

NŐVÉR



AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

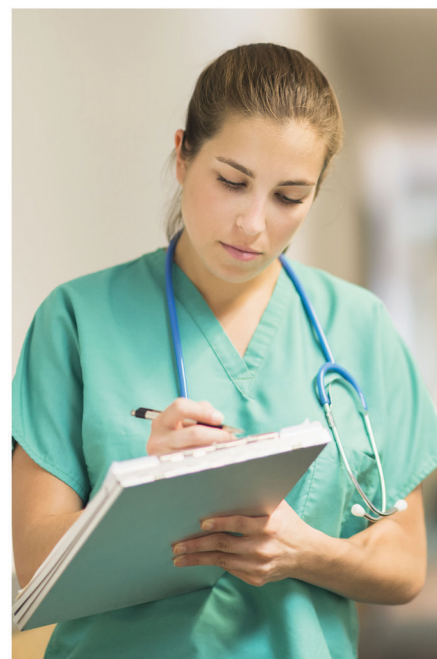
Scientific and educational journal
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

38. ÉVFOLYAM 5. SZÁM • 2025. október 27.

A TARTALOMBÓL

50. jubileumát ünnepli a Semmelweis Egyetem
Egészségtudományi Kar

Egészségügyi dolgozók egészség-magatartása



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





MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA
E-TOVÁBBKÉPZÉSEK

MAXIMÁLIS PONTSZÁM • TELJESEN ONLINE • RUGALMAS
BÁRHONNAN ELVÉGEZHETŐ • GYORS • FELHASZNÁLÓBARÁT

NŐVÉR –
szakmai tudományos továbbképzés XI.

NŐVÉR –
szakmai tudományos továbbképzés XII.

NŐVÉR –
szakmai tudományos továbbképzés XIII.

Az otthon, mint gyógyító tér.
Integrált ápolási megoldások

Intézeti gyógyszerügyi szakasszisztensek
és asszisztensek

**SZEREZZE MEG
SZABADON
VÁLASZTHATÓ
TOVÁBBKÉPZÉSI
PONTJAIT
VELÜNK!**



Kövessen bennünket!
www.meszk.hu

www.oktatas.meszk.hu
HAMAROSAN INDULNAK
LEGÚJABB E-TOVÁBBKÉPZÉSEINK IS!

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(5):1–48.

TARTALOMJEGYZÉK

ÁPOLÁSTÖRTÉNET

50. jubileumát ünnepli a Semmelweis Egyetem
Egészségtudományi Kar – Ahogy elkezdődött!
Újpest, Erkel utca 26. Ha a falak mesélni tudnának! 3
Sövényi Ferencné, Csóka Mária, Perkö Magdolna

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Kiegészítő egészségi állapot önértékelése és
pszichoszomatikus tünetek vizsgálata pályakezdő
ápolók körében – összefüggésben a munkahelyi
társas támogatással 17
Dr. Németh Anikó PhD, Tóth Renáta

Intenzív osztályon dolgozó ápolók pszichés
egészségének felmérése 25
Pálvölgyi Éva

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNYEK

Egészségügyi dolgozók egészség-magartatása,
az egészségtelen életmódhoz vezető út 35
Menyhárt Noémi, Dr. Németh Anikó PhD

Az egészségügyi tankönyvek szerepe, helyzete
és fejlődési irányai 42
Vizvári László

KITEKINTÉS

Beszámoló a 8. FOHNEU Nemzetközi Kongresszusról
(Cork, 2025. október 2–3.) 48
Dr. Hirdi Henriett Éva PhD

CONTENTS

NURSING HISTORY

The Semmelweis University Faculty of Health Sciences
is celebrating its 50th Anniversary – As it All Began!
Újpest, Erkel Street 26. If the Walls could Talk! 3
Ferencné Sövényi, Mária Csóka, Magdolna Perkö

ORIGINAL ARTICLES

Burnout, Self-Assessment of Health Status,
and Psychosomatic Symptoms among
Novice Nurses – in Relation to Social Support
in the Workplace 17
Aniko Nemeth PhD, Renata Toth

Assessment of the Mental Health of Nurses Working
in the Intensive Care Unit 25
Éva Pálvölgyi

REVIEW ARTICLES

Health Behavior of Healthcare Workers, the Path
to an Unhealthy Lifestyle 35
Noemi Menyhart, Aniko Nemeth PhD

The Role, Status and Development Directions
of Health Textbooks 42
László Vizvári

OUTLOOK

Report on the 8th FOHNEU International Congress
(Cork, October 2–3, 2025) 48
Henriett Eva Hirdi PhD

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 a XXI. század kihívásainak és követelményeinek megfelelően képes ápolók képzéséhez, továbbképzéséhez.

Kiadja: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara.
Felelős kiadó: Dr. Balogh Zoltán (PhD). **Terjeszti:** MESZK 1087
Budapest, Könyves Kálmán krt. 76. (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 (esenként 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

ÁPOLÁSTÖRTÉNET

50. jubileumát ünnepli a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar – Ahogy elkezdődött! Újpest, Erkel utca 26. Ha a falak mesélni tudnának!

SÖVÉNYI Ferencné, CSÓKA Mária, PERKÓ Magdolna

ÖSSZEFOGLALÁS

Jelen közlemény célja, hogy bemutassa a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar fennállásának 50 éves történetét, kiemelve annak múltját, fejlődését és jelentőségét az egészségügyi képzésben. A kézirat visszatekint a Budapest IV. kerület Erkel utca 26 szám alatti épület múltjára és az ott zajló oktatásra, amely generációk életét formálta. Rámutat arra, hogy az intézmény a magyarországi szociális és egészségügyi szakma egyik úttörő helyszíne volt. Kiemeli a képzések folyamatos fejlődését, az első BSc- és MSc-szintű képzések bevezetését, valamint a nemzetközi és hazai szakmai elismerést. A jubileum lehetőséget ad arra, hogy értékeljük a hagyományokat, ugyanakkor felhívja a figyelmet a jövő kihívásaira, mint a képzés minőségének javítása és a szakma presztízsének növelése.

The Semmelweis University Faculty of Health Sciences is celebrating its 50th Anniversary – As it All Began! Újpest, Erkel Street 26. If the Walls could Talk!

SUMMARY

The purpose of this announcement is to present the 50-year history of the Faculty of Health Sciences at Semmelweis University, highlighting its past, development, and significance in health education. The manuscript reflects on the history of the building located at 26 Erkel Street, Budapest, in the 4th district, and the education that has taken place there, shaping generations' lives. It emphasizes that the institution has been a pioneering site in Hungary's social and health professions. The text highlights the continuous development of training programs, the introduction of the first BSc and MSc programs, and the recognition received both nationally and internationally. The anniversary provides an opportunity to evaluate traditions while also drawing attention to future challenges, such as improving the quality of education and enhancing the prestige of the profession.

Levelező szerző

(corresponding author):

SÖVÉNYI Ferencné

E-mail:

sovenyi.ferencne39@gmail.com

Beérkezett: 2025. július 11.

Elfogadva: 2025. szeptember 7.



Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.38.0098> | www.eLitMed.hu

Ahogy elkezdődött

Az épületek emlékeket őriznek, gyakran mesélnek egy adott korszakról, a bennük történt eseményekről. Az „újpesti Erkel utca 26.” említése során sok egészségügyi szakdolgozó szeme felcsillan, mert vagy így, vagy úgy, de kötődik hozzá. Az idén 50 éves egészségügyi főiskolai képzés jubileuma kapcsán fontosnak tartjuk, hogy visszatekintsünk ennek az épületnek a történetére és az ott folyó egészségügyi képzésekre, amely ezreknek jelentett szakmai és emberi jövőképet.

Az ember elsősorban a „mában él”, így alig törődik az általa „használt” intézet múltjával. Ha megkérdeznénk a mai Erkel utca 26. kapuját átlépőket, hogy tudják-e, mikor és mi célból készült ez a szép épület? Van-e régmúltja, és ha van, milyen vagy csak a főiskolai képzés „jubileumi 50 évére” tekint vissza, valószínű kevesen tudnák, hogy az Erkel utca 26. nem csupán egy cím, hanem egy időutazás kapuja, egy élő történelem, amely összeköti a múltat a jelennel és biztosítja a jövőt.

Az Erkel utca 26. nem hivalkodó, mégis mesél – ha figyelünk. Olyan emblemikus hely, amelynek falai között generációk jöttek-mentek, minden repedés

1-2. ábra. A település hazai megtestesítője: Egyetemi Szociálpolitikai Intézet – Újpest. Forrás: Bánó Marianna, Orvostört Közl, 1983



mögött egy-egy történet lapul. Ha a ház falai beszélni tudnának, elmondanák, hogyan lett Újpest és miként ölelték körbe a múlt örökségei. De mivel a falak némák, meséljünk helyettük mi. Kezdjük a régmúlttal!

Újpest „kisközségtől a Budapest főváros IV. kerületéig”

A mai Budapest IV. kerülete az 1830-as évek elején alakult ki, mint Újpest. Kezdetben kisközség, majd nagyközség és később úgynevezett „rendezett megyei város” volt. 1950. január 1-től és napjainkban is a főváros IV. kerülete.

Egy épület, amelynek falai még ma is büszkén állnak

Az újpesti „settlement” kifejezéssel napjainkban is találkozhatunk, ami valójában az Erkel utca 26-ban létesített Újpesti Főiskolai Szociális Telepre utal.

A „settlement” egy sokoldalú angol kifejezés, amelynek jelentését a szövegkörnyezet határozza meg, valójában a „társadalmiasított” intézményi működési mód egyik legrégebbi előképe. Mai szavainkkal, egyrészt tekinthetjük közösségfejlesztő központnak, másrészt többfunkciós, integrált human közszolgáltató intézménynek. A leghíresebbek a kelet-londoni *Toynbee Hall* (1884), az *Oxford House* (1884) és a *chicagói Hull House* (1889), nálunk pedig az *Újpesti Szociális Főiskolai Telep* (1912–1949).

A magyarországi settlement történet 1905-ben Kolozsváron kezdődött, ahol az első kísérlet történt egy settlement alapítására, de végül nem jött létre. Ezt követően 1910-ben a Budapest, Vág utcai népház is rövid életű volt, viszont 1912-ben sikeresen megalapították az Újpesti Főiskolai Szociális Telepet, amely úttörő intézmény volt, az „első települési ház” Magyarországon (1. és 2. ábra).

A „településnek” otthont adó épület külső falai még ma is megvannak, bár funkciója – mint majd látni fogjuk – az idők során többször megváltozott. Az Újpesti Főiskolai Szociális Telep a magyarországi szociális munka és szociálpolitika történetében mérföldkönek számított.

Létrehozásának és működésének szülőatyja dr. *Hilscher Rezső* volt, aki a településmozgalmi elveket a magyar viszonyokhoz igazította.

A settlement megtorpanása: 1949. január 1.

A második világháborút követő politikai rendszerfordulat (1948) következtében a settlementeknek is leáldozott, betiltották tevékenységüket, majd csak a rendszerváltás idején (1989–1990) indulhatott újra az ilyen irányú gondolkodás.

A két világháború és az azt követő politikai változások mind hatással voltak a ház életére, de a segíteni akarás, elhivatottság soha nem hagyta el a falakat, mert az Erkel utca 26. nemcsak egy épület, hanem egy szellemi központ is volt, amely a nehéz időkben is megőrizte identitását és küldetését.

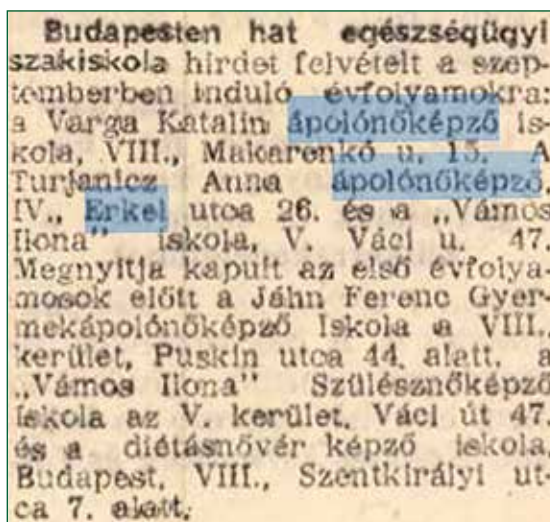
„Turjanicza Anna” Szakképző Iskola, Erkel u. 26.

A megszüntetett settlement intézetben szintén „human tartalmú” programok kezdtek működni. 1949-ben a *Szabad Nép* folyóirat adta hírül, hogy egy új szakképző iskola „*Turjanicza Anna*” névvel kezdi meg működését Újpesten, az Erkel u. 26-ban, ahol gyermekgondozónőket, gyermekápolónőket, védőnőket és ápolónőket is képeznek. A napilapok hamarosan hirdették az intézet új programjait is, az első volt – a csak néhány évig működő – gyermekgondozónő-képzés (3. ábra).

3. ábra. Tudósítás az új Turjanicza képzési programról. Forrás: Szabad Nép, 1949. 06. 23. 7. évf. 143. szám



4. ábra. Felvételi hirdetés a budapesti hat egészségügyi szakiskola képzéseire. Forrás: Esti Hírlap, 1957. augusztus 2. évfolyam, 190. szám. 1957. 08. 15.



1949-től az ápolóképzés állami kézbe került és alapjaiban átalakult a korábbi rendszerekhez képest. A hangsúly az egyetemes képzésre, a gyakorlati tudáson alapuló ismeretekre fókuszált. Ezek a programok a Belügyminisztérium, majd az akkori Népjóléti Minisztérium hatáskörébe tartoztak, többször rövid életűek voltak.

Az egészségügy „különös dátuma”
1950. december 16.

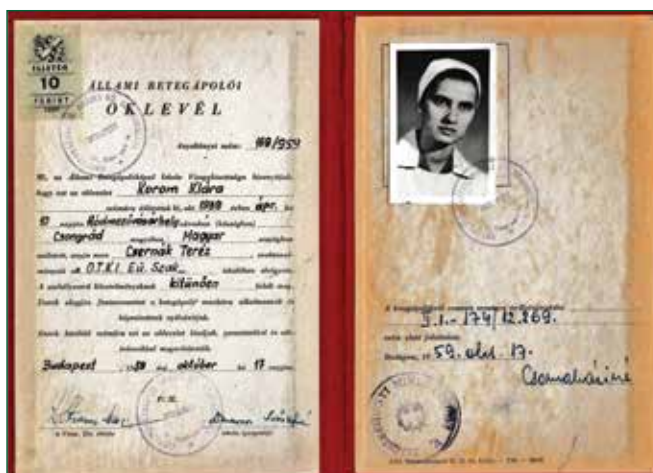
Ekkor alakult meg az *első önálló Egészségügyi Minisztérium* és lassan egységbe rendeződtek az addig különböző szakminisztériumokhoz tartozó egészségügyi feladatok, közöttük az egészségügyi szakdolgozók képzése is.

A szakképző iskolák közül az „*egyediségűek*”, mint a védőnő (Budapest, Szeged), a gyógytornász, a közegészségügyi-járványügyi ellenőr képzés (Budapest) fokozatosan, közvetlenül a minisztérium irányítása alá kerültek.

Az ápolóképzés viszont az ország több helyén folyt és ezek a képzőhelyek különböző felügyelet alá tartoztak. Egyetlen kivétel volt a „*Turjanicza Anna*” néven működő Erkel utca 26., amelyben ekkor már csak ápolóképzés történt (**4. ábra**).

Érdekességként meg kell említenünk, hogy volt, aki „*Turjanicza Anna Ápolónőképző Iskolába*” (Budapest Erkel u. 26.) nyert felvételt, de 1956 októberében már az Orvostovábbképző Intézet (OTKI) Egészségügyi Szakiskolájában folytatta tanulmányait ugyanebben az épületben. Akik itt tanultak, még

5. ábra. OTKI Egészségügyi Szakiskolája által kiadott oklevél 1959-ben. Forrás: Sövényi Ferencné híres fiókja



ma is boldogan emlékeznek vissza az akkor is híres „*alma materükre*”.

Ezt a nagy léptékű változást az **5. ábrán** látható oklevéllel prezentáljuk, amelyen már az OTKI bélyegzője van.

Bemutatunk egy 1973-as hirdetőnyomatot az OTKI Egészségügyi Szakiskola kétéves általános betegápolói szakképesítést nyújtó képzéséről, amely ezt követően még két évig működött, majd 1975-ben főiskolává alakult (**6. ábra**).

Zárójelben jegyezzük meg, hogy az Orvostovábbképző Intézet (OTKI), mint az orvostovábbképzés első önálló bázisa, ma már nem létező intézmény. Az intézet története ugyan hosszú múltra tekintett vissza, de az Erkel utca 26-hoz csak 1956-tól kapcsolódik.

6. ábra. Az OTKI Egészségügyi Szakiskolájának hirdetménye 1973-ból. Forrás: Sövényi Ferencné híres fiókja



Azok a „hatvanas évek”, amikor úgy minden együtt volt

Az évtized első évében megjelent a várva várt 1961. évi III. törvény a Magyar Népköztársaság oktatási rendszeréről. A középfokú oktatási intézményrendszert a szakiskolák, szakmunkásképző iskolák és a középiskolák (gimnázium) alkották.

Mint később a történelem igazolta, az OTKI Egészségügyi Szakiskolája a felnőtt ápolóképzés „fellegvára” lett. Néhány olyan példával erősítjük meg, amelyek meghatározók voltak az ápolóképzés haladására.

Az iskola vezetése a minisztérium szakoktatói osztályának tanácsadó testületébe tartozott, így aktív részese volt a tervezésnek, javaslatok kidolgozásának, kipróbálásának.

1949-től az ápolóképzés már „állami kézbe” került és alapjaiban átalakult a korábbi rendszerekhez képest. A hangsúly az egységes képzésen, magas szintű gyakorlati tudáson volt.

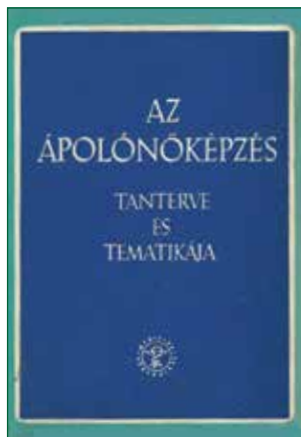
Szinte egy időben készült el az *Egészségügyi Szakiskolák Működési Szabályzata, az ápolónőképzés tanterve és tematikája*, valamint a sokat emlegetett dr. Schwarczmann Pál szerkesztette *Ápolástan* könyv első kötete. Együtt volt a *mit, miből, hogyan és a hol*. Az ápolóképzés tantervét és tematikáját az „ápolóképzés bibliájának” fogadtuk el. *A heti óraszám akkor még 48 óra volt*. Csak két kiemelést teszünk: az egyik a képzési idő és annak szerkezete, a másik a tanítókörterm meghatározása (7–9. ábra).

Bár a „duális képzés” kifejezést akkor még nem használták, de a rendszer elemei megegyeztek a mai duális képzés elveivel.

A tanítókörtermi gyakorlatok lefolytatását a 853/24/1954. Eü.M. (II. 2.) rendelet írta elő. Az egyik kitétel szerint „a tanítókörtermi gyakorlat csak abban az esetben felel meg céljának, ha a gyógyintézet a kórházi nővéreket – a tanítókörtermi oktatónővér kivételével – kivonja a tanítókörtermi részből”. Ezt az időszakot az „egy iskola egy kórház”, valamint a „tanító még maga is tanul”, avagy „tanítsuk egymást a jövő érdekében” célok jellemezték.

Hogy ezek az elvek milyen mély gyökereket eresztettek, bizonyítják a visszaemlékezők „rövid, de velős” összegző, emlékező sorai. A 10. ábra egy kiemelés

7–9. ábra. Az ápolónőképzés első tanterve és a híres Schwarczmann-féle Ápolástan könyv. Forrás: Sövényi Ferencné saját tulajdona



AZ ISKOLAI ÁPOLÓNŐKÉPZÉS TANTERVE	
A képzési idő: 104 hét (2×52 hét)	
I. év megoszlása:	
előkészítő időszak	6 hét
általános elméleti szak	18 hét
első klinikai elméleti szak	10 hét
belgyógyászati és sebészeti elméleti-gyakorlati szak	12 hét
tanulmányi szabadság	6 hét
	52 hét
II. év megoszlása:	
második klinikai elméleti szak	13 hét
tanítókörtermi-gyakorlati szak	32 hét
tanulmányi szabadság	4 hét
képesítő vizsga előkészület	2 hét
képesítő vizsga	1 hét
	52 hét



10. ábra. Az Erkel utca 26. rövid története. Folyóirat-kiemelés. Forrás: Szakoktatás, 1987 (38. évfolyam, 1-10. szám) 1987. 04. 01. 4. szám

1949-ben új iskola lett Újpesten (IV., Erkel u. 26.) a „Turjanicza Anna” gondozónő, gyermekápolónő majd védőnőképző a szintén szociálpolitikai célokat szolgáló épületben. Később az Orvostovábbképző Intézet Ápolónőképző Iskolájaként működött. (1975-ben megszűnt és a helyén létesült az Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kara.) Ebbe az iskolába irányították az újonnan kinevezett szakoktatókat tapasztalatszerésre. Itt folyt az orvos óraadók pedagógiai módszertani, és a szakoktatók ápolástani módszertani továbbképzése.

Koch Mária – Pozsonyi Károlyné Az egészségügyi szakképzés történelme írásából. Úgy is minősíthetjük, mint egy „*mini összegzés*”.

Az első egészségügyi főiskola megalakítása Magyarországon

Magyarországon az első egészségügyi főiskola 1975-ben nyitotta meg kapuit a hallgatók előtt. A hivatalos cím, a központi igazgatás – negyed évszázadon át – az „*örök Erkel utca 26.*” maradt, annak ellenére, hogy a feladatai változtak, napjainkban is őrzi ezt az értéket.

Az eredeti tervek szerint a főiskola megalapítását az akkori Semmelweis Orvostudományi Egyetem keretében tervezték az Egészségügyi Minisztériumban. Majd később „*szakmapolitikai*” döntés miatt került az Orvostovábbképző Intézet (OTKI) keretébe.

Bár a magyarországi orvostovábbképzés hagyománya 1883-ig vezethető vissza, az *első önálló intézmény az Orvostovábbképző Intézet (OTKI) volt*, amelyet 1955-ben hoztak létre, és 1956. január 1-jén kezdte meg működését a Szabolcs utcai Állami Kórházban (Molnár & Sági, n.d.).

1973-ban az Elnöki Tanácstól „egyetemi rangot” kapott, amivel a korábbi funkciói mellé feladatául kapta a kórházi vezetők továbbképzését is. *A Magyar Népköztársaság Elnöki Tanácsa 1973. december 29-én*

megjelent 32. számú törvényerejű rendelete kimondta, hogy az Orvostovábbképző Intézet – változatlan (OTKI) elnevezéssel – egyetemi jellegű felsőoktatási intézményként (egyetemi jellegű főiskolaként) az egészségügyi miniszter felügyelete alatt működik, a törvényerejű rendelet értelmében az Orvostovábbképző Intézet karokra tagozódik és a működő karokat a Minisztertanács állapítja meg.

A Minisztertanács 1046/1973. (XII. 29.) számú határozatában kimondta, hogy az egyik az Orvostovábbképző Kar, amely az intézmény eddigi feladatainak megfelelően irányítja az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek továbbképzését, a honvédelmi egészségügyi továbbképzést, valamint biztosítja ezeken a szakokon a szakképzést is, a másik az Egészségügyi Főiskolai Kar, amely 1975. szeptember 2-án kezdte meg működését Orvostovábbképző Intézet Egészségügyi Főiskolai Kar (rövidítve: OTKI EFK) elnevezéssel. Feladata „az egészségügyi szakellátás igényeinek megfelelő számban magas fokú általános és szakműveltségű, főiskolai, illetve felsőfokú intézeti végzettségű egészségügyi szakemberek képzése” (Molnár & Sági, n.d.). Erre – a hűség kedvéért – később még „okkal” visszatérünk.

Jogelőd intézmények „sorsa”

Az első és sokáig egyetlen egészségügyi főiskola több középfokú, „*jogelőd*” intézmény összevonása és átalakítása után *négy nappali* (diétásnővér-, gyógytornász-, közegészségügyi-járványügyi ellenőr-, védőnőképző) és *három levelező* (intézetvezető-, mentőtiszt-, egészségügyi szakoktatóképző) szakon kezdte meg az oktatást 1975 szeptemberében, mint az Orvostovábbképző Intézet Egészségügyi Főiskolai Kara (OTKI EFK) (Molnár & Sági, n.d.).

A három levelező szak más típusú „*jogelőd*” intézményből került a felsőoktatásba. Ma már kevesen tudják, hogy ezeknek a képzéseknek a „*bölcsője*” az – ETI néven ismert – Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet volt, ahonnan csak az addig működtetett programok kerültek át és működtek tovább, mint főiskolai programok (**11. ábra**).

A „vezérkar”

Egy új intézmény új vezetést kíván. Tiszteletből név szerint soroljuk fel az első egészségügyi főiskola szakmai vezetőit:

Igazgató: dr. Károlyi György

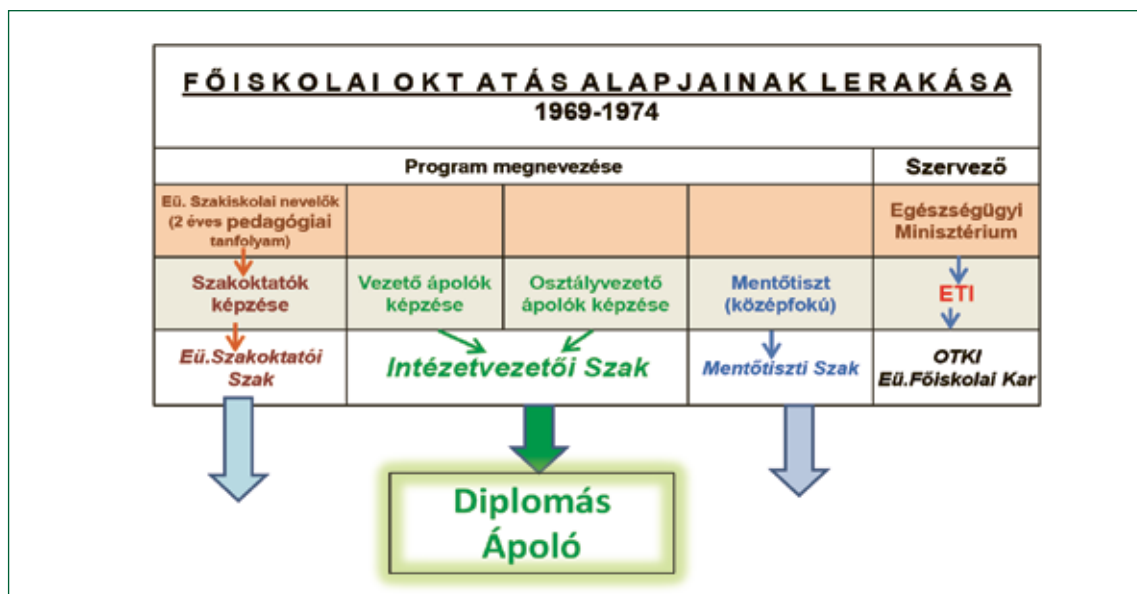
Szakvezetők:

Dr. Jurányi Róbert – Közegészségügyi-járványügyi Ellenőrképző Szak

Dr. László János – dr. Szél Éva – Védőnőképző Szak (Budapest, Szeged)

Dr. Rigó János – Dietetikusképző Szak

11. ábra. Az egészségügyi felsőoktatás egyes levelező alapszakjainak lerakása. Forrás: Sövényi Ferencné saját készítésű ábrája



Dr. Riskó Tibor – Gyógytornászokképző Szak
 Dr. Bencze Béla – Mentőtisztképző Szak
 Dr. Székely Lajos – Egészségügyi Szakoktatóképző Szak
 Dr. Mányi Géza – Intézetvezetőképző Szak

12. ábra. OTKI Egészségügyi Főiskolai Kar logója.
 Forrás: Sövényi Ferencné híres fiókja



„Hét szak, hét levél”

Az Egészségügyi Főiskola különböző dokumentumai ezzel a szimbólummal váltak ismertté. A „szimbólum” gyakran összetett jelentéstartalmat képvisel. A három levél a levelező szakokat köti csokorba, a különálló levelek a négy nappali szak „egyediségét” szemlélteti (12. ábra).

