és használata, menstruációs ciklust követő applikációk igénybevétele. Standardizált mérőeszközök révén használtuk a PAIR-H (Personal Assessment of Intimacy in Relationships) párkapcsolati kérdőív magyar változatát (Kövért et al., 2017) és IBM-HU (Intimate Bond Measurement) Intim Kötődés Mérése kérdőívet (Hadházi & Takács, 2019). Vizsgálatunkból kizárásra kerültek a meddő nők, akik kezelésen vesznek részt, az értelmi képességzavarban vagy de-

presszióban szenvedő nők. Így az összes 182 kitöltésből végezhető 159 lett értékelhető ($n=159$).

A kapott adatokat SPSS 26.0 program segítségével, leíró statisztikai (abszolút és relatív gyakoriság, átlag, szórás, minimum- és maximumértékek) és matematikai számításokkal (χ^2 -próba, korrelációszámítás, egyutas varianciaanalízis [ANOVA]) elemeztük. A folytonos változók átlag \pm standard deviáció, a kategorikus változók pedig relatív gyakoriság formájában kerültek bemutatásra. Az eredményeket gyakoriság- és átlag megbízhatósági tartománnyal prezentáltuk, a szignifikanciaszintet $p \leq 0,05$ értéknél határoztuk meg (Pakai & Kívés, 2013).

Vizsgálatunk adatfelvétele önkéntes és anonim módon zajlott, minden etikai szempontnak megfelelt.

Eredmények

A felmérésben résztvevők átlagéletkora 34,36 év ($SD=7,28$), a legfiatalabb 19 éves, a legidősebb pedig 49 éves volt. A kitöltők közül a családi állapotot tekintve 67,92% (108 fő) volt házas, 1,26% (2 fő) elvált, 3,77% (6 fő) egyedülálló és élettársi kapcsolatban pedig 27,04% (43 fő) volt. A válaszadók 64,78%-a (103 fő) városban, 34,59%-a (55 fő) falun vagy községben és 0,63%-a (1 fő) tanyán élt. Iskolai végzettségüket tekintve kevesebb, mint 8 általánost 0,00% (0 fő) és 8 általánost pedig szintén 0,00% (0 fő) végzett, míg szakmunkás/szakiskolát 4,40% (7 fő), érettségit adó képzést/szakközépiskolát/gimnáziumot 23,27% (37 fő), főiskolát/egyetemet 69,81% (111 fő) és egyéb iskolát pedig 2,52% (4 fő) végzett. A természetes fogamzásgátlásra irányuló tudásteszt 14 saját szerkesztésű feleletválasztós ítemet tartalmazott. Az átlageredmény 9,06 pont lett. A legkevesebb 2 és a legtöbb, amit elérték pedig 14 pontos lett ($SD=2,58$). Iskolai végzettség és tudás összefüggésének vizsgálata során jelentős eltérés volt mérhető a természetes fogamzásgátlással kapcsolatos ismeretek terén ($F [2,152] 3,23$ $p=0,042$). A legmagasabb iskolai végzettség emelkedésével párhuzamosan a természetes fogamzásgátló módszerekkel kapcsolatos tudás átlagértékei is növekedtek (szakmunkásképző/szakiskola $M=7,0$; felsőfokú végzettség $M=9,29$).

A közös élmények és a megértés-támogatás vizsgálata

Standardizált mérőeszközök révén a PAIR-H (Personal Assessment of Intimacy in Relationships) párkapcsolati kérdőív magyar változatát és IBM-HU (Intimate Bond Measurement) Intim Kötődés Mérése kérdőívet használtuk fel a kérdéseink kiegé-

sztítésére. A PAIR-H párkapcsolati kérdőívnek két alskálája szerint a közös élményeket és a megértéstámogatást kellett külön értékelnünk. A válaszadóknak (n=159) 1-től 5-ig kellett jelölniük, hogy mennyire értenek egyet az állításokkal. Az 1-es megjelölése azt jelentette, hogy egyáltalán nem értett egyet a válasszal, a 2-es azt, hogy kismértékben ért egyet, a 3-as közepes mértékben ért egyet, a 4-es nagyjából ért egyet és az 5-ös pedig azt, hogy teljesen egyetért a válasszal.

A kérdőívben a következő állítások szerepeltek: *Gyakran érzek érzelmi távolságot köztem és partnerem között. Elégedett vagyok a szexuális életünkkel. Partnerem segít a gondolataim rendezésében/rendszerzésében. Úgy gondolom, hogy van néhány közös érdeklődési körünk. Partnerem igazán megérti fájdalmaimat és örömeimet. Úgy érzem, hogy szeretteink rutinszerűek. Amikor valami komoly dologról beszélgetünk, úgy tűnik, hogy kevés dologban értünk egyet. Kevés közös érdeklődési körünk van. Előfordul, hogy partnerem érzelmileg elhanyagol. Képes vagyok kifejezni partneremnek azt az igényemet, hogy szexuális együttlétre vágyom vele. Komoly beszélgetéseink során úgy érzem, hogy alulmárodok partneremmel szemben. Ritkán találunk időt a szabadidő közös eltöltésére. Ha szükségem van arra, hogy valaki meghallgasson, partnerem készséggel figyel rám. Visszafogom szexuális vágyaimat, mert kényelmetlenül érzem magam partnerem ehhez való viszonyulása miatt. Úgy érzem, hogy vannak olyan dolgok, amiről nincs értelme a partneremmel beszélgetni. Egyazon szabadidős tevékenységeket szeretjük. Érzelmemet úgy tudom kifejezni partnerem felé, hogy ez nem vált ki belőle védekezést. A szexuális vágy kifejezése a kapcsolatunk fontos része. Számítalan témáról tudunk partneremmel beszélgetni. Szabadidőnket örömmel töltjük el együtt. Néha akkor is egyedül érzem magam, amikor együtt vagyunk. A partnerem nem mutat érdeklődést a szex iránt. Partnerem gyakran megpróbálja megváltoztatni a véleményemet dolgokról. Szeretünk együtt játszani.* Az eredmények alapján a közös élményeknél átlagosan 28,50 pontot értek el. A legkevesebb 11, míg a legtöbb 35 pont volt (SD=4,69). A támogatás alskálán átlagosan 36,32 pontot értek el. Itt a legkevesebb 11 pont, a legtöbb pedig 45 pontos lett (SD=7,26).

Attitűd- és viselkedésminták vizsgálata

Az Intim Kötődés Mérése IBM-HU kérdőívnek kellett jelölniük a megkérdezett nőknek, hogy milyen attitűd- és viselkedésmintát mutat mostanában a partnerük velük szemben. A 3-as azt jelentette, hogy az állítás tökéletesen igaz, a 2-es azt, hogy többnyire igaz, az 1-es azt, hogy kismértékben igaz, és a 0 pedig azt, hogy egyáltalán nem igaz.

A kérdőívben az alábbi állítások szerepeltek: *Törődik velem. Egy vitában a saját oldalára akar állíta-*

ni. Pontosan tudni akarja, hol vagyok és mit csinálok. Jó társ. Kimutatja felém az érzelmeit. Látszik, hogy megbántódik, ha nem osztom a nézeteit. Megpróbál megváltoztatni. Erősen megbízik bennem. Apróbb dolgokban is hajlamos megkritizálni engem. Megérti a gondjaimat és problémáimat. Szokott utasítgatni engem. Ragaszkodik ahhoz, hogy mindent úgy csináljak, ahogyan ő mondta. Testi dolgokban gyöngéd és tapintatos. Éreztem, hogy szüksége van rám. Kis dolgokban akar megváltoztatni. Nagyon szeret. Uralkodni próbál felettem. Jó vele lenni. Nagy dolgokban akar megváltoztatni. Ellenőrizni akar mindent, amit teszek. Kimutatja az elismerését, bármit csinálok. Négyszemközt kritikus velem. Gyöngéd és kedves velem. Barátságos és meleg hangon beszél hozzám.

Az értékelés két alskála szerint történt, amik az IBM-HU gondoskodás, valamint IBM-HU kontrollalskálák voltak. A gondoskodásnál átlagosan 29,66 pontot értek el. A minimális 0 és a maximális pedig 36 pont volt (SD=6,69). A kontrollnál átlagosan 7,28 pontot értek el. A legkevesebb 0 pont volt, a legtöbb viszont 33 pont (SD=6,60).

Fogamzásgátlással kapcsolatos eredmények

A továbbiakban a válaszadók fogamzásgátlásával kapcsolatos módszereire irányuló kérdéseket is feltettünk. Arra a kérdésre, hogy milyen fogamzásgátló módszert használ jelenleg, a következő válaszokat és eredményeket kaptuk. A megkérdezett nők 10,69%-a (17 fő) használ hormonális fogamzásgátló tablettát, 6,29%-a (10 fő) méhen belüli fogamzásgátló eszközt, 1,26%-a (2 fő) hüvelyi pesszáriumot, méhszájsapkát vagy hüvelyi szivacsot, 0,63%-a (1 fő) hüvelygyűrűt, 1,89%-a (3 fő) lokálisan/helyileg alkalmazható fogamzásgátló szert, 1,26%-a (1 fő) közösülés utáni hüvelyöblítést vagy más néven irrigálást, 18,24%-a (29 fő) természetes fogamzásgátló módszert. Legtöbben – 44,03% (70 fő) – a gumióvszert és a megszakított közösülést – 33,96% (54 fő) – használják. A kérdések között választ kaptunk arra is, hogy hány éves koruk óta használnak bármilyen fogamzásgátlási módszert. Átlagértéknek a 18,36 év jött ki. Legkorábban 14 évesen és a legkésőbb 30 évesen kezdték el használni a fogamzásgátlás valamely formáját. A megkérdezettek 35,22%-a (56 fő) használ, 42,77%-a (68 fő) nem használ jelenleg természetes fogamzásgátlási módszert és 22,01% (35 fő) soha nem is alkalmazta.

A természetes fogamzásgátlási módszereket használók körében az alkalmazás átlagos ideje 6,78 év (SD=6,15) volt. A legkevesebb 1 év, a legtöbb pedig 30 év volt, amíg ezt a módszert használták. A módszer formáját tekintve naptármódszert 39,42% (41 fő), Billings-módszert 9,62% (10 fő), LAM-ot (laktációs amenorrhoea) 9,62% (10 fő), hőmérőzést (ébredési hőmérséklet mérése) 16,35% (17 fő), Stan-

dard Days módszert (ciklusgyöngyök) 0,00% (0 fő), Creighton-módszert 2,88% (3 fő), termékenységtudat-módszert 0,96% (1 fő), és a legtöbben, 72,12% (75 fő) pedig a megszakított közösülést jelölték meg válaszként.

A természetes fogamzásgátlás motivációinak vizsgálata

A természetes fogamzásgátlás motivációinak vizsgálata során azt az eredményt kaptuk, hogy a legtöbben, 63,55% (68 fő) az egészségük és a hormonális módszerek okozta mellékhatások elkerülése érdekében választották ezt a módszert, 60,75% (65 fő) a hormontartalmú gyógyszer elkerülése miatt, 40,19% (43 fő) a későbbi családtervezés miatt, 30,84% (33 fő) az egyszerűsége miatt, 17,76% (19 fő) azért, mert olcsó, 13,08% (14 fő) olvasta és hallott róla, 3,74% (4 fő) egészségügyi szakember (orvos, védőnő, szülésznő) ajánlása miatt, 1,87% (2 fő) pedig azért, mert mást nem ismert. Más fogamzásgátlási módszert 40,00% (46 fő) használ a természetes fogamzásgátlás mellett, 27,83% (32 fő) nem és 32,17% (37 fő) alkalmanként használ. A válaszadók 68,10%-a (79 fő) használja pozitív családtervezés céljából.

A természetes fogamzásgátlási módszer alkalmazását segítő mobilapplikációk vizsgálata

Válaszadóink 40,00%-a (44 fő) használ és 60,00%-a (66 fő) nem használ ilyen mobilapplikációt. 58,33% (42 fő) azt a választ adta, hogy segítségére van a természetes fogamzásgátlása követésében az alkalmazott applikáció. A megkérdezett nők 20,13%-a (32 fő) nagyon hasznosnak találta, 13,21%-a (21 fő) hasznosnak találta, 2,52%-a (4 fő) kevésbé és 1,26%-a (2 fő) egyáltalán nem tartotta hasznosnak a természetes fogamzásgátlási módszer alkalmazását segítő mobilapplikációkat. A természetes fogamzásgátlási módszerek alkalmazása nem befolyásolta a természetes fogamzásgátlási módszer követését segítő mobilapplikáció alkalmazását ($p=0,67$).

A szoptatási időszak mint fogamzásgátlási módszer (LAM) vizsgálata

Mintánk 47,17%-a (75 fő) ismerte ezt a módszert, 52,83%-a (84 fő) viszont nem. Közülük 15,09% (24 fő) alkalmazta is. Más fogamzásgátlási módszert használ vagy használt a LAM-módszer mellett a válaszadók 46,30%-a (25 fő). LAM természetes fogamzásgátlási módszer alkalmazásával kapcsolatos öt saját szerkesztésű kérdésből álló tudásteszten a minta átlagosan 2 pontot ért el, legkevesebb 0, míg a legtöbb elért pont 5 volt ($SD=1,33$). A megkérde-

zetteknek a tudásteszt kérdéseinek 3, illetve 4 válaszlehetősége közül kellett a helyes megoldást megadniuk. A LAM természetes fogamzásgátlási módszer alkalmazásával kapcsolatos ismeret legkisebb átlagértéke ($M=1,88$) a hormonális fogamzásgátló tablettát használóknál és a legnagyobb ($M=2,41$) a természetes fogamzásgátlást (naptármódszer, Billings stb.) használóknál volt. A természetes fogamzásgátlási módszer alkalmazása nem befolyásolta a LAM-módszerrel kapcsolatos tudást ($F [2,156] 0,940$ $p=0,393$).

Megbeszélés

A természetes fogamzásgátlás lehetőségeiről való széles körű tájékoztatás és megfelelő ismeretszerzés a saját testük működéséről kardinális a nők életében, hiszen egyszerű önmegfigyeléssel számos lehetőség nyílna számukra a szexuális védekezésre vagy éppen a kívánt gyermek megfogadásának segítésére. Ezek az ismeretek a párkapcsolatukra nézve is kihathatnak és számos más előnnyel rendelkeznek, mint például a menstruációs ciklus követése, vagy akár az állandó hormontartalmú gyógyszereszedés elkerülése. Pozitív családtervezés esetében különösen hasznos a megfelelő tudás, ismeret megszerzése, és a széles körű tájékozódás a női ciklusról és annak követéséről, hiszen ez fontos alapja a sikeres fogantatásnak.

Az iskolai végzettség pozitív összefüggést mutat a természetes fogamzásgátlási módszerek ismeretével ($p<0,05$). *Febring* és munkatársa tanulmánya arra kereste a választ, hogy a leggyakoribb fogamzásgátló módszerek, mint például az orális fogamzásgátló tabletták, óvszer stb. és a Natural Family Planning (NFP) természetes családtervezési módszerek hogyan befolyásolják az együttélés és a válás arányát. A magasabb iskolai végzettség ebben a tanulmányban nem mutatott összefüggést a kedvezőbb együttélési arányokkal, ám az NFP-módszerek használata igen. Véggököztesként megfogalmazták, hogy az NFP használata 58%-kal kisebb esélyt hoz a válás vagy különélés vonatkozásában (Fehring & Manhart, 2021.). *Mufdlilah* és munkatársai tanulmányában a muszlim nők jelentős része középszkolai végzettséggel rendelkezett és ez összefüggést mutatott a LAM-módszerrel kapcsolatos ismeretek pontosságával (Mufdlilah et al., 2021). *Abraha* és munkatársai ugyanerre a következtetésre jutottak, miszerint a középfokú és magasabb iskolai végzettségűek 1,2-szer nagyobb valószínűséggel rendelkeztek nagyobb tudással, mint az alacsony fokú végzettséggel rendelkezők. Logikus magyarázat, hogy az iskolázott anyák jobban ismerik a LAM fontosságát, valamint a tanult anyák nagyobb valószínűséggel járnak egészségügyi intézménybe, és juthatnak hozzá a laktációs

amenorrhoea módszerével kapcsolatos információkhoz a médián keresztül vagy akár írásos forrásokból (Abraha et al., 2018). Ugyanez elmondható a saját kutatásban részt vevő kitöltőkkel kapcsolatban is.

A mobilapplikációk használata mindennapi része az életünknek és jelentősen megkönnyíti a mindennapjainkat, viszont a szakemberek segítségével már nehezebben elérhető és idő-, valamint pénzigényesebb is. Ebből kifolyólag gondoltuk, hogy jelentős eredményeket kapunk a használatukról és hasznosságukról a megkérdezett nőktől, de meglepődve tapasztaltuk ennek az ellenkezőjét. Következtetesként azért levontuk, hogy az eredményektől függetlenül mindegyik hasznos segítség a mai világban, nem beszélve a fontosságukról vagy akár segítségükről.

Az eredmény tükrében úgy véljük, hogy minden oktatási intézményben a tananyag részét kellene, hogy képezze a természetes fogamzásgátlással kapcsolatos tudás megismertetése és bővítése. A megfelelő felvilágosítást és tájékoztatást biztosítani kellene már fiatal korban, mind a lányok, mind a fiúk részére.

A kutatásunk limitációjaként megfogalmazható a mintaválasztás problematikája. Mivel önkéntes és online formában történt a kitöltés, nem érte el a társadalom aluliskolázott szegmensét. A jövőben érdemes lenne egy sokkal átfogóbb kutatást végezni a természetes fogamzásgátló módszerekkel kapcsolatos tudásról, azok használatáról és a párkapcsolatra gyakorolt hatásról.

Szerzői munkamegosztás: K. I., M. P. K.: Irodalomkutatás, a kézirat megszövegezése. K. I., M. P. K., R. K.: A vizsgálat megtervezése. R. K.: Adatok gyűjtése. M. P. K., K. I., R. K.: Statisztikai elemzés. K. I.: A kézirat véleményezése. A közlemény más folyóiratban korábban nem jelent meg és nem került beküldésre. A szerzői útmutatót valamennyi szerző elolvasta. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Anyagi támogatás: A kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekkeltségeik.