Az első tanévnyitó

Az Egészségügyi Főiskolai Kar első tanévnyitója és a hallgatók eskütétele 1975. szeptember 2-án „rangos képviselőkkel” a Marx Károly Közgazdaságtudományi Egyetem aulájában történt (13. és 14. ábra) (Molnár & Sági, n.d.).

A múlt rendezése, avagy „felsőfokból is főiskola”

Mint előzetesen utaltunk rá, visszatérünk erre a kérdésre, most ezt a jogszabályok bemutatásával tesszük (15. ábra).

Mint olvasható, a Minisztertanács határozata értelmében az első négy szakon a képzés csak nappali formában történt, három évig tartott és „főiskolai oklevél” megszerzését tette lehetővé. A másik három szakon csak

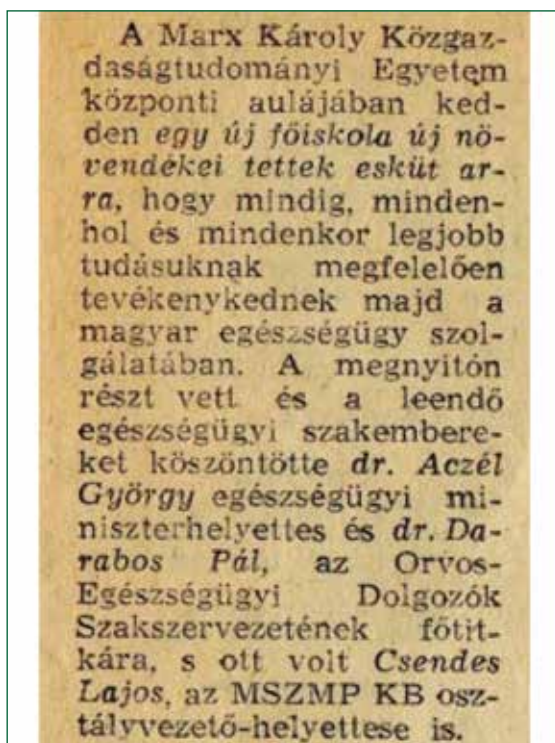
levelező képzés folyt, két évig tartott és „csak” a szakiránynak megfelelő „felsőfokú” intézeti oklevél megszerzését tette volna lehetővé.

Ez a „kettős megítélés jogszabályi tükré” igen nagy ellenállást váltott ki, különösen a Magyar Kórház Szövetség Ápolási Szakbizottsága részéről. A szakbizottság akkori vezetői beadvánnyal fordultak a minisztérium

13. ábra. Egészségügyi Főiskolai Kar első tanévnyitója 1975. szeptember 2-án. Forrás: <https://semmelweis.hu/az-egyetemrol/az-egyetem-tortenete/>



14. ábra. Híradás az Egészségügyi Főiskolai Kar első tanévnyitójáról. Forrás: Népszava, 1975. 09. 02.



felső vezetéséhez, hogy módosítást kezdeményezzenek a határozati javaslat azon részével kapcsolatban, ahol csak „felsőfokú” intézeti oklevelet adtak volna ki.

Indoklásul megfogalmazták, hogy nem lehet alacsonyabb szintű végzettsége azoknak, akik mások munkáját vezetik, irányítják, szervezik, ellenőrzik – *intézetvezető* –, akik oktatást és képzést végeznek – *egészségügyi szakoktató* – és azoknak, akik orvos irányítása nélkül mentést végeznek, katasztrófák felszámolásában vesznek részt – *mentőtisztek*.

A módosítási javaslat indoklásával az Egészségügyi Minisztérium felső vezetése egyetértett és a Minisztertanács igencsak megkésve (két év elteltével!), az 1035/1975. (XII. 10.) számú határozata elvégezte a módosítást és egységesen főiskolai oklevél kiadását rendelte el. Így állt elő az a „helyzet”, hogy aki 1975. szeptemberben felvételt nyert valamelyik levelező szakra, „karácsonyi ajándékként” már főiskolai hallgató volt az Orvostovábbképző Intézet Egészségügyi Főiskolai Karán (**16. ábra**).

A két szakminiszter a 13/1976. (IX. 14.) számú EüM OM együttes rendelete kiegészítő képzést határozott meg a jogelőd intézmények valamelyikében korábban végzetek számára, amely lehetővé tette az egészségügyi szakiskolai végzettségük alapján főiskolai képesítés megszerzését. A kiegészítő ta-

15. ábra. A Minisztertanács határozata a megszerzhető végzettségekről. Forrás: Sövényi Ferencné híres fiókja



16. ábra. A Minisztertanács határozata az egységes végzettségekről mind a hét szakon. Forrás: Sövényi Ferencné híres fiókja



nulmányokat hét éven belül kezdhették meg a szakképzésük szakirányának megfelelő szakon egy előzetes tudásfelmérés és elismerés alapján. Meghatározott tantárgyból letett vizsgát, elfogadott szakdolgozatot, majd sikeres államvizsgát követően főiskolai oklevelet szerezhettek mind a hét szakon. Ez a nálunk kevésbé ismert értékelési módszer a **PLAR (Prior Learning Assessment Recognition)** nemzetközi szinten gyakran alkalmazott eljárás. Ez a kiegészítő képzési forma körülbelül egy évtizeden át működött.

Az „első” egészségügyi főiskola neve és címe – Orvostovábbképző Intézet Egészségügyi Főiskolai Kar, benne az „Erkel u. 26” – megalakulása után hamarosan bekerült a „tudomány házába” is. A „tudo-

mány háza” lehet egy szimbolikus kifejezés az oktatás, kutatás, felfedezés és a tudományos élet színterére, egy „intellektuális tér”, ahol a tudás lakik, esetünkben ez az „Egészségügyi Főiskola, Erkel u. 26.”.

Kitaposatlan úton ... Elsőként Magyarországon: diplomás ápolóképzés

Mintegy másfél évtizedes késéssel, az első igazi áttörést az ápolói munka jobbá tétele és a hivatás presztízisének emelése érdekében az ápolóképzés főiskolai rangra emelése jelentette. A diplomás ápolóképzés első tantervének elkészítésével elindult egy olyan innováció, amelynek eredményeként megvalósult a felsőoktatási ápolóképzés, és a nem orvosi szakemberek számára is lehetővé vált a PhD fokozat megszerzése.

Kitaposatlan útra lépett az Orvostovábbképző Egyetem (OTE) Egészségügyi Főiskolai Kara 1989-ben, amikor elindította a magyarországi négyéves diplomás ápolóképzést *levelező*, majd 1990-ben *nap-pali* tagozaton. Ekkor Nosza Magdolna az ápolási csoport főiskolai docensének a vezetésével vált valóra az ápolóknak az a több évtizedes törekvése, hogy felsőoktatási végzettség is demonstrálja szakmai önállóságukat és a munkavégzésükhöz szükséges speciális felkészültség színvonalát. Ez volt az első lépés, amely elvezethet egy jobb, színvonalasabb, individualizáltabb ápolási rendszer megvalósulásához.

1993. szeptember 1-jén az OTE névadó ünnepség keretében felvette a *Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem* (rövidítve: HIETE) nevet, amelyet 1999. december 31-ig viselt. A főiskola neve *Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karra* (rövidítve: HIETE EFK) változott, amelynek 1994-ben 147 oktatója és 1296 hallgatója volt. Az első levelező diplomás ápolói évfolyam hallgatói 1993-ban, a nap-pali tagozat hallgatói 1994-ben végeztek (**17. ábra**).

Ezzel szinte párhuzamosan ismét napirendre került a főiskola orvosi egyetemhez tartozásának kérdése. Végül az Egészségügyi Főiskolai Kar Kari Tanácsa 1994 decemberében nyilvánította ki szándékát a Semmelweis Orvostudományi Egyetemhez (SOTE) történő integrálódásról (Molnár & Sági, n.d.).

„A SOTE vezetése támogatóan fogadta a kezdeményezést, viszont az akkor már Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem (HIETE) Egyetemi Taná-

17. ábra. Az első nappali tagozaton végző diplomás ápolók a gyakorlati záróvizsga után, 1994. Forrás: <https://semmelweis.hu/az-egyetemrol/az-egyetem-tortenete/>



18. ábra. Egészségügyi Főiskolai Kar új épülete a Vas utca 17-ben. Forrás: <https://semmelweis.hu/etk/> (Elérhető: 2025. 07. 06.)



csa nem döntött a kar elbocsátásáról, ehelyett együttműködési megállapodásra törekedett a SOTE-val. A kar erőfeszítéseiből nagyban hozzájárult az országgyűlés azon célkitűzése, hogy törvénymódosításaiban szorgalmazza az intézményi integrációt és az együttműködések egyszerűsítését.” (Molnár & Sági, n.d.)

Az 1996. évi módosításoknak köszönhetően felgyorsultak az események. 1996 májusában végül megalakultak a HIETE és a SOTE közös munkacsoportjai, amelyek feladata az integráció tartalmi kérdéseinek kidolgozása volt. Ettől kezdve hatékony együttműködés alakult ki a HIETE Egészségügyi Főiskolai Kara és az Orvostovábbképző Kara, valamint a SOTE képviselői között (Molnár & Sági, n.d.).

„Ezredforduló”

Az ezredforduló sokszor nemcsak dátumot, fordulópontra jelent, hanem igen gyakran valami másnak, újnak bekövetkeztét is. Így történt ez 2000-ben is, amikor az előkészítési munkálatokat követően 2000. január 1-jén a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem (HIETE) mindkét karával (az Egészségtudományi és az Egészségügyi Főiskolai Karral) *összeolvadt a Semmelweis Orvostudományi Egyetemmel (SOTE)*. Ezzel egy időben a Magyar Testnevelési Egyetem is csatlakozott a Semmelweis Orvostudományi Egyetemhez, amelynek *jogutód intézménye a Semmelweis Egyetem (SE) lett*. Ezzel a Semmelweis Orvostudományi Egyetem (SOTE) elnevezéséből kikerült az „orvostudományi” jelző. Így jött létre a Semmelweis Egyetem (SE) hat önálló kara – az Általános Orvostudományi Kar (SE ÁOK), az Egészségtudományi Kar (SE ETK), az Egészségügyi Főiskolai Kar (SE EFK), a Fogorvostudományi Kar (SE FOK), a Gyógyszerésztudományi Kar (SE GYTK), Testnevelési és Sporttudományi Kar (SE TSK) –, amelyek első közös tanéve 2000. szeptember 1-jén kezdődött.

2001. december 31-én a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem (HIETE) Egészségtudományi Kara kivált a Semmelweis Orvostudományi Egyetem kötelékéből és Országos Gyógyintézeti Központ néven ismét önálló szervezetként működött tovább 2007. augusztus 1-ig, az Állami Egészségügyi Központ létrehozásáig, míg a HIETE Egészségügyi Főiskolai Kara továbbra is a Semmelweis Egyetem része maradt, így a neve 2000. január 1-től 2007. május 21-ig Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar (SE EFK) volt. 2007. május 22-én felvette a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar (SE ETK) nevet.

„2003-ban az Egészségügyi Főiskolai Kar korábbi szétszórtsága megszűnt, új székhelyre költözhetett, az egyetem központjához közeli Vas utcába, az igényesen felújított egykori Pajor-szanatórium, a későbbi Balassa János Kórház épületébe” (18. ábra) (Semmelweis Egyetem, 2024).

Az Erkel utcában kapott helyet a Főiskolai Kar Továbbképzési és Szakképzési Intézete.

Feladata akkreditált felnőttképzések, OKJ-s képzések, pontszerző orvosképzések szervezése.

Az elmúlt évtizedek során az ápolás mint hivatás és szakma példaértékű fejlődésen ment keresztül. A tudományos eredményekre épülő elméleti megalapozottság, a gyakorlati kompetenciák kiszélesedése, valamint a betegellátásban betöltött egyre felelősebb szerep mind hozzájárult ahhoz, hogy az ápolók az egészségügyi rendszer elismert és pótolhatatlan pillérévé váljanak.

Az egész képzési rendszer megújítását jelentette a *kormány 200/2000. (XI. 29.) kormányrendelete* a fel-

sőoktatási tanulmányi pontrendszer (kreditrendszer) bevezetéséről és az intézményi kreditrendszerek egy- séges nyilvántartásáról. A magyar felsőoktatásban a 2003/2004. tanévtől valamennyi felsőoktatási intéz- ményben *kreditrendszerű képzés folyik*.

A diplomás ápolóképzés mellett további nagy elő- relépést jelentett az egyetemi kiegészítő alapképzés- ben induló másfél éves *egyetemi okleveles ápolóképzés*, levelező tagozaton.

Az öröm mellett azonban a bánat is megjelent, nevezetesen a 166/2003. (X. 21.) kormányrendelet, amely a főiskolai „diplomás ápoló” szak megnevezést megfosztotta a „diplomás” szótól és helyébe az „ápoló” megnevezés került és ez még ma is így van. E rendelet hatálybalépésével egyidejűleg az „egyetemi okleveles ápoló” szak nevét is „okleveles ápoló” szakra módosította, a rendelet az ápolóképzés két vívmányát tette tönkre egyszerre.

Ez a névváltoztatás hatalmas presztízsveszteség- gel járt, és nemcsak értelmetlen döntés volt, hanem rendkívül károsan hatott az akkor már *tizennégy éve* felfelé ívelő és egyre szélesebb körben elfogadottá vált új professzió értékrendszerére, hiszen a diplo- másoktól elvették a megkülönböztetés lehetőségét, ugyanis ápoló megnevezéssel végeznek valamennyi szakképzési programban és a főiskolai képzésben is. A minisztériumi döntést azzal indokolták, hogyha a többi szak (például közegészségügyi-járványügyi el- lenőr, védőnő stb.) szakképzettség megnevezésében sem szerepel a „diplomás” megnevezés, akkor az ápo- lónál sincs rá szükség. Csakhogy a döntéshozók nem vették figyelembe, hogy amíg az egyszintű képzések- nél nincs kivetkülönböztetni egymástól, addig az ápolók képzése több szinten zajlik, ami feltétlenül indokolttá teszi az eltérő elnevezést. Ezt a diszkr- panciát azóta sem sikerült feloldani.

A folyamatos fejlesztéseknek köszönhetően a 2003/2004. tanévben elindult az „egészségügyi szakta- nár” szak is, majd a 2005/2006. tanévben az „okleve- les egészségügyi szaktanár” szak, amely régóta várt to- vábbtanulási lehetőséget biztosított az egészségügyi szakoktatók és az egészségügyi szakképzésben részt vevők számára. *Az utolsó szakoktató évfolyam 2009- ben vette át oklevelét és ezzel lezárult az egészségügyi szakoktató képzés 1975-től 2005-ig tartó időszaka.*

Óriási változást hozott a képzésben, a 2006. szept- ember 1-jétől bevezetésre került a *Bologna folyamat szerinti, többszintű képzési rendszer*, amelyben a felső- oktatás egymásra épülő ciklusai: 1. az alapképzés, 2. a mesterképzés és a 3. a doktori képzés. 2006-tól a fel- sőoktatás gyakorlatilag az egész világon egységesen három ciklusból áll: *három, három és fél, illetve négy- éves alapképzésből (BSc: Bachelor of Science), amely a korábbi főiskolai szintnek felel meg, a másfél éves, illetve kétéves mesterképzésből (MSc: Master of Science), ez a*

korábbi egyetemi szintet jelenti és a négy-, illetve ötéves doktori képzésből (PhD: Philosophiae Doctor, művészeti képzésben DLA: „Doctor of Liberal Arts”), amely a tu- dományos fokozat megszerzésére ad lehetőséget.

A korábbi főiskolai szakok szakirányokká ala- kultak, az új rendszerben négy közös alpszak jött létre: 1. *Ápolás és betegellátás alapképzési szak.* 2. *Egészségügyi gondozás és prevenció alapképzési szak.* 3. *Egészségügyi szervező alapképzési szak.* 4. *Orvo- si laboratóriumi és képkalkító diagnosztikai analitikus alapképzési szak.* A képzési tartalmat a *képzési és ki- meneti követelmények (KKK)* határozzák meg. A fő- iskolai ápolóképzés első húsz éve után a képzésért felelős szervezeti egység is tanszéki rangot kapott, ami új lendületet hozott a további fejlesztésekben, a nemzetköziesítési folyamatokban.

A felsőoktatás nagyléptékű módszertani megújú- lását jelentette a *páciensszimulátorra (METI Baba)* épülő, tanóraszerű gyakorlati oktatás bevezetése a nem orvosi szakemberek képzésében. A szimu- láció nem csupán egy oktatástechnológiai eszköz, hanem egy olyan didaktikai módszer, amely mini- málisra csökkenti a valódi betegellátás kockázatát. Híd a demonstrációs termi gyakorlat és a betegágy melletti gyakorlat között, ezért a *klinikai szimuláció tantárgy* a kar valamennyi egészségtudományi kép- zésének (ápolók, mentőtisztek, szülésznők, gyógy- tornászok, dietetikusok, védőnők, népegészségügyi ellenőrök, képkalkító diagnosztikai analitikusok és optometristák) tantervében szerepel.

A létrehozott *klinikai szimulációs laboratórium* egy valóságghú sürgősségi betegellátó egységnek felel meg, ahol a *magas hűségű (high-fidelity) szimulátorok* teste- sítik meg a beteget. Elvégezhető a „beteg” komplex ellátásához szükséges beavatkozások (monitorozás, EKG-készítés, pulzoximetria, oxigénterápia, hólyag- katéterezés, gyomorszondázás, injekciózás, infúziós, transzfúziós terápia, intubáció, defibrillálás stb.) és a fizikális vizsgálatok (19. ábra).

19. ábra. Szimulációs gyakorlat. Forrás: <https://semmlweis.hu/etk/oktatas/alapkepzesek-bsc/apolas-es-betegellatas-szak/apolo-szakirany/> (Elérhető: 2027. 07. 06.)



A 2010/2011. tanév 2. félévében (keresztfélév) indult részidős képzésen (levelező tagozat) a másfél éves ápolás mesterképzési szak, az oklevélbe MSc (mesterfokozat) végzettségi szint és az „okleveles ápoló” végzettség került bejegyzésre.

A 2011/2012. tanévtől indult az angol nyelvű ápoló szakirány.

A 2017/2018. tanév 2. félévétől (keresztfélév) mesterfokozatú okleveles ápoló szak három különböző szakápolói specializációval (geriátriai, közösségi, sürgősségi) indult, majd 2021/2022. tanévtől pedig a kiterjesztett hatáskörű ápoló APN: advanced practice nurse) négy féléves mesterképzés először három, korábban felsorolt, majd egy negyedik szakápolói specializációval (intenzív).

A 2022/2023. tanévtől indult az angol nyelvű kiterjesztett hatáskörű ápoló mesterképzési (APN) szak közösségi szakápoló specializációval (Semmelweis Egyetem, 2024).

Magyarország első egészségügyi főiskolai karán 1989-től számos curriculumfejlesztés történt, megvalósult a felsőoktatás szerkezeti átalakítása és az adminisztratív változtatást egyfajta tartalmi innováció követte. A hagyományos főiskolai képzés eljutott a a Bologna folyamat szerinti egységes, háromciklusú lineáris képzési rendszerig (2006), amelyben a kimenetorientált, kompetenciaalapú képzési típusok felölelik a felsőfokú ápolóképzés teljes vertikumát az alapképzéstől (BSc) a mesterképzésen (MSc) át egészen a doktori fokozat (PhD) megszerzéséig. Fontos megemlíteni, hogy a képzés színvonala és az itt végzettek tudása mind a hazai, mind a nemzetközi egészségügyben elismerést váltott ki.

Az elmúlt évtizedek során az ápolás, mint hivatás és szakma, példaértékű fejlődésen ment keresztül. A tudományos eredményekre épülő elméleti megalapozottság, a gyakorlati kompetenciák kiszélesedése, valamint a betegellátásban betöltött egyre felelősségteljesebb szerep mind hozzájárultak ahhoz, hogy az ápolók az egészségügyi rendszer elismert és pótolhatatlan pilléreivé váljanak. A jubileum nem csupán visszatekintés, hanem egyfajta iránytű is: mutatja, honnan jöttünk és rávilágít, hová kell tartanunk.

A kerek évfordulók: 2000 és 2025

A „kerek évfordulók” kifejezés általában olyan évfordulókra utal, amelyek száma 5-tel vagy 10-zel osztható és emiatt különösen jelentősnek számítanak. Az „első és sokáig csak egyetlen egészségügyi főiskola” a 2000. év ezredfordulóján ünnepelte fennállásának 25. évfordulóját és 2025-ben elérkezett az 50. jubileumi évéhez, amelynek tiszteletére a több mint 250 éves Semmelweis Egyetem tanév-

20. ábra. Semmelweis Egyetem tanévkönyve 2000-ben és 2025-ben. Forrás: https://lib.semmelweis.hu/se_evkonyvek (Elérhető: 2025. 07. 06.)



könyvében is megkapta méltó helyét a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kara (**20. ábra**).

Valójában a végzettek tekintetében is kettős az ünnep: A főiskolai ápolóképzés 35 éves fennállása óta több mint 3000 hallgató vehette át BSc és további közel 400 fő MSc ápolói oklevelét (Semmelweis Egyetem, 2024).

A jubileum segít felismerni, hogy hagyományainkat úgy őrizhetjük meg legjobban, ha közben a hivatás jövőjét is tudatosan építjük – azokért, akik ma tanulnak, holnap ápolva gyógyítanak és mindig gondoskodnak.

Az ápolói hivatás sosem volt könnyű – de talán soha nem volt ennyire sokrétű, összetett és kihívásokkal teli, mint napjainkban. A jövő ápolásának kulcsa a minőségi képzés, a világos kompetenciarendszer és az életpálya megbecsülése. A feladatok világosan kirajzolódnak: a képzési rendszer további fejlesztése, a szakmai presztízs helyreállítása, valamint az élet- és munkakörülmények méltóbbá tétele nélkülözhetetlenek ahhoz, hogy az ápolói pálya ismét vonzó perspektívát kínáljon a fiatal generációk számára.

Az Erkel utca 26. „megpihen”

Az Erkel utca 26. épülete számos átalakuláson ment keresztül. Az intézmény neve és fenntartója többször változott, de a falak között mindig a gyógyítás, az ápolás és az oktatás szelleme uralkodott. Az iskola egykori növendékei – ma már többen nyugdíjasok – nosztalgiaiával emlékeznek vissza a diák évekre, a tanárookra, az évfolyamközösségre, az első betegellátás élményére.

Az Erkel utcai falak között indult főiskolai képzés félszáz éve a gondoskodás és szakértelem új korszakát nyitotta meg. Rajtunk múlik, hogy e hagyományt nemcsak megőrizzük, hanem tovább is adjuk – megerősítve ezzel az ápolás társadalmi szerepét és jövőjét a XXI. század egészségügyében.

A jubileum kapcsán különösen jelentős, hogy az épület ma is az egészségügyi felsőoktatás szolgálatában áll, hiszen a Semmelweis Egyetem Egész-

21. ábra. Az örök Erkel utca 26. ma. Forrás: <https://tinyurl.com/392a5k2j> (Elérhető: 2025. 07. 03.)



ségtudományi Karának egyik oktatási helyszíne és itt kapott helyet a Semmelweis Egyetem id. Bókay János 56 férőhelyes kollégiuma, amely parkosított zöld környezetben fogadja a tanulni vágyó lakóit és biztosítja számukra a nyugalmas tanulási feltételeket. A jelen és a múlt tehát itt találkozik és emlékeztet bennünket arra, hogy a főiskolai képzés története

Felhasznált irodalom

1985. évi 17. törvényerejű rendelet az oktatásról szóló 1985. évi I. törvény hatálybalépéséről.
1993. évi LXXX. törvény a felsőoktatásról.
- 36/1996. (III. 5.) Kormányrendelet az egészségügyi felsőoktatás alapképzési szakjainak képesítési követelményeiről.
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.
1999. évi LII. törvény a felsőoktatási intézményhálózat átalakításáról, továbbá a felsőoktatásról szóló 1993. évi LXXX. törvény módosításáról.
- 169/2000. (IX. 29.) Kormányrendelet az egyes tudományterületekhez tartozó tudományágak, valamint a művészeti ágak felsorolásáról.
- 200/2000. (XI. 29.) Kormányrendelet a felsőoktatási tanulmányi pontrendszer (kreditrendszer) bevezetéséről és az intézményi kreditrendszerek egységes nyilvántartásáról.
- 3/2003. (I. 8.) Kormányrendelet az egészségügyi felsőoktatás alapképzési szakjainak képesítési követelményeiről szóló 36/1996. (III. 5.) Kormányrendelet módosításáról.
- 166/2003. (X. 21.) Kormányrendelet az egészségügyi felsőoktatás alapképzési szakjainak képesítési követelményeiről szóló 36/1996. (III. 5.) Kormányrendelet módosításáról.
- 289/2005. (XII. 22.) Kormányrendelet a felsőoktatási alap- és mesterképzésről, valamint a szakindítás eljárási rendjéről. 2005. évi CVI. törvény a felsőoktatásról szóló 1993. évi LXXX. törvény módosításáról.
2005. évi CXXXIX. törvény a felsőoktatásról.
- 15/2006. (IV. 3.) OM-rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről.
2011. évi CLXXXVII. törvény a szakképzésről.
2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről.
- 1229/2012. (VII. 6.) Kormányhatározat a Magyar Képesítési Keretrendszer bevezetéséhez kapcsolódó feladatokról, valamint az Országos Képesítési Keretrendszer létrehozásáról és bevezetéséről szóló 1004/2011. (I. 14.) Kormányhatározat módosításáról.
- 39/2012. (XI. 21.) EMMI-rendelet a felsőoktatási szakképzések képzési és kimeneti követelményeiről.
- 8/2013. (I. 30.) EMMI-rendelet a tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelményeiről.
- 87/2015. (IV. 9.) Kormányrendelet a nemzeti felsőoktatásról szóló 2011. évi CCIV. törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról.
- 139/2015. (VI. 9.) Kormányrendelet a felsőoktatásban szerezhető képesítések jegyzékéről és új képesítések jegyzékbe történő felvételéről.
- 18/2016. (VIII. 5.) EMMI-rendelet a felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről, valamint a tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelményeiről szóló 8/2013. (I. 30.) EMMI-rendelet módosításáról.
2019. évi LXX. törvény a közneveléssel összefüggő egyes törvények módosításáról és a nemzeti köznevelés tankönyvellátásáról szóló 2013. évi CCXXXII. törvény hatályon kívül helyezéséről.
2019. évi LXXX. törvény a szakképzésről.
- 12/2020. (II. 7.) Kormányrendelet a szakképzésről szóló törvény végrehajtásáról.
2020. évi XXXIII. törvény a nemzeti felsőoktatásról szóló 2011. évi CCIV. törvény, valamint egyes kapcsolódó törvények módosításáról.
- A belügyminiszter 13/2025. (IV. 17.) BM rendelete az egészségügyi tevékenység végzéséhez kapcsolódó egészségügyi szakdolgozói kompetenciák keretrendszeréről. Magyar Közlöny, 2025(45): 2217–2279.
- A Magyar Tudományos Akadémia Almanachja (1980). VI. rész: Az ország fontosabb kutatóhelyei. 833–836.

nemcsak intézménytörténet, hanem emberi sorsok története is (**21. ábra**).

E jubileumi megemlékezés alkalmat kínál arra is, hogy ne csupán az elért eredményeket ünnepeljük, hanem számba vegyük a jelen és a jövő kihívásait is: a képzés, a humán erőforrás, a kompetenciák és az ellátórendszer szoros összefüggéseit. Mert bár az út – amely az első egészségügyi főiskola mögött áll – tiszteletet parancsoló, a továbblépéshez elengedhetetlen, hogy szembenézzünk azzal a komplex helyzettel, amelyben ma az ápolók dolgoznak, tanulnak és élnek.