Irodalomjegyzék

- Abraha, T. H., Teferra, A. S., Gelagay, A. A., Welesamuel, T. G., Fisseha, G. K., Aregawi, B. G., & Belay, D. S. (2018). Knowledge and associated factors of lactational amenorrhoea as a contraception method among postpartum women in Aksum town, Tigray Region, Ethiopia. *BMC Research Notes*, *11*(1), 641. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3754-2>
- Fehring, R. J., & Manhart, M. D. (2021). Natural Family Planning and Marital Chastity: The Effects of Periodic Abstinence on Marital Relationships. *The Linacre Quarterly*, *88*(1), 42–55. <https://doi.org/10.1177/0024363920930875>
- Hadházi, É., & Takács, S. (2019). Az Intim Kötődés Mérése (IBM-HU) kérdőív pszichometriai jellemzőinek bemutatása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, *20*(4): 351–390. <https://doi.org/10.1556/0406.20.2019.015>
- Johnson, S., Marriott, L., & Zinaman, M. (2018). Can apps and calendar methods predict ovulation with accuracy? *Current Medical Research and Opinion*, *34*(9), 1587–1594. <https://doi.org/10.1080/03007995.2018.1475348>
- Kleinschmidt, T. K., Bull, J. R., Lavorini, V., Rowland, S. P., Pearson, J. T., Scherwitzl, E. B., Scherwitzl, R., & Danielsson, K. G. (2019). Advantages of determining the fertile window with the individualised Natural Cycles algorithm over calendar-based methods. *The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception*, *24*(6), 457–463. <https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1682544>
- Kövé, L., Balázs, K., Frecska, E., & Égerházi, A. (2017). A PAIR-H párkapcsolati kérdőív magyar nyelvű adaptációja. *Alkalmazott Pszichológia*, *17*(3): 87–109. <https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2017.3.87>
- Pakai, A., Kívés, Zs. (2013). Kutatásról ápolóknak, mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészség tudományi kutatásokban. *Nővér*, *26*(3): 20–43.
- Redmond, J. J., Jensen, E. T., Stanford, J. B., Greene, M. E., Kennedy, E., & Urrutia, R. P. (2022). Effectiveness of fertility awareness-based methods for pregnancy prevention during the postpartum period. *Contraception*, *114*, 32–40. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2022.06.007>
- dos Santos, V. E., dos Santos Frazão, M. R., & de Oliveira, C. S. (2017). Feeling of women regarding the use of the Billings Ovulation Method. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, *18*(1): 11–18. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000100003>
- Mufdililah, Johan, R. B., & Ningsih, S. R. (2021). Breastfeeding Knowledge and Behavior in Lactational. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, *16*: 242–249. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v16i4.4701>
- Vanya, M., Devosa, I., Barabás, K., Bártfai, G., & Kozinszky, Z. (2018). Choice of contraception at 6–8 weeks postpartum in south-eastern Hungary. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, *23*(1): 52–57. <https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1422238>

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE

Kódolt üzenetek dekódolása – A szubjektív ápolási diagnózisalkotás szempontrendszerének alkalmazása a gyakorlatban

DR. HELEMBAI Kornélia CSc, PhD, DOMONKOS Norbert, DR. RAJKI Veronika PhD,
OLTVÁNYI Beáta

ÖSSZEFOGLALÁS

Célkitűzés: A jelen tanulmány célja az ápolás gyakorlatában, valamint az ápolóképzésben és az ápoláskutatásban is alkalmazható szubjektív ápolási diagnózisalkotási szempontrendszer részletes bemutatása.

A vizsgálat módszere: A viselkedésben kódolt információk dekódolási folyamatának leírásához három példaszituáció elemzését választottuk. A kategóriák egységes értelmezése érdekében a személyi trianguláció módszerét alkalmaztuk a szubjektivitás torzító hatásának minimalizálása érdekében.

Következtetések: Az Ápolási Beavatkozások Rendszerében (NIC) foglalt intervenciók jelentős része a fiziológiai tudáson alapuló készségek alkalmazásával megvalósítható. Az Ápolási Eredmények Osztályozásának Rendszere (NOC) a beteg ismereteiben és viselkedésében megfigyelhető kívánatos változásokat tartalmazza. A személyközpontú ápolásban a szubjektív diagnózisalkotás ezért a triangulált betegvezetés első lépéseként tekinthető. Az 'intellektuális, nem delegálható' feladatok effektív ellátásának érdekében munkaeszközként ajánlott szituációelemzés hatékony támogatást nyújthat a betegek viselkedésének megértéséhez és ezáltal a hatékony betegvezetés alapjainak megteremtéséhez is.

Kulcsszavak: szubjektív ápolási diagnózis, szituációelemzés, kognitív viszonyulás, érzelmi státusz, megküzdési stratégiák

Decoding Encoded Messages – Application of the Subjective Nursing Diagnosis Formulation Criteria in Practice

Kornélia HELEMBAI CSc, PhD, Norbert DOMONKOS, Veronika RAJKI PhD, Beáta, OLVÁNYI

SUMMARY

Purpose: The aim of this paper is to present a detailed description of the subjective nursing diagnostic criteria system that can be used in nursing practice, nursing education and nursing research.

Methods: To describe the process of decoding information encoded in behaviour, we chose to analyse three example situations. To ensure a consistent interpretation of the categories, the method of personal triangulation was used to minimize the biasing effect of subjectivity.

Conclusion: A major proportion of the interventions in the Nursing Interventions Classification (NIC) can be delivered using skills based on physiological knowledge. The Nursing Outcomes Classification (NOC) system includes desirable changes in patient knowledge and behavior. In person-centred care, the creation of a subjective diagnosis can therefore be seen as the first step in triangulated patient conducting. Situation analysis, recommended as a work method for the performance of 'intellectual, non-delegable' tasks, can provide effective support for understanding patient behavior and thus creating the foundations for effective patient conducting.

Keywords: subjective nursing diagnosis, situation analysis, cognitive attitude, emotional status, coping strategies

Dr. HELEMBAI Kornélia CSc,
PhD professor emerita,
Szegedi Tudományegyetem,
Egészségtudományi és
Szociális Képzési Kar
ORCID-azonosító:
0000-0002-8214-9196

DOMONKOS Norbert tanársegéd,
Szegedi Tudományegyetem,
Egészségtudományi és
Szociális Képzési Kar, Ápolási
Tanszék; PhD-hallgató,
Semmelweis Egyetem, Doktori
Iskola, Egészségtudományi
Tagozat
ORCID-azonosító:
0000-0001-5557-3947

DR. RAJKI Veronika PhD
főiskolai docens, Semmelweis
Egyetem Egészségtudományi
Kar, Ápolástan Tanszék;
főiskolai docens, Szegedi
Tudományegyetem, Egészség-
tudományi és Szociális Képzési
Kar, Ápolási Tanszék
ORCID-azonosító:
0000-0003-1738-0209

OLTVÁNYI Beáta szakmai tanár,
Szegedi Tudományegyetem,
Egészségtudományi és
Szociális Képzési Kar,
Ápolási Tanszék
ORCID-azonosító: 0000-0001-
8653-3745

Levelező szerző
(corresponding author):
Prof. Dr. Helembai Kornélia
E-mail:
helembai008@gmail.com

Beérkezett: 2024. szeptember 9.
Elfogadva: 2024. december 5.

Bevezetés

A világban zajló történésekhez, jelenségekhez való viszonyulásunkat a szocializáció során megszerzett tudás és szemlélet befolyásolja. A megrendült egészségi állapot azonban megkarcolhatja az ember önmagáról és ezen belül a halhatatlanságáról alkotott képzetét is. A tudást és a tapasztalatot meghaladó élmény intenzív és kedvezőtlen módosító hatást gyakorolhat a személy addigi hatékony, a társadalom írott és íratlan szabályainak megfelelő viselkedésére.

Az ápolás az emberi létezés legértékesebb dimenzióját érinti meg, amikor a társadalmilag is a legmagasabbra értékelt veszteségi kategóriák esetén ajánlja fel tudását. A professzionális ápolás akkor nyújt segítséget, amikor az ember az egészségének fejlesztéséhez és megőrzéséhez, annak visszaszerzéséhez, vagy a méltóságteljes halál lehetőségéhez kér támogatást.

Egyrészt az ápolói gondozás az orvoslás fő fókuszát követve és együttműködő funkcióban a szomatikus problémák kezelésére irányul. A szomatikus ápolási diagnózisok a beteg szervezete által a „fiziológia nyelvén” küldött információk felmérésén alapulnak.

A végtagzsibbadás, gyengeség és szédülés panaszával felvételre került beteg számára szomatikus diagnózisok fogalmazhatók meg a képzés során a neurológia tantárgyból elsajátított elméleti, valamint a szakápolástani ismeretek birtokában. Az említett fiziológiai tünetek azonosítását követően igen magas valószínűségi szint mellett szomatikus kockázati és aktuális ápolási diagnózis egyaránt felállítható, akár a beteg korának és nemének ismerete nélkül is (**I. táblázat**).

A felállított klinikai ítéletek mentén személyre szabott ápolási terv készíthető, amelyet a szakmai közösség (MESZK) irányelvek közreadásával is támogat (URL1).

Másrészről – az ápolás, a fő fókuszának megfelelően – az egyén viselkedésében megnyilvánuló reagálási módok figyelembevételével fordul a segítséget

Rövidítések jegyzéke

NIC = (Nursing Interventions Classification) Ápolási Beavatkozások Osztályozásának Rendszere
 NOC = (Nursing Outcomes Classification) Ápolási Eredmények Osztályozásának Rendszere
 PES = (problem, etiology, symptom) probléma, ok, tünet
 SURE = (subjective reaction) szubjektív reakció
 TIA = (transient ischemic attack) átmeneti agyi keringészavar

kérők felé. Ennek megfelelően személyközpontú megközelítésben és a beteggel együttműködésben építi fel a beteg kezelését középpontba állító gondozási tervet annak érdekében, hogy a rászoruló aktív részeseivé válhassanak a saját gyógyulási folyamatuknak. Az egészségügyi problémákkal küzdő emberek a hasonló fiziológiai tünetek ellenére igencsak eltérő módon viszonyulhatnak a céljaik eléréséhez vezető kihívások és ajánlások elfogadásához, illetve azok alkalmazásához.

A betegség megélését feltáró szubjektív információk a beteg és a számára fontos személyek kommunikációjából érhetők el, amelyek a másik ember viselkedésének megértéséhez nyújtanak segítséget (Ackley et al., 2020). Az ápolóképzés ezért valamennyi szintjén a szakmai tudásanyagot kívül pszichológiai ismereteket is közvetít, amelyek célja többek között a kommunikáció hatékonyságának növelése, valamint az ápoló saját személyiségfejlesztésének tudatos támogatása.

A betegséggel szembesülő emberek problémákra adott szubjektív reagálási módjai sokszínűek, és igen változatos szemléleti, érzelmi és cselekvéses formában jelennek meg a mindennapos ápoló-beteg interakciókban. A betegek megnyilvánulásai elfedett módon ugyan, de mintegy kódolt üzenetek formájában magukban hordozzák az egyéni reagálások értelmezéséhez szükséges információkat.

I. táblázat: Különböző ápolási diagnózistípusok: kockázati és aktuális, problémafókuszú

Kockázati diagnózis		
Stroke kialakulásának kockázata az agy átmeneti vérátáramlási zavara (TIA) miatt.		
Aktuális, szomatikus ápolási diagnózis (PES-formulával)		
Probléma	Ok /etiológia	Tünet/szindróma
átmeneti agyi keringészavar	cerebrovasculáris diszfunkció	időnkénti szédülés, zsibbadásérzés, gyengeségérzés
Az agyi vérátáramlás átmeneti elégtelensége cerebrovasculáris diszfunkció miatt, amely gyengeségérzésben, végtagzsibbadásban és szédülésben nyilvánul meg.		

II. táblázat: A szubjektív ápolási diagnózisok helye a triangulált betegvezetés modelljében (Helembai, 2023)

KINEK? „A hajó veszélyhelyzetére utaló információk összegyűjtése.” Az egyén szomatikus állapotára és szubjektív válaszolási módjára utaló információk felmérése.			
„Aktuális pozíció koordinátái: a földrajzi szélesség és hosszúság” MIÉRT? Ápolási diagnózisok felállítása.		„Cél és a hozzá vezető optimális útvonal” MIT? Programcsomagok tervezése a kívánt cél elérése érdekében.	„A haladás útjának támogatása, korrigálása” HOGYAN? Paramedikális tanácsadás szintjeinek és módszereinek alkalmazása az ápolási folyamat fázisaiban.
Szomatikus válaszreakciók	Szubjektív válaszreakciók	Végrehajtás	Értékelés

A pszichológiai ismeretek és a szubjektív ápolási diagnózisok elméleti háttérének célzott integrálásával lehetőség nyílik a beteg aktuálisan megfigyelhető viselkedésének és annak háttérében meghúzódó kognitív és érzelmi viszonyulás helyes értelmezésére. A **szubjektív ápolási diagnózisalkotás** szempontrendszerének alkalmazásával a beteg az elszenvedett veszteségekre és a hozzá kapcsolódó kihívásokra adott cselekvéses válaszai, vagy másképpen megküzdési stratégiái azonosíthatóvá és ezáltal érthetővé, sőt megérthetővé is válhatnak. A szubjektív ápolási diagnózisok helyét a triangulált betegvezetés modelljének logikai struktúrájában (Helembai, 2023) a **II. táblázat** mutatja be.

A jelen tanulmány célja az ápolásban alkalmazható szubjektív ápolási diagnózisalkotási szempontrendszer bemutatása, amely felhasználható az ápolói gondozás valamennyi területén, valamint az ápolóképzésben és az ápoláskutatásban is.

Szubjektív ápolási diagnózisalkotás szempontrendszere

A triangulált betegvezetés a veszteségek mérséklése vagy megszüntetése érdekében felajánlott és alkalmazott ápolói beavatkozások (NIC) – például tematikus programként a fájdalom oka, fájdalomcsillapítás gyógyszeres és alternatív formái stb. – hatása a beteg kognitív, érzelmi és pszichomotoros válaszaiban jelenik meg. A beteg fejlődésében bekövetkező változások (NOC) (Carpenito, 2013) az egyéni reaklási módok változásának konzekvens követésével szubjektív ápolási diagnózisok formájában dokumentálhatók, és így az ápolás kimeneti eredményeinek „mérhető” mutatójaként is tekinthetők.

Az emberek az őket ért veszteségekre szomatikus és szubjektív reakciókkal válaszolnak. A szubjektív ápolási diagnózisokban a veszteségek leküzdéséhez szükséges ismeretek befogadásához, beavatkozások elfogadásához, valamint a javaslatok betartásához

való viszonyulás ezért az ápolási folyamat origójaként, vagyis kiinduló pontjaként tekinthető.

A betegvezetés során így szükséges egy olyan elvi irányvonal (szegedi hallgatók szóhasználata után szabadon „vonalzó”) követése, amely segíti az ápolóterapeutát a szubjektív ápolási diagnózisok felállításában. Az üzenetek dekódolásának összegzett szempontrendszerét (Helembai, 2019) az **1. ábra** tartalmazza.

A szubjektív ápolási diagnózisalkotás egyik előfeltétele a struktúrát alkotó kategóriák, valamint azok meghatározó vonásainak pontos ismerete. A másik meghatározó faktor a viselkedésben kódolt információk dekódolásához használt kategóriák egységes értelmezése.

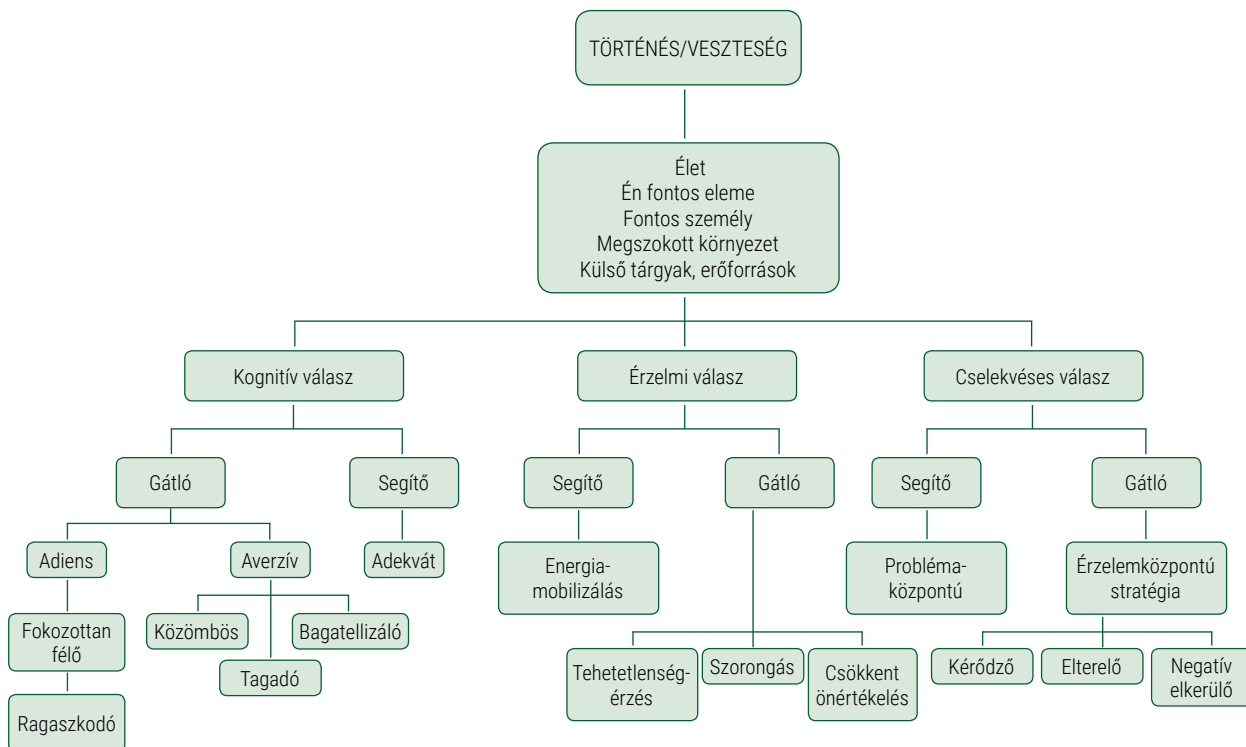
A kvalitatív vizsgálat szubjektivitásával járó torzító hatások minimalizálása érdekében az ápoláskutatás számára javasolt (Slevin, 1994) trianguláció módszerét alkalmaztuk. A személyi trianguláció (Sánta, 2017) keretében a szubjektív ápolási diagnózis alapjául szolgáló elvi irányvonal kategóriáinak azonosítását 38 példaszituációs leírás felhasználásával munkacsoportunk tagjai egymástól függetlenül végezték el a 2020–2021 közötti időszakban. Az így kapott eredmények összevetését követően került sor a szempontrendszer elfogadására.

A szituációelemzés módszerét és a szubjektív diagnózisalkotás menetét az ápolóképzésben alkalmazott három példaszituációs feladat segítségével mutatjuk be. Az első leírás megoldásait a szempontrendszer releváns részei tartalmazzák.

Első példaszituáció – 82 éves férfi beteg

Az elmúlt napokban tapasztalt gyengeségérzés, lábszibbadás és szédülés panaszával kereste fel háziorvosát, aki kórházba utalta. A felvételt követően a kivizsgálása megkezdődött. Mint mondja: „Tudomásul kell venni, hogy kopik a szervezet, ez történik most velem is. Elmúlik ez a kis szédülés meg a szibbadás majd magától is, nem kellene ekkora ügyet csinálni belőle.” A kedvenc bögréje a nagy

1. ábra: Az üzenetek dekódolásának szempontrendszere (Helembai, 2019)



pakolásban otthon maradt, pedig abból jobban esne neki meginni ezt a sok teát, amit adnak. A beteg elmondása szerint itt az osztályon azért nem is olyan rossz. A szobatársával jól megértik egymást, rengeteget beszélgetnek, így gyorsan telik az idő. A gyermekkori barátja sajnos nem tudja meglátogatni, és a közeli szép kiserdőt sem láthatja, ahol olyan szépek a fák.