Köszönet illeti mindazokat, akik e falak között tanítottak, tanultak, dolgoztak és hozzájárultak ahhoz, hogy az egészségügyi főiskolai képzés 50. évfordulóját méltó módon ünnepelhesük.

Szerzői munkamegosztás: A kézirat megírásához szükséges irodalomkutatásban, illetve a kézirat elkészítésében mindhárom szerző részt vett.

Anyagi támogatás: A kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltégei.

- Balogh, Z., Betlehem, J., Papp, K., Tulkán, I. és Kovácsné T, Á. (2009). Az elmúlt két évtized ápolóképzése a hazai felsőoktatásban. *Nővér*, 22(1): 3–11.
- Balogh, Z., Sövényi, F. Az iskolarendszerű egészségügyi szakképzés és perspektívái. *Szakoktatás*, 38(4): 10–12.
- Bánó, M. (1983). A település hazai megtestesítője: Egyetemi Szociálpolitikai Intézet–Újpest. *Orvostört Közl*, 29(2–4): 219–232.
- Csóka, M. (1992). Kitaposatlan úton... Elsőként Magyarországon: diplomás ápolóképzés. *Nővér*, 5(6): 59–61.
- Csóka, M. (1998). Diplomás ápolóképzés távoktatási módszerekkel. *Nővér*, 11(6): 25–38.
- Csóka, M. (2002). Módszertani kézikönyv az ápolási gyakorlatok vezetéséhez. 140 p. Második átdolgozott kiadás. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest.
- Csóka, M. (2006). A Semmelweis Egyetemen folyó diplomás ápolóképzés tizenhat éve. *Orv Hetil*, 147(25): 1189–1194. ISSN 0030-6002
- Csóka, M. (2009). Paradigmaváltás a felsőoktatásban. *Orv Hetil*, 150(35): 1663–1669. DOI 10.1556/OH:2009.28669.
- Csóka, M. (2023). *A klinikai ápolási gyakorlatok vezetésének szakmódszertana. Oktatók és hallgatók számára.* In: Az ápolóképzés főiskolai rangra emelése. Kádixpress Könyvkiadó. ISBN 978-615-80525-6-6
- Hármori, P. (2000). A magyar settlement-mozgalom története. *Valóság*, (43)9: 90–105.
- Károlyi, Gy., dr. (1978). Új főiskolai szakok az egészségügyi szakoktatásban. *Felsőoktatási Szemle*, (27)1–12.
- Kárpáti, Z. (1998). Diplomás ápolók lehetőségei a fekvőbeteg-ellátás területén a munkaköri leírások tükrében: Paradigmaváltás az ápolásban: Diplomás ápoló=ápolás(t) vezető? *Nővér*, 11(4): 3–6.
- Kárpáti, Z. (1999). „Benchmark” – Igazodás a legjobbhoz. *Nővér*, 12(3): 8–12.
- Koch, M., Pozsonyi, K. (1987). Az egészségügyi szakképzés történelme. *Szakoktatás*, 38(4): 5–9.
- Molnár, L., Sági, Z. (n.d.). A Semmelweis Egyetem részletes története. <https://semmelweis.hu/az-egyetemrol/az-egyetem-tortenete/a-semmelweis-egyetem-tortenete/#hiete>
- Nagy, E. (2003). A diplomás ápolóképzés tantervének fejlesztése: gondolatok egy évforduló kapcsán. *Nővér*, 16(4): 19–21.
- Nagy, M., Károlyi, G. (1979). Tesztekkel történt vizsgáztatások a felnőttoktatásban. *Felsőoktatási Szemle*, 28(11): 682–687.
- Oláh, A., Dr. habil (szerk.) (2022). *Ápolástörténet.* In Perkó, M., Sövényi, F., Dr. Fedineczné Vittay, K., Kis, T., Szebeni-Kovács, Gy. *Elhivatottságtól a hivatásig. Az ápolás, az ápolásügy és az ápolóképzés története Magyarországon.* ISBN: 978-963-626-011-8
- Pápai, T. (2023). A klinikai demonstrációs egységek kialakítása és szerepe az egészségügyi intézményekben. *Nővér*, 36(4): 34–40. ISSN 0864-7003
- Semmelweis Egyetem (2004). Tanévkönyv Semmelweis Egyetem 2024/2025. Letöltve: <https://www.semmelweiskiado.hu/letoltes/125>
- Sövényi, F., Stipkovits, S. (2007). Az egészségügyi szakképzés rövid története 1945–2006. Morzsák a múltból. *Nővér*, (20)1: 4–78.
- Sövényi, F., Perkó, M., Fedineczné Vittay, K. (2018). Ápolásról másként, avagy miről is beszélünk? *LAM*, 28(6–7): 465–476.
- Sövényi, F. (2019). A múlt megértése segíthet a jövő alkotásában (Hogyan volt, van, és hogyan tovább: „orvosi ténykedések és ápolás”). *Nővér*, 32(03): 3–14.
- Sövényi, F., dr. Fedineczné Vittay, K., Tóth, I. (2023). Az ápolásirányítás kialakulása és fejlődésének mérföldkövei Magyarországon, különös tekintettel az országos főnövéri tisztségre. *Nővér*, 36(4): 3–24.
- Zrínyi, M. (1992). Quis es tu, Diplomás Ápoló? *Nővér*, 5(1): 22–24.
- Zrínyi, M. (2001). Megjegyzések a „Kik oktassák a diplomás ápolókat?” című íráshoz. *Nővér*, 14(5): 23–25.

Szerzői önéletrajzok

Sövényi Ferencné közel hat évtizeden át tevékenykedett az egészségügy különböző területein. Ápolóként, szakoktatóként alapozta meg szakmai életútját. Betégápolói oklevelét az OTKI Egészségügyi Szakiskolájában szerezte, majd az OTKI II. Belgyógyászata „tanítókörtermi” egységében, a tanulókkal együtt ápolóként dolgozott, míg iskolája visszahívta szakoktatónak. Az OTKI Egészségügyi Főiskolája létesítése során az Egészségügyi Minisztérium gondoskodott a szakiskolában dolgozó szakoktatók elhelyezéséről, így az Egészségügyi Minisztérium Gyógyító–Megelőző Főosztályára „vezényelték”, majd egy év múlva kinevezték, és több mint negyed évszázadon át az egészségügy – és azon belül az ápolás – minisztériumi szintű irányítási feladatait végezte. 1977-ben az OTKI Egészségügyi Főiskoláján intézetvezető diplomát szerzett. Karrierje a minisztériumi előadótól az Ápolási Főosztály vezetéséig ívelt és viselte az országos főnövéri címet is. Széles nemzetközi kapcsolatait – ICN, WHO – gyümölcöztette a magyar ápolásügy fejlesztése érdekében.

Szakmai karrierje során napjainkig a hazai és külföldi szaklapokban közel 80 publikációja jelent meg. Kezdetben az ápolásirányítás, ápolásszervezés és -vezetés, az utóbbi évtizedekben elsősorban ápolástörténet témakörben.

Csóka Mária BSc, MSc, CIC mesteroktató, mestertanár, tanulmányait az Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán (1987), a szegedi JATE Bölcsészettudományi Karán (1991), a Multi Country Co-Operation in Distance Education Centre Gödöllői Egyetemen (1997) és az ELTE Bölcsészettudományi Karán (1998) folytatta. 15 éves intenzív betegség melletti gyakorlattal került a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karára, ahol nagy szerepet vállalt az ápolóképzés főiskolai rangra emelésében, a BSc- és MSc-képzés magyarországi elindításában, valamint a szimulátoros oktatás bevezetésében. Curriculumfejlesztőként legkiemelkedőbb tevékenysége a diplomás ápolóképzés első tantervének kidolgozása, amelynek eredményeként megvalósult a

felsőoktatási ápolóképzés, és a nem orvosi szakemberek számára is lehetővé vált a PhD-fokozat megszerzése, amely mérföldkőnek számít az ápolóképzés történetében. 50 éves pályafutása alatt közreműködött a kreditrendszerű és az eurokonform tanterv kidolgozásában, a távoktatási módszerek alkalmazásában, a probléma- és kompetenciaalapú tanításban, a gyakorlóbázis kiépítésében, valamint a kutatómódszertan önálló tantárgyként történő bevezetésében. Közleményei száma: 92 (impaktfaktor: 1,164).

Perkó Magdolna tanár, középiskolai igazgató, főiskolai docens. Tanulmányait a Ho Si Minh Tanárképző Főiskola biológia-pedagógia szakán végezte, majd az ELTE BTK pedagógia, majd a BME GTK közoktatási vezető szakán szerzett diplomát. 40 évet töltött az egészségügyi szakképzésben, pályakezdőként az OTKI Egészségügyi Szakiskolában szakoktatóként, majd a jogutód Egészségügyi Főiskolai Kar tanulmányi osztályán dolgozott.

1981-től a Kanizsay Dorottya Egészségügyi Szakképző Iskola és Gimnázium tanára, majd 1990-től 20 évig a középiskola igazgatója. Mellékállásban 1996-tól a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Erkel utcai épületében az ápolási csoport vezetője, majd nyugállományba vonulásáig a főiskola továbbképzési és szakképzési intézetét vezette.

Több mint négy évtizedes pályafutása alatt oktatott anatómiát, pedagógiát. A középiskola, ahol dolgozott, fő profilja az ápolóképzés volt, mellette számos OKJ-s képzést szervezett az egészségügyi és szociális szakmacsoportban.

A tantervfejlesztő bizottság tagjaként részt vett több szak curriculumának fejlesztésében.

Az országban először a Kanizsayban, majd a főiskolán is megszervezte az ápolóképzést távoktatási formában.

Számos publikációja jelent meg pedagógiai és ápolástörténeti témában, több könyv társszerzője és lektora.

HELYREIGAZÍTÁS

A NÖVÉR 2025. évi (38. évfolyam) 3. számban megjelent „A világ huszonnégy országának ápolói találkoztak Budapesten” című szerkesztői levél alábbi bekezdése Dr. Balogh Zoltán kérésére helyreigazításra szorul.

„Az idei elismert szakemberek között vehette át a díjat Dr. Balogh Zoltán, a nemzetközi konferencia szervezője, főiskolai tanár, aki húsz éve foglalkozik transzkulturális ápolással, **illetve 18,5 éve oktatja is ezen ismereteket a graduális és posztgraduális képzések keretében.** Ez a díj nemcsak szakmai elismerést jelent, hanem ösztönzésül is szolgál arra, hogy a jövőben még nagyobb hangsúlyt kapjon a transzkulturális ápolás szerepe az egészségügyben. **A díj átadásakor az alábbi méltatószöveg hangzott el (magyarra fordítva) az ETNA vezetősége részéről: „Dr. Balogh Zoltán vezetése az ápolás oktatásában és elkötelezettsége a közösségi ellátás fejlesztése iránt tartós hozzájárulást jelentett a kulturálisan kompetens egészségüghöz Európában. Országos és nemzetközi szerepvállalásain keresztül támogatta a transzkulturális elvek beépítését az ápolási gyakorlatba, oktatásba és politikába, ezáltal megerősítve a hivatást a jövő generációi számára.”**

EREDETI KÖZLEMÉNY

Kiegészés, egészségi állapot önértékelése és pszichoszomatikus tünetek vizsgálata pályakezdő ápolók körében – összefüggésben a munkahelyi társas támogatással

DR. NÉMETH Anikó PhD, TÓTH Renáta

ÖSSZEFOGLALÁS

Célkitűzés: A vizsgálat célja volt a pályakezdő ápolók körében felmérni a kiegészés mértékét, a pszichoszomatikus tünetek súlyosságát, valamint a saját egészségi állapot önértékelését, és összehasonlítani ezen mutatókat más, régebb óta dolgozó ápolók eredményeivel.

Vizsgálat módszere: A keresztmetszeti kvantitatív kutatás saját szerkesztésű online kérdőívvel történt 2024. május 13-tól június 23-ig. (ETT TUKEB-engedély száma: BM/12275-1/2024.) Az adatelemzés IBM SPSS 26.0 statisztikai szoftverrel, leíró statisztikai módszerekkel, Kruskal–Wallis-tesztel, valamint Spearman-féle rangkorreláció-számítással és χ^2 -próbával készült. A szignifikanciaszint kritériumhatára 5% ($p < 0,05$).

Eredmények: A vizsgálati mintából (N=994) 9,6%-ot tettek ki a pályakezdő ápolók. A kiegészés, a pszichoszomatikus tünetek súlyossága és az egészségi állapot önértékelése szempontjából a pályakezdők mutatták a legkedvezőbb képet. Bebizonyosodott az is, hogy a munkahelyi társas támogatásnak mindhárom tényezővel szoros kapcsolata van. A gyakori pszichoszomatikus tünetek, valamint a súlyos kiegészés leginkább a 2,5-10 éve ápolóként dolgozó válaszadókat sújtja.

Következtetések: A munkahelyi támogatásnak fontos szerepe van az ápolók testi és lelki egészségének megítélésében, azonban pont a pályakezdő ápolók alacsony részvételi aránya miatt nehézkes jelen kutatással megítélni helyzetüket.

Kulcsszavak: pályakezdő ápolók, kiegészés, pszichoszomatikus tünetek, egészségi állapot önértékelése, munkahelyi társas támogatás

Burnout, Self-Assessment of Health Status, and Psychosomatic Symptoms among Novice Nurses – in Relation to Social Support in the Workplace

Aniko NEMETH PhD, Renata TOTH

SUMMARY

Aims: The purpose of the study was to assess the level of burnout, the severity of psychosomatic symptoms, and the self-assessment of their own health status among novice nurses, and to compare these indicators with the results of other, more experienced nurses.

Methods: Cross-sectional quantitative research was conducted using a self-designed online questionnaire from May 13 to June 23, 2024 (ETT TUKEB permit number: BM/12275-1/2024). Data analysis was performed using IBM SPSS 26.0 statistical software, descriptive statistical methods, Kruskal–Wallis test, Spearman's rank correlation calculation, and Chi-square test. The significance level criterion was set at 5% ($p < 0.05$).

Results: Novice nurses accounted for 9.6% of the study sample (N=994). In terms of burnout, the severity of psychosomatic symptoms, and the self-assessment of health status, novice nurses showed the most favorable picture. It was also proven that workplace social support is closely related to all three factors. Frequent psychosomatic symptoms and severe burnout most affect respondents who have been working as nurses for 2.5-10 years.

Conclusions: Workplace support plays an important role in nurse's perception of their physical and mental health, but the low participation rate of novice nurses makes it difficult to assess their situation with current research.

Keywords: novice nurses, burnout, psychosomatic symptoms, self-assessment of health status, social support at work

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

TÓTH Renáta mesteroktató,
Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport
ORCID: 0000-0003-1076-1949

Levelező szerző
(corresponding author):
DR. NÉMETH Anikó PhD
E-mail:
nemeth.aniko.02@szte.hu

Beérkezett: 2025. szeptember 15.
Elfogadva: 2025. szeptember 23.

Bevezetés

Az ápolói szakma egy komplex hivatás, hiszen nem csak tudással kell rendelkezniük ezen szakmát művelőknek, hanem bizonyos fokú kezűgyességgel és szeretettel is a szakma és az emberek iránt. Az egészségügyi ágazat világszerte súlyos ápolóhiánnyal küzd (Azizi-Qadikolae et al., 2023). A szakma előregedőben van, évről évre egyre kevesebb fiatal választja az ápolást hivatásul, így a létszámihiány egyre súlyosabb méreteket ölt. A pályakezdés nagy kihívást jelent a fiatal ápolóknak, és ha sikertelen a megküzdés, akkor az előbb-utóbb a pálya elhagyásához vezet (Nantsupawat et al., 2017). Szakirodalmak rendre az iskola elvégzése és az ápolói munka megkezdése utáni első két évet tekintik a pályakezdés időszakának (Ketelaar et al., 2015; Han et al., 2019), de van, aki ettől eltérően három évben határozza meg ezt az időszakot (Benner, 1982).

„Az iskolából a munka világába történő zökkenőmentes átmenet a társadalmi beilleszkedés egyik legfontosabb feltétele. Hosszú távon meghatározza az egyén társadalmi pozícióját, munkaerőpiaci helyzetét, ezért gazdasági és szociális szempontból egyaránt fontos, hogy az iskolapadból kikerülő fiatalok szakmailag felkészülten jelenjenek meg a munkaerőpiacon...” (Szellő, 2014). Az akadémiai környezetről a valós munkahelyi környezetre való átállás átmeneti sokkhoz vezethet, amelyet Kramer „valóságoknak” nevezett (Kramer, 1975).

A pályakezdés minden szakterületen nehéz, hiszen a képzésből kikerülő fiatal munkavállalónak be kell illeszkedni egy, már összeszokott kollektívába, és szakmai tudásáról is bizonyosságot kell adnia. A képzésből kikerülők gyakran „magabiztosak szakmai kompetenciáikat illetően”, de a sorozatos kudarcok és nehézségek hatására önbizalmuk csökken. „A pályakezdők hajlamosak túlbecsülni saját képességeiket, s ezzel együtt nem ismerik fel korlátaikat.” Ezt Kruger–Dunning-hatásnak nevezzük (Cseh et al., 2022). A kezdő ápolók számos kihívással szembeüthetnek, beleértve a nagy munkaterhelést, a kompetencia hiányát, az elmélet és a gyakorlat közötti szakadékot, a stresszt, a depressziót, a szorongást és az alacsony önértékelést (DeGrande et al., 2018).

Az egészségügyi dolgozók alapvetően négy viszonyulástípusba sorolhatók, amelyek meghatározzák a pályakezdésük sikerességét, és az egészségügyi pályán való maradásukat is. Ha megfelelően bánnak velük a munkahelyen, akkor a pályakezdésük sikeres, pályán maradásuk valószínűsíthető. A tudatosan építkező tudja, mire képes és mire nem. Szívesen fejleszti magát, de a karrierjén túli élete is fontos. Céltudatos, motivált, de ha észreveszi magán a kiegész jeleit, akkor nem fél munkahelyet váltani. Fontos, hogy a munkahely támogassa az

ilyen pályakezdő tudásvágyát, legyen lehetősége képezni, fejleszteni magát. A *büszke, elhivatott, felelős* típus szerény, alázatos, szeret embereknak segíteni. Biztos benne, hogy az egészségügyben van a helye. Fontos számára a munkahelyi légkör, a munkatársak. Kitartó, a nehézségek ellenére is hajtja magát és másokat. A személyes készségek fejlesztésével sikeres munkaerő válik belőle. A *bizonytalan beletörődő* típus pályakezdőként fél attól, hogy az iskola nem készítette fel a szakmára, ezért nehezen vág bele bármibe is. Mindent megcsinál, amit mondanak neki, de az új helyzetekben bepánikol. Fél a változásoktól, nehezen vált munkahelyet. Fontos az önbizalom-erősítés és a pozitív visszacsatolás az ilyen dolgozó számára. A *panaszkodó realista* típust minden zavar az egészségügyben, negatív érzéseit nyíltan kifejezi. Számára a bátorító, támogató, csapatmunkára építő munkahelyi környezet a megfelelő (Sági et al., 2022).

Ketelaar és munkatársai pályakezdő ápolók körében a következő munkahelyi problémákat találták, amelyek megnehezítették ezt az időszakot: fokozott testi és lelki igénybevétel (például a betegek emelése, egész napos állás/gyaloglás, valamint az idő szűkössége, hiszen rövid idő alatt sok feladatot kell elvégezni). Ezek a munkahelyi tényezők viszonylag gyorsan okoznak munkával kapcsolatos egészségi problémákat a pályakezdő ápolóknál, úgymint aggodalom, stressz, alvási problémák, szorongás. Mindezek negatívan befolyásolják a pályakezdők munkavégzését (Ketelaar et al., 2015).

Han és munkatársai kezdő ápolók körében végeztek egy érdekes longitudinális vizsgálatot. A munkába álláskor közvetlenül, majd utána hat héttel, 6, 12, 18 és 24 hónappal felmérték az ápolók táplálkozási szokásait, alvását, depressziós tüneteit, az észlelt stresszt és az egészségi állapotot. Azt találták, hogy a kiindulási állapothoz képest a táplálkozási magatartás, az alvás, a depressziós tünetek és a stressz mind rosszabb volt a hathetes és a hat hónapos munkavégzés között, 24 hónapig sem volt jelentős javulás. Hat hónappal a munkakezdés után a depresszió és az alvás minősége kissé javult, de csak két évvel a munkába állás után tértek vissza az értékek a kiindulási szintre. Az alvás hatékonyságának csökkenését is észlelték, mivel a váltott műszakos munkarendnek való kitettség zavarokat okozott az ébrenlét-alvás ciklusban. Az észlelt egészségi állapot romlott a hatodik hónapig, majd kis javulás mutatkozott, de elmondható volt, hogy a pályakezdő ápolók 80%-a rossz egészségi állapotúnak vallotta magát (Han et al., 2019). A rossz alvás összefügg az önkontroll elvesztésével, a gyenge kognitív funkciókkal és a csökkent munkával való elégedettséggel (Barnes et al., 2017), és megnöveli a munkahelyről való távozás esélyét is (Han et al., 2020).

Maslach és munkatársai (2001) szerint a kiégés főleg a pályakezdeket sújtja, ennek okai között az összetett pszichoszociális és egyéb munkakörnyezeti tényezők állnak (új kollektíva, támogatás és elismerés hiánya, a munkával kapcsolatos visszajelzések hiánya, szerepkonfliktusok, információk hiánya a munka megfelelő elvégzéséhez). A kiégés szempontjából a munkahelyi vezető támogatásának hiánya sokkal negatívabban hat, mint a munkatársak támogatásának hiánya. A pályájuk elején kiégetté válók később nagyobb valószínűséggel hagyják el pályájukat, és a pszichiátriai megbetegedések is gyakoribbak körükben (Maslach et al., 2001). Vizsgálatok rendre azt az eredményt hozzák, hogy a pályakezdeők kiégettsége magasabb, mint az előrehaladottabb életkorú ápolóké, azonban ez nem feltétlenül van így, hiszen az idősebb, kiégett ápoló nagy valószínűséggel elhagyja az egészségügyet, ezért az idősebbek között már kevésbé vannak jelen kutatásokban a kiégettebb ápolók (Györffy & Girasek, 2015; Vladár, 2016; Irinyi & Németh, 2022). A megfelelő kommunikáció, az együttműködés, a jó munkahelyi kapcsolatok pozitív munkahelyi légkört eredményeznek, amely hozzájárul a kiégés csökkenéséhez is (Paradis & Whitehead, 2015).

Egy esetlegesen kellemetlen munkahelyi légkör – amivel a pályakezdeő ápolók igen gyakran találkozhatnak – negatív következményekkel járhat, beleértve a munkával való elégedetlenséget, fizikai és mentális betegségeket, valamint káros hatással lehet a kezdő ápolók egyéni és családi életére is (Gholampour & Pourshafei, 2018). A munkahelyi stressz is igen gyakori jelenség a pályakezdeő ápolók körében (Hampton et al., 2021). A munkahelyi stresszrel való megbirkózás sikeressége függ a személy énhatékonyságától. *„Az énhatékonyság olyan személyiségpotenciál, amely az önmagunkba vetett hitnek felel meg, illetve, hogy képesek vagyunk céljainkat elérni”* (Deutsch et al., 2015). Az alacsony énhatékonysággal rendelkezők nehezebben küzdenek meg a munkahelyi stresszrel, problémákkal, így gyakoribb körükben a szorongás, az egészségi problémák és az egészségtelen életmód (Salavecz et al., 2006), valamint gyakoribb a kiégés is. A magas énhatékonysággal rendelkező egyének jobban meg tudnak birkózni a munkahelyi stresszrel, a stresszes helyzeteket kihívásként élék meg (Deutsch et al., 2015). Munkahelyi stressz hatására csökken a munkaelégedettség, amely kudarcokhoz, sikertelenséghez, további munkaelégedetlenséghez vezet. Ha a munkahelyi stressz krónikussá válik, gyakori hiányzások, romló munkahelyi kapcsolatok és csökkenő munkateljesítmény lesz a következmény (Deutsch et al., 2015). A magas munkahelyi stressz együtt jár a rosszabb alvásminőséggel és a rendszertelen, kapkodó étkezéssel is (Gál-Inges & Németh, 2015), és ha-

tására kialakulnak a pszichoszomatikus tünetek. Ezt a kérdéskört számos hazai kutató vizsgálta már ápolók, egészségügyi dolgozók körében. Leggyakrabban gyengeség- és fáradtságérzés (Pikó, 1999), valamint hát- és derékfájás (Nagy & Németh, 2016) fordul elő ápolók körében pszichoszomatikus tünetként.

Mindezekből jól látható, hogy az amúgy is nagyon leterhelt egészségügyben a pályakezdeő ápolók számtalan veszélyforrásnak vannak kitéve a munkahelyen, amelyek meghatározhatják testi és lelki egészségüket, és pályán maradásukat.

Komplex vizsgálatunk célja volt felmérni a pályakezdeő ápolók pszichoszociális munkakörnyezeti tényezőit, a pályakezdeés nehézségeit, és eredményeiket összehasonlítani a már régebb óta dolgozó ápolók eredményeivel. Ezen kutatáson belül került sor a kiégés és a pszichoszomatikus tünetek gyakoriságának vizsgálatára is, amelynek eredményeit jelen írásunkban közöljük. Azt feltételeztük, hogy a pályakezdeő ápolók több pszichoszomatikus tünettel rendelkeznek, kiégettebbek, és egészségi állapotukat is rosszabbnak ítélik meg, mint a már régebb óta dolgozó ápolók.

Anyag és módszer

A 2024. május 13-tól június 23-ig tartó keresztmetszeti kvantitatív kutatásunkat egy saját szerkesztésű online kérdőívvel végeztük, amelyet a Tudományos Kutatásetikai Bizottság (ETT TUKEB) BM/12275-1/2024 ügyiratszámával engedélyezett. Az online kérdőívet a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) elnökének hozzájárulása után az Országos Szervezet osztotta meg hírlevélben az iskolai végzettség szempontjából releváns tagokkal (46 136 fő), illetve közösségi platformon is terjesztettük. 1370 fő válasza érkeztek be, azonban az alapos adatbázis-tisztítás után 994 fő válaszait vontuk be az elemzésbe. A kutatásból kizártuk az ápolói végzettséggel nem rendelkező, nem teljes munkaidőben dolgozó válaszadókat, a gyesen, gyeden lévőket, a vezető beosztásban dolgozókat és a nyugdíjasokat, valamint a kérdőívet duplán vagy hiányosan kitöltőket, és azokat, akik a beleegyező nyilatkozatban nem egyeztek bele a kutatásban való részvételbe.

Az adatokat az IBM SPSS 26.0 statisztikai programjával elemeztük. A leíró statisztikai módszereken belül az intervallumskálán mért változók esetében átlagot, szórást, mediánt, minimumot és maximumot számoltunk; nominális változók esetében pedig abszolút és relatív gyakoriságot. Az intervallumskálán mért változók esetében (életkor, egészségügyben eltöltött évek száma, pszichoszomatikus tünetek, kiégés) először normalitásvizsgálatot végeztünk. Mindegyik változó esetében a Kolmogorov-Smirnov- és Shapiro-Wilk-tesztek egyaránt szigni-

fikánsnak bizonyultak ($p < 0,000$), így ezekre a változókra nem normáloszlásúként tekintettünk, amely a nemparaméteres statisztikai próbák alkalmazását kívánta meg. Az adatok jellegéből adódóan a matematikai statisztikai módszerek közül a Kruskal-Wallis-tesztet, Spearman-féle rangkorreláció-számítást és χ^2 -próbát alkalmaztunk. Minden esetben 5%-os szignifikanciaszinttel dolgoztunk ($p < 0,05$).

A kérdőívben a saját készítésű kérdéseken túl alkalmaztuk a *Pszichoszomatikus tüneti skálát*, amely hét tünet előfordulásának gyakoriságát vizsgálja a kérdőív kitöltését megelőző 12 hónapban. A válaszokat négyfokozatú Likert-skálán lehet bejelölni, ahol 0=soha, 1=ritkán, 2=időnként, 3=gyakran jelentéssel bír. Összesen 21 pontot lehet elérni ezen a skálán, és minél több pontot ér el valaki, annál súlyosabb a pszichoszomatikus tünetképzése (Pikó, 2001).

A kiegészítő vizsgálatára a Pines és Aronson-féle *Kiegészítő leltárt* alkalmaztuk, amely 21 kérdést tartalmazott. A kérdéseket 1–7-ig lehet pontozni (1=soha; 2=egyszer vagy kétszer; 3=ritkán; 4=néha; 5=gyakran; 6=általában; 7=mindig). A kiegészítő mértéke egy képlet segítségével határozható meg, és az így kapott átlagpontoszám alapján csoportosítjuk a válaszadókat az alábbi négy csoportba: „örökös eufória” (1,9 pont alatt), „jól csinálja” (2–2,9 pont), „változtatás szükséges” (3–3,9 pont), „kezelés szükséges” (4 pont felett). A „változtatás szükséges” csoportba tartozók esetében már jelentkeznek a kiegészítő tünetei, a „kezelés szükséges” csoport tagjai már kiégettnek tekinthetők (Pines és Aronson, 1981).

A munkahelyi támogatás vizsgálatára a *Karasek és Johnson* által megalkotott Demand-Control-Support (D-C-S) modell munkahelyi támogatás szubskáláját alkalmaztuk (Job Support Scale), amely két, négy-négy kérdést tartalmazó ötfokozatú alszkálából áll. Az első a munkaközösségre vonatkozik, a második a közvetlen ápoló felettséggel kapcsolatos kérdéseket tartalmazza. Az egyes szempontokat ötfokozatú skálán (1=egyáltalán nem, 2=kissé, 3=valamennyire, 4=elég, 5=nagyon) lehet értékelni, így az alszkálán mért értékek 4 és 20 közöttiek (Karasek, 1979; Johnson, 1991). (A munkahelyi támogatás részletes elemzését, pályakezdéssel kapcsolatos összefüggését egy korábbi tanulmányunkban – Németh & Tóth, 2024 – mutattuk be.)

Eredmények

Vizsgálati minta bemutatása

A kérdőívet kitöltők átlagéletkora 44,87 év (szórás=11,204; medián=48; minimum=18; maximum=35). A válaszadók 7%-a férfi (70 fő), 92,8%-a

nő (922 fő), és 0,2%-a (2 fő) nem szeretett volna válaszolni erre a kérdésre.

A többség (49,8%) házas, 13,6% élettársi kapcsolatban él, 12,7% van kapcsolatban, 12,5% egyedülálló, 8,5% az elváltak aránya, az özvegyeké pedig 3%.

Mindegyik vármegyéből érkezett kitöltés, de a kitöltők jelentős többsége Budapesten (18,3%) és Csongrád-Csanád vármegyében (11,5%) dolgozik. A legkevesebb kitöltés Tolna (1,3%) és Vas (1,5%) vármegyékből érkezett.

Az ápolói végzettség típusának és szintjének kiderítésére három kérdést is alkalmaztunk, amelyek segítségével biztosan ki tudtuk zárni azokat a kitöltőket, akik nem rendelkeznek ápolói végzettséggel, vagy jelenleg nem ápolóként, hanem például védőnőként, gyógytornászként tevékenykednek. Az ilyen módon vizsgálatba vont ápolók 76,7%-a nem rendelkezik diplomával, és 23,3%-nak van BSc vagy MSc/APN ápolói képesítése.

A kitöltők 13,7%-a belgyógyászatban, 10%-a intenzív osztályon, 6,9%-a sebészetben, 6,3%-a pszichiátrián, 6,1%-a gyermekgyógyászatban, 4,3%-a SBO-n és 3,7%-a traumatológia/ortopédia osztályon dolgozik. Az egyéb válaszlehetőséget megjelölő 46,1% rendkívül sokféle munkahelyet adott meg, szinte mindenféle ellátási osztályról és az alapellátásból, foglalkozás-egészségügyből is érkeztek válaszok.

Átlag 21,62 éve dolgoznak ápolóként (szórás=13,33; medián=25; minimum=0,16; maximum=48). A hónapokban megadott munkaidőt átszámoltuk évvé a következő módon: 1 hónap évvértéke 0,083 (1:12), majd ezt szoroztuk meg a válaszadó által megadott munkahónapok számával. Az ápolói munkában eltöltött évek alapján kategóriákat alakítottunk ki, amelyek a hipotézisvizsgálatok alapjául szolgáltak. Szakirodalmak a munkába állás időpontjától számított első két évet tekintik a pályakezdés időszakának az ápolók körében (Ketelaar et al., 2015; Han et al., 2019), ezért mi is ezt vettük alapul a kategóriák kialakításánál. Az ilyen módon kialakított kategóriák a következőképpen alakultak: 9,6% dolgozik kettő éve vagy annál kevesebb ideje ápolóként; 20,7% 2,5–10 éve, 12,3% 11–20 éve; 26,5% 21–30 éve és 30,8% 30 évnél régebb óta ápolóként.

Kiegészítő vizsgálata

A teljes mintát elemezve elmondható, hogy a válaszadók 21%-a tartozik az „örökös eufória” és 31,7%-a a „jól csinálja” csoportokba, vagyis náluk még nem mutatkoznak a kiegészítő tünetei. 23,9% sorolható a „változtatás szükséges” csoportba, ők a kiegészítő tüneteit már mutatják; és 23,3% a „kezelés szükséges” csoportba tartozik, akik már a súlyos kiégetttség állapotában

vannak. χ^2 -próbaival elemeztük az ápolói munkaévek alapján kialakított csoportok közötti különbséget, és nem találtunk szignifikáns eltérést az egyes kiégettségi kategóriákba sorolható ápolók relatív gyakorisága között ($p=0,586$). Az **1. ábrán** látható, hogy a legkevesbé kiégettek a pályakezdő ápolók, mivel közülük csupán 21,1% tartozik a „változtatás szükséges” és 18,9% a „kezelés szükséges” csoportokba. A legrosszabb pszichés állapotban a 2,5–10 éve dolgozó ápolók vannak.

A családi állapotot is megvizsgáltuk a kiégéssel összefüggésben, hiszen nemcsak a munkahelyi, hanem az otthoni társas támogatás szerepe is protektív tényezőként szerepel a burnouttal szemben, azonban nem találtunk szignifikáns összefüggést ezen két tényező között ($p=0,511$).

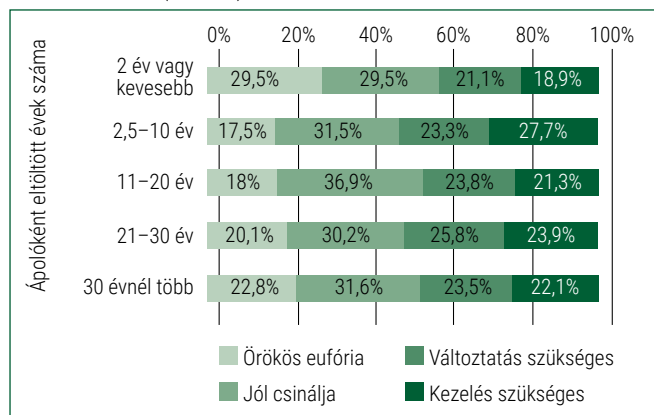
Vizsgáltuk a munkahelyi társas támogatás kapcsolatát is a kiégéssel. Mind a munkaközösségből érkező társas támogatást ($p<0,000$; $H=102,140$; $df=3$), mind a felettes támogatását ($p<0,000$; $H=142,296$; $df=3$) jelentősen alacsonyabbnak értékelték azok a válaszadók, akiket a kiégés súlyosabb kategóriába soroltunk be (**I. táblázat**).

Az egészségi állapot önértékelésének vizsgálata

Az egészségi állapot önértékelésére egy ötfokozatú Likert-skálát alkalmaztunk („*Más emberekhez viszonyítva általában milyennek értékeli saját egészségi állapotát?*”). A skálán a magasabb érték a jobb egészségi állapotot jelenti (5=kiváló, 4=jó, 3=elfogadható, 2=rossz, 1=nagyon rossz), így a rangpontszámátlagokat is hasonlóképpen kell értelmezni. Szintén a várakozásainkkal ellentétes szignifikáns eredmény született ($p<0,000$; $H=29,601$; $df=4$), mivel a legjobbnak a pályakezdő ápolók ítélték meg egészségi állapotukat ($MR=607,11$), a legrosszabbnak pedig a 21–30 éve dolgozó válaszadók ($MR=450,87$) (**II. táblázat**).

Szintén érdekes a munkahelyi társas támogatás és az egészségi állapot önértékelésének kapcsolata. Mind a munkaközösségből ($p<0,000$; $r=0,120^{**}$) érkező társas támogatás, mind a közvetlen munkahelyi felettes ($p<0,000$; $r=0,228^{**}$) támogatása erős, pozitív irányú összefüggést mutatott az egészségi állapot önértékelésével, vagyis minél több támogatást kap valaki a munkahelyén, annál jobbnak ítéli meg saját egészségi állapotát.

1. ábra: Kiégéskategóriák összevetése az ápolóként eltöltött munkaévekkel (N=994)



I. táblázat: Munkahelyi társas támogatás alakulása a különböző kiégéskategóriákban (N=994)

Munkahelyi társas támogatás alkálái	Kiégéskategóriák	N	Mean Rank
Munkatársak támogatása	örökös eufória	209	618,84
	jól csinálja	315	540,54
	változtatás szükséges	238	470,14
	kezelés szükséges	232	357,81
Közvetlen ápoló felettes támogatása	örökös eufória	209	657,05
	jól csinálja	315	524,91
	változtatás szükséges	238	486,14
	kezelés szükséges	232	328,20

II. táblázat: Egészségi állapot önértékelése az ápolóként eltöltött évek szerint (N=994)

Ápolói év kategóriák	N	Mean Rank
2 év vagy kevesebb	95	607,11
2,5–10 év	206	532,96
11–20 év	122	481,51
21–30 év	264	450,87
30 évnél több	307	486,24

Pszichoszomatikus tünetek vizsgálata

Szintén Kruskal–Wallis-tesztel elemeztük a munkaévek alapján kialakított csoportok közötti különbséget a pszichoszomatikus tünetek előfordulási gyakoriságának vonatkozásában. (Minél több pontot ért el a válaszadó, annál több és súlyosabb pszichoszomatikus tünettől rendelkezik.) A várakozásainkkal ellentétes eredmény született, vagyis a pályakezdő ápolók rendelkeznek szignifikánsan a legkevesebb ($MR=398,75$) pszichoszomatikus tünettől, míg a

legtöbbel (MR=546,91) a 2,5–10 éve ápolóként dolgozó válaszadók ($p < 0,000$; $H = 21,895$; $df = 4$) (III. táblázat).

Az egyes pszichoszomatikus tünetek előfordulásának gyakoriságát külön is elemeztük, és azt találtuk, hogy a pályakezdő ápolóknál fordul elő a legkevesbé szinte mindegyik tünet, kivéve a hasmenést, a gyengeség és fáradtság érzését (ennél a két tünetnél a pályakezdő ápolókat megelőzik a 30 évnél régebb óta dolgozó kollégák). A fejfájás ($p < 0,000$; $H = 28,691$; $df = 4$), a gyengeség és fáradtság ($p < 0,000$; $H = 26,624$; $df = 4$) szignifikánsan gyakrabban fordulnak elő a 2,5–10 éve dolgozó ápolóknál, a hát- és derékfájás a 21–30 éve dolgozóknál ($p = 0,007$; $H = 14,250$; $df = 4$), a szívdobogás pedig a 11–20 éve dolgozóknál ($p = 0,037$; $H = 10,202$; $df = 4$).

A munkahelyi társas támogatás (munkatársak és közvetlen ápoló felettes támogatása) kedvezően befolyásolja a pszichoszomatikus tünetek előfordulásának gyakoriságát. Minél több támogatást kap valaki a munkatársaitól ($p < 0,000$; $r = -0,150^{**}$) és a közvetlen ápoló felettesétől ($p < 0,000$; $r = -0,251^{**}$), annál alacsonyabb a pszichoszomatikus tüneti skálán elért összpontszám, vagyis kevésbé fordulnak elő nála a pszichoszomatikus tünetek.

Megbeszélés

Felmérésünkben a pályakezdő ápolók kiégettségének, pszichoszomatikus tüneteinek mértékét, valamint az egészségi állapot önértékelését vetettük össze a már régebb óta dolgozó ápolók eredményeivel, illetve a munkahelyi társas támogatás mértékével. A vizsgálati mintánknak mindössze 9,6%-a dolgozik kettő éve vagy annál kevesebb ideje ápolóként, a szakirodalmak alapján őket tekintettük pályakezdőknek.

A kiégés szempontjából leginkább veszélyeztetettek a 2,5–10 éve ápolóként dolgozó válaszadók, és legjobb lelkiállapotban a pályakezdők vannak. Igaz, ennek okait nem vizsgáltuk, de feltételezhető, hogy még kevésbé érzik megterhelőnek a munkát a pályakezdők, vagy kevésbé bíznak rájuk súlyos betegeket, így még nem mutatkoznak rajtuk a kiégés jelei, míg a régebb óta dolgozó ápolóknak már több, felelősségteljesebb munkát kell végezniük, jobban leterheltek. A súlyos kiégés tüneteit mutatók kevésbé érzik támogatónak a munkatársakat és a közvetlen ápoló felettést, mint azok az ápolók, akik jobb lelkiállapotban vannak. Korábbi kutatások rendre igazolták, hogy a pályakezdő ápolók kiégettségi szintje magasabb a már régebb óta dolgozó ápolókhoz képest (Maslach et al., 2001; Györfly & Girasek, 2015; Vladár, 2016), és egy saját, a Pines- és Aronson-féle Kiegészléttárral korábban végzett kutatás is igazolta a pályakezdő ápolók magasabb kiégettségét (Irinyl & Németh,

III. táblázat: Pszichoszomatikus tünetek súlyossága (N=994)

Ápolói év kategóriák	N	Mean Rank
2 év vagy kevesebb	95	398,75
2,5–10 év	206	546,91
11–20 év	122	519,64
21–30 év	264	515,54
30 évnél több	307	470,60

2022). Ezt az eltérő eredményt a pályakezdő ápolók alacsonyabb elemszámának tulajdonítjuk.

Az egészségi állapot önértékelésében szintén a kiégettséghez hasonló eredmények születtek. A pályakezdők ítélték meg legjobbnak saját egészségi állapotukat, a legrosszabbnak pedig a 21–30 éve dolgozók, ami nem meglepő, hiszen az életkor előrehaladtával romlik az egészségi állapot önértékelése (Ihász, 2018). Fontos azonban megjegyezni, hogy egy korábbi kutatásban, ahol 465 fő pályakezdő (kevesebb, mint 24 hónapja dolgoznak) ápolót vizsgáltak, a válaszadók 80%-a rossz egészségi állapotúnak vallotta magát (Han et al., 2019). A munkahelyi támogatás szintén előnyösen befolyásolja az egészségi állapot önértékelését, vagyis a magas munkahelyi támogatásról beszámoló válaszadók az egészségi állapotukat is jobbnak értékelik azoknál, akik kevésbé érzik támogatónak a munkahelyi környezetet.

Az előző eredményekkel egyezést mutat a pszichoszomatikus tünetek előfordulása is. A legkevesebb pszichoszomatikus tünet a pályakezdő ápolók körében fordul elő, míg a legtöbb a 2,5–10 éve dolgozó ápolóknál. A pályakezdő ápolóknál fordul elő a legkevesbé szinte mindegyik pszichoszomatikus tünet, kivéve a hasmenést, a gyengeség és fáradtság érzését. (Ennél a két tünetnél a pályakezdőket megelőzik a 30 évnél régebb óta dolgozó kollégák.) A fejfájás, a gyengeség és fáradtság a 2,5–10 éve dolgozóknál fordul elő a leggyakrabban, ami feltételezhetően összefüggésben lehet a leterheltségükkel és a rossz lelkiállapotukkal, amely a fokozott igénybevételükből adódhat adódhat. A munkahelyi társas támogatás szerepe a pszichoszomatikus tünetek esetében sem elhanyagolható, hiszen akik magas támogatásról számoltak be, kevésbé panaszkodtak pszichoszomatikus tünetek meglétéről.

Összegzésként megállapítható, hogy a feltételezésünkkel ellentétes eredmények születtek, hiszen a pályakezdő ápolók esetében fordult elő a legkevesebb pszichoszomatikus tünet, náluk legalacsonyabb a kiégettség mértéke és az egészségi állapotukat is ők ítélik meg a legjobbnak a többi ápolóhoz képest. Az is bebizonyosodott, hogy a munkahelyi társas támogatás nagyon fontos a kiégettség, a pszichoszomatikus

tünetek és az egészségi állapot megítélése szempontjából.

Mindezen eredmények tükrében fontosnak tartjuk a munkahelyi közösségek javítását, hiszen bebizonyosodott, hogy a munkahelyi társas támogatás szerepe fontos az egészség szempontjából. Erre alkalmas lehet különböző közösségi programok preferálása, csapatépítő tréningek, de alkalmas a munkahelyi kapcsolatok javítására a megfelelő, őszinte kommunikáció, az egyenlő bánásmód a felettesek részéről. Nagy hangsúlyt kell fektetni a kiégés prevenciójára is, amelyet már a munkába álláskor szükséges lenne megkezdeni. Mivel felmérésünkben kirajzolódott a 2,5–10 éve ápolóként dolgozók rossz lelkiállapota, amely a kedvezőtlen kiégési mutatókban és a pszichoszomatikus tünetek súlyosságában nyilvánul meg, így fontos ezen réteg kiemelt segítése is.

Szükséges kiemelni, hogy felmérésünkben a pályakezdő ápolók alacsony számban vettek részt, így semmiképpen sem lehet általánosítani az eredményeinket. Érdemes lenne egy olyan átfogó kutatást végezni, ahol a pályakezdők vannak megcélözva, ez-

zel is jobban fel lehetne térképezni a pályakezdésük nehézségeit annak érdekében, hogy időben történő beavatkozással megelőzhető legyen az idő előtti pályaelhagyásuk.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnénk köszönetünket kifejezni azoknak az ápolóknak, akik kitöltésükkel hozzájárultak a kutatás megvalósulásához.

Szerzői munkamegosztás: N. A.: Szakirodalmak gyűjtése, kutatás megtervezése és kivitelezése, adatelemzés elvégzése, közlemény megírása. T. R.: Szakmai lektorálás. A cikk végleges változatát mindegyik szerző elolvasta és jóváhagyta.

Anyagi támogatás: A kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalomjegyzék

- Azizi-Qadikolae, A., Chehrzad, M., Kazemnejad, L. E., & Jafaraghade, F. (2023). Bullying, incivility, and intention to leave the job among novice nurses: A multicenter cross-sectional study. *Journal of Nursing Reports in Clinical Practice*, 1(2), 1–9. <https://doi.org/10.32598/JNRCP.23.51>
- Barnes, C. M., Miller, J. A., Bostock, S. (2017). Helping employees sleep well: effects of cognitive behavioral therapy for insomnia on work outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 102(1), 104–113. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/apl0000154>
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, 82(3), 402–407.
- Cseh, Sz., Fináncz, J., Sipos, D., Stromájer, G., Csima, M. (2022). Betegellátásban dolgozók munkahelyi jóllétének vizsgálata két Zala megyei kórházban. *Orvosi Hetilap*, 163(19), 759–766. <https://doi.org/10.1556/650.2022.32422>
- DeGrande, H., Liu, F., Greene, P., & Stankus, J. A. (2018). The experiences of new graduate nurses hired and retained in adult intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, 49, 72–78. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.08.005>
- Deutsch, Sz., Fejes, E., Kun, A., Medvés, D. (2015). A jóllétet meghatározó tényezők vizsgálata egészségügyi szakdolgozók körében. *Alkalmazott Pszichológia*, 15(2), 49–71. <http://dx.doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2015.2.49>
- Gál-Inges, D., Németh, A. (2015). Észlelt munkahelyi stressz hatása az ápolók életmódjára, egészségére, alvására. *Nővér*, 28(5), 3–10.
- Gholampour, M., Pourshafei, H. (2018). The role of organizational justice in job satisfaction with nursing burnout mediation. *Journal of Health and Care*, 20(1), 7–17. <http://dx.doi.org/10.29252/jhc.20.1.7>
- Gyórfy, Zs., Girasek, E. (2015). Kiégés a magyarországi orvosok körében. Kik a legveszélyeztetettebbek? *Orvosi Hetilap*, 156(14), 564–570. <https://doi.org/10.1556/oh.2015.30121>
- Hampton, K. B., Smeltzer, S. C., & Ross, J. G. (2021). The transition from nursing student to practicing nurse: An integrative review of transition to practice program. *Nurse Education in Practice*, 52, 103031 <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103031>
- Han, K., Kim, Y-H., Lee, H.J., Cho, H., & Jung, Y.S. (2019). Changes in health behaviours and health status of novice nurses during the first 2 years of work. *Journal of Advanced Nursing*, 75(8), 1648–1656. <https://doi.org/10.1111/jan.13947>
- Han, K., Kim, Y-H., Lee, H. J., Lim, S. (2020). Novice nurses' sleep disturbance trajectories within the first 2 years of work and actual turnover: A prospective longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 112: 103575. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103575>
- Ihász, F. (2018). *Az egészségi állapot szubjektív érzékelése*. Egészségnevelés. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Irinyi, T., Németh, A. (2022). A kiégés összefüggése különböző szociodemográfiai és munkahelyi tényezőkkel a Covid-19-pandémia idején egészségügyi szakdolgozók körében. *Nővér*, 35(1), 24–30. <http://dx.doi.org/10.55608/nover.35.0004>
- Johnson, J. (1991). *Social support and job strain*. In: Johnson, J., & Johansson, G., (1991): Psychosocial work environment: work organization, democratization and health. Amityville (NY): Baywood Publishing.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative*

- Science Quarterly*, 24(2), 285–308. <http://dx.doi.org/10.2307/2392498>
- Ketelaar, S. M., Nieuwenhuijsen, K., Frings-Dresen, M. H., & Sluiter, J. K. (2015). Exploring novice nurses' needs regarding their work-related health: a qualitative study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 88(7), 953–962. <https://doi.org/10.1007%2Fs00420-015-1022-5>
- Kramer, M. (1975). Reality shock: why nurses leave nursing. *American Journal of Nursing*, 75(5), 891.
- Maslach, C., Schaufeli, B., Leiter, P. M. (2001). Job burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Nagy, R., Németh, A. (2016). Hospice ellátásban és onkológián dolgozó ápolók halálhoz való viszonya, pszichoszomatikus és lelki állapota. *Nővér*, 29(1), 4–11.
- Nantsupawat, A., Kunaviktikul, W., Nantsupawat, R., Wichai-khum, O. A., Thienthong, H., & Poghosyan, L. (2017). Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *Intensive Nursing Review*, 64(1), 91–98. <https://doi.org/10.1111/inr.12342>
- Németh, A., Tóth, R. (2024). Munkahelyi támogatás és pszichoszociális tényezők specifikumai a pályakezdő ápolók körében. *Nővér*, 37(6), 20–30. <https://doi.org/10.55608/nover.37.0026>
- Paradis, E., & Whitehead, C. R. (2015). Louder than words: power and conflict in interprofessional education articles, 1954–2013. *Medical Education*, 49(4), 399–407. <https://doi.org/10.1111%2Fmedu.12668>
- Pikó, B. (1999). Munkahelyi stressz a nővérek körében: kik a legveszélyeztetettebbek? *Szenvedélybetegségek*, 7(4), 272–281.
- Pikó, B. (2001). A nővéri munka magatartástudományi vizsgálata: pszichoszomatikus tünetek – munkahelyi stressz – társas támogatás. *Lege Artis Medicinae*, 11(4), 318–325.
- Pines, A. M., Aronson, E. (1981). *Burnout: from Tedium to personal growth*. New York City: The Free Press, 17–20. Book.
- Sági, Z., Soós, V., Rózsa-Tóth, E., Ágoston, L., Törőcsik, K. (2022). A kezdeti motivációktól a potenciálisan folyamatos csalódásokig, avagy az egészségügyi dolgozók karrierútja. *Nővér*, 35(6), 25–30. <https://doi.org/10.55608/nover.35.0025>
- Salavec, Gy., Neculai, K., Jakab, E. (2006). A munkahelyi stressz és az énhatékonyság szerepe a pedagógusok mentális egészségének alakulásában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(2), 95–109. <https://doi.org/10.1556/Mental.7.2006.2.2>
- Szellő, J. (szerk.) (2014). Pályakezdő fiatalok munkaerő-piaci esélyei a Dél-dunántúli régióban 2025-ig. Pécsi Tudományegyetem (2023.10.08) https://oszkdk.oszk.hu/storage/00/01/29/38/dd/1/P_lyakezd_z_r_tanulm_ny.pdf
- Vladár, A. (2016). A kiegészítő vizsgálata a munkahelyi elégedettség, a szervezeti elkötelezettség és a motiváció függvényében orvosok körében. *Különleges Bánásmód*, 2(3), 15–29.

A MESZK Országos Szervezete és
a MESZK Győr- Moson- Sopron Megyei Területi Szervezete
2026. március 27-28-án

az alapellátásban dolgozók számára pontszerző továbbképzést szervez

Egészségügyi Szakdolgozók VI. Alapellátási Konferenciája

címmel.

A rendezvény helyszíne: Győr, ETO Park, Nagysándor József u. 31.

Szaktanulmányok: felnőttápolás és gondozás, gyermekápolás és gondozás, sürgősségi ellátás, fogászati ellátás, mozgásterápia és fizioterápia, védőnői ellátás, szülészeti ellátás, közegészségügyi és népegészségügyi, egészségügyi menedzsment, dietetikai, valamint természetgyógyász.

A konferencia felhívása hamarosan elérhető lesz a **www.meszk.hu** oldalon.

EREDETI KÖZLEMÉNY

Intenzív osztályon dolgozó ápolók pszichés egészségének felmérése

PÁLVÖLGYI Éva

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja felmérni az intenzív osztályokon dolgozó ápolók pszichés egészségét, kockázati tényezőit, valamint a prevenció lehetőségeit.

Anyag és módszer: Intenzív osztályokon dolgozók körében kérdőíves anonim felmérés végzésére került sor 2024. november–2025. január hónapokban, amely szociodemográfiai adatokra, munkaegészségügyi kérdésekre, egészségügyi állapotra vonatkozó kérdésekre, valamint hat validált kérdőív kitöltésére terjedt ki. Az adatelemzés SPSS 25.0 program segítségével készült.

Eredmények: Az online, valamint papíralapú kérdőívet összesen 101, intenzív osztályon dolgozó ápoló töltötte ki. A mintába 78 nő és 23 férfi került be. A válaszadók átlagéletkora 41,69 év. A kritikus állapotú betegekkel foglalkozó ápolók átlagosan 18 éve dolgoznak az egészségügyben. A vizsgálatban részt vevők a Maslach Burn-out Inventory validált kérdőívet használva mindhárom dimenzió mentén (érzelmi kimerülés, deperszonalizáció, személyes megvalósítás) magas pontszámot értek el, ami a kiégés magas szintjére utal.

Következtetések: A vizsgálat eredményei megerősítették, hogy az intenzív osztályon dolgozók jelentős mentális megterhelésnek vannak kitéve, továbbá körükben a kiégés magas szintje figyelhető meg. A vizsgálati eredmények rámutatnak, hogy a dolgozók mentális egészségének és motivációjának megőrzése érdekében nagyobb hangsúlyt kell fordítani a pszichológiai prevencióra.

Kulcsszavak: intenzív osztály, intenzív szakápoló, egészségi állapot, pszichés egészség, stressz, életmód, foglalkozás-egészségügy

Assessment of the Mental Health of Nurses Working in the Intensive Care Unit

Éva PÁLVÖLGYI

SUMMARY

The aim of the study: To assess the mental health status, risk factors, and potential preventive measures among nurses working in intensive care units (ICUs).