A veszteségek hierarchiája objektív szempontból (Potter és Perry nyomán)

Általános megfogalmazásban egy személy a külső vagy belső világa harmóniájához tartozó dolgok vagy jelenségek sérülését, esetleges elvesztését veszteség-élményként éli meg. A veszteségeket negatív érzések kísérik, amelyekkel mindenkinek meg kell birkóznia.

Minden történelmi korban az adott társadalom az értékekről alkotott felfogása szerint meghatározza a veszteségek súlyosságának fokát az adott kultúra szemléletének megfelelően. A felállított hierarchia személyfüggetlenül, azaz objektív módon rangsorolja azokat az értékeket, így napjainkban is, amelyek mentén a szocializáció zajlik (2. ábra).

a) Objektív szempontból a *külső tárgyak* (például telefon) és *erőforrások elvesztése* (például valamilyen kedvezmény, munkahely stb.) a legalacsonyabb veszteségi értéket képviseli.

A példában: „A kedvenc bögréje a nagy pakolásban otthon maradt, pedig abból jobban esne neki meginni ezt a sok teát, amit adnak” (panasz: kedvenc bögre hiánya = veszteség – külső tárgy elvesztése/nélkülözése).

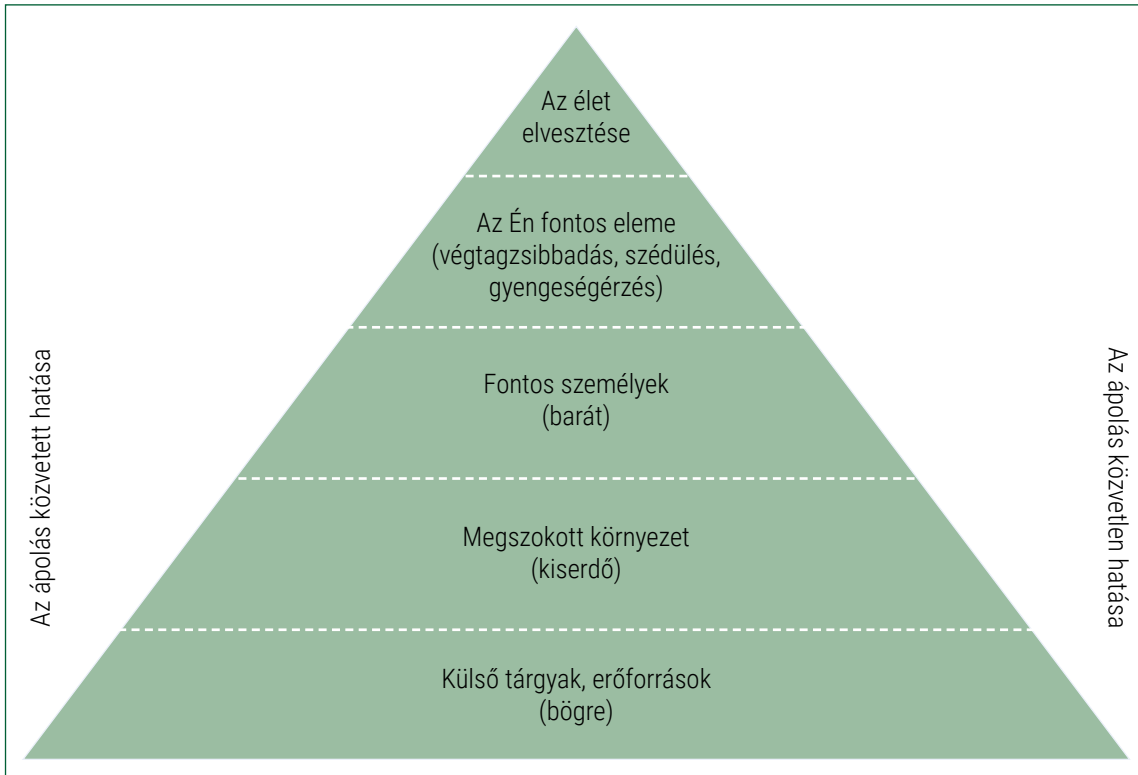
Az objektív veszteségek kategóriájában speciális külső tárgyvesztésnek tekinthető például a szemüveg vagy a fogsor, hallókészülék, végtagprotézis stb. elvesztése, vagy kórházba kerüléskor azok otthon felejtése. Társadalmi felfogásában ezek hiánya a kellemetlen, de pótolható veszteségeket jelentik. A beteg számára azonban ezek a veszteségek szubjektív vetületben magas értéket képviselnek, hiányuk elzárkózáshoz és a kapcsolatok elutasításához vezethet. A protézis hiányát például ezért tartósan pótolni sem az emésztési folyamat egyensúlya, sem pedig az emberi méltóság sérülése nélkül nem lehet.

A munka, a pénzkereset vagy bizonyos támogatások (rendszeres anyagi juttatások, szolgáltatások, például gyógyszer-támogatás, ebédszállítás) elvesztése szintén a külső erőforrások beszüküléseként azonosítható.

b) A *megszokott környezet elvesztése* ugyancsak nehéz helyzet elé állítja az embereket, mivel a környezet elvesztése nem csupán topológiai változást jelent.

A példában „a közeli kiserdőt sem láthatja már, ahol olyan szépek a fák” (panasz: kiserdő = veszteség: megszokott környezet elvesztése).

2. ábra: A veszteségek hierarchiája



Az intézményi ellátás területén a szakemberek időnként találkozhatnak olyan esetekkel, amikor a beteg vonakodik az intenzív osztály elhagyásától, nem akar más osztályos részlegre kerülni, mert a műszerezettség biztonságérzetet ad számára. Az intenzív osztály elhagyását ezért minden esetben speciális környezetvesztésként kell tekinteni, amelyre a beteget minden esetben fel is kell készíteni.

c) Az embereknek a környezet elvesztése igen gyakran a *fontos személyek* (például barátok, jó szomszédok, családtagok) *közelségének elvesztését* is jelenti és hiányukat veszteségként élik meg.

A példában: „A gyermekkori barátja sajnos nem tudja meglátogatni” (panasz: barátja hiánya = veszteség – fontos személy elvesztése/ távolléte).

Egyes esetekben az intézményből való elbocsátás öröme mérsékelt lehet, együtt járhat a biztonságot jelentő személyek (orvos, ápoló) elvesztésével is. Ennek a reakciónak az előfordulási gyakorisága különösen megnő akkor, ha a beteg és a család nincs kellőképpen felkészítve arra, hogy miként oldhatják meg a beteg ellátásával felmerülő problémáikat önerőből a saját otthonukban.

Speciális veszteségformaként tekinthető a kedvenc állat elvesztése is, amelyet hasonló érzések kísérhetnek és veszélybe sodorhatják az ember valaki-

hez való tartozás és a szeretet iránti szükségleteinek kielégítését.

d) Betegség vagy például az életkori változáshoz kapcsolódó látásromlás, emlékezeti működés hanyatlásának megtapasztalása, vagy például egy balesetet követő amputáció *az Én fontos elemének elvesztését* okozza, amely a létezés valamennyi dimenziójában alkalmazkodási feladatok megoldását sürgeti.

A példában: erőnlét, szédülés – és zsibbadásmentes állapot elvesztése (panasz = veszteség – Én fontos elemeinek elvesztése).

Hozzáértő támogatás hiányában negatív irányba módosulhat a személy saját testképe, önmagáról alkotott felfogása és az élethez, másokhoz való viszonyulása. A belső erőforrások ugyancsak meggyengülhetnek, ha a személy nem részesülhet hitének, értékességérzésének, emberi méltóságának megőrzését erősítő támogatásban.

e) Objektív szempontból a legsúlyosabb veszteségkategóriaként az élet elvesztése tekinthető, amelyet gyászérzés kísér. A veszteség elfogadása többnyire egy folyamat eredményeként és sajátos viselkedési módok mozgósítása útján valósul meg. A család egy tagja, egy csoporttárs vagy egy gyermekkori barát halálával is úgy érezheti valaki, hogy a szeretett személlyel együtt a saját személyiségének egy részét is elveszítette.

Az ápolás és az orvoslás a veszteségek igen magas kategóriájába tartozó problémák „közvetlen” megoldásának támogatásához ajánlja fel a tudását. Bizonyos kompetencián kívül eső veszteségek legyőzéséhez „közvetett” módon járulhatnak hozzá, amelyek akár motivációs tényezőként is tekinthetők a veszteségek, mint például a kiserdő vagy a barát hiányának „ledolgozásához” vezető úton.

Helyzethez való viszonyulás kognitív dimenziója (Hárdi nyomán)

A betegek betegséghez/ápolási szituációhoz fűződő felfogását prediszpozícióként tekinthetjük a betegvezetés szempontjából, amely azt jelzi, hogy a betegség elszenvedője szemléletében miként viszonyul az őt ért veszteségekhez vagy segítséghez.

a) *Segítő/adekvát viszonyulás* esetén a beteg a gyógyulását segítő módon viszonyul a helyzethez, így például a kórházi felvételhez, vizsgálatokhoz, ismeretek elsajátításához stb. Ha a beteg gyógyulni akar, ennek megfelelően gondolkodik/vélekedik az állapotáról, de még nem rendelkezik megfelelő ismeretekkel, készségekkel ahhoz, hogy aktív részese lehessen a saját gyógyulása folyamatának, akkor a *potenciálisan adekvát viszonyulási* módot jelöljük.

b) *Gátló/averzív (elkerülő) viszonyulás* azt az üzenetet hordozza, hogy a beteg még nem készült fel arra, hogy adekvát módon szembesüljön az egészségügyi problémájával és aktív részese legyen a saját gyógyulási folyamatának.

– Közömbös viszonyulás esetén az egyén elismeri, hogy beteg, de nem foglalkozik a problémával. Úgy szemléli a helyzetét, mintha nem érdekelné a saját állapota, gyógyulási esélye.

– Tagadó viszonyulási formában a személy nem ismeri el, hogy beteg, vagy még azt sem, hogy valami nincs rendben a szervezete működésében.

– Bagatellizáló viszonyulás arra utal, hogy valaki elismeri ugyan, hogy valami nincs rendben az egészségével, de igyekszik csökkenteni, kicsinyíteni a probléma jelentőségét.

A példában: „Elmúlik ez a kis szédülés meg a zsidbadás majd magától is, nem kellene ekkora ügyet csinálni belőle”. (*kognitív viszonyulás = averzív/bagatellizáló viszonyulás*)

c) Az *adiens viszonyulás* formáinak (betegségtől fokozottan féltő, betegséghez ragaszkodó) előfordulási gyakorisága alacsonyabb, amelyek háttérben a szocializációs folyamatok során a külső-belső környezet harmonikus működésében bekövetkező zavar hatása tárható fel. A helyzethez, problémához való viszonyulás formáinak felismerése szükséges ahhoz, hogy a beteg számára szükséges pszichiátriai/klinikai szakpszichológiai támogatás elérhető legyen.

Helyzethez való viszonyulás érzelmi dimenziója (Carpenito nyomán)

a) *Segítő/energiamobilizáló érzelmi viszonyulás* a beteg a gyógyulását segíti, különösen akkor, ha tisztában van a betegsége természetével. Ismeri a javasolt vizsgálatok, kezelések menetét és hozzájárulását az egészsége támogatásához. A kitűzött célok és a várható eredmények, valamint a számítható nehézségek megértésével, a saját átgondolt döntése, esetenként önlegyőzése alapján is vállalja felajánlott beavatkozások megvalósítását.

b) *Gátló érzelmi státuszok* az akadályok leküzdése ellenében hatnak, amelynek három karakterisztikus főcsoportja a szorongás, tehetetlenségérzés és a csökkent önértékelés.

• A *szorongás* definíciója értelmében akkor áll fenn, ha az egyén vagy csoport kellemetlen érzésekkel küszködik és vegetatív idegrendszeri tüneteket mutat pontosan körül nem írt fenyegetettség miatt.

A meghatározásnak megfelelően ezért akkor és csak akkor jelölhető, ha fizikális tünet is megfigyelhető. Ez a szorongás és a tehetetlenségérzés közötti differenciáldiagnosztikai kritérium. Egyetlen fiziológiai ismertetőjegy jelenléte már felülírja az összes többi érzelmi státuszra jellemző meghatározó vonást, ezért ilyen esetekben mindig szorongásérzést azonosítunk (Carpenito,1996).

Meghatározó ismertetőjegyek:

- fokozott figyelem a testi szenzációk iránt,
- fokozott, kontrollálatlan reakciók a különböző ingerekre,
- a betegséghez fűződő vélekedések kifejezése,
- a segítségnélküliség, képtelenség érzésének kifejezése,
- félelem, szomorúság, aggodás,
- koncentrációs, megértési és emlékezési képtelenség,
- növekvő izomfeszültség a testben és az arcon,
- lihegő, szabálytalan légzés,
- nyugtalan, remegő, rázkódó, felfokozott mozgás,
- félelem, meghatározatlan negatív történés kifejezése.

• A *tehetetlenségérzés* olyan szubjektív státuszként fogalmazható meg, amelyben az egyén alig, vagy egyáltalán nem lát alternatívákat az egyéni választás számára és képtelen önmaga a saját energiáit mozgósítani (Carpenito,1996).

Meghatározó ismertetőjegyek:

- csökkent aktivitás az érzélem, gondolkodás, verbális megnyilvánulások terén,
- romló hangulat és koncentrációs készség,
- növekvő alvásigény, csökkenő figyelem mások iránt,
- a motiváció, kezdeményezés csökkenése,

- minimális szemkapcsolat, rövid válaszok a fel-tett kérdésekre – elfordulással kísérve,
- a tehetetlenség érzésének időnkénti kifejezése.

A példában: „Tudomásul kell venni, hogy kopik a szervezet, ez történik most velem is” (*érzelmi viszonyulás/státusz = tehetetlenségérzés*).

- *Csökkent önértékelésről* beszélünk abban az esetben, ha a beteg az énjére vagy képességeire vonatkozóan kedvezőtlen érzéseket fogalmaz meg direkt vagy indirekt formában (Carpenito, 1996).

Meghatározó ismertetőjegyek:

- az Én-re vonatkozó gyakori negatív megnyilvánulások,
- bűnösségérzés, önvádolás,
- fokozott érzékenység a mások értékelése (kritikák) iránt,
- határozatlanság az új dolgok, helyzetek kipróbálásának mérlegelésekor,
- a probléma okának vagy a felelősség terhének projekciója (kivetítése másokra),
- a pozitív visszajelzések elutasítása,
- a személyes hibák racionalizálási tendenciája (személyi felelős nincs, többnyire a körülmények okolhatók).

A megküzdési stratégia dimenziói (URL2)

Segítő/problémaközpontú megküzdés: A problémákról alkotott felfogás és érzelmi viszonyulás jelentősen befolyásolja az egyén veszteségek megszüntetésére irányuló cselekvéseit. A problémaközpontú megküzdés a problémamegoldó gondolkodáshoz hasonlóan az alternatívák mérlegelése alapján meghozott döntéseken alapul (környezeti feltételek módosítása), amelynek eredményeként a személy a helyzetének és lehetőségeinek megértése után szükség szerint módosítja igény szintjét és új készségek kifejlesztésére törekszik (belső feltételek módosítása). Tisztában van a betegségével, rendelkezik megfelelő ismeretekkel, készségekkel. Tudja, hogy mit kell/lehet tenni, és a saját belátásán alapulva ennek megfelelően tervezi, hogy cselekedni fog, vagy ténylegesen cselekszik.

Gátló/érzelmeközpontú megküzdés alkalmazásával a problémamegoldás helyett az egyén (többnyire nem tudatos) célja a negatív érzelmek elhatalmasodásának megfékezése a vélt vagy valós befolyásolhatatlan és bejósolhatatlan eseményekkel való szembe-sülés esetén.

Ennek fő formái:

- *Kérődző stratégia*, amelynek vezető ismertetője-gye az elszigetelődés, meditálás azon, hogy milyen rossz valami vagy a következmények feletti aggodal-maskodás, miközben semmit nem tesz a megoldás érdekében. Az állandóan panaszkozó beteg megter-

helő az ellátók számára, amelynek az oka legfőkép-pen a tevékenységközpontú ápolás, vagyis a betegve-zetés hiánya. A kérődző megküzdési forma kedvező vonásának tekinthető azonban az, hogy az ember nem feledkezik el a problémáról.

- *Elterelő stratégia* során kellemesebb, kevésbé megterhelő tevékenységet kezd az illető, amely nö-veli a dolgok feletti kontroll érzését, és időt ad a ren-deződéésre.

A példában: „...itt az osztályon azért nem is olyan rossz. A szobatársával jól megértik egymást, rengete-get beszélgetnek, így gyorsan telik az idő” (kellemes időtöltés = cselekvéses viszonyulás: érzelmeközpontú/elterelő megküzdési stratégia).

A betegvezetésben a személyre szabott prog-ramok (például az eleséssel baleset megelőzésének lehetőségei; a keringés szerepe a szervezet egyensú-lyának fenntartásában; a vizsgálatok célja, menete; a gyógyszerek hatásmechanizmusa és hozzájárulásuk a szövődmények megelőzéséhez stb.) közötti időszak-ban az elterelő stratégia jótékony hatású. A beteg tudja, hogy mikor, mi, miért, hogyan, kivel történik stb., így egyfajta lehetőséget nyújt a feltöltődésre. A betegcompliance tökéletes módon működhet tevé-kenységközpontú ápolás esetén is. A beteg elfoglalja magát, követi az utasításokat. A triangulált betegve-zetés hiányában azonban nem fejlődnek az ismeretei és tudatossága, amely az autonómia lehetséges mér-tékű helyreállításának nélkülözhetetlen feltétele.

A szövettani eredményre várakozás ideje speciális és rendkívül nehéz időszak a betegek számára. Az egyén problémaközpontú megküzdéssel élve orvos-hoz fordult, a szövettani vizsgálathoz mintát adott, tehát megtett mindent, amit csak lehetett. A hely-zet további befolyásolása és bejósolhatósága nem áll módjában. Az elterelő stratégia ilyen esetekben segítheti a gondolatok tehermentesítését különösen akkor, ha a paramedikális tanácsadás oldaláról is kap támogatást.

Ha azonban valaki például az orvoshoz fordulást vagy egy szűrővizsgálaton való részvételt azért halo-gatja, mert sokkal „fontosabb dolgokat” kell elvégeznie, lehetséges, hogy – még önmagának sem bevallott módon – tart a vizsgálat kedvezőtlen eredményétől, amivel nem akar vagy fél szembesülni. Az ilyen és hasonló helyzetek magukban hordozzák annak a ve-szélyét, hogy az egyén időközben valóban megfele-dkezik a tényleges problémájáról.