Methods: An anonymous questionnaire survey was conducted among ICU nurses between November 2024 and January 2025. The survey covered socio-demographic characteristics, occupational health-related questions, health status, and included six validated questionnaires. Data were analyzed using the SPSS 25.0 statistical software.

Results: A total of 101 ICU nurses completed the questionnaire, either online or in paper form. The sample comprised 78 women and 23 men, with a mean age of 41.69 years. On average, participants had been working in healthcare for 18 years. Using the validated Maslach Burnout Inventory, participants scored high in all three dimensions – emotional exhaustion, depersonalization, and personal accomplishment – indicating a high level of burnout.

Conclusions: The findings confirm that ICU nurses are exposed to substantial mental workload and that a high level of burnout is prevalent among them. The results highlight the need to place greater emphasis on psychological prevention in order to preserve the mental health and motivation of healthcare workers.

Keywords: intensive care unit, ICU nurse, health status, mental health, stress, lifestyle, occupational health

PÁLVÖLGYI Éva

MSc-ápoló-hallgató,
Simmelweis Egyetem
Egészségtudományi Kar,
Budapest

Levelező szerző

(corresponding author):

PÁLVÖLGYI Éva

E-mail:

eva.palvolgyi94@gmail.com

Beérkezett: 2025. szeptember 14.**Elfogadva:** 2025. szeptember 30.

| Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.38.0100> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

Napjainkban a fizikai mellett a mentális egészség megőrzésének fontossága is egyre nagyobb hangsúlyt kap. A modern élet velejárója a mindennapokban jelen lévő folyamatos stressz, amely hosszú távon kedvezőt-

lenül befolyásolja az egyén szomatikus és pszichés állapotát. A hétköznapi életben tapasztalt stressz szinte mindenki számára ismerős jelenség, azonban ennek hatásai különösen súlyosan érintheti azokat, akik hivatásukból adódóan folyamatos érzelmi, mentális és fizikai terhelésnek vannak kitéve. Egy nemzetközi ku-

tatás szerint az elmúlt években világszerte a lakosság 40%-a tartja kiemelten fontosnak a mentális egészség megőrzését, míg a 34 vizsgált ország átlaga alapján a megkérdezettek közel 60%-a tudatosan figyel a mentális jóllétére. A vizsgálat arra is rávilágított, hogy a válaszadók 80%-a szerint a mentális egészség ugyanolyan fontos, mint a fizikai, ennek ellenére sokan úgy érzik, hogy az egészségügyi rendszerek még mindig elsősorban a testi betegségekre fókuszálnak (Innováció és tudás: Társadalom, 2023).

A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) 2019-es adatai alapján a magyar lakosság érzelmi állapota javuló tendenciát mutatott az előző öt év adataihoz képest, valamint a szorongásos megbetegedések előfordulása is csökkent. Ennek egyik lehetséges magyarázata az egészségtudatosabb életmód, a mentális egészség védelme, valamint a pozitív emberi kapcsolatok szerepének fokozott felismerése. A szociális támogatás bizonyítottan hozzájárul az egyén pszichés egyensúlyához, és jelentős szerepet játszik a lelki betegségek megelőzésében is (KSH, 2019).

Az egészségügyi dolgozók mentális egészségét érintő problémák és a kiégés egyre nagyobb terhet ró társadalmunkra. Az ágazat költségvetési hiányosságai, az ápolói közösség elöregedése, a humán erőforrás hiánya, a jelentős adminisztratív elvárások, a túlmunka és a betegek, valamint hozzátartozók növekvő – olykor agresszióval párosuló – elvárásai mind hozzájárulnak az ápolók folyamatos stresszterheléséhez, valamint a kiégés kockázatának növekedéséhez. A hosszan tartó fizikai és érzelmi megterhelés nemcsak a dolgozók egészségét veszélyezteti, hanem az ellátás minőségét is jelentősen ronthatja. A burn-out megelőzése és kezelése összetett megközelítést igényel. Egyéni szinten elsődleges fontosságú a társas kapcsolatok ápolása, a stresszkezelési technikák alkalmazása, valamint az egészségtudatos életmód. Intézményi szinten pedig segíthet a korszerű munkakörülmények kialakítása, a bérrendezés, valamint prevenció programok kialakítása (Töreki, 2024).

Az érzelmi kimerülés egyre nagyobb figyelmet kap mind hazai, mind nemzetközi szinten. A modern társadalmakban folyamatosan növekvő elvárásokkal néznek szembe a dolgozók, és a felgyorsult világunknak köszönhetően számos új készség elsajátítására van szükség a mindennapokban. Az egészségügyi dolgozók különösen veszélyeztetett csoportba sorolandók, mivel hivatásuk magas fokú empátiát és érzelmi jelenlétet igényel, ami növeli a kimerülés, a depresszió és a kiégés kockázatát. A kiégés jelentősen befolyásolja az egészségügyi ellátás minőségét, épp ezért kijelenthetjük, hogy ennek kezelése és megelőzése társadalmi érdekünk (Czeplédi & Tandari-Kovács, 2020).

Christina Maslach, a kiégés kutatásának egyik legjelentősebb szakértője szerint a kiégés az egész személyiséget érintő állapot, amelynek legjelentősebb megnyilvánulási formái az érzelmi kimerülés és a személyes hatékonyság jelentős csökkenése, valamint a személytelen bánásmód a mindennapos munka során. Az érintett egyénben egyaránt észlelhető fizikai, érzelmi és mentális, valamint negatív viselkedési megnyilvánulások, függőségek és önértékelési zavarok (Czeplédi & Tandari-Kovács, 2020).

Egy 2020-ban készült kutatás során a Szegedi Tudományegyetem munkatársai 83 fő intenzív osztályon dolgozó egészségügyi szakember körében vizsgálták a kiégésszindróma mértékét. Az MBI (Maslach Burn-out Inventory) kérdőív segítségével végzett vizsgálat kimutatta, hogy a heti munkaidő és a dolgozók teljesítményének csökkenése szoros összefüggésben áll egymással. A dolgozók körében mindhárom dimenzió összesítése alapján közepes kiégést mértek (Stankovic et al., 2020a).

A hazai és nemzetközi szakirodalmak szerint az ápolók hiánya egyre súlyosabb problémát jelent. Becslések szerint 2030-ra közel 1 000 000 főt is elérheti a rendszerből hiányzó egészségügyi dolgozók száma, valamint az ápolói szakma elöregedésének a veszélye is fennáll, ugyanis egyre kevesebb fiatal választja ezt a hivatást. Az ápolók kiégési szindróma vizsgálatában való elmélyülés, valamint a kidolgozott prevenció tréningek alkalmazása különösen fontos lenne. A munka végzése során átélt folyamatosan fennálló nehézségek következményeként gyakrabban fordulnak elő testi és lelki tünetek, amelyek teljesítménycsökkenéshez és a pálya elhagyásához vezetnek (Németh & Tóth, 2024a).

Az ápolók jelentős fizikai és lelki megterhelésnek vannak kitéve, ezért körükben rendkívül fontos a reziliencia, vagyis a rugalmas lelki ellenálló képesség fejlesztése. *Phillips* 2022-ben végzett kutatása alapján az ápolók kevésbé hajlamosak a kiégésre, ha magasabb rezilienciával rendelkeznek. A rugalmas ellenálló képesség segítségével egy megterhelőbb helyzetet követően könnyebben regenerálódnak és túllépnek a dolgozók a negatív élményeken, valamint az ápolók jóllétének támogatása mellett a betegellátás minősége is javulhat (Phillips, 2022).

Jelen kutatásban célul tűztük ki, hogy feltérképezésre kerüljön a kritikus állapotú betegekkel mindennap foglalkozó egészségügyi dolgozók lelki megterhelésének mértéke, kockázati tényezői, valamint a prevenció lehetőségei. Emellett validált kérdőívek segítségével felmértük a dolgozók étellel és munkával való elégedettségét, pszichés jóllétét, körükben a kiégés mértékét, a stressz jelenlétét a mindennapjaikban, valamint az ápolók környezeti tényezőit.

Vizsgálat célja

Jelen vizsgálat célja volt felmérni az intenzív osztályokon dolgozó ápolók fizikai és lelki egészségi állapotát, valamint azt, hogy a munkakörülményeik milyen mértékben befolyásolják a pszichés egészségüket.

Anyag és módszer

Jelen kutatás célcsoportját az intenzív osztályokon dolgozó ápolók alkották. A vizsgálatban a 2024. november–2025. január hónapokban az e szakterületen foglalkoztatottak vettek részt. Az adatgyűjtés közösségi oldalak szakmai csoportjában elhelyezett webalapú anonim önkitöltős kérdőív alkalmazásával valósult meg.

A többségében saját készítésű kérdőív további validált kérdőívek kiegészítésével vált teljessé, amely többségében zárt kérdéseket tartalmazott az alábbi kérdéscsoportokra bontva:

- szociodemográfiai kérdések (11 kérdés),
- munkaegészségügyi kérdések (9 kérdés),
- egészségügyi állapotra vonatkozó kérdések (8 kérdés),
- MBI (Maslach Burn-out Inventory), (Maslach & Leiter, 2017),
- WHO Jólét kérdőív magyar változata (Susánszky et al., 2006),
- Élettel való elégedettség skála (Martos et al., 2014),
- Munkával való elégedettség skála (Fényszárosi et al., 2018),
- PES NWI (Practice Environment Scale – Nursing Work Index) magyar változata (5 kérdéscsoport) (Eileen, 2002),
- Észlelt stressz kérdőív (Hamvai et al., 2021).

A végleges elektronikus kérdőív megosztását megelőzően 12 fő intenzív osztályon dolgozó önkéntes jelentkező közreműködésével az online kérdőív előzetes kipróbálására került sor, amellyel meggyőződünk arról, hogy a kérdések jól értelmezhetők-e. A tesztelést követően a kérdések többsége változatlan maradt, a visszajelzések alapján két kérdés módosítására került sor.

A végleges kérdőív összesen 28 kérdésből és hat rövid, validált kérdőívből állt, amelynek kitöltése összességében 15 percet vett igénybe. Azt terveztem, hogy a mintába a regisztrált intenzíven dolgozó ápolók 10%-a kerüljön be, ami 230 főt jelentett volna. Sajnos erőfeszítéseim ellenére mindössze 102 válasz érkezett. Ezt követően adattisztítást végeztem, hogy meggyőződjek arról, hogy minden kérdésre egyértelmű válasz érkezett-e. Az ellenőrzést követően 101 válasz volt értékelhető, így 1 fő kizárással került.

A kutatás során gyűjtött adatok feldolgozása, elemzése a Microsoft Excel szoftver és az SPSS 25.0 program felhasználásával történt. Az elemzés során alapstatisztikaként gyakorisági eloszlást, átlagértéket, minimumot, maximumot és szórást vizsgáltam, valamint matematikai statisztikai módszerként χ^2 -próbát alkalmaztam. Az eltéréseket $p < 0,05$ érték mellett tekintettem szignifikánsnak. A kapott adatokat a teljes mintára vonatkoztatva elemeztem, valamint képeztem csoportokat is (például: diplomával rendelkező szakdolgozók-nem diplomások), amelyek adataival összehasonlító elemzéseket végeztem.

Eredmények

Szociodemográfiai adatok

Az online kérdőívet összesen 101 fő töltötte ki értékelhető módon. A vizsgált mintában a nemek aránya egyenetlen, ami nem meglepő, mivel az egészségügyben jellemző a női dominancia. Jelen mintában 23 férfi (22,8%) és 78 nő (77,2%) volt. A válaszadók átlagéletkora 41,69 év (minimum=22, maximum=66, medián=43, szórás=10,58). A kérdőívet kitöltők választási hajlandósága a Budapesten élők körében volt a legmagasabb (38 fő), valamint a Pest vármegyei lakosok körében (31 fő). A többi vármegyében jellemzően 1-5 válasz érkezett. A vizsgálatban részt vevő egészségügyi dolgozók átlagosan 18,00 évet dolgoznak az egészségügyben (minimum=1, maximum=44, medián=18, szórás=11,81). Az iskolai végzettségek vonatkozásában 6,9% (7 fő) egyetem, 31,7% (32 fő) főiskolát, 22,8% (23 fő) felsőfokú szakképesítést, 36,6% (37 fő) pedig érettségire épülő OKJ-végzettséget szerzett. A válaszadók 2%-a (2 fő) nem rendelkezik egészségügyi végzettséggel.

A munkaidő tekintetében a kérdőívet kitöltők körében a válaszadók átlagosan 172,82 órát dolgoznak (minimum=84, maximum=300, átlag=173, szórás=35,10). A kitöltők körében az átlagos betegarány 1 ápolóra vonatkozóan 4,03 (minimum=1, maximum=18, átlag=4, szórás=3,21). A válaszadóknak átlagosan 20,68 túlórájuk van (minimum=0, maximum=120, átlag=20, szórás=18,87). A kutatásban részt vevők 81,2%-a (82 fő) teljes állású, míg 18,8% (19 fő) részmunkaidőben foglalkoztatott. Átlagban 13,77 férőhelyes (minimum=1, maximum=29, átlag=14, szórás=4,98) intenzív osztályokon dolgoznak.

Munkaegészségügyi kérdések

A kérdőívet kitöltő foglalkoztatottak 1,0%-a (1 fő) két éven belül, 49,5%-a (50 fő) egy éven belül, míg szintén 49,5%-a (50 fő) fél éven belül vett részt

alkalmassági vizsgálaton. A válaszadók körében 1% (1 fő) esetében történt kérdőíves felmérés a lelki megterheléssel kapcsolatban a munkaalkalmassági vizsgálat során, míg 99,0%-nál (100 fő) nem történt ilyen felmérés. A dolgozók 42,6%-át (43 fő) oktatták a tanulmányai során a lelki megterhelésről, valamint azok következményeiről és hosszú távú hatásairól, míg a válaszadók 57,4%-át (58 fő) a tanulmányai során nem oktatták ezekről. A munkavállalók mintegy 25,7%-a (26 fő) részt vett már lelki egészség védelméről szóló pontszerző továbbképzésen, 60,4% (61 fő) nem vett részt ilyen képzésen, míg a válaszadók 13,9%-a (14 fő) nem emlékszik rá. Akik részt vettek ilyen képzésen, ott a résztvevők 4,0%-a (4 fő) a mindennapi munkába jól be tudta illeszteni a képzésen megszerzett tudást, 20,8% (21 fő) esetében volt olyan helyzet, amikor a megszerzett tudást tudta alkalmazni, míg 24,8% (25 fő) elmondása szerint semmi új hasznosítható tudással nem gyarapodtak.

A dolgozók 38,6%-a (39 fő) esetében a munkahelyén van lehetőség pszichológusi segítség igénybevételére, míg 10,9% (11 fő) esetében nincs. A válaszadók 50,5%-a (51 fő) nem tud róla, hogy a munkahelyén van-e lehetőség pszichológusi segítség igénybevételére.

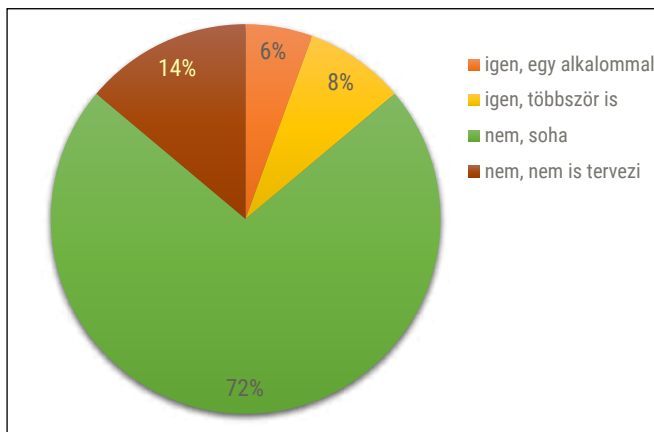
Akiknél van lehetőség pszichológusi segítség igénybevételére (72 fő), ott a válaszadók 5,55%-a (4 fő) igénybe vette egy alkalommal, 8,34%-a (6 fő) többször is, 13,89%-a (10 fő) nem is tervezi, míg a válaszadók 72,22%-a (52 fő) soha nem vette igénybe a pszichológusi segítséget (**1. ábra**).

Azok között, akik nemmel válaszoltak, 24,8% (25 fő) nem érzi szükségét a segítség igénybevételére, 8,9%-uk (9 fő) úgy véli, hogy nem tudna segíteni a problémáján, 5,0%-uk (5 fő) nem szeretné, ha kitűdné, 22,8%-uk (23 fő) válaszolta azt, hogy nincs rá ideje, hogy igénybe vegye a segítséget.

Egészségügyi állapotra vonatkozó kérdések

A válaszadó egészségügyi dolgozók mindössze 6,9%-a (7 fő) értékelte az elmúlt 12 hónapban az egészségi állapotát nagyon jónak, 37,6% (38 fő) jónak, 41,6% (42 fő) kielégítőnek, míg 13,9% (14 fő) rossznak. A dolgozók kortársaikhoz képest átlagosan 3,49-ra értékelték egészségi állapotukat. A krónikus megbetegedések tekintetében az alábbiakat találtuk. A válaszadók körében a leggyakoribb probléma a hipertónia, a szívritmuszavar, az asztma és a mozgásszervi problémák, valamint a visszér.

1. ábra: Munkahelyi pszichológusi segítség igénybevételének aránya (n=72)



A következőkben a válaszadók káros szenvedélyeit mértem fel, miszerint a dolgozók 10,9%-a (11 fő) alkalmanként, 39,6%-a (40 fő) rendszeresen dohányzik, míg 49,5%-a (51 fő) egyáltalán nem dohányzik. Az egészségügyi dolgozók 69,3%-a (70 fő) alkalmanként fogyaszt alkoholt, 1,0%-a (1 fő) rendszeresen, míg 29,7%-a (31 fő) válaszolta azt, hogy nem fogyaszt soha alkoholt. A válaszadók 23,8%-a (24 fő) alkalmanként kávézik, 68,3%-a (69 fő) fogyaszt rendszeresen, míg 7,9%-a (9 fő) egyáltalán nem. A dolgozók 30,7%-a (31 fő) alkalmanként fogyaszt energiatalt, 5,9%-a (6 fő) rendszeresen, míg 63,4%-a (65 fő) egyáltalán nem iszik energiatalt. A válaszadók 4,0%-a (4 fő) alkalmanként, 2,0%-a (2 fő) rendszeresen, míg 94,1%-a (96 fő) egyáltalán nem használ antidepresszánt. Szorongásoldót a válaszadók 8,9%-a (10 fő) alkalmanként, 2,0%-a (2 fő) rendszeresen használ, míg 89,1%-a (90 fő) egyáltalán nem. A dolgozók 2,0%-a (3 fő) alkalmanként használ kedélyjavítót, míg 98,0%-a (99 fő) sosem. A válaszadók 15,8%-a (17 fő) alkalmanként, 6,9%-a (7 fő) rendszeresen használ homeopátiás szereket, míg 77,2%-a (78 fő) egyáltalán nem használ soha homeopátiás szereket.

A kutatás során fontosnak tartottam felmérni azt is, hogy az egészségügyi dolgozók egy megterhelő műszakot követően, hogy szokták levezetni a bennük kialakult feszültséget. Ennél a kérdésnél több választási lehetőséget adtam meg, valamint esetenként a dolgozók saját választ is írtak. Az eredményekből fény derült arra, hogy a kérdőívet kitöltők legszívesebben zenét hallgatnak (53,9%) egy nehezebb műszakot követően. Második helyen a baráti találkozót, baráti beszélgetést (37,3%) jelölték meg, míg harmadik helyen az olvasás és a séta áll 29,4-29,4%-kal. Egy megterhelő műszak után közkedvelt még a dolgo-

I. táblázat: Kérdőívet kitöltők MBI-pontszámai (N=101)

Dimenziók	Kérdőívet kitöltők átlagpontszámjai
EE	28,19
DP	10,43
PA	29,43

zók számára feszültség levezetése céljából a sport (21,6%), valamint a túrázás (11,8%). A válaszadók 16,7%-a jelezte, hogy nincs ideje a feszültség levezetésére egy nehéz műszakot követően. A rendszeresen űzött hobbik tekintetében az alábbi válaszokat kaptam: a dolgozók 55,9%-a filmezik, 50%-a zenét hallgat, 39,2%-a pedig olvas. A válaszadók 26,5%-a jelölte a sportot, valamint a főzést és sütést kedvelt szabadidős tevékenységnek. 15,7% szeret utazni szabadidejében, 11,8% túrázni, míg szintén 11,8% válaszolta azt, hogy nincs ideje a hobbiját gyakorolni.

A kutatás során kitértem arra is, hogy milyen érzésekkel mennek az ápolók dolgozni. Ennek érdekében 12 állítást kellett pontozniuk 1-től 7-ig terjedő skálán, amelynek átlagpontszámjai az alábbiak szerint alakultak. Első kérdésként arról érdeklődtem, hogy a dolgozók munka iránti lelkesedése csökkent-e az elmúlt évben. Erre a válaszadók átlagosan 4,39 pontot adtak. A szakdolgozók 4,18 pontot adtak arra a kérdésre, hogy örömmel járnak-e be dolgozni. A válaszadók 4,01-ra értékelték átlagosan azt az állítást, hogy „Gyakran úgy érzem, nem tudok megfelelni az elvárásoknak”. Érdeklődtem arról is, hogy meg tudnak-e szabadulni a munkahelyen tapasztaltaktól. A válaszadók átlagosan 3,66-ra értékelték, hogy a munkahelyen tapasztaltaktól nem tudnak megszabadulni. „Előfordult már, hogy magamat hibáztattam egy beteg állapotromlása miatt” állításra 2,68 pontot adtak. A továbbiakban rákérdeztem arra is, hogy előfordult-e már, hogy a munkahelyen kialakult helyzet miatt sírva fakadt a dolgozó. Erre 2,91 pontot kaptam. A dolgozók 3,40-re értékelték azt az állítást,

hogy gyakran gondolkodnak pályaelhagyáson. A válaszadók 3,09 pontra értékelték azt az állítást, hogy tervezik elhagyni jelenlegi munkahelyüket, valamint 2,68 pontra azt, hogy tervezik elhagyni a szakterületüket. A dolgozók 2,69 pontra értékelték azt az állítást, hogy tervezik végleg elhagyni az egészségügyet. A szakdolgozók 4,46 pontra értékelték azt az állítást, hogy elégedettek az életükkel, valamint 3,89-ra azt, hogy elégedettek a munkahelyükkel. Az utolsó állítás az volt, hogy „Összességében boldognak érzem magam”. Ezt az állítást 4,36 pontra értékelték átlagosan.

Maslach-féle kiégéskérdőív magyar változatának eredményei

A kérdőív kiértékelése komoly odafigyelést igényelt, ugyanis a fentebb ismertetett módszerrel történt, ahol a személyes hatékonyságra vonatkozó állításokat fordítva kellett értékelni. A kérdőív kiértékelésekor megdöbbentő adatokat találtam, miszerint a kérdőívet kitöltők körében mind a három dimenzióban rendkívül magas a kiégés mértéke. Az átlagpontszámokat az **I. táblázat** tartalmazza.

A válaszadók mindhárom dimenzió értéke alapján magas kockázatú csoportba tartoznak, tehát a válaszadók összpontszáma alapján a kiégés kockázata magas. Összességében elmondható, hogy komoly beavatkozás szükséges az egészségügyi dolgozók támogatására.

Pearson-féle χ^2 -próbával vizsgáltam, hogy az átlagosnál (18 év) több éve dolgozó egészségügyi munkavállalók körében magasabb-e a kiégés mértéke, amit az MBI pontszámjai alapján mértem fel, de nem találtam szignifikáns összefüggést ($p=0,164$). A **II. táblázatban** összegezve megtalálhatók az értékek.

WHO-jóllétkérdőív magyar változata

Vizsgálatomban a szakdolgozók átlagosan 6,93 pontot értek el (szórás=3,11). A válaszadók 52,47%-a (53 fő) ért el 7 vagy az alatti pontszámot, amely azért

II. táblázat: A ledolgozott évek és a kiégés összefüggésének vizsgálata χ^2 -próbával (N=101)

	MBI átlagpontszámjai		Összesen (N=101) n (%)	χ^2	df	p	V
	Nincs vagy közepes (n=78) n (%)	Magas kiégés (n=23) n (%)					
Átlagos (18 év) vagy annál kevesebb éve dolgoznak	38 (71,70)	15 (28,30)	53 (52,47)	1,939	1	0,164	0,139
Átlagnál régebb óta dolgoznak	40 (83,33)	8 (16,67)	48 (47,52)				

elszomorító, mert a szakápolók több mint a fele tartozik a magas kockázatú csoportba. Körükben a depresszió kialakulásának esélye jelentős.

Élettel való elégedettség skála

A kérdőívet kitöltők 1-től 7-ig terjedő skálán pontozhattak, ahol átlagosan 4,13 pontot értek el (szórás=0,13). A válaszadók 10,9%-a jelölte, hogy az élete a legtöbb tekintetben közel van az ideálshoz. A dolgozók mindössze 2%-a jelezte, hogy ezzel az állítással egyáltalán nem ért egyet. A kérdőívet kitöltők 11,9%-a ért egyet teljes mértékben az „Elégedett vagyok az életemmel” kijelentéssel, míg 5,0% egyáltalán nem érzi így. A dolgozók 7,9%-a válaszolta, hogy eddig minden fontosat megkapott az életében, míg 6,9% semmi fontosat nem kapott az életében. A válaszadók 6,9%-a válaszolta azt, hogy ha újra leélhetné az életét, semmit nem változtatna. A válaszadók 21,8%-a ezzel az állítással egyáltalán nem ért egyet (III. táblázat).

III. táblázat: Az ápolók ÉVE pontszámai (N=101)

Az életem a legtöbb tekintetben közel van az ideálshoz.	4,13
Az életkörülményeim kitűnőek.	4,42
Elégedett vagyok az életemmel.	4,35
Eddig minden fontosat megkaptam az életben, amit csak akartam.	4,33
Ha újra leélhetném az életem, szinte semmin sem változtatnék.	3,44

Munkával való elégedettség skála

A kérdőívet kitöltők 1-től 7-ig terjedő skálán átlagosan 3,76-ra (szórás=0,42) értékelték a munkával való elégedettségüket. A munkavállalók 5,9%-a ért egyet teljes mértékben azzal az állítással, hogy a munkája a legtöbb tekintetben közel van az ideálshoz, míg 8,9% egyáltalán nem tud azonosulni ezzel a megállapítással. A válaszadók csupán 2,0%-a válaszolta, hogy a munkakörülményei kitűnőek, míg 11,9% esetében az állítás egyáltalán nem igaz. A dolgozók mindössze 9,9%-a teljes mértékben elégedett a munkájával, míg 7,9% nem elégedett. A dolgozók 5,9%-a teljes mértékben egyetért azzal az állítással, hogy „Eddig minden fontosat megkaptam a munkámban, amit akartam”, míg 8,9% nem így vélekedik erről. Számomra a legmeglepőbb válaszok a következő állítással kapcsolatban érkeztek: „Ha újra kezdeném a karrieremet, szinte semmin nem változtatnék”. Ezzel az állítással a válaszadók csak 4,0%-a értett egyet, míg a dolgozók 28,7%-a ezzel az állítással egyáltalán nem ért egyet (IV. táblázat).

IV. táblázat: A kutatásban részt vevők MVE-pontszámai (N=101)

A munkám a legtöbb tekintetben közel van az ideálshoz.	3,85
A munkakörülményeim kitűnőek.	3,62
Elégedett vagyok a munkámmal.	4,25
Eddig minden fontosat megkaptam a munkámban, amit akartam.	3,95
Ha újra kezdeném a karrierem, szinte semmin sem változtatnék.	3,13

Az V. táblázatban látható, hogy χ^2 -próbaival felmértük a diplomás munkavállalók elégedettségét a nem diplomásokéval szemben, de nem találtunk szignifikáns összefüggést ($p=0,123$).

PES NWI (Practice Environment Scale Nursing Work Index – Gyakorlati Környezeti Skála-Ápolási Munka Index)

Egy széles körben alkalmazott kérdőív az ápolók munkakörnyezetének a vizsgálatára öt dimenzió mentén, amelyek külön-külön értékelendők. Ez az eszköz segít az ápolók elégedettségének a fejlesztésében, ezáltal a betegellátás minőségének javításában. A VI. táblázat tartalmazza a kapott eredményeket.