- *Negatív elkerülő stratégia* ugyancsak a személy belső feszültségének tehermentesítését célozza, de potenciálisan negatív irányú és magában hordozza a fennálló probléma súlyosbodását és/vagy újabbak kialakulásának veszélyét is (például kezelési előírás-sok, javaslatok be nem tartása, összeférhetetlen ma-gatartás stb., amely megnyilvánulási formák a prob-

léma megoldásának ellenébe hatnak). Az a cselekvés, amelyet az egyén tervez, hogy tenni fog, vagy aktuálisan tesz, az ténylegesen vagy tendenciájában, de mindenképpen kedvezőtlenül befolyásolja a személy egészségi állapotának alakulását.

A szubjektív ápolási diagnózisok felállítása, azok változásának követése az ápolói gondozás során a személyközpontú ápolási terv kialakításának és folyamatos aktualizálásának egyaránt előfeltétele.

A szubjektív ápolási diagnózisok megfogalmazása

„A gondozás, hasonlóan a szélhez, láthatatlan. Amit az ember lát, az annak az aktusa. Amit az ember érez, az annak a jelenléte. A szél lényege a mozgás. Az ember igába fogja ezt a mozgást a saját javára.” (Kirby & Slevin, 1992)

A szubjektív ápolási diagnózis azt tárja fel, hogy miként reagál a beteg az egészségi állapotával összefüggő problémákra, ellátási javaslatokra stb. (a példában a kivizsgáláshoz), vagyis ki az a személy, akihez a fiziológiai tünetek tartoznak. Ki az a személy, aki az aktuális megnyilvánulásával támogatást kér az egészsége és az autonómiájának lehetséges mértékű fejlesztéséhez.

Ezek a beteg viselkedésének megértéséhez vezet információk a kódolt üzeneteik dekódolásával érhetőek el. Ez az alapja a beteg bevonásának a számára felkínált programokba, amelyek segítségével ismereteket/készségeket sajátíthat el a betegvezetésben alkalmazott paramedikális tanácsadás támogatásával (3. ábra).

Az első példaszituáció alapján megfogalmazható szubjektív ápolási diagnózis:

Averzív/bagatellizáló viszonyulás a végtagzsibbadás, szédülés és gyengeségérzés kivizsgálásához, amely tehetetlenségérzés miatt érzelempontú/negatív elterelő stratégia alkalmazásában nyilvánul meg.

Második példaszituáció – 28 éves férfi beteg
A beteg gyengeségérzés, végtagzsibbadás és időnkénti szédülés panaszával került felvételre az osztályra (panasz: erőnlét, szédülés- és zsibbadásmentes állapot el-

vesztése = veszteség – Én fontos elemeinek elvesztése). Kezeivel babrálva, némi ingerültséggel a hangjában mondja (érzelmi viszonyulás/státusz = szorongás), hogy csak azért jött be, mert az otthoniak annyira akarták. A vizsgálatokba beleegyezik, amelyek eredményeit nem követi, a tervezett kezeléssel szemben tájékoztatást nem igényli (kognitív viszonyulás = averzív/közömbös viszonyulás). Mint mondja, sokszor meggondolatlan volt, nem vigyázott magára, így meg már csak teher mindenkinek (érzelmi viszonyulás/státusz = csökkent önértékelés). Rokkant lett, de nem húzhatta ki magát a közös bulikból (érzelmi viszonyulás/státusz = csökkent önértékelés/racionalizálás). Hiányoznak nagyon a haverok, pedig nagy szerepük van abban, hogy ide jutott fiatalon (érzelmi viszonyulás/státusz = csökkent önértékelés/projekció). Nem láthatja a motorját sem, amit nemrégiben vett (vesztés – külső tárgy elvesztése/nélkülözése). Átgondolva a helyzetét elhatározta, hogy nem fog változtatni a korábbi életvitelén. Nem mond le semmiről sem, ennyi öröme még neki is lehet ebben az életben (cselekvéses viszonyulás: tendencia az érzelempontú/negatív elkerülő megküzdési stratégia alkalmazására).

A második példaszituáció alapján megfogalmazható szubjektív ápolási diagnózis:

Averzív/közömbös viszonyulás az időnkénti végtagzsibbadás, szédülés és gyengeségérzés kivizsgálásához, amely szorongásérzés miatt érzelempontú/negatív elkerülő stratégia alkalmazásában tendenciájában nyilvánul meg.

Egyetlen fiziológiai ismertetőjegy jelenléte már felülírja az összes többi érzelmi státuszra jellemző meghatározó vonást, ezért ilyen esetekben mindig a szorongást jelöljük. A betegvezetésben hasonló prioritással bír a szorongás csökkentése, mint szomatikus síkon a fájdalom csillapítása.

A beteg a viselkedésével világos segítségkérő üzenetet küld az ápolóknak.

Averzív/közömbös viszonyulás az időnkénti végtagzsibbadás, szédülés és gyengeségérzés kivizsgálásához:

– dekódolva: Kérlek, vedd észre, hogy képtelen vagyok még racionálisan szembesülni ezzel a rettenetes helyzettel, amibe kerültem;

3. ábra: Szubjektív (betegvezetési) ápolási diagnózis megfogalmazása

Kognitív viszonyulás (probléma)	Érzelmi státusz (ok)	Megküzdési stratégia (tünet)
averzív/bagatellizáló	tehetetlenségérzés	érzelempontú/ elterelő megküzdési stratégia
(nem tud szembesülni a problémával)	(gátló energiafedezet)	(erre futja az erejéből a probléma leküzdéséhez)

szorongásérzés miatt:

– dekódolva: rémült vagyok és kiszolgáltatottnak érzem magam;

érzelempontú/negatív elkerülő stratégia alkalmazásának tendenciájában nyilvánul meg

– dekódolva: ebben a kusza helyzetben önerőből csak erre a mindenki által helytelenített és elítélt viselkedésre vagyok képes.

Harmadik példaszituáció – 55 éves férfi beteg

A beteg gyengeségérzés, végtagzsibbadás és időnkénti szédülés panaszával került felvételre az osztályra (panasz: erőnlét, szédülés- és zsibbadásmentes állapot elvesztése = veszteség – én fontos elemeinek elvesztése). A felvételkor megjegyzi, hogy csudára nebezére esik itt lenni, mert a kórházakat világ életében kerülte, de most lesz, ami lesz (érzelmi viszonyulás/státusz = energiamobilizálás), végére akar járni ennek a történetnek (kognitív viszonyulás = potenciálisan adekvát viszonyulás). Sokat veszít, mert most van az építkezések főszezonja, a családnak meg kellene a pénz nagyon (veszteség – külső erőforrás elvesztése/csökkenése). Mint mondja: „Megtesszek én mindent, meg betartom az utasításokat is, amit csak mondanak, hátha tudnának még segíteni rajtam” (cselekvéses viszonyulás: tendencia a problémaközpontú megküzdési stratégia alkalmazására).

A harmadik példaszituáció alapján megfogalmazható szubjektív ápolási diagnózis:

Potenciálisan adekvát viszonyulás az időnkénti végtagzsibbadás, szédülés és gyengeségérzés kivizsgálásához, amely energiamobilizálás miatt problémaközpontú megküzdési stratégia alkalmazásának tendenciájában nyilvánul meg.

A betegvezetés szempontjából értelmezve a beteg megfelelően gondolkodik/vélekedik a kivizsgálás jelentőségéről, de még nem rendelkezik a tünetei hátterében álló ismeretekkel, ezért csak a potenciálisan adekvát viszonyulási módot jelöljük; motivált a probléma leküzdésére, amelyhez a belső energiáit mozgósítja; nyitott arra, hogy a gyógyulása érdekében hatékonyan cselekedjen. Mindaddig azonban, amíg valaki nem tudja, hogy mit kellene tennie a probléma leküzdéséhez, addig a törekvése csak problémaközpontú megküzdésre irányuló tendenciaként azonosítható.

Az adekvát viszonyulás az ápolói betegvezetés függvényében teljesebben ki. A betegvezetés módszerként alkalmazott paramedikális tanácsadás segítségével részesülhet a beteg a mozgósított belső energiái célzott felhasználását támogató gondozásban. A programokra épülő triangulált betegvezetés eredményeként a segítséget kérő fejlesztheti ismereteit, alakíthatja készségeit ahhoz, hogy aktív részese lehessen a saját gyógyulása folyamatának, és meghozhassa azokat a döntéseket, amelyek az autonómiája helyreállítását szolgálják.

Az itt elemzett példaszituációk mindegyikében feltételezhető, hogy a betegekben felmerült a halál lehetőségének a gondolata tudatos vagy nem tudatos módon: „Tudomásul kell venni, hogy kopik a szervezet, ez történik most velem is.” „Nem mondom le semmiről sem, ennyi örömöm még nekem is lehet ebben az életben.” „Megtesszek én mindent, meg betartom az utasításokat is, amit csak mondanak, hátha tudnának még segíteni rajtam.” A feltételezéseken alapuló értelmezések ebben a formában tulajdonítások, amelyeknek az igazságértéke nem haladja meg az ötven százalékot.

Általános szabályként elmondható, hogy a betegvezetésben alkalmazott paramedikális tanácsadás az ápolási folyamat aktuális programjainak megvalósításához nyújt támogatást. A szubjektív ápolási diagnózisok ezért csakis és kizárólag a betegek által közölt információk alapján épülhetnek fel. A betegek viselkedésében tapasztalt bármilyen nyílt vagy latens módon megjelenő jelzések felismerése esetén ápolói feladatként tekinthető a konzultáció kezdeményezése, vagy a szakpszichológus bevonása a beteg gondozásának a folyamatába. Az ápoló kompetenciáját éppen úgy meghaladja a szakpszichológus jogosultságába tartozó tanácsadás, mint a klinikai szakpszichológus jogosultsági körét az ápolói képzéshez kötött paramedikális tanácsadás vezetése. A paramedikális ápolói és a pszichológiai tanácsadás egymással komplementer és nem csereszabatos.

„Az ápolás művészetének van egy intellektuális vetülete: felismerni és megtervezni azt, amit tenni lehet, továbbá egy gyakorlati aspektusa: ténylegesen elvégezni azt. Az ápolás gyakorlati vonatkozásait gyakran delegálni lehet, míg az intellektuálisat nem lehet.” (Scott, 1994)

Az „intellektuális fedezet” az emberek problémákra adott reakcióinak támogatására irányul annak érdekében, hogy az egészségükben kedvező irányú változásokat érhessenek el. Ennek előfeltétele a szubjektív ápolási diagnózisok alapján végzett emberi méltóságot támogató betegvezetés, amelyet az érintettek bánásmódként élnek meg. Ennek függvényében alakul az ápolás „felhasználóinak” megítélése és a társadalomban elfoglalt presztízse. A mindennapi, betegágy mellett végzett munka megvalósításához szükséges interperszonális tudás, és a tudás alkalmazása iránti elkötelezettség mértékének a tétje tehát igen nagy.

Összegzés

„A páciens viselkedése – tekintet nélkül annak megjelenésére – reprezentálja a segítség iránti kérést.” (Orlando, 1961)

A jelen tanulmány a szubjektív ápolási diagnózis alkotásához szükséges szempontrendszer részletes bemutatására irányult. Az „intellektuális, nem dele-

gálható” feladatok effektív megvalósítása érdekében ajánlott munkaeszköz hatékony támogatást nyújthat a betegek viselkedésének megértéséhez, amely előfeltétele az eredményes betegvezetésnek.

A triangulált betegvezetés áttekinthetőségét szolgáló tengeri hajózás példája szerint egy hajó biztonságos haladásához ismerni kell az aktuális pozíciók koordinátáit. A hajózásban ezek a koordináták a földrajzi szélességi és hosszúsági fokoknak, a betegvezetésben a szomatikus és szubjektív diagnózisoknak, azaz a „miért” kérdésekre adott válaszoknak feleltethetők meg. Annak a pontnak a kijelöléséhez szükségesek, ahonnan az ápoló-beteg és a gyógyító személyzet tagjaival közösen végzett munka elindulhat.

A hajó navigálásánál a célállomás ismeretében lehet meghatározni a kívánt útirányt. A betegvezetésben ez annak az átgondolására vonatkozik, hogy „mit” kell tenni ahhoz, hogy valaki az egészségi állapotában kedvező változásokat érhesse el. Ez az ápoló-beteg kapcsolatban a tervezés, vagyis a meghatározott tartalmú és időben is ütemezett programcsomagok kialakításának fázisa a közösen kitűzött céloknak megfelelően.

Az óceánjáró útja sem mindig sima a viharok, jéghegyek stb. miatt, ezért időnként korrigálni kell a haladását a tervhez képest fellépő eltérések miatt, hogy a célállomást valóban és mielőbb el is érhesse. A betegvezetés dimenziójában a „hogyan” fázisa a szomatikus ápolási diagnózisok alapján kidolgozott programok közvetítését foglalja magában, amelynek módszere a szubjektív reagálási módok figyelembevételével vezetett paramedikális tanácsadás.

Az Ápolási Beavatkozások Osztályozásának Rendszerében (NIC) foglalt intervenciók jelentős része a fiziológiai ismereteken alapuló készségek

birtokában megvalósítható. Az ápolói hivatás és a képzésfejlesztés iránt elkötelezett képviselők erőfeszítéseinek köszönhetően fejlődik az egyre szélesebb körben elérhetővé váló és legkorszerűbben felszerelt skill-laborok és oktatási egységek hálózata. A tudomány fejlődésével lépést tartó innovációk a legmagasabb szintű technikai feltételek mellett biztosítják a jövő ápolónemzedékének a korszerű ápolói tevékenységek elsajátítását, valamint azok naprakészen tartását a szakma jelen művelői számára.

Az Ápolási Eredmények Osztályozásának Rendszere (NOC) a beteg tudásának gyarapodásában és viselkedésében megfigyelhető kívánatos változásokat tartalmazza. A személyközpontú ápolásban a szubjektív diagnózisalkotás így a triangulált betegvezetés első lépéseként tekinthető. A veszteségekre adott egyéni reagálások támogatásához azonban – a szubjektív ápolási diagnózisok alkalmazásának bevezetésén túl – a „kommunikációs készségek” körét meghaladó speciális „intellektuális” tudásfedezet biztosítása is sürgetően szükséges.

Szerzői munkamegosztás: H. K.: Konceptió kidolgozása, tervezés, kézirat megírása, szerkesztés. D. N.: Előtanulmány és adatfeldolgozás tervezése, adatelemzés személyi trianguláció módszerével. R. V.: Előtanulmány tervezése, ápolásszakmai szakértés, adatelemzés személyi trianguláció módszerével. O. B.: adatelemzés személyi trianguláció módszerével.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltiségei.

Irodalomjegyzék

- Ackley, B. J., Ladwig, G. B., Makic, M. B. F., Martinez-Kratz, M. & Zanotti, M. (2020). *Nursing Diagnoses Handbook. An evidence-based guide to planning care.* (12th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Inc.
- Carpenito, L. J. (2013). *Nursing Diagnoses Application to Clinical Practice* (14thed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams&Wilkins.
- Carpenito, L. J. (1996). *Ápolási diagnózisok.* Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
- Hárdi I. (1987). *Pszichológia a betegágnál.* Orvos, nővér és a beteg. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Helembai, K. (2019) Patient Conducting Model for Nursing Care. *Madridge J Nurs*, 4(1): 139–144. <https://doi.org/10.18689/mjn-1000125>
- Helembai, K. (2023) Triangulált betegvezetés az ápolásban. *Nővér*, 36(4), 25–33. DOI: <https://doi.org/10.55608/nover.36.0019>
- Kirby, C., Slevin, O. (1994). A gondozás új tanterve. In.: *Project 2000: Ápolóképzés a jövőnek.* (szerk. Slevin, O., Buckenham, M.). Budapest: Semmelweis Kiadó; p. 61–93.
- Orlando. I. J. (1961). *The Dynamic Nurse-Patient Relationship: Function, Process and Principles.* NY: G.P. Putman's Sons, p. 40.
- Potter, P. A., Griffin Perry, A. (1996). *Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai.* Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
- Sánta, K. (2017). A trianguláció-tipológiák és a MAXQDA kapcsolata a kvalitatív vizsgálatban. *Vezetés és Tudomány*, XLVIII(12). <https://doi.org/10.14267/VEZTUD.2017.12.04>
- Scott, P. (1994): A sárkányok birodalma. In: *Ápolóképzés a jövőnek* (szerk. Slevin, O. & Buckenham, M.). Budapest: Semmelweis Kiadó; p. 188–199.
- Slevin, O. (1994): A felkészült, tudatos cselekvés: az elméleti alap a gyakorlathoz. In: *Ápolóképzés a jövőnek* (szerk. Slevin, O. & Buckenham, M.). Budapest: Semmelweis Kiadó; p. 27–43. URL1: [Stroke betegek ápolási terve. nover_2001_14e_1sze102.pdf](https://www.meszk.hu/stroke-betegek-apolasi-terve-nover_2001_14e_1sze102.pdf) (meszk.hu)
- URL2: *Megküzdési módok.* (2010) *Pszichológiai, szociálpszichológiai alapismeretek* Sulinet Tudásbázis, *TÁMOP-3.1.1-08/1-2008-0002*

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

Szájhigiéna és teljesítmény összefüggései élsportolók esetében

NIER Janka, DR. NÉMETH Anikó PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

Az intenzív testmozgás, sportolás jótékony hatással van a szervezetre nézve, azonban a sporttevékenységek során fogyasztott italok, gélek, speciális étrend számos fogászati problémát, fogeróziót, fogszuvasodást okozhatnak, és a nem megfelelő szájhigiéna parodontális és szisztémás megbetegedéseket eredményezhet. Az elhanyagolt szájhigiéna végső esetben az ízületekre is hatást gyakorol, mivel változik a C-reaktív fehérje (CRP) és az interleukin (IL) szintje a szérumban. Ez a változás izomsérülésekhez is vezethet, ami hatással lehet a fizikai fittségre, az izomtömegre, izomerőre is, így befolyásolva a sportteljesítményt. Éppen ezért nagyon fontos az élsportolók szájhigiéniájára is kiemelt figyelmet fordítani, tudatosítani bennük a rendszeres fogászati szűréseken való részvétel fontosságát, illetve széles körű egészségfejlesztési programokkal bővíteni ismereteiket a sportolás során alkalmazott étrendkiegészítők, sportitalok szájjüregre, fogazatra kifejtett hatásairól.

Kulcsszavak: sportolók, orális egészség, fogerózió, egészségfejlesztés

Oral hygiene and performance in elite athletes

Janka Nier, Aniko Nemeth PhD

SUMMARY

The intense exercise and sports are beneficial to the body, but drinks, gels, and special diets consumed during sports activities can cause many dental problems, tooth erosion, tooth decay, and poor oral hygiene can lead to periodontal and systemic diseases. Neglected oral hygiene can ultimately affect the joints as well, due to changes in serum levels of C-reactive protein (CRP) and interleukin (IL). This change can also lead to muscle damage, which can affect physical fitness, muscle mass, and strength, thus affecting sports performance. Therefore, it is very important to pay special attention to the oral hygiene of elite athletes, to raise their awareness of the importance of regular dental checks and to increase their knowledge of the effects of sports supplements and sports drinks on the oral cavity and dentition through a wide range of health promotion programs.