Az eredményekből látható, hogy az ápolók munkakörnyezete jó pontszámokat ért el, azonban minimális fejlesztések alkalmazásával elősegíthető a kiváló munkakörnyezet, amely nagyban befolyásolja a betegellátás minőségét is.

Az Észlelt stressz kérdőív magyar változata

A kérdőív gyakran alkalmazott eszköz a szubjektív stressz felmérésére. A vizsgálatban résztvevők 15,84%-a (16 fő) alacsony, 73,26%-a (74 fő) közepes, míg 10,89%-a (11 fő) magas pontszámot ért el a kérdőív kitöltését követően. A kiértékelés alapján magas pontszám esetén magas a depresszió, valamint a szorongásos kórképeknek a kialakulása (Szente-Hajnal et al., 2024).

Megbeszélés

A vizsgálat fő célja volt, hogy feltárjam az intenzív osztályokon dolgozó ápolók fizikai és pszichés egészségét, valamint a lelki állapotukat befolyásoló munkakörülményeket. Összevetve a hazai és nemzetközi irodalmi adatokkal, a következő hasonlóságokat, illetve eltéréseket találtam. A Hungarostudy 2013 vizsgálata alapján az egészségügyi dolgozók 35-45%-a magas érzelmi kimerülést mutatott az MBI kérdőív alapján. Jelen kutatásban az intenzív

V. táblázat: A kutatásban részt vevő szakdolgozók végzettségének és MVE-pontszámainak összefüggésének vizsgálata χ^2 -próbbával (N=101)

	MVE átlagpontszáma		Összesen (N=101) n (%)	χ^2	df	p	V
	Átlagos vagy az alatti (n=55) n (%)	Átlag feletti (n=46) n (%)					
Diplomás	25 (64,10)	14 (35,90)	39 (38,61)	2,384	1	0,123	0,154
Nem diplomás	30 (48,39)	32 (51,61)	62 (61,38)				

VI. táblázat: Az ápolók PES NWI pontszámai, kiértékelése, javaslatok (N=101)

	A kérdőív dimenziói	Vizsgálat eredményei	Értékelés/javaslatok
1.	Az ápolók részvétele kórházi ügyekben	5,73	jó munkakörnyezet (döntési jogkör az ápolóknak, innovációs pályázatok)
2.	Ápolási alapok az ellátás minőségéért	5,60	jó munkakörnyezet (betegszemléletű ellátás, technológiai fejlesztések, továbbképzések)
3.	Az ápolói vezető képessége, vezetése és támogatása	6,23	pozitív értékelés, kiváló munkakörülmények
4.	Személyzet és erőforrás-megfelelőség	5,82	jó munkakörnyezet (továbbképzések biztosítása, automatizált folyamatok, dokumentációs terhek csökkentése)
5.	Kollegiális ápoló-orvos kapcsolatok	5,87	jó munkakörnyezet (ápoló-orvos kapcsolat erősítése, közös döntéshozatal előtérbe helyezése, visszajelzési fórumok alkalmazása)

osztályokon dolgozó szakápolók érzelmi kimerülése 55,44%-ban magas pontszámot mutatott (Kopp & Skrabski, 2015).

Összehasonlító elemzést végeztem a Hungarostudy 2021 vizsgálat, a 2024-es *Hirdi-* és *Balogh-* kutatás, valamint jelen kutatási eredmények alapján, hogy milyen a vizsgálatban részt vevőknek a szubjektív egészségi állapot megítélése. A Hungarostudy 2021 vizsgálata alapján a magyar lakosság 6,9%-a inkább rossznak, 25,9%-a közepesnek, míg 67,10%-a inkább jónak ítélte meg szubjektíven az egészségi állapotát (KINCS, 2022). *Hirdi* és *Balogh* 2024-ben készült kutatása az egészségügyi szakdolgozók körében az alábbi adatokat mutatta: 6,7% inkább rossznak, 46% közepesnek, míg 47,3% inkább jónak ítélte meg az egészségi állapotát (Hirdi & Balogh, 2024).

Jelen kutatás az egészségügy egy szűkebb csoportjáról, a kritikus állapotú betegekkel foglalkozó szakdolgozókról mérte fel az egészségi állapot szubjektív megítélését, amely az alábbi adatokat mutatta: 13,9% inkább rossznak, 37,6% közepesnek, míg 44,5% inkább jónak értékelte azt.

Az egyszerűbb áttekinthetőség érdekében a **VII. táblázat** tartalmazza az elért eredményeket.

A kiegészítő vizsgálatára a kutatás eredményeit további két felmérés eredményeivel vettem össze,

amelyek szintén egészségügyi dolgozók körében végzett vizsgálatok voltak. *Stankovic* és munkatársai az intenzív osztályon dolgozókat vizsgálták Szegeden 2020-ban (n=83), ahol az egészségügyi dolgozók átlagéletkora 38,4 év (szórás=9,7) volt, az egészségügyben eltöltött évek száma 14,26 év (szórás=10,67), valamint az MBI-átlag értékei a három dimenzió mentén: érzelmi kimerülés átl=24,75 (szórás=12,12); deperszonalizáció=8,86 (szórás=7,15); teljesítménycsökkenés=32,64 (szórás=11,18) (Stankovic et al., 2020b).

Jelen kutatásban az átlagéletkor 41,69 év (szórás=10,58), az egészségügyben átlagosan eltöltött évek száma 18,00 év (szórás=11,81), valamint az MBI pontszámok: érzelmi kimerülés=28,19 (szórás=12,34), deperszonalizáció 10,43 (szórás=7,30); teljesítménycsökkenés=29,43 (szórás=10,30) (**VIII. táblázat**).

Az eredményeken látható, hogy míg a szegedi kutatás eredményei alapján a megkérdezettek közepes kiegészítése látható, addig jelen vizsgálatban mindhárom dimenzió mentén magas kiegészítő eredményeket láthatunk (Stankovic et al., 2020b).

A 2024-ben készült *Hirdi-* és *Balogh-* kutatásban (N=224) a válaszadók átlagéletkora 49,44 év volt (szórás=9,49), az egészségügyben eltöltött éveik

VII. táblázat: Egészségi állapot szubjektív megítélése. Hungarostudy 2021, Hirdi&Balogh 2024 és jelen kutatás eredményeinek összehasonlító táblázata

	Hungarostudy 2021	Hirdi&Balogh 2024 (N=224)	Jelen felmérés (N=101)
Inkább rossz	6,9%	6,7%	13,9%
Közepes	25,9%	46%	37,6%
Inkább jó	67,10%	47,3%	44,5%

VIII. táblázat: A szegedi kutatás és jelen kutatás MBI-eredményeinek összehasonlítása

	Átlag-életkor	Egészségügyben eltöltött évek száma	MBI-átlagpontszámok		
			EE	DP	PA
Stankovic-kutatás, 2020 (n=83)	38,4 év (SD=9,7)	14,26 év (SD=10,67)	24,75 (SD=12,12)	8,86 (SD=7,15)	32,64 (SD=11,18)
Jelen kutatás eredményei (n=101)	41,69 év (SD=10,58)	18,00 év (SD=11,81)	28,19 (SD=12,34)	10,43 (SD=7,30)	29,43 (SD=10,30)

száma átlagosan 29,34 év (szórás=10,95), a validált WHO-jóllétkérdőíven átlagosan 7,69 pontot ért el (szórás=3,47), az Élettel való elégedettség skálán átlagosan 4,65 pontot (szórás=0,65), míg a Munkával való elégedettség skálán 3,71 (szórás=1,68) (Hirdi & Balogh, 2024). Jelen kutatásban a WHO-kérdőív eredménye 6,93 pontot ért el a szakdolgozók (szórás=3,11), az Élettel való elégedettség skálán a szakdolgozók átlagosan 4,12 pontra értékelték elégedettségüket (szórás=0,13), valamint a munkával való elégedettségüket 3,76-ra osztályozták (szórás=0,42). Jelen kutatásban az átlagéletkor 41,69 év (szórás=10,58), egészségügyben átlagosan eltöltött évek száma 18,00 év (szórás=11,81) (**IX. táblázat**).

2007-ben a témában végzett francia kutatásban is a validált MBI-kérdőívet használták az intenzív dolgozó ápolók kiegészésének vizsgálatára, ahol az eredmény azt jelzi, a megkérdezett ápolók 32,8%-a súlyos mértékben kiégett és 60% jelezte, hogy fontolgatja hivatásának az elhagyását (Kirstin, 2012). Egy 2018-ban készült vizsgálatban Németországban is használták az MBI-t az intenzív osztályokon dolgozók körében, ahol az eredmény a kritikus állapotú betegekkel foglalkozó ápolók körében 30%, az orvosok körében pedig 40-50% a kiegészés prevalenciája (Michalsen et al., 2018). Jelen vizsgálatban ugyanazt a kérdőívet használva a kitöltő ápolók körében 23% volt a magas kiegészés szintje, valamint a megkérdezett-

tek 8%-a mindenképpen szeretné elhagyni a hivatását, további 4% pedig erősen fontolgatja.

2006-ban Kanadában már végeztek felmérést az MBI- és az NWI-kérdőívekkel, ahol egyértelművé vált, hogy a munkakörnyezetet meghatározza az ápolók és orvosok közötti együttműködés, a szakmai irányelvek és a megfelelő ápolási modellek alkalmazása. Ezekkel csökkenthető a stresszhatások és megelőzhető a kiegészés. Arra is rámutatott a kutatás, hogy az intenzív dolgozó ápolók körében a stressz leküzdésére a vezetőnek a feladata, hogy aktívan alkalmazza a kiegészés megelőző stratégiákat.

Javaslatok

Az egészségügyi szakdolgozók túlterheltsége világszerte problémát jelent, különösen igaz ez a kritikus állapotú betegek ellátásában dolgozó ápolókra. Elsődleges feladat a primer prevenció érdekében a mentális és fizikai problémák kialakulásának csökkentése, amely az ápolók körében a reziliencia fejlesztésével valósulhat meg. Ennek érdekében olyan készségek fejlesztésére kerülne sor, amely során az ápolók stresszkezelésében, valamint kiegészésének megelőzésében segítene. Ezek a készségek kurzusok vagy tanfolyamok alkalmával sajátíthatók el. Nemzetközi példák adaptálásával csökkenthető a több műszakos munkarend negatív hatásai. Ennek érde-

IX. táblázat: WHO-, ÉVE-n, MVE-skálák eredményeinek összehasonlítása

	Átlag-életkor	Egészségügyben eltöltött évek száma	WHO-jóllétkérdőív átlageredménye	Élettel való elégedettség skála átlageredménye	Munkával való elégedettség skála átlagértékei
Hirdi&Balogh kutatás eredményei (n=224)	49,44 év (SD=9,49)	29,34 év (SD=10,95)	7,69 (SD=3,47)	4,65 (SD=0,65)	3,71 (SD=1,68)
Jelen kutatás eredményei (n=101)	41,69 év (SD=10,58)	18,00 év (SD=11,81)	6,93 (SD=3,11)	4,13 (SD=0,13)	3,76 (SD=0,42)

kében megfelelő pihenőidő biztosítása válhat szükségessé. Bizonyos országokban (például Svédország, Kanada) bevált a közalkalmazottak körében, akik több műszakos munkarendben dolgoznak, hogy 10 évente három hónap fizetés nélküli vagy hat hónap részfizetéses szabadságot kapnak (Police V, 2025). A munkaterhelés csökkentése érdekében automatizált technológiák bevezetése segíthet a munkahelyi terhek csökkentésében. Ilyen például a központi gyógyszeradagolás, amely hatékonyan működik bizonyos kórházakban. A munkahelyi környezet fejlesztése érdekében az ápolók részére a nyugodt, komfortos pihenőhelyek kialakítása segíthetne, ahol feltöltődhetnek a műszakok között. Az ápolók pszichés támogatására mentálhigiénés csoportok kialakítása, egyéni foglalkozások kiterjesztése, amik segíthetnek a stressz feldolgozásában. Okostelefonra letölthető meditációs intervenciók kiterjesztése, amely az Egyesült Államok délnyugati részén pozitívan hatott a dolgozókra (Pace et al., 2022). A támogató munkahelyi kultúra érdekében nyílt és támogató kommunikáció biztosítása, hogy az ápolók és orvosok is merjenek segítséget kérni. A vezetőknek proaktívan kell figyelniük a dolgozóik körében a kiegészítő mértékét. A szakmai előrelépés támogatása, képzések, tovább-

képzések biztosítása, szakmai elismerések növelése, előléptetések, anyagi ösztönzések segíthetnek a motiváció növelésében. Rekreációs lehetőségek, művészeti terápiák biztosítása a pszichés terhek csökkentésében szintén hasznos lehet. Egyértelmű szakmai protokollok bevezetése segíthet a bizonytalanságból adódó stressz csökkentésére.

E célcsoport vonatkozásában fontos lenne nagyobb hangsúlyt fektetni a foglalkozás-egészségügyi vizsgálat során a pszichoszociális tényezők felmérésére. Az egészségügyi dolgozók jóllétének fenntartása a betegellátás minőségének javítása érdekében elengedhetetlen. A prevenció és rekreációs tevékenységek biztosítása, a pszichológiai segítség nyújtása és a szakmai fejlődés elősegítése az ápolók motivációjának és elkötelezettségének erősítésében is szerepet játszhat. A fentebb említett javaslatok bevezetése a betegek érdekeit is szolgálja, hiszen egy kiegyensúlyozottabb és motiváltabb szakmai közösség empatikusabb és hatékonyabb ellátást nyújthat.

Anyagi támogatás: A kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekltségek: A szerzőnek nincsenek érdekltsége.

Irodalomjegyzék

- Czeglédi, E., & Tandari-Kovács, M. (2020). A kiegészítő előfordulása és megelőzési lehetőségei ápolók körében. *Orvosi Hetilap*, 160(1), 12–19. <https://doi.org/10.1556/650.2019.30856>
- Eileen, T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176–188. <https://doi.org/10.1002/nur.10032>
- Fényszárosi, É., Sallay, V., Matuszka, B., & Martos, T. (2018). Munkával kapcsolatos motivációk és elégedettség – Személyorientált elemzés. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 73(3), 411–434. <https://doi.org/https://doi.org/10.1556/0016.2018.73.3.3>
- Hamvai, C., Faber, A., & Konkoly Thege, B. (2021). Validation of pandemic-specific version of the Perceived Stress Scale. *Orv Hetil*, 162(35), 1391–1396. <https://doi.org/10.1556/650.2021.32207> (Az Eszlelt Stressz Kerdoiv jarvany-specifikus verziojanak validalasa.)
- Hirdi, L., & Balogh, Z. (2024). Munka és magánélet egyensúlya az egészségügyi szakdolgozók körében. *Nővér*, 37(3), 26–34.
- Innováció és tudás: Társadalom. (2023). *Nővekvő figyelem a mentális egészségünkön*. Retrieved 02.25. from <https://www.ipsos.com/hu-hu/novekvo-figyelem-mentalis-egeszegunkon>
- KINCS (2022). *A magyarok testi és lelki egészségét leíró főbb mutatók a Hungarostudy felmérések adatai alapján (2006, 2013, 2021)*. Retrieved 03.20. from file:///D:/Users/hallgat%C3%B3/Let%C3%B6t%C3%A9sek/HS_adatok_testi_lelki_ege%CC%81szsegrol_20220123-6.pdf
- Kirstin, E. (2012). Burn-out in critical care nurses: A literature review. *Dynamics*, 23(4), 25–31.
- Kopp, M., & Skrabski, Á. (2015). *Hungarostudy 2013: Magyar lelkiállapot az ezredforduló után*. Retrieved 03.24. from <http://www.hungarostudy.hu/index.php/2014-04-07-17-21-12/hungarostudy-2013>
- KSH. (2019). *Európai lakossági egészségfelmérés*. Retrieved 02.20. from <https://www.ksh.hu/elef>
- Martos, T., Sallay, V., Désfalvi, J., Szabó, T., & Ittész, A. (2014). Az Élettel való Elégedettség Skála magyar változatának (SWLS-H) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(3), 289–303. <https://doi.org/10.1556/Mental.15.2014.3.9>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2017). Understanding Burn-out. In *The Handbook of Stress and Health* (pp. 36–56). <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch3>
- Michalsen, A., Hillert, A., Schießl, A., & Hinzmann, D. (2018). Burn-out in der Intensivmedizin [Burn-out in Intensive Care]. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 143(1), 21–26. <https://doi.org/10.1055/s-0043-109258>
- Németh, A., & Tóth, R. (2024a). Munkahelyi támogatás és pszichoszociális tényezők specifikumai a pályakezdő ápolók körében. *Nővér*, 37(6), 20–30. <https://doi.org/10.55608>
- Pace, T. W. W., Zeiders, K. H., Cook, S. H., Sarsar, E. D., Hoyt, L. T., Mirin, N. L., Wood, E. P., Tatar, R., & Davidson, R. J. (2022). Feasibility, Acceptability, and Preliminary Efficacy of an App-Based Meditation Intervention to Decrease

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

Egészségügyi dolgozók egészség-magatartása, az egészségtelen életmódhoz vezető út

MENYHÁRT Noémi, DR. NÉMETH Anikó PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

Az ápolók egészsége, életmódja régóta kutatott területe az egészségügynek, és többségében agasztó eredményeket mutatnak a feltárt adatok. Sokszor megfélekedünk az egészségtelen életmód okairól, csak a tényeket vizsgáljuk. Jelen összefoglaló közlemény célja bemutatni az ápolók kedvezőtlen egészség-magatartásának, életmódjának okait több külföldi és hazai szakirodalomra alapozva.

Kulcsszavak: ápolók, életmód, egészség, káros szenvedélyek

Health Behavior of Healthcare Workers, the Path to an Unhealthy Lifestyle

Noemi MENYHART, Aniko NEMETH PhD

SUMMARY

The health and lifestyle of nurses have long been a subject of research in healthcare, and the data revealed are mostly alarming. We often forget the causes of unhealthy lifestyles and only examine the facts. The purpose of this summary is to present the causes of unfavourable health behaviours and lifestyles of nurses based on several foreign and domestic publications.

Keywords: nurses, lifestyle, health, harmful addictions

MENYHÁRT Noémi ápoló (BSc), Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Dr. Bugyi István Szentesi Multidiszciplináris Centrum, Krónikus Belgyógyászati Osztály

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

Levelező szerző

(corresponding author):
DR. NÉMETH Anikó PhD
E-mail:
nemeth.aniko.02@szte.hu

Beérkezett: 2025. augusztus 28.
Elfogadva: 2025. szeptember 30.

| Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.38.0101> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

Az ápolók egészsége és egészségtudatos életmódja fontos szerepet tölt be a kollégáik és a társadalom szemében is. Amennyiben a felénk támasztott életviteli elvárásoknak nem tesznek eleget, akár a hitelességük is kárt szenvedhet. Kutatások támasztják alá, miszerint igény van arra, hogy az egészségügyi dolgozó egyben egészségmodellként is funkcionáljon. Az ápolók egészségkárosító magatartásának oka viszont nem minden esetben befolyásolható (Hirdi, Balogh & Mészáros, 2014).

Az egészségügyi dolgozó sokszor nem az egészséges életmódot követi, sőt megfigyelhető köreikben, hogy gyakran élnek különböző káros szenvedélyekkel (Németh & Irinyi, 2009). A leg-

több munkakörben tényként mondható ki, hogy a magasabb iskolázottság pozitívan befolyásolja az életmódot. Ez azonban az ápolók körében nincs így, ugyanis az iskolai végzettség nem mutat összefüggést az életvitelükkel (Feith, Kovácsné Tóth & Balázs, 2008).

Egészség

Az egészség fogalma az évek alatt folyamatosan változott, azonban többféle megközelítést is alkalmaztak. 1946-ban a WHO úgy definiálta az egészséget, mint testi, lelki és szociális jóllét állapota (Hidvégi, Kopkáné Plachy & Müller, 2015).

A WHO által megfogalmazott értelmezés globálisan elfogadásra került, azonban az idő múlásával egyre

több kritika érte. A testi jóllét állapota egy túlidealizált cél, amit számtalan ember nem tud elérni. A krónikus megbetegedésben szenvedők éveket, évtizedeket töltenek állapotukban annak ellenére, hogy bár nincsen meg a testi jóllétük, mégis élhetnek teljes és saját értelmezésük szerint egészséges életet (Leonardi, 2018).

Az orvosi tudományok fejlődésével egyre több betegséget és állapotot képesek diagnosztizálni az ellátóegységek. Mindez súlyos kihatással van a betegségtudatra és az egészségesnek vélt állapot elvesztésére. Hosszú évek teltek el, mire az Alma Ata által kiadott publikáció kiterjesztette és újragondolta a WHO egészségre vonatkozó megfogalmazását (Leonardi, 2018), majd később Ottawában új okiratot (Ottawai Charta) fogadtak el, amelyben szerepel, hogy az egészségért tudatosan kell tenni. Az új nézőpont lényege, hogy az emberek hozzáállását változtassa meg. Tehát az egészség nem egy elérni kívánt cél, hanem a mindennapok szerves részét képező aktív tevékenység (Leonardi, 2018).

Egészség, életmód és az egészségügyi dolgozók

Kezdetektől elmondható, hogy az ápolás családon belül női feladatnak számított. A generációk alatt megszerzett tudás öröklődött tovább idősebből a fiatalabbra. Az 1500-as évektől kezdve vannak feljegyezve összefüggések betegség és környezeti hatások között. Megfigyelték, hogy a bányában dolgozó munkások körében kiemelkedően gyakori a tüdőbetegségek száma. Egyre több betegséget írtak le, amely valamilyen ok-okozati rendszert képezett az érintettek életvitelével (Cahall, 1981).

Az ápolás az évszázadok alatt folyamatos változáson ment keresztül. Az ápolók feladatai között előtérbe került a prevenciót elősegítő tevékenység (Hirdi, 2015). A betegségekkel kapcsolatos átfogó ismereteink segítségével lehetőség nyílt a megelőző tevékenységekre. Mindez gazdasági viszonylatokban is kedvezőbb, illetve az egészségügyi ellátórendszer leterheltsége is csökken általa (Pikó, 2003).

Az, hogy valaki hogyan él, a saját döntése és a saját felelőssége. Az egészséges életmód követését már fiatal korban el kellene kezdeni annak érdekében, hogy az ember a saját egészségét megőrizze idős korára is. Ez magába foglalja azt, hogy mit eszünk, mennyire vagyunk aktívak, megfelelő idejű és minőségű-e a pihenésünk, illetve egyéb lelki és szociális tényezőket (Légrádi, 2001).

Azonban az életmódot csak részben határozza meg az ember saját maga. Befolyással van rá a környezete is, amiben született és nevelkedett. Társadalmi hatás része az orvoshoz fordulási szokásunk is, ami sokszor különbséget mutat a férfiak és a nők

között. Ezt az eltérést az okozza, hogy a társadalom által a férfiakról kialakított képbe kevésbé fér bele a beteglét (Pikó, 2003).

A mai világban az egészséges életmód meglehetősen nagy népszerűségnek örvend. A média által közvetített egészség széles körben juttat információt a társadalom felé. Ennek megvan a pozitív eredménye, azonban mindez csupán gondolatként és érdeklődés tárgyaként marad meg az emberekben. Az egészséges élet felé tett tényleges lépések azonban visszaszorulnak (Szabó & Lehota, 2020).

Stressz az ápolók mindennapjaiban

Az ápolók hatalmas pszichés nehézségeknek vannak kitéve. Meg kell küzdeniük a humán- és eszközforrás-hiánnyal, a magas munkahelyi elvárásokkal és a kötelezettségekkel (Feith et al., 2008).

A stressz megélése nagyban függ a dolgozó személyiségétől. A határozottság és az egyén saját magába vetett bizalma nagyban javítja a sikeres helytállás esélyét. A jól kezelt stressz kedvező hatással van az önérzetre (Deutsch, Fejes, Kun & Medvés, 2015).

A nagymértékű, hosszú távon fennálló pszichés nyomás vegetatív tünetek megjelenését okozza. A stressz oldására hatékony tevékenység lehet a sportolás (Deutsch et al., 2015).

Egy 2015-ös kutatásban az ápolók stresszfaktoraként jelölték meg a leterheltséget. Bár legtöbbször munkaórája nem haladta meg a napi nyolc órát, a körülmények nehézsége miatt mégis úgy érezték, hogy a tűrőképességük határán állnak. A fokozódó betegeledetlenséget az ellátóegységek számára kimerítő kezelni (Deutsch & Gergely, 2015).

A korábbi kutatások leírják azt is, hogy a betegek ismeretei sokoldalúvá váltak, az információgyűjtés tere kiszélesedett. Érdeklí őket a saját problémájukkal kapcsolatos tudnivalók és tájékozódnak állapotukról. Ennek következtében az ápoló fontosságérzete csökken (Kapocsi, 2011; Pikó & Piczil, 2000). Problémát jelent az is, hogy az egy főre jutó munka megsokszorozódik, ha valamelyik kolléga megbetegszik. Már egy munkavállaló hiánya is kihatással van az adott műszakra. A kiesett munkaerő komoly pluszterhet jelent, ugyanis a betegeket ugyanúgy kell ellátni, mint a dolgozók teljes létszámával (Neumann et al., 2021).

Dohányzás

Az egészségkárosító magatartások között elmondható, hogy a dohányzás az egyik legkártékonyabb. Számtalan megbetegedést köthetünk a dohányzáshoz, ami halálhoz vezet. Érdemes a megelőzésre fektetni a hangsúlyt, ugyanis a kialakult függőséget kezelni nehezebb feladat. A nikotin utáni vágyako-

zás, bár az első pár napban okozza a legtöbb problémát, mégis a leszokási folyamat éveket vehet igénybe (Tompa, 2003).

Németországi felmérések szerint, az egészségügyi dolgozók körében gyakrabban fordul elő dohányzás, mint más szakmákban. Eredményeik szerint munkanapokon átlagosan 19-szer is rágyújtanak az ápolók. Annak ellenére, hogy széles körű ismeretekkel rendelkeznek az egészségről, nincsenek kellően tudatában a dohányzás káros hatásainak. A válaszadók csupán 39%-a tudta helyesen, hogy a károsító hatást elsősorban nem a nikotin okozza, hanem az egyéb égéstermékek (Morris, 2019). Egy 2021-es, ápolók körében végzett kutatásból kiderül, hogy legtöbbször nem a nikotin iránti vágy volt a fő motiváció a rágyújtáskor. Leginkább akkor fordult elő, hogy cigarettáztak, amikor a munkakörülményeik több feszültséggel jártak (Grati, 2021). Egy másik kutatás azt írja le, hogy az egészségügyi dolgozók magas dohányzási arányának a hátterében nem minden esetben az egyén áll. A vezetőség nem biztosít megfelelő körülményeket a dolgozóiknak, ami tovább fokozza leterheltségüket. A munkáltatónak több szerepet kellene vállalnia az egészségmegőrzés támogatásában (Burchert & Küper, 2023).

Azon az osztályon, ahol fekvőbetegek vannak, az ápolók nagyobb arányban élnek ezzel a káros szenvedéllyel. Befolyásoló tényezője a dohányzásnak a munkabeosztás is. A három műszakos munkarend szintén összefüggést mutat a dohányzás előfordulásával (Németh & Irinyi, 2009).

Kávéfogyasztás

A KSH legfrissebb felmérései szerint a 2022-es évben, az egy főre jutó kávéfogyasztás 2,8 kilóra tehető (KSH, 2022). Kis mennyiségben nem ártalmas az egészségre. A benne található anyagok pozitívan befolyásolják a koncentrációt és jó hatással vannak az anyagcserére. Elmondható, hogy egészségkárosodást csak a túlzott mennyiségben történő kávéfogyasztás okoz (Bartos Molnár, 2011).

Egy 2014-es kutatásban ezer egészségügyi dolgozót kérdeztek meg kávéfogyasztási szokásairól. Azt állapították meg, hogy a szakmabeliek között is igen magas népszerűségnek örvend ez a fajta tevékenység. A megkérdezettek 85%-a mondta azt, hogy napi minimum három adagot megiszik és közel háromnegyedik úgy gondolta, hogy a jól elvégzett munkához elengedhetetlen a kávé (Ebbers, 2022). A magyar ápolók körében végzett kutatás szerint általánosságban mindössze napi pár csésze az adagjuk. Nagyobb mennyiségben fogyasztott kávé esetén gondot jelent az éjszakai nyugodt, minőségében megfelelő pihenés (Fusz et al., 2016).

Alkoholfogyasztás

Magyarországon mostanra az egyik vezető halálokok közé tartozik az alkoholfogyasztás. A legtöbb esetben az alkoholproblémákkal küzdők férfiak, azonban nők körében gyakrabban fellelhető jelenség a titokban történő alkoholfogyasztás (Tompa, 2003).

Az alkohollal kapcsolatos tanulmányok leginkább önbevallásos felmérések alapján készülnek. Ez megnehezíti a téma teljes körű feltárását, illetve problémába ütközik az objektív megítélés is. A kutatások csupán az emberek őszinteségére és azok saját problémafelismerő képességükre támaszkodhatnak. Emiatt a kapott eredmények hitelességét sokszor célszerű fenntartásokkal kezelni (Richter et al., 2021). A több műszakban dolgozók között jellemzőbbnek bizonyult a nagyívás és az elalvás alkohollal történő segítése. Az alkoholfogyasztás gyakoriságának potenciális veszélyforrása lehet még az éjszakai műszak. A problémának leginkább kitett csoport a férfiak és az idősebb korosztályba tartozó nők (Dorrian & Skinner, 2012; Richter et al., 2021). Egy 2014-es, Magyarországon végzett kutatás szerint, az ápolók által fogyasztott alkoholmennyiség nem tér el más munkacsoportoktól. A kapott eredmények alapján vagy egyáltalán nem, vagy csak alkalmanként fogyasztanak szeszes italokat (Németh, 2014).

Alvás

Az egészséges élet része a megfelelő mennyiségű és minőségű alvás. Amennyiben az alvás zavart szenved, a napi ritmus felborul. A kialvatlan ember feszültebb, kevésbé képes koncentrálni, érzelmileg labilis, nehezen kezeli a nyomást, memóriazavarok alakulnak ki nála (Medic, Wille & Hemels, 2017).

Az ápolókat ért stressz hatására romlik az alvásminőségük. Azok, akik magas stresszről számoltak be, sokkal kevesebbet alszanak, mint amennyire szükségük volna és az alvásuk nem kielégítő (Gál-Inges & Németh, 2015). Az éjszakai műszak megterheli a szervezetet, és fokozza az egészségtelen magatartás kockázatát. A dohánytermékek használata elterjedtebb a váltott műszakban dolgozók körében és – bár nem számottevő arányban – a kávé- és alkoholfogyasztás is gyakoribb az esetükben (Ofori-Attah & Németh, 2015).

A műszakos munkarendben dolgozók között végzett vizsgálatok során kiderült, hogy alvásuk gyakran elégtelen, részleges álmatlansággal küzdenek. A kialvatlanság miatt megnövekedik az olyan szakmai hibák elkövetésének az esélye, mint a gyógyszer tévesztés (Gold et al., 1992). Az a műszak, amelyben az ápoló 12 óránál többet dolgozik, potenciális veszélyt jelent a tévesztésre. Ugyanez elmondható azoknál,

akiknek a heti munkaórája meghaladja a 40 órát (Di Muzio et al., 2019).

2019-ben olyan, intenzív osztályon dolgozó ápolók és orvosok körében végeztek felmérést, akik három műszakos munkarendben dolgoztak. Az álomságérzés és a meglassultság éjszakai műszak után volt a legjellemzőbb. Nappalos műszak esetén a korán kelés szintén az alvással töltött órák megzavarásával jár, ennek ellenére mégis elmondható, hogy az éjszakai műszak zavarja meg legjobban a cirkadián működést. Az egymást követő két éjszakai műszak esetén a legtöbben az első műszak után számoltak be arról, hogy elégedetlenek a munkabírásukkal, viszont az ezt követő műszakon további leírható teljesítménycsökkenés figyelhető meg (Ganesan et al., 2019). A nők esetében még inkább nehezíti a megfelelő pihenést a háztartásvezetéssel járó kötelességek. Elmondható, hogy az egészségügyi dolgozók fáradtabbak a nap folyamán, mint azokban a szakmákban dolgozók, akik normál munkarendben vannak foglalkoztatva. Illetve, férfiakkal szemben a nők nagyobb százalékban vannak kitéve a nappali fáradtságnak (Koch et al., 2023).

Táplálkozás

Számos táplálkozási szakértő hívta már fel a figyelmünket a megfelelő étkezés fontosságára. Ajánlásokat tettek az ideális étrend kialakítására, és szigorú keretek közé szorították, hogy mit érdemes fogyasztani, milyen rendszerességgel, illetve mit javasolt elkerülni. Ezeket a szabályokat eléggé bonyolult követni egy olyan embernek, akinek a munkarendje annyira kötött, mint az ápolóknak. A felborult életritmus mellett sokszor már nincs idejük és kedvük az egészséges táplálkozással foglalkozni. Ennek következtében alakult ki, hogy a szakmabeliek számottevő része elhízott (Németh, 2019). Egy 2012-es kutatásban a foglalkozás-egészségügyben dolgozókat vizsgálták egészség-magatartás szempontjából. Az eredmények azt mutatták, hogy a kitöltők 52%-a túlsúlyos (Hirdi et al., 2014).

Ahhoz, hogy a szervezetünk egészséges működése ne szenvedjen károsodást, nem szabad elhanyagolnunk a vízfogyasztást sem. A szervezet folyadékcsökkenése funkcióromláshoz vezet. A napi folyadékigény nők esetében minimum két liter, a férfiak esetében pedig 2,5 liter. A szükséges mennyiség megnőhet napi aktivitástól függően (Ekler, Buti & Wilhelm, 2020).

Az ápolók körében fontos lenne a megfelelő folyadékbevitel biztosítása. Kutatások eredményei szerint, a szakmabeli idősebb korosztály jellemzően nem issza meg a napi minimum két liter folyadékot sem (Németh, 2019).

2017-ben a megkérdezett ápolók 60%-a állította azt, hogy mindössze 1-2 litert iszik naponta. A kérdőív kitöltőinek 13%-a pedig napi egy liter alá becsülte a folyadékfogyasztását (Németh, 2017). Az előzőekben említett kutatásban az egészségügyben dolgozók táplálkozási szokásait is felmérték. Azoknál az ápolóknál, akik rendszeresen túloráztak, napi négynél kevesebb étkezés figyelhető meg. Akik éjszakai munkarendben is dolgoztak, rosszabbnak ítélték meg az étkezéssel kapcsolatos körülményeiket, illetve azok is, akiknek magasabb iskolai végzettségük volt. Továbbá hasonló eredmények alakultak a gyermekteleneknél (Németh, 2017).

Egy lengyelországi kutatás eredményei szerint megfigyelhető volt az elhízás azoknál az egészségügyi dolgozóknál, akik havi legalább nyolc éjszakai műszakot dolgoztak (Peplonska, Bukowska & Sobala, 2015).

Testmozgás

Ajánlások szerint minden felnőttnek heti körülbelül 150 percnyi mozgásra van szüksége az egészsége megőrzése érdekében. Az ülő- és mozgásszegény életmód olyan betegségeket idézhet elő, mint például a szív- és érrendszeri megbetegedések (Bull et al., 2020).

A járóbeteg-szakellátásban dolgozó ápolók fizikai aktivitását vizsgáló kutatásból kiderült, hogy bár munkájuk során folyamatosan mozgásban vannak, szabadidejükben nem szívesen sportolnak. Ennek elsődleges okaként a munka miatti leterheltséget, feszültséget és fáradtságot jelölték meg. A műszakos munkarend okozta rendszertelenség miatt problémába ütközik a sportolás beépítése a napi rutinba. A munkahely okozta kimerültség miatt megnövekedett igény van a nyugodt kikapcsolódásra (Neumann, 2021).

2020-ban egy sportolással kapcsolatos felmérés vizsgálta az egészségügyben dolgozókat. A válaszadóknak a 66%-a szakápoló volt, de orvosok és egyéb munkatársak is kitöltötték a kérdéssort. Ez a kutatás azt mutatja, hogy a megkérdezettek 45%-a végez hetente két alkalommal legalább valamiféle sporttevékenységet, minimum 30 percen keresztül (Szépné & Balatoni, 2020).

Következtetések

Az ápolókat vizsgáló kutatások már több alkalommal is leírták, hogy az egészségügyi dolgozók, bár magasan képzettek az emberi szervezet működésével kapcsolatban, mégsem törekednek kellőképpen a saját egészségük megőrzésére. Munkájuk miatt pedig különösen ki vannak szolgáltatva a rendszertelen életmód okozta nehézségeknek.

A munkahelyi sajátosságokból adódó stressz elkerülhetetlen és állandó velejárója a szakmának. Az esetleges problémák megfelelő kezelése segítheti a hatékony munkavégzést, illetve támogatja a dolgozó mentális stabilitását. Ezzel szemben az ápolókon végzett kutatások során azt találták, hogy az őket ért stressz mennyisége az egészségi állapotuk romlásával jár.

A feszültség gyors levezetése miatt gyakran kerülnek előtérbe a káros szenvedélyek. Bár az egészségügy feladatai közé tartozik a dohányzásprevenció, mégis több kutatás is felhívja a figyelmet az ápolók között kialakult magas cigarettahasználatra. Azoknál a dolgozóknál, akik több éve dolgoztak az egészségügyben, a rágyújtások száma szignifikánsan megnőtt. Kockázati tényező volt még a férfi nem, az idősebb kor, illetve a fekvőbetegekkel való foglalkozás.

A kávéról elmondható, hogy az egész világon közkedvelt. A KSH jelenlegi legfrissebb adatai szerint az egy főre jutó kávéfogyasztás közel három kilóra tehető. Az ápolók körében meglehetősen népszerű ez a fajta tevékenység. A legtöbben minimum három csészevel isznak meg naponta, és el sem tudják képzelni nélküle a munkavégzést. A kis mennyiségben fogyasztott kávé javítja a munkavégzést, élénkítő hatása segít a figyelem megtartásában.

A káros szenvedélyek között a következő az alkoholfogyasztási szokások kutatása volt. Az egészségügyi rendszer vizsgálata az alkoholfüggőség problémájában önbevallásos keretek közt zajlik, ezért a kapott eredmények eltérhetnek a valós adatoktól. Számtalan kutatás során igazolódott, hogy az alkoholfogyasztás rendszeressége és a több műszakos munka összefüggést mutat. Egyfajta védelmet jelentett az alkohollal szemben az, ha valaki kisgyereket nevelt, anyagilag megfelelőnek ítélte meg a helyzetét, illetve kevesebb italhasználó volt az idősebb korosztályban és a nők körében. A magyar ápolók körében végzett kutatás eredményei szerint nincs eltérés más szakmában foglalkoztatottak alkoholfogyasztási szokásai között.

A felnőttek napi szintű alvási igénye minimum hét órára tehető. A nem kielégítő alvás kimeríti a szervezetet. Rontja a munkavégzés hatékonyságát, illetve nagyobb a kockázata a szakmai hibák elkövetésének. Későbbiekben az elégtelen alvás szervi elváltozások okozója lehet. Azok az ápolók, akik sok stresszről számoltak be, rosszabb alváskörülményekkel rendelkeztek.

A dietetikusok által leírt étkezési ajánlások sok esetben kivitelezhetetlenek egy olyan személy számára, aki több műszakos munkarendben dolgozik. Az éjszakai műszak rendszertelen étkezési szokásokhoz vezet. A napi leterheltség mellett akadályba ütközik az étkezés megfelelő körülményeinek biztosítása. A rendszertelen, túlhajszolt életmód elhízás-

hoz vezet. A több műszakos munkarend dolgozói nagyobb arányban küzdöttek súlyproblémákkal.

A megfelelő mennyiségű folyadék bevitele elengedhetetlen a szervezet működéséhez. Az ápolók legtöbb esetben 1-2 litert isznak naponta. Több tanulmányban is igazolódott, hogy a különböző korosztályok eltérő vízivási szokásokkal rendelkeznek. A 40 év felettiak közt voltak a legtöbben, akik állításuk szerint napi 1 liter alatt fogyasztanak folyadékot.

A stressz egyik leghatásosabb levezetési eszköze a testmozgás. Ahhoz, hogy az ember egészséges maradjon, a mozgás elengedhetetlen. Az egészségügy legtöbb területéről elmondható, hogy az ápoló egész nap mozgásban van. A műszak végére a kimerültség olyan fokúvá válik, hogy a szabadidejüket már szívesebben töltik pihenéssel és regenerálódással.

Szakmai javaslatok

Az egyik cikkben, amelyben a dohányzással kapcsolatban végeztek kutatásokat, úgy gondolták, hogy a probléma megoldásakor elsősorban a megelőző tevékenységekre lenne érdemes figyelmet fordítani. Úgy látták, hogy ameddig a munkahelyi kedvezőtlen körülmények nem változnak, addig nincs lehetőség megelőzni a káros magatartást (Burchert & Küper, 2023).

Az egészségügyi dolgozók az életmóddal kapcsolatos szakmai tudásukat a saját életükbe beépíteni csak akkor tudják, ha a munkahelyen is biztosítva vannak hozzá a feltételek. A folyamatosan fennálló problémák és a nem megfelelő stresszkezelés következménye a helytelen életvitel kialakulása. A terhelés mérséklésével és a jutalmazás növelésével hatékonyan lehetne csökkenteni az egészségügyi dolgozóra nehezedő nyomást. Javaslatok szerint, az előírásoknak megfelelően kellene biztosítani a munkaközi szünetek mennyiségét és minőségét. Szükséges volna, hogy a munkáltató gondoskodjon arról, hogy a pihenőidő zavartalan legyen (Burchert & Küper, 2023).

Elengedhetetlen volna a megfelelő létszám biztosítása. Ezzel az egyénenként létrejött nyomás eloszlása kedvezőbbé válna. Továbbá a munkáltatónak lehetőséget kellene hagynia az önálló munkavégzésre, illetve szükséges lenne a megfelelő kommunikáció a munkavállaló felé. A vezetőség együttműködő hozzáállással és a hierarchia csökkentésével tudna hozzájárulni a munkavállalói stressz csökkentéséhez. Szükséges volna még a kiszámítható munkaidő és a műszakokban történő változások minimalizálása is (Burchert & Küper, 2023).

Kulcsfontosságú lenne a túlhajszoltság elkerülése, az előrelépésre való lehetőség biztosítása, az elért eredmények jutalmazása és a foglalkozás-egészségvédelmi szabályok betartása (Deutsch et al., 2015).

Dohányzóhelyek kijelölésével a nem dohányzó emberek védhetők a füstből származó káros anyagokkal szemben. A dohányzásról való leszokás támogatásának egy lehetséges módja azok jutalmazása, például plusz szabadnappal, akik nem élnek ezzel a káros tevékenységgel (Burchert & Küper, 2023).

Továbbá a munkáltató sokat tehet a dolgozóért azzal is, hogyha családbarát intézkedéseket biztosít, figyelmet fordít a munka és a magánélet kapcsolatának az egyensúlyára, megteremti a munka ellátásához szükséges forrásokat, illetve kiszámítható és rendszeres munkavégzést biztosít (Deutsch et al., 2015).

A kezdő dolgozó sokszor még bizonytalan magában, aminek a következtében a hatékonyságérzete csökkent. Lehetőséget kellene adni a fejlődésre és a tapasztalatszerzésre. A munkáltató több figyelmet fordíthatna a dolgozó egészségvédelmére és annak fejlesztésére. Mindez a gyakorlatban edukációt, testmozgási lehetőségek biztosítását, közösségi programok meghirdetését stb. jelenti (Deutsch et al., 2015).

A vezetőség részéről fontos a kompetenciahatárok tisztázása és az állandó kapcsolattartás a munkavállalóval. Továbbá a csoporttagok megválogatása, a munkarend megfelelő megszervezése és munka iránt érdeklődő személyek koordinálása is számottevő feladatkör. Az adekvát szervezés, hozzáértő személyzettel és irányítókkal biztosítható. Mindemellett szükséges mértékben kell közbelépniük a munkafolyamatokba, és megfelelő irányítás alatt tartani a személyi feltételeket (Deutsch & Gergely, 2015).

Szerzői munkamegosztás: M. N.: Irodalomkutatás elvégzése, közlemény megírása. N. A.: Kézirat korrekciója, szakmai lektorálás. A cikk végleges változatát mindegyik szerző elolvasta és jóváhagyta.

Anyagi támogatás: A kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekelségeik.

Irodalomjegyzék

- Bartos Molnár, T. (2011). *A káros szenvedélyek formái, a káros szenvedélyek korai felismerése*. Budapest: Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Intézet.
- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon G., ... & Willumsen J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, 54(24), 1451–1455. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>
- Burchert, H., & Küper C. (2023). Verhaltensbezogene Tabakprävention ohne Berücksichtigung der Verhältnisse. In: Bäumer, U. *Gesundheitsförderung im Studium*, 167–169. Bielefeld: wbv Media.
- Cahall, J. B. (1981). The History of Occupational Health Nursing. *Occupational Health Nursing*, 29(10), 11–13. <https://doi.org/10.1177/216507998102901001>
- Deutsch, Sz., Fejes, E., Kun, Á., & Medvés, D. (2015). A jóllétet meghatározó tényezők vizsgálata egészségügyi szakdolgozók körében. *Alkalmazott Pszichológia*, 15(2), 53–56. <http://dx.doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2015.2.49>
- Deutsch, Sz., & Gergely, É. (2015). A munkahelyi stressz és elégedettség tényezőinek feltárása egészségügyi dolgozók körében. *Acta Medicina et Sociologica*, 6, 102–120. <https://doi.org/10.19055/ams.2015.6/17/7>
- Di Muzio, M., Dionidi, S., Di Simone, E., Cianfrocca, C., Di Muizio, F., Fabbian, F., ... & Giannetta, N. (2019). Can nurses' shift work jeopardize the patient safety? A systematic review. *European Review for Medical & Pharmacological Sciences*, 23(10), 4515. https://doi.org/10.26355/eurrev_201905_17963
- Dorrian, J., & Skinner, N. (2012). Alcohol Consumption Patterns of Shiftworkers Compared With Dayworkers. *Chronobiology International*, 29(5), 610–618. <https://doi.org/10.3109/07420528.2012.675848>
- Ebbers, B. (2022). Darf es eine Tasse mehr sein? *Heilberufe*, 74(2), 44–47. <https://doi.org/10.1007/s00058-021-2201-2>
- Ekler, J. H., Buti, N., & Wilhelm, M. (2020). A testnevelés órához kapcsolódó tudatos vízfogyasztás. *Egészségfejlesztés*, 61(2), 64–65.
- Feith, H. J., Kovácsné, T. Á., & Balázs, P. (2008). Egészség és egészségmagatartás leendő és végzett diplomás ápolónők és orvosnők körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 9(4), 289–291. <https://doi.org/10.1556/Mental.9.2008.4.1>
- Fusz, K., Pakai, A., Kívés, Zs., Szunomár, Sz., Révész, A., & Oláh, A. (2016). Munkarendek a hazai egészségügyi rendszerben, és az ápolók alvásminősége. *Orvosi Hetilap*, 157(10), 382. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30386>
- Gál-Inges, D., & Németh, A. (2015). Észlelt munkahelyi stressz hatása az ápolók életmódjára, egészségére, alvására. *Nővér*, 28(5), 3–10.
- Ganesan, S., Magee, M., Stone, J. E., Mulhall, M. D., Collins, A., Howard, M.E., ... & Sletter T. L. (2019). The Impact of Shift Work on Sleep, Alertness and Performance in Healthcare Workers. *Scientific Reports*, 9(1), 4635. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-40914-x>
- Gold, D. R., Rogacz, S., Bock, N., Tosteson, T.D., Baum, T.M., Speizer, F. E., & Czeisler, C. A. (1992). Rotating shift work, sleep, and accidents related to sleepiness in hospital nurses. *American Journal of Public Health*, 82(7), 1011–1014. <https://doi.org/10.2105/AJPH.82.7.1011>
- Grati, L. (2021). Smoking as a method of coping for medical workers. *The Moldovan Medical Journal*, 64(3), 21–23. <https://doi.org/10.52418/moldovan-med-j.64-3.21.03>

- Hidvégi, P., Kopkáné Plachy, J., & Müller, A. (2015). *Az egészséges életmód*. Eger: EKF Liceum Kiadó; p. 6–11.
- Hirdi, H. E. (2015). *A foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés története, helyzete, fejlesztésének lehetőségei*. Budapest: Semmelweis Egyetem; Patológiai Doktori Iskola.
- Hirdi, H. E., Balogh, Z., & Mészáros, J. (2014). A foglalkozás-egészségügyi ápolók egészségmagatartásának, egészségi állapotának vizsgálata. *Egészségtudomány*, 58(1), 2–7.
- Kapocsi, E. (2011). „Boldogtalan orvosok” – a jelenség és ami mögötte van. *Lege Artis Medicinae*, 21(8–9), 584–588.
- Koch, P., Damerau, L., Kersten, J. F., Harth, V., Augustin, M., Nienhaus, A., & Terschüren, C. (2023). Tagesschläfrigkeit bei Pflegepersonal. *Zbl Arbeitsmed*, 73(3), 112–118. <https://doi.org/10.1007/s40664-023-00495-z>
- KSH. (2022). A rendelkezésre álló égetett szeszes italok, kávé, tea, dohány mennyisége. https://www.ksh.hu/stadat_files/mez/hu/mez0060.html?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTAAAR3p5vZ8sM6kbidNksxTCUXVrKci-FLkD17aCn10yrRze6p5I7YYfsnobow_aem_AXxStFA8iVBy-QJ1_9eFInGpLj_yTaBT1T7zSjM5OJ2F_EI-BSqHmAth64X87aGltamhrOhNHc-C8uBCL1CZAOJW
- Légrádi, L. (2001). Egészséges életmód. Módszertani Közlemények, 41(5), 195–198. http://acta.bibl.u-szeged.hu/39654/1/modszertani_041_005.pdf#page=3
- Leonardi, F. (2018). The Definition of Health: Towards New Perspectives. *International Journal of Health Services*, 48(4), 736–738. <https://doi.org/10.1177/0020731418782653>
- Medic, G., Wille, M., & Hemels, E. H. M. (2017). Short- and long-term health consequences of sleep disruption. *Nature and Science of Sleep*, 19(9), 151–161. <https://doi.org/10.2147/nss.s134864>
- Morris, P. (2019). Pflegekräfte rauchen viel. *Pflege Markt*, 72, 62. <https://doi.org/10.1007/s41906-019-0165-5>
- Németh, A. (2014). A fekvőbeteg-ellátásban dolgozó ápolók egészségi állapota és káros szenvedélyei. *Egészségfejlesztés*, 55(5–6) 34–38.
- Németh A. (2017). Ápolók táplálkozási szokásainak vizsgálata. *Nővér*, 30(1), 14–20.
- Németh, A. (2019). Ápolók táplálkozási szokásainak vizsgálata In: Németh, A. Ujhelyiné, P. & T., Irinyi T., *A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád Megyei Területi Szervezet Munkássága 2004–2019*. 575–578. Szeged: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád Megyei Területi Szervezet.
- Németh, A., & Irinyi, T. (2009). Egészségügyi szakdolgozók egészség-magatartása, orvoshoz fordulási szokásai Csongrád megyében. *Nővér*, 22(4), 32–38.
- Neumann, F. A., Mojtahedzadeh, N., Harth, V., Mache, S., Augustin, M., Zyriax, B. C. (2021). Gesundheitverhalten und –förderung von ambulanten Pflegekräften. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 17(1), 34–39.
- Ofori-Attah, B., & Németh, A. (2015). Éjszakai műszak hatásai az ápolókra. *Nővér*, 28(4), 2–8.
- Peplonska, B., Bukowska, A., & Sobala, W. (2015). Association of Rotating Night Shift Work with BMI and Abdominal Obesity among Nurses and Midwives. *Plos one*, 10(7), 1–8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133761>
- Pikó, B. (2003). Magatartástudomány és prevenció: A preventív magatartásorvoslás jelentősége. *Magyar Tudomány*, 11, 1381–1389.
- Pikó, B., & Piczil, M. (2000). „És jartunk ki segít...?” Kvalitatív egészségpszichológiai elemzés a nővéri hivatásról. *Esély*, 1, 110–120.
- Richter, K., Peter, L., Rodenbeck, A., Weess, H. G., Riedel-Heller, S. G., & Hillemacher, T. (2021). Shiftwork and alcohol consumption: a systematic review of the literature. *European Addiction Research*, 27(1), 9–15. <https://doi.org/10.1159/000507573>
- Szabó, I., & Lehota, J. (2020). „Miért olyan nehéz?” Az egészséges életmódra való áttérés akadályai és a változtatás lehetőségei – szakirodalmi feldolgozás In: Székely, Cs, Fábán, A., Joób, M., Kulcsár, L., Obádovics, Cs., Törőné, D. A., & Németh N., *Gazdaság & Társadalom* (old.6). Sopron: Soproni Egyetem Egyetemi Kiadó.
- Szépné, V. H., & Balatoni, I. (2020). Egészségügyi dolgozók sportolási szokásai az észak-alföldi régióban. *Acta Medica et Sociologica*, 11(Különszám), 55–64. <https://doi.org/10.19055/ams.2020.11/Kulonszam/5>
- Tompa, A. (2003). *Egészségtudat és tudatos egészség*. Budapest: Kossuth Kiadó; p. 43–67.

SZABADON VÁLASZTHATÓ ELMÉLETI TOVÁBBKÉPZÉSI PONT SZERZÉSI LEHETŐSÉG

Kedves Olvasóink!

Örömmel értesítjük Önöket, hogy folyamatosan biztosítjuk az e-továbbképzésekre történő jelentkezés lehetőségét a MESZK honlapján keresztül. Jelenleg három e-továbbképzési anyag érhető el a korábbi lapszámokból. Ne hagyják ki ezt a lehetőséget, és fejlesszék tudásukat a szakmai fejlődés érdekében!

Az e-továbbképzéseket az alábbi oldalon tudják elvégezni: oktatas.meszkh.hu

Üdvözlettel: A NŐVÉR Szerkesztősége

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

Az egészségügyi tankönyvek szerepe, helyzete és fejlődési irányai

VIZVÁRI László

ÖSSZEFOGLALÁS

A szerző tanulmányában az egészségügyi tankönyvek szerepét, helyzetét és fejlődési irányait vizsgálja. A tankönyvek alapvető funkciója az egységes szakmai tudás biztosítása, a klinikai döntéshozatal elméleti háttérének megalapozása és a megbízhatóság támogatása. A magyar középfokú egészségügyi oktatás tankönyvkínálata korlátozott: mindössze 15 hivatalos kiadvány áll rendelkezésre, amelyek többsége elméletközpontú és digitálisan elmaradott. A történeti áttekintés rámutat a kéziratos, enciklopédikus művektől a kompetenciaalapú, integrált és multimédiás tankönyvekig vezető fejlődési ívre. A modern fejlesztési irányok között meghatározó a kimenetorientált, protokollkövető és digitális támogatással ellátott tananyagok megjelenése. A jövőben az AI, VR/AR és gamifikáció alkalmazása nyithat új perspektívákat, amelyek lehetővé teszik a személyre szabott tanulást és a valósághű szimulációkat. A szerző következtetése szerint a tankönyvfejlesztés stratégiai jelentőségű, mivel egyszerre kell biztosítania a szakmai hitelességet, a pedagógiai hatékonyságot és a digitális innovációt.

Kulcsszavak: egészségügyi tankönyv, kompetenciaalapú oktatás, blended learning, AI, VR/AR, gamifikáció

The role, status and development directions of health textbooks

László VIZVÁRI

SUMMARY

The author's study examines the role, status, and development directions of health textbooks. The primary function of textbooks is to ensure standardized professional knowledge, to provide the theoretical foundation for clinical decision-making, and to support patient safety. In Hungarian secondary healthcare education, the range of textbooks is limited: only 15 official publications are available, most of which are theory-focused and digitally underdeveloped.