Keywords: athletes, oral health, dental erosion, health promotion

NIER Janka dentálhigiénikus-hallgató, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

DR. NÉMETH Anikó PhD főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport
ORCID-azonosító:
0000-0002-9329-1809

Levelező szerző


(corresponding author):

DR. NÉMETH Anikó

E-mail:

nemeth.aniko.02@szte.hu

Beérkezett: 2025. január 14.**Elfogadva:** 2025. január 22.

 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.38.0004> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization – WHO) meghatározása szerint: „Az egészség a teljes fizikai, lelki, szellemi és szociális jóllét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiánya” (WHO, 1946). Az egyén jóllétét meghatározzák az olyan mindennapi tevékenységek, mint az evés, beszéd, mosolygás, valamint a társadalmi értékteremtés. Mára általánosan elismert, hogy a szájjüregi egészség az általános egészség fontos részét alkotja (Rm et al., 2017; Hamamcilar et al., 2018). A WHO definíciója alapján: „Az orális egészség a száj, a fogak és

az orofaciális struktúrák olyan állapota, amely lehetővé teszi az egyének számára az alapvető funkciók, például az evés, a légzés és a beszéd elvégzését, és magában foglalja a pszichoszociális dimenziókat is, mint például az önbizalom, a jóllét, valamint a fájdalom, kellemetlenség és zavar nélkül történő társas érintkezés és munkavégzés képességét” (WHO, 2024).

Az orális betegségek a világ leggyakoribb nem fertőző betegségei közé tartoznak.

„A szájjüregi betegségek olyan betegségek és állapotok körét foglalják magukban, mint a fogszuvasodás, a fogágybetegségek, a fogvesztés, a szájjüregi rák, az orodentális trauma, a noma nevű súlyos fertőzés, va-

lamint olyan születési rendellenességek, mint a hasadékos ajak és szájpada” (WHO, 2024). Ezek a betegségek károsítják a szájüreg épségét (Hamamcilar et al., 2018), és így hatással vannak az emberek életminőségére. A fogínyvérzés, fogszuvasodás, fogvesztés a rossz szájhigiéna (Yapıcı et al., 2019), a fájdalom és kényelmetlenség mellett a fizikai funkciók csökkenését vagy vesztesét is eredményezheti (Rm et al., 2017), valamint szisztémás gyulladásos reakciót válthatnak ki. Összefüggnek olyan szisztémás betegségekkel, mint a szív- és érrendszeri betegségek, a cukorbetegség (Navarro Azeredo et al., 2020), fogyás, növekedési elmaradás, szívkoszorúér-betegségek, székrekedés és az immunrendszer gyengesége (Yapıcı et al., 2019). Kutatások szerint kapcsolat van az orális egészség és a tüdőgyulladás között is, ugyanis a legúti betegségek szempontjából jelentős kockázati tényezők a parodontális patogének, a szuvasodást okozó baktériumok, valamint a különböző anaerob kórokozók, amelyek jelentős forrása a dentális plakk (Hamamcilar et al., 2018).

Sportolók szájhigiéniája

A versenysportolóknak a legjobb teljesítmény eléréséhez a fizikai erőnlét, megfelelő felkészültség és egészségi állapot is alapvető (Gallagher, 2020), beleértve az orális egészséget (Mouhibi & Elboussiri, 2024). A sporttevékenységek számos jótékony hatással bírnak az általános egészségre, beleértve az antioxidáns és gyulladáscsökkentő hatásokat (Lyle, 2017), azonban egyidejűleg fokozzák a szájüregi betegségek kockázatát (Bramantoro et al., 2020).

Az elit sportolók körében végzett kutatások alapján megállapítható, hogy a sportolók szájhigiéniája gyakran rossz (Lyle, 2017). A sportolók jelentős része szenved fogszuvasodástól, fogzománc-eróziótól és parodontális betegségektől (Lyle, 2017), lényegesen többen, mint az általános populációban (Gallagher, 2020). Ezt Ian Needleman és munkatársainak kutatása releváns adatokkal támasztja alá. A 187 vizsgált labdarúgó közül csaknem 40%-nak volt legalább egy szuvas foga, míg 53,1%-uk esetében diagnosztizáltak fogeroziót. Emellett az ínygyulladás rendkívül gyakori volt, 10 sportolóból 8-at érintett (Needleman et al., 2016). Julie Gallagher és munkatársai 344 sportolót vizsgáltak tanulmányukban csupán 4 sportolónál állapították meg kiváló parodontális egészséget. A résztvevők 49,1%-ának legalább egy szuvas foga volt, fogzománckopás 41,4%-nál volt jelen (Gallagher et al., 2018). Egy másik, a teljesítmény és az orális egészség összefüggéseit vizsgáló kutatás során 96 férfi sportolót értékelték. Az eredmények alapján a sportolók 70,8%-ánál állapították meg a szuvas fogak jelenlétét. Az ínyvérzés is nagyon magas

prevalenciát mutatott, a vizsgált sportolók 66,8%-ánál azonosították (Yapıcı et al., 2019).

Számos fontos tényező járul hozzá az olyan állapotokhoz, mint a fogszuvasodás, fogzománcerózió és parodontális betegségek. Többek között az étrend, a sportolók fogyasztása (Needleman et al., 2013), a száj kiszáradása, az intenzív testmozgás okozta immunszuppresszió, a tudatosság hiánya és a megfelelő egészségügyi tevékenységek elhanyagolása (Lyle, 2017).

Rossz szájhigiéné hatása a sportteljesítményre

Az orális betegségek mindegyike negatív hatással van egy sportoló életminőségére és teljesítményére (Lyle, 2017). Kihatnak az önbizalomra, táplálkozásra (Tripodi, 2021), alvási nehézségeket okozhatnak (Needleman et al., 2015), valamint bizonyos elváltozások megjelenhetnek ízületi és szisztémás szinten is (Fernandes et al., 2021). „Például a C-reaktív fehérje (CRP) és az interleukin (IL) szérumszintjének változása, izomsérülésekhez is vezethetnek, így hatással lehetnek a fizikai fittségre, az izomtömegre, izomerőre és izomfunkciókra” (Bramantoro et al., 2020). Így befolyásolva a teljesítményt, mind a sebesség, erő, teljesítőképesség, rugalmasság és a koordináció tekintetében (Yapıcı et al., 2019).

Gallagher és munkatársai vizsgálták a szájhigiéna és a teljesítmény hatásait elit és hivatásos sportolók körében. Az eredmények szerint a sportolók 34,6%-a számolt be táplálkozási nehézségekről, 15,1%-uk pihenési problémákról, míg 17,2%-uknál a mosolygás és a nevetés vált korlátozottá. Továbbá, a résztvevők 32%-a nyilatkozott úgy, hogy az orális egészségi problémák közvetlenül hatottak sportteljesítményükre (Gallagher et al., 2018).

„A sportolói teljesítmény fokozásának alapja a funkcionális túlterhelés” (Gallagher, 2020). Intenzív edzés után rövid, időszakos immunszuppresszió tapasztalható (Budd & Egea, 2017; Gallagher, 2020). Az extrém terhelésű testmozgás utáni első két órában az immunrendszer jelentős változásokat mutat. Az S-IgA termelése csökken (Tripodi, 2021), a lymphocyták száma csökken, neutrophilek aktiválódnak és mozgósulnak. Emellett a citokinek termelése fokozódik, amely intenzívebb gyulladásos reakciót vált ki (Budd & Egea, 2017).

Ez az időszak az úgynevezett „open window”, azaz „nyitott ablak” (Budd & Egea, 2017), ebben a periódusban a sportoló immunvédelme gyengülhet, így a fertőzésekkel szembeni ellenálló képessége csökken (Gallagher, 2020), amely átmenetileg lehetőséget teremt a kórokozók számára a fertőzés kialakítására (Budd & Egea, 2017). Különösen nagyobb koc-

káztatnak vannak kitéve az állóképességi sportolók, akik magas edzésintenzitást és -mennyiséget végeznek (Budd & Egea, 2017).

A gyakori, nagy intenzitású tréning és az elégtelen regenerációból következően a sportolók kimerülnek, és fogékonyabbak lesznek az opportunista fertőzésekre is a szájüregben. Ilyen gyakran előforduló kórokozó közé sorolható a *Candida albicans* és a herpes simplex (Budd & Egea, 2017). A szájökológiát nedves környezet jellemzi. Ez a környezet két fontos fiziológiai folyadékból áll: a nyálból és az ínybarázda folyadékból. Ezek a folyadékok együttesen biztosítják a szájüreg homeosztázisát és védelmi mechanizmusait (Tripodi, 2021). A védelmet a fő antitest, az IgA segíti, amely megakadályozza a mikroorganizmusok tapadását az orális szövetekhez. A szekretált immunglobulin A jelenlétének minőségi vagy mennyiségi eltérése fokozza a szájüregi fertőzések kialakulásának kockázatát (Budd & Egea, 2017). Az emberi nyál a nyálmirigyek által termelt összetett folyadék, amely számos létfontosságú funkciót lát el. Alapvető feladatai közé tartozik a szájüreg optimális biológiai és kémiai működésének fenntartása, valamint a száj, torok és gége nyálkahártyájának nedvesítése. Tartalmaz peptideket, nukleinsavakat, elektrolitokat, nehézfémeket, mikroorganizmusokat, hormonokat, gyógyszereket és neurotranszmittereket, pH-értéke általában semleges, körülbelül 7 (Tripodi, 2021), de ez az érték változhat, intenzív edzés során savas irányba tolódik el (Mouhibi & Elboussiri, 2024), mivel ilyenkor a CO₂-termelés fokozódik, és a magas CO₂-koncentráció a vérből részben a nyálba diffundál (Tripodi, 2021). Ezzel szemben mérsékelt intenzitású fizikai aktivitás során lúgosabbá válik (Mouhibi & Elboussiri, 2024). Az intenzív fizikai megterhelés szignifikánsan csökkenti a nyáltermelést (Tripodi, 2021). Hyposalivatio során a nyál védőfunkciói gyengülnek. A nyáltermelés csökkenése növeli a különböző szájüregi és szomatikus betegségek kockázatát, mint a periodontális elváltozások és candidiasis (szájpenész) (Mouhibi & Elboussiri, 2024), valamint növeli a fogerozió és a fogszuvaság előfordulását. Utóbbiak kockázata azért nő, mert a nyál hiánya miatt az orális üregben felhalmozódó savak tovább maradnak a fogfelszíneken, így megnehezítve az érintett fogfelszín remineralizációját (Budd & Egea, 2017).

A szájszárazság kialakulásának számos oka lehet, amelyek közé tartoznak a pszichés tényezők, mint például az érzelem és a stressz, amelyek csökkenthetik a nyáltermelést. Ezenkívül a testmozgás közbeni termogenezis hatására a vízvesztés (Budd & Egea, 2017), a buccalis légzés és bizonyos gyógyszerek is hozzájárulhatnak a nyálhiányhoz (Mouhibi & Elboussiri, 2024).

A nyál kiemelkedő jelentőségű diagnosztikai és monitorozó eszközként alkalmazható a fogászat különböző területein. A nyálanalízis hozzájárulhat többek között a parodontális betegségek azonosításához, a salivális gyulladáshoz citokinek koncentrációjának mérésére alapozva (Tripodi, 2021).

A sportolók gyakran fogyasztanak szénsavas sportitalokat (Soares et al., 2014), szénhidrátokat tartalmazó géleket (Lyle, 2017), izotóniás sportitalokat és hipotóniás italokat a rehidratáció és elektrolitpótlás érdekében (Soares et al., 2014; Needleman et al., 2015). Ezek a termékek magas cukortartalommal rendelkeznek (Lyle, 2017), és a bennük található citromsav, valamint az alacsony pH-érték káros hatásúak lehetnek a fogakra (Soares et al., 2014). A sportitalok fogyasztása hozzájárulhat a fogszuvasodás és a fogerozió fokozódásához (Lyle, 2017). Ezt megerősíti egy labdarúgó csapat tagjainak vizsgálatát célzó kutatás is, miszerint a sportitalokat rendszeresen fogyasztó sportolók 36,5%-ánál kimutatható volt a fogerozió jelenléte (Chantaramanee et al., 2016).

Mást mutat *Ian Needleman* és munkatársainak eredménye. 187 labdarúgót vizsgáltak, akik közül csaknem 64% legalább heti három alkalommal fogyasztott sportitalt. Azonban a kutatók nem találtak szignifikáns összefüggést a sportitalfogyasztás gyakorisága és a fogszuvasodás, illetve a fogerozió kialakulása között (Needleman et al., 2016).

A sportitalok átlagos pH-értéke 2,52, ami elősegíti a külső zománcreteg demineralizációját. Ezenkívül a folyadék viszkozitása is kulcsfontosságú tényező, mivel minél sűrűbb egy sportital, annál hosszabb ideig tapad a fog felületéhez, így tovább csökkenti a zománc pH-értékét, fokozva ezzel annak károsodását (Budd & Egea, 2017).

„A fogak záróharapásos helyzetben történő találkozásának módja. Ideális esetben a felső metszők az alsók elé harapnak, az alsó őrlők külső csücskei a felső őrlők központi barázdájával érintkeznek” (H&H DENTAL esztétikai fogorvoslás, 2024).

Ha az okklúzió eltér az ideálistól, az negatív hatással lesz a rágás hatékonyságára, az emésztésre, így nehezíti a tápanyagok felszívódását (Soares et al., 2014). Ezentúl a fogzáródás és a testtartás között is kapcsolat van (Mouhibi & Elboussiri, 2024). A záródásbeli zavarok következménye lehet a diszkomfortérzés, stressz (Soares et al., 2014). A kiegyensúlyozatlan okklúzió hatással lehet az erőeloszlására, a mozgás szimmetriájára (Budd & Egea, 2017), valamint temporomandibularis ízületi problémákat okozhatnak (Soares et al., 2014). Még a felső állcsont fejlődését is befolyásolhatják, és a légzési mechanizmusok működését is zavarhatják, ami miatt csökken a test oxigénellátása, különösen sport-

tevékenység végzése során. Ezek mind jelentősen veszélyeztethetik a sportolói teljesítményt (Budd & Egea, 2017).

A vízi sportok, például az úszás és vízilabda sportolói számos órát töltenek edzéseik során az uszoda vizében, ami jelentősen hozzájárulhat a fogzománc-erózió kialakulásához (Tripodi, 2021). A fogzománc-erózió fájdalmas, visszafordíthatatlan állapot. Okozhatja a medence savas vizével való érintkezés, ugyanis a medencevíz pH-értéke általában alacsony (2,8–4,5 tartomány) (Soares et al., 2014), ezenkívül a savban gazdag ételek fogyasztásának, gyomorsav jelenlétének a szájüregben, és a nyálcsökkenésnek is következménye lehet az erózió (Tripodi, 2021).

A fogerózió folyamata megkülönböztetendő a fogszuvasodástól, mivel utóbbi kialakulásában baktériumok játszanak kulcsszerepet. Továbbá a fogszuvasodás korai szakaszában megfelelő kezeléssel visszafordítható (Budd & Egea, 2017).

Sportolók szájüregi egészségének megtartása

Az elit sportolók gondozásában kiemelt szerepet kell fordítani a megelőzésre (Merle et al., 2022). Kulcsfontosságú az orális egészség népszerűsítése az éltsportolók számára (Needleman et al., 2013), valamint oktatásuk a hatékony szájápolási szokások kialakítására, már egészen fiatal koruktól kezdve

(Knight et al., 2019). Az orális egészség fejlesztésére irányuló stratégiákat (Needleman et al., 2013), egyéni prevenciók terveket kell kidolgozni (Soares et al., 2014). Sportorvosi vizsgálati protokollba be kell építeni a fogászati vizsgálatokat (Tripodi, 2021). Elengedhetetlen lenne a személyre szabott, rendszeres szájüregi vizsgálat, ami hozzájárulna ahhoz, hogy időben azonosítsák és orvosolják a fogászati problémákat. A sportolók számára kiemelten fontos a megfelelő szájápolási szokások kialakítása, amelyek magukban foglalják a napi kétszeri fogmosást, az interdentalis területek tisztítását és fluoridtartalmú fogkrémek rendszeres használatát. Ezek a megelőző intézkedések a sportteljesítményen túl az életminőséget is javíthatják (Merle et al., 2022). Mindezen prevenciók tevékenységekben a dentálhigiénikusoknak is kiemelt szerep juthatna, hiszen végzettségükkel fogva alkalmasak arra, hogy egészségfejlesztő tevékenységeket, szájüregi szűréseket végezzenek.

Szerzői munkamegosztás: N. J.: irodalomkutatás elvégzése, közlemény megírása; N. A.: kézirat korrekciója, szakmai lektorálás. A cikk végleges változatát mindegyik szerző elolvasta és jóváhagyta.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségei.

Irodalomjegyzék

- Bramantoro, T., Hariyani, N., Setyowati, D., Purwanto B., Zulfiana A. A., & Irmalia, W. R. (2020). The impact of oral health on physical fitness: A systematic review. *Helicon*, 6(4), e03774. <https://doi.org/10.1016/j.helicon.2020.e03774>
- Budd, S. C. & Egea, J.-C. (2017). General Principles: Caring for the Athletic Patient in Sports Dentistry. *Sport and Oral Health*, 119–123.
- Chantaramanee, A., Siangruangsang K., Chittaputta, P., Daroonpan, P., Jaichum, P., Jommoon, P., ... & Samnieng, P. (2016). Oral Health Status of the Professional Soccer Players in Thailand. *Journal of Dentistry Indonesia*, 23(1), 1–4. <https://doi.org/10.14693/jdi.v23i1.633>
- Fernandes, C., Allen, I., Sá Pinto, L., Júdice, A., Vicente, F., Família, C., ... & Godinho, C. (2021). Oral Health among Athletes at the Egas Moniz Sports Dentistry Practice. *Medical Sciences Forum*, 5(1), 40. <https://doi.org/10.3390/msf2021005040>
- Gallagher, J., Ashley, P., Petrie, A., & Needleman, I., (2018). Oral health and performance impacts in elite and professional athletes. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 46(6), 563–568. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12392>
- Gallagher, J. (2020). Oral health of elite athletes and impact on performance. For the degree of Doctor of Philosophy. UCL Eastman Dental Institute. Elérhető: 2024.11.20. <https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10092055/>
- Hamamcilar, O., Kocahan, T., Akinoğlu, B., & Hasanoglu, A. (2018). Effect of poor oral health on respiratory functions and hence sportive performance. *Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences*, 26(3), 74–79. <http://dx.doi.org/10.5505/ias.2018.43402>
- H&H DENTAL esztétikai fogorvoslás. (2024. 11. 03.). Kis képes fogorvosi szótár, szójegyzék – Okklúzió. Elérhető: 2024.11.03. <https://www.hnh.hu/kepes-fogorvosi-szotar#o>
- Knight, A., Alsaey, M., Farooq, A., & Wilson, M. G. (2019). Alarmingly poor oral health in international athletes competing in the Middle East. *British Journal of Sports Medicine*, 53(16), 1038–1039. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098770>
- Lyle, D. (2017). Oral Health and Elite Athletes. Elérhető: 2024. 09.29. <https://www.dentaltown.com/Images/Dentaltown/magimages/1017/ukodPg54.pdf>
- Merle, C., Wuestenfeld, J. C., Fenkse, F., Wolfarth, B., Haak, R., Schmalz, G., & Ziebolz, D. (2022). The Significance

- of Oral Inflammation in Elite Sports: A Narrative Review. *Sport Medicine International Open*, 6(2), E69–E79. <https://doi.org/10.1055/a-1964-8538>
- Mouhibi, A., & Elboussiri, K. (2024). High-Level Athletes and Oral Health. *Open Access Library Journal*, 11(10), e12215. <https://doi.org/10.4236/oalib.1112215>
- Navarro Azeredo, F., Guimarães, L. S., Fialho, W. L. S., Antunes, L. A. A., & Antunes, L. S. (2020). Estimated Prevalence of Dental Caries in Athletes: An Epidemiological Systematic Review and Meta-Analysis. *Indian Journal of Dental Research*, 31(2), 297–304. https://doi.org/10.4103/ijdr.ijdr_764_18
- Needleman, I., Ashley, P., Petrie, A., Fortune, F., Turner, W., Jones, J., ... & Porter, S. (2013). Oral health and impact on performance of athletes participating in the London 2012 Olympic Games: a cross-sectional study. *British Journal of Sports Medicine*, 47(16), 1054–1058. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092891>
- Needleman, I., Ashley, P., Fine, P., Haddad, F., Loosemore, M., De Medici, A., ... & Porter S. (2015). Oral health and elite sport performance. *British Journal of Sports Medicine*, 49(1), 3–6. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-093804>
- Needleman, I., Ashley, P., Meehan, L., Petrie, A., Weiler, R., McNally, S., ... & Taylor R. (2016). Poor oral health including active caries in 187 UK professional male football players: clinical dental examination performed by dentists. *British Journal of Sports Medicine*, 50(1), 41–44. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-094953>
- Rm, B., Peter, E., Varghese, N., & Sivarama, R. (2017). Oral Health and Quality of Life: Current Concepts. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(6), 21–26. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/25866.10110>
- Soares, P., Tolentino, A. B., Machado, A. C., Dias, R. B., & Coto, N. P. (2014). Sports dentistry: a perspective for the future. *Brasílian Journal of Physical Education and Sport*, 28(2), 351–358. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-55092014000200351>
- Tripodi, D. (2021). The Impact of Sport Training on Oral Health in Athletes. *Dentistry Journal*, 9(5), 51–62. <https://doi.org/10.3390/dj9050051>
- Yapıcı, H., Eroğlu, O., Ayan, S., Bağlar, S., Memiş, U. A., & Doğan, A. A. (2019). The relation between performance and oral health in male athletes. *The European Research Journal*, 5(6), 1007–1013. <https://doi.org/10.18621/eurj.432272>
- WHO (1946). Constitution of the world health organization. The Constitution was adopted by the International Health Conference, New York. Elérhető: 2024.11.21. <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/en/constitution-en.pdf>
- WHO. (2024). Oral health. Elérhető: 2024.11.21. https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1



**OUR NURSES.
OUR FUTURE.**

International Council of Nurses
**Caring for nurses strengthens
economies**

Az Ápolók Nemzetközi Tanácsa (International Council of Nurses, ICN) Florence Nightingale születésének évfordulója tiszteletére 1974-ben választotta május 12-ét az Ápolók Nemzetközi Világnapjának.

Hagyományaihoz híven az Ápolók Nemzetközi Tanácsa az év elején most is megfogalmazta legfontosabb gondolatait az ápolással, az ápolókkal kapcsolatban. Idén a globális kampányszlogen, a téma továbbra is az egészségügy jövőképehez kapcsolódik: „A mi ápolóink. A mi jövőnk”. A tavalyi kampány sikerére építve, mely az ápolás gazdasági erejét hangsúlyozta, a 2025. évi kampány az ápolók egészségére és jólétére összpontosít. Felhívják a figyelmet arra, hogy egy egészséges ápolói munkaerő kulcsszerepet játszik a gazdaságok megerősítésében, az egészségügyi rendszerek javításában és a közösségek számára a jobb eredmények biztosításában.

Dr. Pamela Cipriano, az ICN elnöke az új téma ismertetésekor kiemelte, hogy „Az 2025-ös IND témánkkal az ápolók egészségének és jólétének támogatásának fontosságát emeljük ki, akik létfontosságúak az egészségügyi rendszerek globális működéséhez. Az ápolók számos kihívással néznek szembe: fizikai, mentális, érzelmi és etikai, és elengedhetetlen, hogy ezeket a kihívásokat olyan módon kezeljük, amely elősegíti általános egészségüket. Ez a téma lehetőséget biztosít arra, hogy cselekvőképes megoldásokat hozzunk a középpontba – olyan megoldásokat, amelyeket azonnal végre lehet hajtani az ápolók napi munkájának támogatására és hosszú távú egészségük javítására. Ez megerősíti a Változások Chartájából származó felhívást, amely arra kér minden szervezetet és kormányt, hogy értékelje, védje, tisztelje és fektessen be az ápolóinkba a fenntartható jövő érdekében az ápolás és az egészségügy terén.”

(Forrás: <https://www.icn.ch/news/icn-puts-wellbeing-nurses-centre-international-nurses-day-2025>)

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

Parkinson-kórban szenvedő betegek orális egészségének problémái

HETTINGER Petra, DR. NÉMETH Anikó PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

A Parkinson-kór a világ második leggyakoribb neurodegeneratív betegsége. Az egész szervezetet érintő izomgyengeség, a motoros funkciók csökkenése hatással van a szájüreg állapotára is. Az elégtelen eszközhasználat fogmosás során, a rágási és nyelési funkciók gyengesége miatti ételpangás a fogak, a szájüreg károsodását okozhatja. Jelen közlemény célja megismertetni az olvasót a Parkinson-kór stádiumbesorolásának kritériumaival, mivel ennek ismeretében a szakemberek könnyebben meg tudják határozni, hogy mennyire károsodottak a betegek motoros funkciói, így célzottabban tudnak számukra segítséget nyújtani, tanácsokat adni a mindennapokban és a szájápolás területén is. Fontos ezt a területet kiemelten kezelni, mivel az elhanyagolt szájhygiének súlyos helyi és szisztémás következményei lehetnek, amelyek tovább súlyosbíthatják a beteg általános állapotát.

Kulcsszavak: Parkinson-kór, izomerő, orofaciális funkció, szájhygiéné

Oral health problems in patients with Parkinson's disease

Petra Hettinger, Aniko Nemeth PhD

SUMMARY

Parkinson's disease is the second most common neurodegenerative disease in the world. Muscle weakness throughout the body and loss of motor function also affect the oral cavity. Inadequate use of tools when brushing teeth and food clenching due to poor chewing and swallowing can cause damage to teeth and the oral cavity. The purpose of this communication is to familiarize the reader with the criteria for the staging of PD, as this will help professionals determine how impaired patients' motor functions are, and thus better target their daily activities and oral care. It is also important to prioritize this area, as neglected oral hygiene can have serious local and systemic consequences, which can exacerbate the overall condition of the patient.

Keywords: Parkinson's disease, muscle strength, orofacial function, oral hygiene

HETTINGER Petra dentál-higiénikus-hallgató, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Dr. NÉMETH Anikó PhD főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport
ORCID-azonosító:
0000-0002-9329-1809

Levelező szerző

(corresponding author):


Dr. Németh Anikó

E-mail:

nemeth.aniko.02@szte.hu

Beérkezett: 2025. január 25.

Elfogadva: 2025. február 19.

 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.38.0005> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

A Parkinson-kór (továbbiakban PK) a világ második leggyakoribb neurodegeneratív betegsége az Alzheimer-kórt követően. A PK incidenciája az életkorral nő, éles kiugrást mutatva 60 év után (Pringsheim, 2014). 2016-os adatok szerint a PK incidenciája a 40 év fölötti nőknél 37/100 000 fő/év, míg a 40 év fölötti férfiaknál 61/100 000 fő/év (Hirsh et al., 2016). A betegség hátterében a substantia nigra sejtjeinek károsodása áll, amelynek következménye az általa termelt dopamin szintjének csökkenése. A

dopamin egy multifunkcionális neurotranszmitter, amely négy pályán (nigrostriatalis, mesiolimbicus, mesiocorticalis, tuberoinfundibularis) fejt ki hatását. Ezen neurotranszmitter fokozatosan történő csökkenése módosítja vagy véglegesen megszünteti a pályákat, ezáltal többfajta tünet megjelenését váltja ki a betegnél. Idetartoznak a motoros funkciókat érintő tünetek, mint bradykinesia, nyugalmi tremor, izommerevség és instabil testtartás, valamint nem motoros tünetek, mint apátia, depresszió, szorongáshoz köthető betegségek, kognitív és érzelmi zavarok, demencia (Ayano, 2016).

A betegség progresszivitásának szerepe a fogászati ellátás során

A PK progresszivitása nehezen mérhető több szempontból is. Elsősorban az ezen degeneratív betegséggel rendelkezők eltérően élhetik meg a PK-val járó nehézségeket. Nem minden betegnél jelentkezik az összes tünet, emellett a tünetek nem ugyanolyan sorrendben, ugyanakkora intenzitással alakulhatnak ki a betegség progressziója során. Másodszor pedig, a diagnózist követően, a PK-s betegek többsége jól reagál bizonyos gyógyszerekre, mint például a levodopára, amely lassíthatja a betegség progresszióját (Parkinson's Foundation). Itt viszont fontos kiemelni, hogy a levodopa szedése a terápia előrehaladtával mellékhatásokat okozhat, mint például dysphagia, emellett „on-off” periódusok alakulhatnak ki a betegeknél, jelentősen befolyásolva egészségügyi, így fogászati ellátásukat is. A Parkinson's Foundation több megközelítést sorol fel a betegség progresszivitásának besorolását illetően. Egyik ilyen besorolás az 1967-ben *Hohen és Yahrn* által meghatározott öt fokozatból álló skála, amely a PK motoros funkciókra gyakorolt hatása alapján határozza meg a progresszivitást. Az első két fokozat a korai szakaszba sorolható, amikor már tremor, merevség és mozgási tünetek jelennek meg a beteg egyik vagy mindkét oldalán, emellett történhet változás a testtartásban, járásban és mimikában. A második és harmadik fokozat a progresszivitás középső szakaszába sorolható, ebben a szakaszban a tünetek rosszabbodnak, negatívan befolyásolva a betegek mindennapi életét, viszont segítséggel még bizonyos tevékenységeket önállóan el tudnak végezni. A betegség előrehaladott stádiumába sorolható a negyedik és ötödik fokozat, amikor már jelentősen romlik a betegek állapota, a mindennapi tevékenységek végrehajtásához folyamatos asszisztálás szükséges. A *Hohen és Yahrn* által alkotott skálát több kutatás is felhasználta (továbbiakban megemlítve), amely mellett gyakran alkalmazzák az 1980-as években kidolgozott, majd az MDS (Movement Disorder Society) által felülvizsgált UPDRS-t (Egységes Parkinson-kórt értékelő skála). Ez a skála 42 kérdést tartalmaz, négy főrésze osztra, így egy részletesebb felmérési lehetőséget biztosít a kutatók és szakorvosok számára. Ez a négy főrész a mindennapi élet tapasztalatainak nem motoros aspektusait vizsgáló (Part I), a mindennapi élet tapasztalatainak motoros aspektusait vizsgáló (Part II), mozgásvizsgáló (Part III) és a mozgással kapcsolatos komplikációkat vizsgáló (Part IV) részekre oszlik (International Parkinson and Movement Disorder Society, 2008). Az ilyen típusú és ehhez hasonló besorolások ismerete elengedhetetlen a fogászati ellátás során, hogy a PK-val élő be-

tegek állapotváltozásának megfelelően módosuljanak a fogászati beavatkozások alatt használt terápiás megközelítések, módszerek.

Problémák a szájüregben

A betegség előrehaladtával nehézségek léphetnek fel a napi szájhygiénés manőverek elvégzésénél. Ezen nehézségek a PK-val járó motoros funkciók károsodásából, dysphagiából, apátiából, depresszióból, hypersialorrhoeából vagy éppen xerostomiából fakadhatnak (Cicciú et al., 2012). A motoros funkciók károsodása, tremor és izommerevség megjelenése befolyásolhatja a beteg hatékony eszközhasználatát, a masztikációs és szájnyitó izmok működését. A masztikációs problémák és dysphagia megváltoztatja a PK-ban szenvedők evési habitusait, és evés után jelentősebb mennyiségű ételmaradék ülepedhet le a szájüregben. Apátiából és depresszióból fakadó motivációvesztés befolyásolhatja a napi fogmosás rendszeres elvégzését, csökkenti a fogászati ellátás igénybevételét, emellett előfordulhat, hogy nehezebben fogja viselni a fogászati beavatkozásokat (Kaka et al., 2019). Hypersialorrhoea és xerostomia a szájüreg nyáltermelésével, ezáltal nyáláramlással kapcsolatos problémákat idéz elő. A nyálnak fontos szerepe van a szájüreg öntisztító és védelmi funkciójában, letisztítja a lepedéket és baktériumokat a nyálkahártya és a fogak felületéről (Ribeiro et al., 2016).

Caries és periodontális betegség

Az előzőekben említett faktorok összessége és a PK súlyossága hozzájárul a caries és a periodontális betegség kialakulásához (Müller et al., 2011). Ennek bizonyítására több kutató végzett kutatást, PK-s és a nem PK-s egyének (kontrollok) között. Müller és munkatársai 101 PK-s beteget vizsgáltak meg, kizárva azokat a betegeket, akik intenzív önkéntelen mozgással, úgymond dyskinesióval rendelkeztek. Kutatásuk során megállapították, hogy általánosan a PK-ban szenvedő betegek szájüregi egészsége rosszabb állapotú a kontrollcsoporthoz képest. A PK-ban szenvedő betegek kevesebbszer mostak fogat és ritkábban jártak fogorvoshoz, emellett károsodott a szájüregük öntisztító mechanizmusa, amely túkröszódött a csökkent nyáláramlásban. Kifejezettebb ínycressziót és fogmozgást is megfigyeltek a PK-ban szenvedő betegeknél a kontrollcsoporttal szemben (Müller et al., 2011). Cicciú és munkatársai hasonló kutatást végeztek a Hohen- és Yahrn-skálán I-es és II-es fokozatba sorolható PK-s betegeken. Eredményeik egyértelműen kimutatták, hogy a foghiány és a periodontális betegség gyakorisága szignifikánsan magasabb volt a PK-s betegek csoport-

jában, miközben számottevő különbséget nem észleltek a kezeletlen szuvas fogak százalékos arányánál a két csoport között. A kezeletlen fogszuvasodás értékeinek hasonlóságát az idősebbek által preferált cukros étrend összefüggésével magyarázták (Cicciù et al., 2012). Későbbi kutatás is alátámasztotta Cicciù eredményeit, ahol összefüggést találtak a PK progresszivitása és a periodontitis prevalenciája között. A vizsgált személyek 75%-ánál találtak periodontitist, amelynek nagy részét a súlyosabb esetek közé sorolták. A rosszabb periodontális mérések (plakkindex, ínrecesszió, periodontális zsebmélység, szondázási vérzés) korreláltak az izommerevség és a kinetikus tremorok romló szintjével (Lyra et al., 2020).

Orofacialis funkciók

A fentiekben már megemlített nehézségek közé sorolt, a PK-val járó tremor és izommerevség befolyásolhatja a beteg otthoni, önálló fogápolását. Azonban ezek a tünetek nemcsak a végtagokra lehetnek hatással, hanem még az arc- és rágóizmokra is, csökkentve az állkapocs mobilitását, ami ezáltal temperomandibularis zavarokat és az orofacialis funkciók működésénél problémákat okozhat (Baram et al., 2023). A csökkent mobilitás akadályozza a masztikációs folyamatot, megnehezítve az evés során megrágott falat formálódását és lenyelését, emellett orofacialis fájdalmak kialakulásában is szerepet játszhat (Bakke et al., 2011). A PK-s betegek vizsgálata során a kutatók többfajta módszert használnak fel az orofacialis funkciók felmérését illetően. Az egyik ilyen a NOT-S (The Nordic Orofacial Test), amelynek célja, hogy azonosítani lehessen az orofacialis diszfunkcióval érintett és további vizsgálatra szoruló területeket, valamint, hogy feltérképezze az orofacialis funkciókat különböző diagnózisok/betegségek összefüggésében (Bakke et al., 2016). A teszt két egységből áll, egy interjúból és egy vizsgálati egységből. Mindkettő egység további hat-hat részre van osztva, ezáltal mind szubjektív, mind objektív nézőpontból is megvizsgálható az adott beteg állapota. A másik kettő módszer nagyobb fókuszba helyezi a beteg rágó- és nyelési képességének vizsgálatát, annak működését. Ilyen típusú vizsgálat közül az egyik az EMG (elektromiográfia) vizsgálat, ahol a vizsgált személyeknek egy átlagos almaszeletet kell megenniük, majd 2 ml vizet kell meginniük. A vizsgálat során a temporalis izmokon, a rágóizmokon és a kéthasú állizmok elülső hasán elhelyezett elektródákkal mérik a víz lenyelésének és az almaszelet rágásának idejét és ciklusát. Emellett használják még a rágófunkciók felmérésére a rágógumi rágásával történő vizsgálatokat. Egy ilyen a *Shimmel* és munkatársai által kifejlesztett kétszínű rágógumiteszt, amely a

két különböző színű rágógumi összekeveredésének mértékéből állapítja meg az izomerőt (Shimmel et al., 2007), míg az *Anastassiadou* és *Heath* által létrehozott rágógumiteszt az elragott rágógumi tömegének csökkenéséből állapítja meg (Anastassiadou & Heath, 2001). A vizsgálati módszerek a NOT-S értékeknél szignifikáns különbséget találtak a PK-s betegek és a kontrollcsoportok között, mind az interjú, mind az objektív vizsgálat és ezek összesített értéke nagyobb értéket mutatott (Baram et al., 2023), jelentős mértékben a légzés, a rágás és nyelés, a nyáladzás, az orron keresztüli légzés, az arcmimika, a rágóizom és állkapocs funkciója, a száj motoros funkciója, valamint beszéd területén (Bakke et al., 2011). A standard almaszelet elragását végző alanyok objektív rágási funkciója jelentősen rosszabb volt, az almaszelet megrágása tovább tartott, és a PK-s alanyonál meghaladta a kutatásban megadott időtartamot (Baram et al., 2023). Emellett összefüggést fedeztek fel a rosszabb orofacialis funkciók és a PK progresszivitása között a Hohen, Yahn és UPDS által besorolt PK-s betegek adataival összevetve (Bakke et al., 2011). A kétszínű rágógumitesztet alkalmazó esettanulmány kivehető, teljes vagy részleges fogpótlással rehabilitált PK-s betegek rágóképességét vizsgálta, ahol statisztikailag szignifikáns összefüggést találtak a protézis használatának időbeli tartama és a rágási hatékonyság mértéke között, viszont nem fedeztek fel szignifikáns eltérést a rágási hatékonyság vizsgálatánál (Corsalini et al., 2020).

Mindezekből az eredményekből látható, hogy a Parkinson-kóros betegek esetében jelentősen csökkennek az orofacialis funkciók is, amelyek megnehezítik a táplálkozást, folyadékfogyasztást. A szervezet egészét érintő izomerő-csökkenés megnehezíti az önellátást, ezen belül jelentősen korlátozza a szájápolást is. Ilyen módon a Parkinson-kórban szenvedő betegek szájüregének állapota nagyobb odafigyelést igényel, mivel a nem megfelelő higiéné következtében caries, paradontitis, fogvesztés alakulhat ki, amely még tovább nehezíti az amúgy is nehézkes táplálkozást. Éppen ezért a fogászati rendelőkben elengedhetetlen az ebben a betegségben szenvedő betegek és családtagjaik megfelelő oktatása, tájékoztatása.

Szerzői munkamegosztás: H. P.: irodalomkutatás elvégzése, közlemény megírása. N. A.: kézirat korrekciója, szakmai lektorálás. A cikk végleges változatát mindegyik szerző elolvasta és jóváhagyta.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségei

Irodalomjegyzék

- Anastassiadou, V., & Heath, M. R. (2001). The development of a simple objective test of mastication suitable for older people, using chewing gums. *Gerodontology*, *18*(2), 79–86. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2001.00079.x>
- Ayano, G. (2016). Dopamine: Receptors, Functions, Synthesis, Pathways, Locations and Mental Disorders: Review of Literatures. *Journal of Mental Disorders and Treatment*, *2*(2), 120. <http://dx.doi.org/10.4172/2471-271X.1000120>
- Bakke, M., Bergendal, B., McAllister, A., Sjögreen, L. & Asten, P. (2016). Nordic Orofacial Test-Screening. https://www.mun-h-center.se/siteassets/munhcenter/3-information-och-utbildning/4--not-s/not-s-guidance_eng_161123.pdf
- Bakke, M., Larsen, S. L., Lautrup, C., & Karlsborg, M. (2011). Orofacial function and oral health in patients with Parkinson's disease. *European Journal of Oral Science*, *119*(1), 27–32. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0722.2010.00802.x>
- Baram, S., Thomsen, C. E., Øzhayat, E. B., Karlsborg, M., & Bakke, M. (2023). Orofacial function and temporomandibular disorders in Parkinson's Disease: a case-controlled study. *BMC Oral Health*, *23*, 381.
- Cicciú, M., Risitano, G., Giudice, G. L., & Baramanti, E. (2012). Periodontal Health and Caries Prevalence Evaluation in Patients Affected by Parkinson's Disease. *Parkinson's Disease*, Article ID 541908. <https://doi.org/10.1155/2012/541908>
- Corsalini, M., Rapone, B., Cagnetta, G., Carossa, M., Sportelli, P., De Giacomo, A., Laforgia, A. & Di Venere, D. (2020). Orofacial Functions and Chewing Efficiency in Elderly Patients with Parkinson's Disease Rehabilitated with Removable Protheses. *The Open Dentistry Journal*, *14*, 13–18. <http://dx.doi.org/10.2174/1874210602014010013>
- Hirsch, L., Jette, N., Frolkis, A., Steeves, T., & Pringsheim, T. (2016). The Incidence of Parkinson's disease: Review and Meta-Analysis. *Neuroepidemiology*, *46*(4), 292–300. <https://doi.org/10.1159/000445751>
- Hohen, M. M., & Yahr, M. D. (1967). Parkinsonism: onset, progression and mortality. *Neurology*, *17*(5), 427–442. <https://doi.org/10.1212/wnl.17.5.427>
- International Parkinson and Movement Disorder Society (2008). The MDS-sponsored Revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale. https://www.movementdisorders.org/MDS-Files1/PDFs/Rating-Scales/MDS-UPDRS_English_FINAL.pdf
- Kaka, S., Lane, H., & Sherwin, E. (2019). Dentistry and Parkinson's disease: learnings from two case reports. *British Dental Journal*, *227*(1), 30–36. <https://doi.org/10.1038/s41415-019-0470-9>
- Lyra, P., Machado, V., Proença, L., Domingos, J., Godinho, C., Mendes, J.J. & Botelho, J. (2020). Parkinson's Disease, Periodontitis and Patient-Related Outcomes: A Cross-Sectional Study. *Medicina*, *56*(8), 383. <https://doi.org/10.3390/medicina56080383>
- Müller, T., Palluch, R. & Jackowski, J. (2011). Caries and Periodontal Disease in Patients with Parkinson's Disease. *Special Care Dentist*, *31*(5), 178–181. <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2011.00205.x>
- Parkinson's Foundation: Stages of Parkinson. <https://www.parkinson.org/understanding-parkinsons/what-is-parkinsons/stages>
- Pringsheim, T., Jette, N., Frolkis, A., & Steeves, T. D. L. (2014). The prevalence of Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Movement Disorders*, *29*(13), 1583–1590. <https://doi.org/10.1002/mds.25945>
- Ribeiro, R. G., Campos, C. H., Matheus, C. R. & Garcia, R. (2016). Oral Health in Elders with Parkinson's Disease. *Brazilian Dental Journal*, *27*(3), 340–344. <https://doi.org/10.1590/0103-6440201600881>
- Schimmel, M., Christou, P., Herrmann, F., & Müller, F. (2007). A two-colour chewing gum test for masticatory efficiency: development of different assessment methods. *Journal of Oral Rehabilitation*, *34*(9), 671–678. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2007.01773.x>

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Országos Szervezete
közreműködve a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karral
és az Európai Transzkulturális Ápolási Egyesülettel
(European Transcultural Nursing Association, ETNA)

2025. június 23-24-én, Budapesten
szervezi meg a **X. Nemzetközi Konferenciát.**

A konferencia részletes felhívása elérhető
a **www.meszk.hu** oldalon.

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

Az orális egészség elhanyagolásának szerepe a demencia kialakulásában

SZUNYI Ágnes, DR. NÉMETH Anikó PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

Az orális egészség elhanyagolása számos helyi és szisztémás megbetegedéshez vezethet, de kevesen tudják, hogy a demencia kialakulásában is szerepet játszhat olyan módon, hogy a szájüregi mikrobák a véráram útján bejuthatnak az agyba, ahol a neuronok károsodását idézhetik elő, amelynek következménye lehet a kognitív funkciók károsodása. Már csak ezért is nagyon fontos hangsúlyt fektetni a helyes szájhygiénére minden életkori csoportban. Elengedhetetlen minden korosztály rendszeres fogászati ellenőrzése, helyes szájápolásra való oktatása, és különös hangsúlyt kell fektetni az idősekre is, akik hajlamosak fogazatukat elhanyagolni.

Kulcsszavak: orális egészség, demencia, szájüregi fertőzés

The role of oral health neglect in the development of dementia

Agnes Szunyi, Aniko Nemeth PhD

SUMMARY

Neglecting oral health can lead to a number of local and systemic diseases, but few people know that it can also play a role in the development of dementia, in that oral microbes can enter the brain through the bloodstream, where they can cause damage to neurons, resulting in impaired cognitive function. For this reason alone, it is very important to emphasize good oral hygiene in all age groups. Regular dental check-ups and education on good oral care for all ages are essential, and special emphasis should be placed on the elderly, who tend to neglect their teeth.

Keywords: oral health, dementia, oral infection

SZUNYI Ágnes dentálhigiénikus-hallgató, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

DR. NÉMETH Anikó PhD főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport
ORCID-azonosító:
0000-0002-9329-1809

Levelező szerző

(corresponding author):


Dr. Németh Anikó

E-mail:

nemeth.aniko.02@szte.hu

Beérkezett: 2025. január 22.

Elfogadva: 2025. február 22.

 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.38.0006> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

Mivel a demencia kialakulásának pontos okai jelenleg tisztázatlanok, így fontos újabb és újabb kutatásokat végezni, hogy kiderüljön, mik a megelőzésre szolgáló módszerek és tényezők, ezáltal csökkenhet a betegség által az egészségügyre rótt teher is (Takeuchi et al., 2017). Azt feltételezik, hogy a fogmosást és a fogászati kezelési eljárásokat követően a szájüregi mikrobák és a lipopoliszacharid (LPS) bacteriaemia révén bejutnak a szervezetbe, és az ebből következő immunválaszok az idegsejtek pusztulásához és esetleg memóriavesztéshez vezethetnek (Forner et al., 2006). A gyulladással járó markerek szérumszintje nagyon magasnak bizonyult a paradontális betegségben szenvedő betegeknél. A *Porphyromonas gingivalis* megnöveke-

dett számát a paradontitisben szenvedő betegek szájüregében összefüggésbe hozták a kognitív károsodással (Naorunroj et al., 2013).

A legújabb kutatások szerint a rossz szájhygiéna fokozza a demencia kialakulásának kockázatát, de ennek a pontos oka még szintén nem tisztázott (NYU Rory Meyers College of Nursing, 2024).

A demencia

A demencia egy tünetegyüttes, amely a kognitív képességek romlását foglalja önmagába (Keystone Clinic & Surgery, 2023). Bár ez a kognitív hanyatlás időskorban gyakori jelenség, ettől függetlenül a demencia nem sorolható az idősödés természetes velejárói közé (Kerekes, 2023). A természetes idősödés

is járhat bizonyos memóriaváltozásokkal, amelyek zavarók lehetnek, de ezek nem befolyásolják a mindennapi tevékenységeket. Ezzel szemben a demens idősök olyan tüneteket tapasztalhatnak, amelyek nehézségeket okoznak a mindennapok során. Ezen tünetek közé tartoznak a kommunikációs nehézségek, a figyelemzavarok és a memória romlása is. Ezek mellett előfordulhat, hogy romlik a beteg problémamegoldó és ítélőképessége, illetve kialakulhatnak látási problémák is (U.S. Centers for Disease Control and Prevention, 2024). *„A demencia progresszív betegség. Ez azt jelenti, hogy a tünetek fokozatosan súlyosbodnak annak következtében, hogy egyre több agysejtet érint a károsodás, illetve egyre több agysejt pusztul el”* (Szociális Ágazati Portál, dátum nélkül). Megkülönböztetünk az idegrendszert elsődlegesen, illetve másodlagosan károsító kórképeket. A primer degeneratív demenciák közé tartozik az Alzheimer-kór (a leggyakoribb demenciaforma), a Lewy-testes demencia, a frontotemporalis demencia vagy a Parkinson-kórhoz kapcsolódó demencia. Az idegrendszert másodlagosan károsító betegségek közé sorolhatók az anyagcseré-betegségeknél fellépő, agyi károsodással járó állapotok (Oktogon Medical Center, 2019). A demencia előfordulása az életkor növekedésével egyre gyakoribb, így a társadalom elöregedésének következtében várható a demens betegek számának növekedése a következő évtizedekben (Tisza, 2021). Mivel erre a betegsége jelenleg nincs gyógymód, így figyelni kell a korai jeleire a minél hamarabb történő diagnózis felállítására és az egyénre szabott kezelés megkezdése érdekében (Keystone Clinic & Surgery, 2023).

Vannak bizonyos tényezők, amelyek növelik a demencia kialakulásának kockázatát. Multietológiai szindróma, mivel több tényező együttes fennállása, agyi sérülés és agyi betegségek hatására alakul ki (Olsen & Singhrao, 2015). Az életkor mellett jelentős befolyásoló tényező a genetikai hajlam, a női nem, a társbetegségek, az agy kognitív tartalékának hiánya, illetve néhány tanulmány szerint az etnikum is (Egészségvonal, 2024), de ezen számos okon kívül a szájjüregi fertőzéseket is kóroki tényezőként emlegetik (Gurav, 2014). A demencia kialakulásának legfőbb megelőzhető rizikófaktora az életmódbeli tényezők. Idesorolható a fizikai, mentális és szociális aktivitás fenntartása, a társbetegségek megfelelő kezelése, a dohányzás mellőzése, a mérsékelt alkoholfogyasztás, illetve az egészséges étrend követése (Egészségvonal, 2024).

Fogak elvesztésének hatása a demencia kialakulására

Egyre több kutatás igazolja, hogy a nem megfelelő szájjápolás számos betegség, többek között a demencia

kialakulásában is szerepet játszhat (Duna Dental Fogászat Budapest, 2021). Míg fiatal korban a fogszúvasodás, addig idősebb korban a fogvesztés legfőbb okozói a fogágybetegségek, amelyek az elhanyagolt szájhigiénia miatt kialakuló plakkklerakódás, illetve ínyvérzés következményei is lehetnek. Egy 2017-ben végzett indiai kutatásból kiderült, hogy a parodontitis a fő oka az 50 év feletti felnőttek fogvesztésének. A kutatás azt mutatta, hogy a parodontális betegségek következtében történő fogvesztés hosszú távú szisztémás károsodást is okozhat, akkor is, ha a fogínybetegség klinikai tünetei már megszűntek. A vizsgálat során 50 évnél idősebb, hiányos fogsorral rendelkező, demens betegeket vizsgáltak. Az alanyoknál a csökkent fogak száma összefüggést mutatott a demencia előrehaladottságával. A tanulmány szignifikáns összefüggést mutatott a fogak elvesztése és a kognitív hanyatlás között (Ranjan et al., 2019).

A NYU Rory Meyers College of Nursing kutatói által vezetett elemzés azt mutatta, hogy azoknál, akik több fogukat veszítették el, 1,48-szor nagyobb a kognitív károsodás kialakulásának kockázata, és 1,28-szor nagyobb a demencia kockázata, mint azoknál, akik kevesebb fogukat veszítették el. Ezek alapján a fogsor időben történő kezelése megelőzheti a kognitív hanyatlást (NYU Rory Meyers College of Nursing, 2021).

Egy 2007–2012 között végzett japán kutatás során 60 éves és annál idősebb, demenciával nem diagnosztizált idősök fogvesztésének összefüggését vizsgálták a későbbi demencia kialakulásával. Az ötéves kutatás során feljegyezték a megmaradt fogak számát és emellett értékelték a fogpótlás használatát is. A demencia kockázata magasabb volt azok körében, akik 20-nál kevesebb foggal rendelkeztek és nem volt műfogsoruk. A tanulmányban vizsgált emberek esetében az Alzheimer-kór előfordulása nőtt a kevesebb megmaradt foggal rendelkezők körében, viszont a fogvesztés nem mutatott szignifikáns összefüggést a vascularis demencia kialakulásával. *„Az utánkövetés során 180 (11,5%) személynél alakult ki általános demencia; 127 (8,1%) személynél Alzheimer-kór, 42 (2,7%) személynél pedig vascularis demencia”* (Takeuchi et al., 2017).

A kutatók több valószínűsíthető összefüggést vetettek fel a fogak elvesztése és a demencia kialakulásának fokozott kockázata között. Feltételezéseik szerint a normális rágás növeli az agyi véráramlást, az agykérgi terület aktiválódását és a vér oxigénszintjét, így a hiányos fogazatból eredő rágási problémák negatívan befolyásolhatják az agyműködést, ami demenciához vezethet. Emellett a rágási problémák okozhatnak rossz étrendi változásokat is, amelyek szintén kockázati tényezők lehetnek (Takeuchi et al., 2017). Ezek alapján a fogászati implantátumok alkalmazásával

javítható az abnormális rágási mechanizmus, illetve hozzájárulhatnak a kognitív károsodás megelőzéséhez is (Ki et al., 2019).

Fogágybetegségek hatása a demencia kialakulására

Egyes kutatások szerint a parodontitis fokozza a neurológiai betegségek, különösen a stroke és Alzheimer-kór kockázatát. Járványtani tanulmányok szerint a parodontitis 1,7-szeresére növeli az Alzheimer-kór kialakulásának esélyét, és az előrehaladottabb fogágybetegségek esetében a kialakulás kockázata a háromszorosára is nőhet (Lászlófy, 2023). A fogágybetegség a fogakon felhalmozódó baktériumfilm, a lepedék miatt alakul ki, amelyet, ha nem távolítanak el megfelelő fogápolással, akkor fogkő képződik. Minél tovább marad a fogkő a fogakon, annál inkább irritálja az ínyt, és ezáltal a fogágy gyulladását eredményezi. A felnőtt magyar lakosság legalább kétharmada érintett valamilyen ínybetegségben (Czigler, dátum nélkül), amely során nemcsak a fogakat rögzítő szövet károsodik, hanem bizonyos baktériumok is a véráramba kerülnek, ezáltal eljutnak a test más részeire, ahol különféle problémákat okozhatnak (Bódi, 2019). Ezek a baktériumok már az evéssel, rágással, fogmosással, vagy akár a minimális fogászati tevékenységek során is bejuthatnak a véráramba, és így eljuthatnak az agyba is (Savina Dental & Implantology Clinic, 2024).

A Forsyth Intézet kutatása szerint a parodontális betegségek változásokat okoznak az amiloid plakkok elleni védelemért felelős microgliasejtekben (Sirko, 2023). A microglia-aktivációnak kulcsfontosságú szerepe van a neuroinflammatorikus, illetve a neurodegeneratív betegségek (például az Alzheimer-kór) előrehaladásának szabályozásában, olyan módon, hogy gátaakat képez a neuriticus plakkok körül és részt vesz a β -amiloid peptid fagocytosisában. A β -amiloid agyban történő lerakódása által amiloid plakk képződik, ami idegsejt-károsító hatással bír (Mindennapi Pszichológia, dátum nélkül). Tehát a microglia az agy elsődleges védelmi vonalaként szolgál, amely a gyulladásos választ szabályozza (Almarhoumi et al., 2023).

A fogágybetegségek kialakulása viszont megelőzhető a helyes szájhygiéné fenntartásával és a fogkő rendszeres eltávolításával, illetve a betegség súlyosságától függően több különböző fogorvosi beavatkozás által kezelhető, tünetmentessé tehető (Molnár, 2019).

Időskori szájápolás

Ötvenéves kor felett érdemes fokozottan figyelni a fogak és az íny egészségére, ugyanis az elhanyagolt

szájhygiéna ebben a korban már sokkal súlyosabb következményeket vonhat maga után, mint a fiatalok esetében. A lepedék ebben az életkorban gyorsabban lerakódik, ami a nem megfelelő szájápolás következtében fogszuvasodáshoz, illetve ínybetegségekhez vezethet. Emellett gyakori probléma időskorban a szájszárazság, aminek következtében a baktériumok könnyebben megtelepszene a szájban, ezzel elősegítve a fogászati problémák kialakulását. Mindezek ellenére a tapasztalatok alapján az idős emberek egyre ritkábban járnak fogászati kontrollokra (Naplemente Idősek Otthona, 2022). Éppen ezért lényeges, hogy a fogmosás legalább három-négy percre tartson, és egyszerre csak két-három fog tisztítása történjen. Különös hangsúlyt kell fektetni a fogkövek tisztítására is, amelyre kiválóan alkalmas a fogselyem, fogköztisztító kefe. Az elektromos fogkefe kíméletesebb és alaposabb tisztítást tesz lehetővé, mint a hagyományos kézi fogkefe. A kivethető fogpótlások tisztítása is különös gonddal, alaposan történjen (Gáll et al., 2023).

Demens betegek szájápolása

A demens betegek olykor nehezen írják le a fájdalmukat, így érdemes figyelni az apró jelekre. Ha a beteg étvágytalan vagy a táplálkozás közben feszült az arckifejezése, az utalhat szájfájdalomra (Dementia & Alzheimer's Australia Ltd., 2024). A demencia előrehaladásával egyre bonyolultabbá válnak az egyén fogászati szükségletei. A betegség korai szakaszában a fogászati ellátás elsődleges célja a rendszeres fogászati ellenőrzéssel és a helyes fogmosási rutin kialakításával a későbbi beavatkozások szükségességének megelőzése. A középső és késői szakaszban a szájápolás nagyobb kihívást jelenthet: a beteg elfelejtheti, hogy a szájápolási eszközök mire valók, és a segítséggel szemben is ellenállóbb lehet. Ebben az esetben fontos az instruálás és a megfelelő segítség nyújtása, ehhez azonban elengedhetetlen a rugalmasság és a türelmeség. Előfordulhat, hogy a személy stresszes állapotba kerül, vagy nem akarja elfogadni a segítséget, ilyenkor érdemes később újra próbálkozni. A beteg számára hatékony lehet, ha több, egyszerű lépésre bontva kapja meg az utasításokat. Például először megkérjük, hogy fogja meg a fogkefét, majd, hogy tegyen rá fogkrémet és így tovább. Hatásos lehet ezenkívül az is, ha mi magunk demonstráljuk a helyes fogmosási technikát, vagy az illető kezének vezetésével segítjük a folyamatban. Segítségét jelenthet a megértésben, ha pontosan elmondjuk, hogy mit fogunk tenni, és meg is mutatjuk, hogy hogyan fogjuk elvégezni az egyes lépéseket (Alzheimer's Association, 2023).

Elengedhetetlen a beteg fogainak naponta legalább kétszeri mosása, és a fogkövek rendszeres tisztítása

is. A műfogsorok használata esetében étkezések után előnyös leöblíteni a fogsort, illetve megtisztítani az ínyt és a nyelvet, erre alkalmas lehet egy puha sörtéjű fogkefe vagy egy megnedvesített gézpárna. Ezek mellett fontos a rendszeres fogászati vizsgálatokon történő részvétel is (Alzheimer's Association, 2023). Amíg a demens személy képes önálló döntéseket hozni, addig beleegyezhet, de meg is tagadhatja a fogászati kezeléseket (Alzheimer's Society, dátum nélkül).

Szerzői munkamegosztás: Sz. Á.: irodalomkutatás elvégzése, közlemény megírása; N. A.: kézirat korrekciója, szakmai lektorálás. A cikk végleges változatát mindegyik szerző elolvasta és jóváhagyta.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Érdeklőségek: A szerzőknek nincsenek érdeklőségei.

Irodalomjegyzék

- Almarhoumi, R., Alvarez, C., Harris, T., Tognoni, C. M., Paster, B. J., Carreras, I., Dedeoglu, A., Kantarci, A. (2023). Microglial cell response to experimental periodontal disease. *Journal of Neuroinflammation*, 20, 142. <https://doi.org/10.1186/s12974-023-02821-x>
- Alzheimer's Association. (2023). Dental Care. <https://www.alz.org/help-support/caregiving/daily-care/dental-care>
- Alzheimer's Society (dátum nélkül). Dental treatment and dementia. <https://www.alzheimers.org.uk/get-support/daily-living/dental-treatment-dementia>
- Bódi, B. (2019). Semmelweis Hírek. A fogagybetegség növeli bizonyos betegségek kialakulásának kockázatát. <https://semmelweis.hu/hirek/2019/03/20/a-fogagybetegseg-nove-li-bizonyos-betegsegek-kialakulasanak-kockazatat/>
- Czigler, P. (dátum nélkül). Clinident Fogászati Centrum. Fogagybetegség. Okai, tünetei, kezelése modern terápiával. <https://clinident.hu/inypromblema-nepbetegseg-hazankban/>
- Dementia & Alzheimer's Australia Ltd. (2024). Dental care. <https://www.dementia.org.au/living-dementia/staying-healthy/dental-care>
- Duna Dental Fogászat Budapest (2021). A fogselyem használata megvédhet a demenciától. <https://www.dunadental.hu/a-fogselyem-hasznalata-megvedhet-a-demenciatol/>
- Egészségvonal (2024). Demencia veszélyét növelő életmódbeli tényezők. <https://egeszsegvonal.gov.hu/d/2343-demencia-veszelyet-novelo-életmódbeli-tenyezok.html>
- Fornier, L., Larsen, T., Kilian, M., Holmstrup, P. (2006). Incidence of bacteremia after chewing, tooth brushing and scaling in individuals with periodontal inflammation. *Journal of Clinical Periodontology*, 33(6), 401–407. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051x.2006.00924.x>
- Gáll, E. L., Gyöngyösi, F., Németh, A. (2023). Az időskori szájhygiéné fontossága, és az ápolók bevonása az orális prevencióba. *Nővér*, 36(5), 3–8. <https://doi.org/10.55608/nover.36.0021>
- Gurav, A. N. (2014). Alzheimer's disease and periodontitis – an elusive link. *Revista da Associação Médica Brasileira* (1992), 60(2), 173–180. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.60.02.015>
- Kerekes, É. (2023). Webbeteg. Mi a demencia? <https://www.webbeteg.hu/cikkek/demencia/22447/mi-a-demencia>
- Keystone Clinic & Surgery. (2023). Dementia. <https://keystone-medical.com.sg/dementia/>
- Ki, S., Yun, J., Kim, J., Lee, Y. (2019). Association between Dental Implants and Cognitive Function in Community-dwelling Older Adults. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 52(5), 333–343. <https://doi.org/10.3961/jpmph.19.163>
- Lászlófy, Cs. (2023). Összefügg a parodontitis, a stroke és az Alzheimer-kór? <https://drlasszlofycsaba.com/fogagybetegseg-agyverzes-alzheimer-kor-osszefuggese/>
- Mindennapi Pszichológia (dátum nélkül). Amiloid plakk. <https://mipszi.hu/lexikon/amiloid-plakk>
- Molnár, B. (2019). Dentpoint. A fogagybetegség kialakulása, tünetei és kezelése. <https://dentpoint.hu/fogagybetegseg-kezelese/>
- Naorungroj, S., Schoenbach, V. J., Beck, J., Mosley, T. H., Gottesman, R. F., Alonso, A., Heiss, G., Slade, G. D. (2013). Cross-sectional associations of oral health measures with cognitive function in late middle-aged adults: A community-based study. *Journal of the American Dental Association*, 144(12), 1362–1371. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2013.0072>
- Naplemente Idősek Otthona (2022). Szájpolás időskorban. <https://naplementeidosekotthona.hu/2022/05/17/szajapolas-idos-korban/>
- NYU Rory Meyers College of Nursing (2021). Tooth Loss Associated with Increased Cognitive Impairment, Dementia. <https://www.nyu.edu/about/news-publications/news/2021/july/tooth-loss-cognitive-impairment.html>
- NYU Rory Meyers College of Nursing (2024). Bei Wu Wins \$4M Grant to Investigate Links Between Oral Health and Alzheimer's. <https://nursing.nyu.edu/w/news/press-release/bei-wu-wins-4m-grant-investigate-links-between-oral-health-and-alzheimers>
- Oktogon Medical Center (2019). A demencia. <https://www.oktogonmedical.hu/tudastar/a-demencia>
- Olsen, I., & Singhrao, S. K. (2015). Can oral infection be a risk factor for Alzheimer's disease? *Journal of Oral Microbiology*, 17(7), 29143. <https://doi.org/10.3402/jom.v7.29143>
- Ranjan, R., Rout, M., Mishra, M., Kore, S. A. (2019). Tooth loss and dementia An oro-neural connection. A cross-sectional study. *Journal of Indian Society of Periodontology*, 23(2), 158–162. https://doi.org/10.4103/jisp.jisp_430_18
- Savina Dental & Implantology Clinic (2024). Good Oral Hygiene May Prevent Dementia & Alzheimers. <https://www.savinadental.com/good-oral-hygiene-may-prevent-dementia-alzheimers/>
- Sirko, J. (2023). ADA Forsyth. Gum disease linked to buildup of Alzheimer's plaque formation. <https://forsyth.org/gum-disease-linked-to-buildup-of-alzheimers-plaque-formation/>
- Szociális Ágazati Portál (dátum nélkül). Mi a demencia? <https://szocialisportal.hu/mi-a-demencia/>
- Takeuchi, K., Ohara, T., Furuta, M., Takeshita, T., Shibata, Y., Hata, J., Yoshida, D., Yamashita, Y., Ninomiya, T. (2017). Tooth Loss and Risk of Dementia in the Community the Hisayama Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(5), 95–100. <https://doi.org/10.1111/jgs.14791>
- Tisza, T. (2021). Belvárosi Orvosi Centrum. A demencia, avagy a szellemi hanyatlás kivizsgálása és kezelése. <https://belvarosiorvosicentrum.hu/neurologia/a-demencia-kezelese>
- U.S. Centers for Disease Control and Prevention (2024). Alzheimer's Disease and Dementia. <https://www.cdc.gov/alzheimers-dementia/signs-symptoms/index.html>

KITEKINTŐ

Szülővárosában, Sátoraljaújhelyen posztumusz díszpolgári címet kapott Kossuth Zsuzsanna

VÖRÖSMARTY Attila

Választási eljárásokért felelős titkár, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Országos Szervezete



1. ábra: Kossuth Zsuzsanna, Meszlényi Rudolfné portréja (forrás: Wikipedia.hu)

„Minket, nőket, az Isten azért teremtett, hogy letöröljünk a homlokaikról a verejtékcseppjeit azoknak, kik elfáradtak az élet útjain.”

Kossuth Zsuzsanna (**1. ábra**), a magyar ápolás kiemelkedő alakja, ismét reflektorfénybe került, ami nemcsak a magyar ápolók, hanem szülővárosának közössége számára is örömteli esemény (**2. ábra**).

A sátoraljaújhelyi képviselő-testület 180/2024 (X.10) számú határozatával posztumusz díszpolgári címet adományozott a város neves szülöttének születésének 207. évfordulója alkalmából. Az ünnepé-

lyes átadásra 2024. október 23-án, a város 1956-os forradalom és szabadságharc évfordulóján rendezett díszünnepsége keretében került sor.

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) volt az, aki felismerte, hogy Kossuth Zsuzsanna még nem rendelkezik szülővárosának elismerésével. A kezdeményezés elindítása érdekében a MESZK Országos Szervezete elnökségi ülés keretében javasolta, hogy a MESZK Borsod-Abaúj-Zemplén Vármegyei Területi Szervezet terjessze elő a díszpolgári cím iránti indítványt. A területi szervezet nagy megtiszteltetésnek érezte e feladatot, és elkészítette a szükséges méltatást Kossuth Zsuzsannáról a képviselő-testület felé.



2. ábra: Kossuth Zsuzsanna szülőháza (Sátoraljaújhely, Móricz Zsigmond u. 17.)



3. ábra: A díszpolgári plakett és oklevél átadása

Az ünnepségen a posztumusz díszpolgári címet hárman vették át: *Dulibán Lászlóné*, a MESZK Borsod-Abaúj-Zemplén Vármegyei Területi Szervezetének elnöke, valamint a Magyar Ápolási Egyesület képviselőiben *Gálné Pataki Zsuzsanna* és *Szegedy Judit Katalin*. Az eseményen a MESZK Országos Szervezetének képviselőiben *dr. Papp Katalin* és *Vörösmarty Attila* titkárok is részt vettek.

A posztumusz díszpolgári cím átvétele után a MESZK Országos Szervezete, egyetértésben a területi szervezettel és a Magyar Ápolási Egyesület elnökével, úgy döntött, hogy az emléklakettet és az oklevelet a Szerencsi SZC Sátoraljaújhelyi Kossuth Lajos Technikum, Szakképző Iskola és Gimnáziumnak, mint egészségügyi ágazati képzést biztosító intézménynek adja át ünnepi keretek között.

Ezen ünnepség keretében, 2025. február 17-től „*Ápolás hete Kossuth Zsuzsanna tiszteletére*” címmel egyhetes programot hirdetett meg a szakképző intézmény. A program célja, hogy az egészségügyi képzésben részt vevő diákok és az általános iskolás tanulók számára lehetőséget biztosítson az ápolás értékének és jelentőségének megismerésére. A diákok számára pályázatot hirdettek „*Mit jelent nekem az ápolás*” címmel, majd a hét folyamán különböző feladatokat oldottak meg, mint például Kossuth Zsuzsanna-rejtvény, ágyazási verseny, diákkonferencia, ahol saját tapasztalataik alapján ismerhették meg az ápolási problémákat, valamint humoros vetélkedőkben is részt vehettek.



4. ábra: Kossuth Zsuzsanna emléktáblája a Szerencsi SZC Sátoraljaújhelyi Kossuth Lajos Technikum, Szakképző Iskola és Gimnáziuma aulájában.

Az egész hetes program zárásaként, 2025. február 21-én, az iskolában megrendezésre került ünnepségen adták át MESZK és MÁE elnökei a Kossuth Zsuzsanna emlékére adományozott posztumusz díszpolgári plakettet és oklevelet végleges megőrzésre az iskola igazgatójának (**3. ábra**). Így a legméltyóbb helyre került az díj, támogatva a szülőváros és az intézmény kitűnő szellemét. Emellett felavatásra került továbbá az intézményben egy Kossuth Zsuzsannáról elnevezett demonstrációs terem. A zárónapon több helyszínen koszorúzással emlékeztek a megjelentek. Az emlékezés koszorúját helyezték el az intézmény aulájában található Kossuth Zsuzsanna emléktáblán (**4. ábra**), majd az iskola mellett található szülőház falán, végül a Sátoraljaújhely belvárosában található Kossuth Zsuzsanna szobornál.

Kossuth Zsuzsanna neve és munkássága szülővárosától méltó elismerést kapott, megőrkítve nagy elődünk örökségét és elhivatottságát az ápolás területén. Ezzel az elismeréssel nemcsak a múltat dicsérik, hanem a jelenlegi és jövőbeni egészségügyi szakdolgozókat és fiatalokat is inspirálják. Az ápolás értékének hangsúlyozása és a szakma iránti elkötelezettség tovább él, és Kossuth Zsuzsanna példája mindannyiunk számára iránymutatásul szolgál.

PÁLYÁZATI FELHÍVÁS 2025

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara gondozásában megjelenő NŐVÉR szakfolyóirat **Transzkulturális Ápolás** címmel pályázatot hirdet az egészségügyi középfokú szakképzésbe és **az egészségtudományi felsőoktatásba járó tanulók/hallgatók, valamint egészségügyi szakdolgozók körében.**

A pályázat célja a transzkulturális ápolás innovatív megközelítéseinek és gyakorlati tapasztalatainak bemutatása, a tudományos diskurzus előmozdítása. A transzkulturális ápolás egyre nagyobb szerepet játszik a modern egészségügyi ellátásban, és fontos, hogy szakmai közösségünk tapasztalatait, kutatásait és esettanulmányait megosszuk egymással.

A pályázat formája lehet: összefoglaló közlemény, kutatási eredményt bemutató eredeti közlemény, vagy esettanulmány.

A tartalmi és formai megkötések az alábbiak:

- A kézirat terjedelme: max. 10 szabványos gépelt oldal, max 15000 karakter (rövid összefoglalóval (absztrakttal), hivatkozásokkal együtt), Times New Roman betűtípus, 12-es betűméret, 1,5-es sortávolság, sorkizárt, 2,5 cm margó.
- A rövid összefoglaló (absztrakt) max. 150 szó, ill. 1500 karakter szóközzel.
- A dolgozatban maximum 8 db ábra vagy kép jeleníthető meg.
- A dolgozat tartalmazzon forrásmegjelölést. A dolgozat végén, felhasznált irodalomként legalább 3 szakirodalom pontosan jelölendő meg. A forrásoknak hivatkozás formájában meg kell jelenniük a szövegben is.

Egy szerző maximum egy esszével nevezhet, és egy esszének maximum két szerzője lehet.

A pályázatokat e-mailben, csatolt mellékletként (doc vagy docx formátumban) várjuk. A pályázatokat a nover@meszk.hu e-mail-címen elektronikus formában kell benyújtani.

Beküldési/beérkezési határidő: 2025. április 20.

A beérkezett pályaműveket a NŐVÉR folyóirat szerkesztőségének tagjaiból álló, szakértő zsűri értékeli, figyelembe véve a tudományos alaposságot, az újdonságot, a gyakorlati alkalmazhatóságot és a publikáció minőségét. A legjobban sikerült pályázatokat a NŐVÉR folyóirat 2025. júniusi lapszámban közöljük. Ebben az esetben a szerkesztőség fenntartja a jogot a kéziratok nyelvi-stiláris javítására, a szerkezeti elemek egységesítésére, illetve a tipográfia kialakítására. A zsűri fenntartja magának a jogot, hogy amennyiben nem érkeznek be megfelelő minőségű pályaművek, díjat nem oszt ki.

A pályázók a pályamű beküldésével elfogadják, hogy a díjazott pályaművek kiadásának, bemutatásának, közzétételének jogáról, beküldött személyes adataik feltüntetése mellett, a kiíró javára lemondanak.

Eredményhirdetés: A pályázat eredményét a MESZK a honlapján (www.meszk.hu) teszi közzé. A díjazottak a díjak átadásának részleteiről külön tájékoztatást is kapnak majd.

Dr. Balogh Zoltán PhD
felelős kiadó

Dr. Hirdi Henriett Éva PhD
főszerkesztő



MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA

RENDEZVÉNYEK 2025

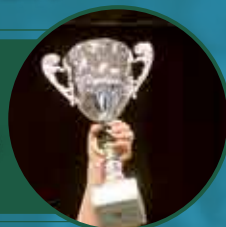


MÁRCIUS 8.

**XII. KÜLÖNLEGES
SZAKMAI NAP
A NŐK JEGYÉBEN**

**XIII. ORSZÁGOS
SZAKMAI VERSENY**

ÁPRILIS 25.



MÁJUS 30.

**SÜRGÉSZ VI. – ORSZÁGOS
SÜRGŐSSÉGI KONFERENCIA
EGÉSZSÉGÜGYI
SZAKDOLGOZÓKNAK**

**EUROPEAN TRANSCULTURAL
NURSING ASSOCIATION –
10TH INTERNATIONAL
CONFERENCE**

**JÚNIUS
23-24.**



JÚLIUS 1.

**SEMMELWEIS NAPI
REKREÁCIÓS PROGRAM**

**MESZK XII. SZAKDOLGOZÓI
TUDOMÁNYOS
KONGRESSZUS**

**SZEPTEMBER
4-6.**



NOVEMBER 28.

DÍJÁTADÓ GÁLA

www.meszk.hu/programok-rendezyenyek



Kövessen bennünket!
www.meszk.hu