The historical overview highlights the progression from handwritten, encyclopedic works to competence-based, integrated, and multimedia textbooks. Among modern development trends, outcome-oriented, guideline-based, and digitally supported materials play a key role. In the future, the application of AI, VR/AR, and gamification may open new perspectives, enabling personalized learning and realistic simulations.

The author concludes that textbook development is of strategic importance, as it must simultaneously ensure professional reliability, pedagogical effectiveness, and digital innovation.

Keywords: health textbook, competence-based education, blended learning, AI, VR/AR, gamification

VIZVÁRI László mentőtitisz, pedagógia szakos előadó, közoktatás-vezető, Kanizsai Dorottya Katolikus Gimnázium
ORCID-azonosító:
0009-0008-2838-1024

Levelező szerző

(corresponding author):
VIZVÁRI László
E-mail:
vizvari.laszlo@gmail.com

Beérkezett: 2025. augusztus 19.
Elfogadva: 2025. augusztus 25.

 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.38.0102> | www.eLitMed.hu

A tankönyv szerepe az egészségügyi képzésben

A tankönyv az egészségügyi képzés egyik alapvető eszköze, amelynek szerepe túlmutat a pusztán ismeretátadáson. Elsődleges funkciója a *tudásrögzítés és -rendszerezés*, hiszen egységes szakmai alapot biztosít minden tanuló számára. Az azonos fogalmak, definíciók és protokollok használata az oktatás során

elősegíti az egységes képzési színvonal kialakítását. A tankönyv rendszerezett keretbe foglalja az ismereteket, ami segíti a tanulók szakmai gondolkodásának fejlődését.

Fontos szerepet játszik az *elméleti háttér biztosításában* is: a mélyebb összefüggések magyarázatával, ábrákkal, táblázatokkal és definíciókkal támogatja a megértést. A stabil elméleti alap elengedhetetlen a klinikai döntéshozatalhoz.

A tankönyv a *gyakorlati tudás előkészítésében* is meghatározó. Az elméleti tartalmakhoz kapcsolódó esettanulmányok, ellenőrző listák és útmutatók lépésről lépésre előkészítik a tanulót a gyakorlati készségfejlesztésre, amely az oktatás során a klinikai környezetben mélyül el igazán.

Mindemellett a tankönyv közvetlenül kapcsolódik a *betegbiztonsághoz és az ellátás minőségéhez*. Egy elavult tankönyv komoly kockázatot jelenthet, hiszen a hibás vagy elavult tudás átvétele veszélyezteti a betegek ellátását. A naprakész, protokoll- és irányelvkövető tankönyvek viszont biztosítják a bizonyítékokon alapuló gyakorlatot.

A tankönyvek további fontos funkciója a *folymatos tanulás és önképzés támogatása*. Nemcsak a vizsgákra való felkészülést szolgálják, hanem viszszeresíthető tudásforrásként az egész életpályán használhatók. Ezzel szorosan összefügg a *pedagógiai funkció*, amely a logikus sorrendiség, a fokozatosság elve, valamint a különböző tanulási stílusok támogatása révén segíti a tanulási folyamatot és megbízható hivatkozási alapot biztosít a tanár–tanuló közös munkájában.

A magyar középfokú egészségügyi tankönyvhelyzet

A magyar középfokú egészségügyi tankönyvhelyzet számos kihívással és ellentmondással küzd. Jelenleg 13 szakmához és 19 szakmairányhoz mindössze 15 hivatalos tankönyv áll rendelkezésre. A meglévő kiadványok elsősorban *elméletközpontúak*, a gyakorlati példák és korszerű illusztrációk száma alacsony. A tananyagfejlesztés során alkalmazott követelményrendszer nem minden esetben áll összhangban a gyakorlati képzés valós igényeivel. További nehézséget jelentenek a jogszabályi megkötések is, amelyek jelentős korlátokat szabnak a tankönyvfejlesztés számára, és megnehezítik a korszerű, gyakorlatközpontú és digitálisan is támogatható tananyagok létrehozását.

Jelentős a *digitális lemaradás* is: a könyvek többségében alig található QR-kódok, online kiegészítések vagy interaktív e-tankönyvi formátumok, és hiányzik a blended learninghez való illeszkedés is. A pedagógusok gyakran kénytelenek saját jegyzetekkel, online forrásokkal vagy külföldi könyvekkel kiegészíteni a tananyagot.

A hazai tankönyvek erőssége, hogy *szakmailag hitelesek*, egységes alapot biztosítanak a vizsgára való felkészüléshez. Törekednek a megújulásra. Gyengeségeik ugyanakkor a tankönyvhiány, a tartalmak gyors elavulása, valamint a gyakorlatorientált szemlélet hiánya.

Történeti áttekintés

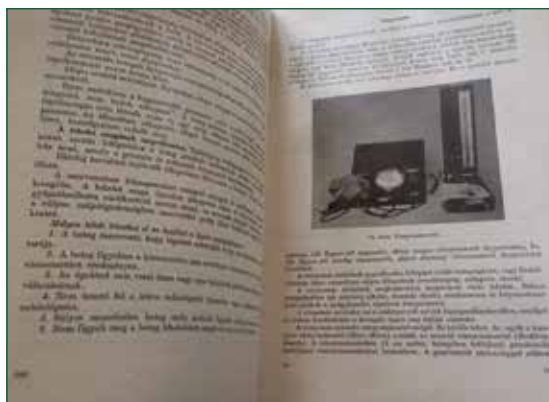
A tankönyvek fejlődése hosszú múltra tekint vissza. Az ókor és a középkor kéziratos könyvei vallási és tudományos ismereteket közvetítettek, szűk kör számára hozzáférhetően. A nyomtatás forradalma a XV–VII. században tömeges hozzáférést teremtett, az első tankönyvek főként nyelvtani és logikai tartalmakat közvetítettek. A felvilágosodás és a XIX. század idején a tankönyv az oktatás meghatározó eszközévé vált, nemzeti nyelvű és tudományos művek jelentek meg.

A *XX. század elején* az enciklopédikus, elméletközpontú tankönyvek domináltak (**1. ábra**), míg az 1960–1980-as években a helyi igényekhez igazodó sokszorosított jegyzetek terjedtek el (**2. ábra**). A rendszerváltás után, az 1990–2000-es években a piacgazdaság hatására a tankönyvkiadás diverzifikálódott, színes ábrák és munkafüzetek jelentek meg, és a szakképzésben fokozatosan teret nyertek a gyakorlati példák (**3. ábra**).

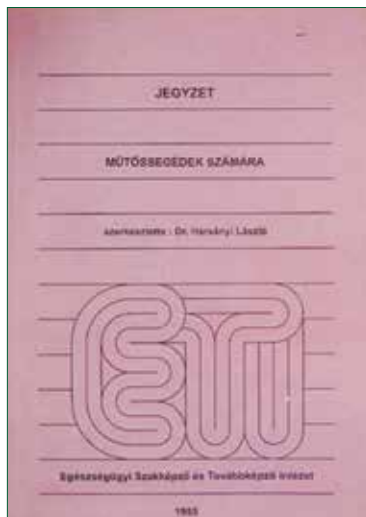
Nemzetközi tankönyvfejlesztési irányzatok az egészségügyi képzésekben

A tankönyvek az egészségügyi képzés meghatározó elemei, amelyek nem csupán tudásforrásként szolgálnak, hanem alapvetően befolyásolják a tanulók szakmai identitásának kialakulását is. A hagyományosan enciklopédikus jellegű, elméletközpontú tankönyvektől mára eljutottunk a kompetenciaorientált, multimédiás és digitálisan támogatott tananyagokig. A változásokat egyrészt a pedagógiai szemléletformálódás, másrészt az egészségügyi ellátás gyorsan fejlődő szakmai és technológiai környezete kényszerítette ki. A következőkben áttekintjük a főbb tankönyvfejlesztési irányzatokat, azok előnyeit és korlá-

1. ábra. Dr. Schwarzmann Pál: Ápolástan I–II. Medicina Könyvkiadó Zrt., 1960



2. ábra. Dr. Harsányi László: Jegyzet műtőségedek számára. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, 1995



3. ábra. Dr. Vágvölgyi Ágnes: Klinikumi ismeretek. Műszaki Könyvkiadó Zrt., 2021



és hozzájárul a tudáselemek közötti kapcsolatok felismeréséhez. Ugyanakkor az integrált tankönyvek létrehozása rendkívül összetett feladat, mivel több szakterület oktatóinak összehangolt munkáját igényli, és a szerkesztési folyamat is időigényesebb (Fogarty, 2009) (**5. ábra**).

Protokoll- és iránylevkövető tankönyvek

A betegbiztonság és a minőségi ellátás szempontjából kulcsfontosságú, hogy az oktatás naprakész, bizonyítékokon alapuló ismereteket közvetítsen. Az irányelv- és protokollkövető tankönyvek éppen ezt szolgálják: beépítik a legfrissebb szakmai ajánlásokat, amelyek a klinikai gyakorlatban is

alkalmazásra kerülnek. Ez biztosítja, hogy a tanulók olyan tudást sajátítsanak el, amely összhangban van a modern egészségügyi ellátás elvárásaival. E tankönyvek legnagyobb erénye a szakmai hitelesség és aktualitás, de egyben legnagyobb kihívása is az állandó frissítés igénye, amely nagy erőforrásokat igényel mind a kiadók, mind a szakmai lektorok részéről (Sackett et al., 1996) (**6. ábra**).

alkalmazásra kerülnek. Ez biztosítja, hogy a tanulók olyan tudást sajátítsanak el, amely összhangban van a modern egészségügyi ellátás elvárásaival. E tankönyvek legnagyobb erénye a szakmai hitelesség és aktualitás, de egyben legnagyobb kihívása is az állandó frissítés igénye, amely nagy erőforrásokat igényel mind a kiadók, mind a szakmai lektorok részéről (Sackett et al., 1996) (**6. ábra**).

Kompetenciaalapú tankönyvek

A kompetenciaalapú oktatás középpontjában a tanulási kimenetek és a gyakorlati tudás mérhetősége áll. Ennek megfelelően a tankönyvek nem csupán elméleti ismereteket közvetítenek, hanem gyakorlati feladatokkal, esettanulmányokkal és önellenőrző listákkal támogatják a tanulók felkészülését. Ez a megközelítés különösen hatékony a készségfejlesztés terén, hiszen közvetlenül hozzájárul a klinikai döntéshozatal szempontjából nélkülözhetetlen diagnózis kialakításához. Az ilyen tananyagok előnye, hogy illeszkednek a kimenetalapú képzési struktúrához, hátrányuk ugyanakkor, hogy előállításuk és karbantartásuk idő- és költségigényes folyamat, továbbá gyakran igényelnek frissítést a szakmai protokollok változása miatt (Biggs & Tang, 2011; Tóth, 2020) (**4. ábra**).

Digitális kiegészítésű nyomtatott könyvek

A nyomtatott tankönyvek és a digitális tartalmak kombinálása egyre szélesebb körben terjed. Ilyen kiegészítések lehetnek QR-kódok, webes hivatkozások, 3D modellek vagy online feladatbankok. A digitális tartalmak alkalmazása lehetővé teszi a tananyag gyors frissítését és a tanulók aktívabb bevonását. Az ilyen hibrid megoldások különösen jól alkalmazhatók a vizuális ismeretanyagot igénylő tantárgyaknál, például az anatómiában vagy a sebészeti technikák oktatásában. Korlátjuk, hogy használatuk feltételezi a megfelelő digitális eszközökhöz való hozzáférést, ami nem minden intézményben vagy tanulói körben adott (Redecker, 2017).

Integrált tankönyvek

Az integrált tankönyvek pedagógiai koncepciója abból indul ki, hogy a valós egészségügyi problémák komplex természetűek, ezért nem kezelhetők elszigetelten egy-egy tudományterület szempontjából. Ezek a kiadványok több tantárgy tudásanyagát kapcsolják össze, például egy kardiológiai fejezetben párhuzamosan jelenhet meg az anatómiai, élettani és patofiziológiai háttér, valamint a klinikai gyakorlat. Ez elősegíti a holisztikus szemlélet kialakítását,

Interaktív e-tankönyvek

Az e-tankönyvek önálló digitális tananyagok, amelyek multimédiás tartalmakkal – videókkal, animációkkal, interaktív tesztekkel – egészítik ki a hagyományos szöveges formátumot. Előnyük a rugalmasság és a folyamatos frissíthetőség, valamint az, hogy

I. táblázat. A tankönyvfejlesztés szempontjai

Típus	Fő jellemzők	Előnyök	Hátrányok	Példák/jellemző felhasználás	Mikor érdemes használni?
Kompetencia-alapú tankönyvek	Tanulási kimenetekhez igazodnak, gyakorlati feladatokkal és ellenőrzőlistákkal.	Fejleszti a gyakorlati készségeket, mérhető tanulási eredmények.	Előállításuk idő- és munkaigényes, gyakori frissítést igényelnek.	Ápolói készségfejlesztő kézikönyvek, mentőápolói tréninganyagok.	Középfokú és felsőfokú egészségügyi képzésben, gyakorlati moduloknál, szakmai vizsga előtti felkészítéshez.
Integrált tankönyvek	Több tantárgyi területet kapcsol össze egy témában.	Segíti az összefüggések megértését, komplex látásmódot ad.	Nehezebb szerkeszteni, több szakember együttműködését igényli.	„Rendszerközpontú” orvosi tankönyvek, integrált egészségügyi modulok.	Orvosi és felsőfokú egészségügyi képzésben, interdiszciplináris tárgyaknál (pl. kardiológia, onkológia).
Protokoll- és irányelv-követő tankönyvek	Beépítik a legfrissebb szakmai ajánlásokat.	Naprakész, bizonyítékokon alapuló tudás.	Gyakori frissítés szükséges.	Újraéletről, sürgősségi ellátásról szóló könyvek.	Minden szinten, de különösen sürgősségi, intenzív, diagnosztikai moduloknál.
Digitális kiegészítésű nyomtatott könyvek	QR-kódok, webes linkek, online anyagok egészítik ki a nyomtatott tartalmat.	Interaktív, rugalmas, naprakészen tartható.	Digitális eszköz igénye.	Anatómiai atlasz QR-kódos 3D modellekkel.	Közép- és felsőfok, vizuális tantárgyaknál (anatómia, műtéti technika).
Interaktív e-tankönyvek	Teljesen digitális, multimédiás, beágyazott tesztekkel.	Gazdag multimédia, rugalmas frissítés.	Eszköz- és szoftverfüggő.	Online egészségügyi tananyagok, e-learning kurzusok.	Távoktatásban, blended learning programokban, folyamatos továbbképzésben.
Gyakorlat-orientált tankönyvek	Esettanulmányok, fotóorozatok, lépésről lépésre útmutatók.	Közvetlen készségfejlesztés.	Kevés elmélyült elméleti tartalom.	Sebkötözési kézikönyvek, klinikai eljárásleírások.	Szakképzésben és gyakorlati tréningeken, vizsgafelkészítő tanfolyamokon.
Blended learninghez illeszkedő könyvek	Nyomtatott és online modulokat kombinálnak.	Kombinálja a hagyományos és modern tanulást.	Két formátum kezelése több erőforrást igényel.	Egészségügyi modulok hibrid képzésekhez.	Munka melletti képzésben, felnőttoktatásban, részidős programokban.
Nyílt oktatási forrásokon (OER) alapuló tankönyvek	Szabadon hozzáférhető, letölthető, módosítható tartalmak.	Ingyenes, frissíthető, nemzetközi adaptáció.	Minőség-ellenőrzés változó lehet.	WHO egészségügyi képzési anyagai, OpenStax anatómia.	Önképzésben, kiegészítő tananyagként, forráshiányos intézményekben.

gazdag multimédiás környezetet kínálnak a tanulóknak. Az egészségügyi képzésben jól illeszkednek a távoktatáshoz és a blended learning programokhoz, hiszen lehetővé teszik a differenciált tanulást és az önellenőrzést. Hátrányuk viszont, hogy eszköz- és szoftverfüggők, valamint a digitális kompetenciák hiánya akadályozhatja a széles körű felhasználást (Laurillard, 2013).

Gyakorlatorientált tankönyvek

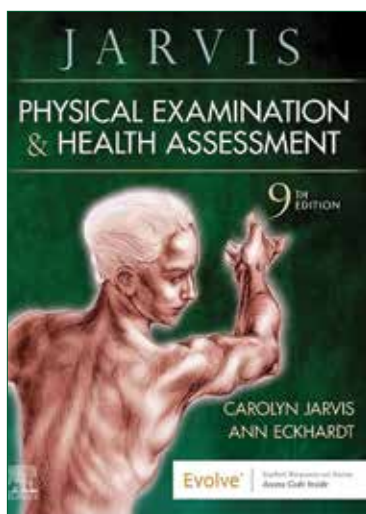
Az egészségügyi képzésben nagy hagyománya van a gyakorlatorientált tankönyveknek, amelyek fotóorozatok, esettanulmányok és útmutatók segítségével lépésről lépésre közvetítik a szakmai fogásokat. Ezek a kiadványok közvetlenül a készségek

fejlesztésére irányulnak, és gyakorlati vizsgák vagy klinikai tréningek során különösen hasznosak. Hátrányuk ugyanakkor, hogy az elméleti háttérre kevesebb figyelmet fordítanak, így a mélyebb szakmai összefüggések feldolgozása gyakran más forrásokra hárul (Kolb, 1984).

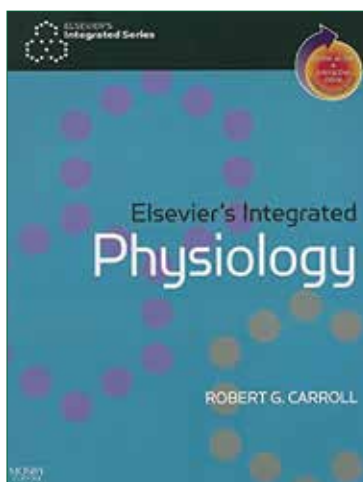
Blended learninghez illeszkedő tankönyvek

A blended learning tankönyvek a nyomtatott és az online formátum kombinációjára épülnek. Ez a megoldás lehetőséget ad arra, hogy a tanulók a hagyományos tantermi tanulást digitális modulokkal egészítsék ki, amely növeli a tanulási rugalmasságot. Különösen előnyös a felnőttoktatásban és a részidős képzésekben, ahol a tanulók sokszor munka mellett tanulnak. A ki-

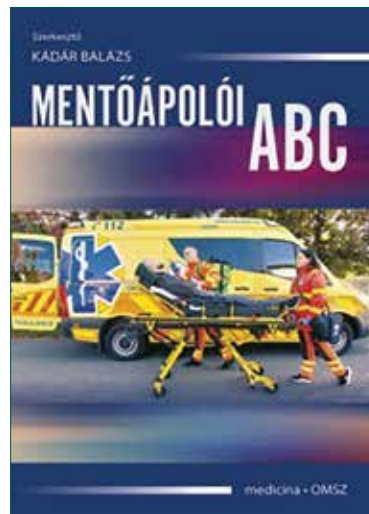
4. ábra. Jarvis: Physical Examination and Health Assessment. Elsevier (USA, UK), 2019



5. ábra. Robert G. Carroll: Elsevier's Integrated Physiology: With Student Consult Online Access Elsevier Health Sciences (USA), 2007



6. ábra. Dr. Kádár Balázs: Mentőápolói ABC. Medicina Könyvkiadó Zrt., 2025



hívás abban rejlik, hogy kétféle tananyagtipus kezelését igényli, ami mind az oktatók, mind a tanulók részéről többlet-erőfeszítést kíván (Bonk & Graham, 2006).

Nyílt oktatási forrásokra (OER) épülő tankönyvek

Az OER-alapú tankönyvek a tudás demokratizálását szolgálják. Szabadon hozzáférhetők, letölthetők és módosíthatók, így különösen hasznosak forráshiányos intézményekben és önálló tanulás során. Előnyük az ingyenesség és a frissíthetőség, ugyanakkor a minőség-ellenőrzés nem minden esetben biztosított, ami szakmai szempontból bizonytalanságot jelenthet (Wiley, 2014).

Jövőbeli irányzatok: AI, VR/AR és gamifikáció

A jövő tankönyvei várhatóan egyre inkább beépítik a mesterséges intelligencia és a virtuális valóság technológiáit. Az AI segítségével személyre szabott tananyagajánlók és adaptív feladatok jelenhetnek meg, míg a VR/AR alkalmazások lehetővé teszik a biztonságos, valóságghú gyakorlást olyan helyzetekben, amelyek a valóságban ritkán fordulnak elő vagy magas kockázatot hordoznak. A gamifikációs elemek – pontgyűjtés, szintek, jutalmak – a tanulói motiváció fenntartását segítik. Ezek a technológiák ígéretesek, ugyanakkor költségesek, technológiai eszközigényük magas, és hozzáférési egyenlőtlenségeket teremthetnek (Deterding et al., 2011) (**7. ábra**).

7. ábra. Oxford Medical Simulation - Virtuális valóság egészségügyi képzés



Összefoglalás, megbeszélés

Az egészségügyi tankönyvek a képzés meghatározó alappillérei, szerepük azonban messze túlmutat az ismeretátadáson: egységes szakmai alapot biztosítanak, előkészítik a gyakorlati készségek fejlesztését, és hozzájárulnak a betegbiztonság erősítéséhez. A magyar középfokú egészségügyi tankönyvhelyzet azonban számos kihívással szembesül: korlátozott a hivatalos tankönyv kínálat, a meglévő kiadványok túlnyomórészt elméletközpontúak, és jelentős a digitális lemaradás.

A jövő tankönyvfejlesztésének kulcsirányai a következők:

1. Kompetenciaalapú tankönyvek – a gyakorlati készségek mérhető fejlesztésére épülő tartalmak létrehozása.
2. Integrált tankönyvek – az interdiszciplinaritás előtérbe helyezése, komplex egészségügyi problémák holisztikus feldolgozása.

3. Protokoll- és irányelvkövető tankönyvek – a bizonyítékokon alapuló orvoslás (EBM) legfrissebb eredményeinek beépítése.

4. Digitális és interaktív megoldások – nyomtatott és online formátum kombinálása, multimédiás eszközök bevonása, e-learning támogatás.

5. Blended learninghez illeszkedő könyvek – hibrid tanulási környezetek támogatása.

6. Nyílt oktatási források (OER) – szabadon hozzáférhető, frissíthető tudásbázisok integrálása.

7. Jövőorientált innovációk (AI, VR/AR, gamifikáció) – személyre szabott tananyagok, virtuális szimulációk és motivációt erősítő játékos tétele.

Az egészségügyi tankönyvfejlesztés jövője nem pusztán tartalmi, hanem stratégiai és technológiai kérdés is. A szakmai közösség feladata, hogy olyan tananyagokat hozzon létre, amelyek egyszerre bizto-

sítanak szakmai hitelességet, pedagógiai hatékonyságot és digitális innovációt, ezáltal hozzájárulva a korszerű, biztonságos és nemzetközi szinten is versenyképes egészségügyi képzéshez.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnék köszönetet mondani *dr. Pápai Tibor* főiskolai docens úrnak (Simmelweis Egyetem) és *Nagy Orsolya* kiadványfejlesztési igazgató asszonynak (Műszaki Könyvkiadó Kft.), hogy javaslataikkal és ötleteikkel segítették a cikk megírását.

Érdekltségek: A szerzőnek nincsenek érdekltségei.

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

Irodalomjegyzék

- Biggs, J., & Tang, C. (2011). *Teaching for quality learning at university* (4th ed.). McGraw-Hill Education.
- Bonk, C. J., & Graham, C. R. (eds.) (2006). *The handbook of blended learning: Global perspectives, local designs*. Pfeiffer
- Deterding, S., Dixon, D., Khaled, R., & Nacke, L. (2011). From game design elements to gamefulness: Defining “gamification.” In *Proceedings of the 15th International Academic MindTrek Conference: Envisioning Future Media Environments* (pp. 9–15). ACM. <https://doi.org/10.1145/2181037.2181040>
- Fogarty, R. (2009). *How to integrate the curricula* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Corwin.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Laurillard, D. (2013). *Rethinking university teaching: A conversational framework for the effective use of learning technologies* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315012940>
- Redecker, C. (2017). *European framework for the digital competence of educators: DigCompEdu*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2760/159770>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, *312*(7023), 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Tóth, J. (2020). Kompetenciaalapú oktatás és tanulás a szakképzésben. *Új Pedagógiai Szemle*, *70*(5–6), 15–29.
- Wiley, D. (2014). *The Access Compromise and the 5th R*. Retrieved from <https://opencontent.org/blog/archives/3221>

KITEKINTÉS

Beszámoló a 8. FOHNEU Nemzetközi Kongresszusról (Cork, 2025. október 2–3.)

DR. HIRDI Henriett Éva PhD

elnök, Federation of Occupational Health Nurses within the European Union

A Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetsége (Federation of Occupational Health Nurses within the European Union, FOHNEU) által 8. alkalommal megszervezett nemzetközi kongresszus ismét jelentős szakmai fórumot biztosított a szakterületen dolgozók számára. Az Írországbán megrendezett két napos esemény a szakmai kerekasztal-beszélgetések, a plenáris előadások és a tematikus párhuzamos szekciók változatos ötvözetét kínálta, mely során a résztvevők átfogó képet kaphattak az EU-s és nemzeti szabályozások hatásáról, valamint a munkahelyi egészség területén zajló innovációkról.

A kongresszus fővédnöki tisztére minden alkalommal az Európai Parlament regnáló elnöke kerül felkérésre. E hagyománynak megfelelően az idei évben e tisztelet *Roberta Metsola* vállalta fel, ami most is erősítette a FOHNEU nemzetközi súlyát.

A kongresszust Cork polgármestere, *Fergal Dennehy*, és *Michael McGrath* a demokráciáért, igazságügyért, fogyasztóvédelemért és a jogállamiságért felelős európai uniós biztos nyitotta meg. Ezt követően a *Dr. Hirdi Henriett Éva*, a FOHNEU elnöke és *Caroline Gourley*, az Írországi Ápolónők és Szülésznők Szervezetének (Irish Nurses and Midwives Organisation, INMO) elnöke köszöntötte a személyesen megjelent 270 főt, továbbá az élő videó közvetítés révén becsatlakozott résztvevőket.

A 32 évvel ezelőtt Windsorban létrejött FOHNEU fő üzenete továbbra is az, hogy a nemzeti gazdagság alapja a munkaerő egészsége, melyben kiemelt szerepe van a foglalkozás-egészségügyi szakápolóknak, hiszen tevékenységük célja a munkaerő egészségének holisztikus javítása, ami növeli a termelékenységet, a biztonságot és a jóllétet.

A kongresszus „LEADING THE CHANGE” („Vezessük a változást”) címmel azt hangsúlyozta, hogy az ápolók vezető szerepe elengedhetetlen a pozitív változásokhoz, különösen az egészségmegőrzés és a munkahelyi jóllét területén. Ennek meg-

felelően a rendezvény fókuszában az „Empowering Occupational Health Innovation” (A foglalkozás-egészségügy innovációjának támogatása) állt, arra ösztönözve a résztvevőket, hogy legyenek nyitottak az új technológiák (például mesterséges intelligencia, az automatizáció és a robotika) alkalmazására.

A rendezvényen olyan „*tabutémák*” is előtérbe kerültek, mint a menstruáció körüli stigma, a várandóssággal (maternity) kapcsolatos támogatás hiánya és menopauza tüneteinek figyelmen kívül hagyása, melyekre fókuszálnak a nemrég indított „3Ms” munkahelyi reformprogramok. Szintén újdonságnak számít az Egyesült Királyságban indított projekt, mely a női ápolók körében átfogóan vizsgálja a distressz és öngyilkosság kérdéskörét, illetve a mentális egészségüket befolyásoló tényezőket – miután azt találták, hogy a női ápolók öngyilkossági rátája 23%-kal magasabb a nők általános populációjához képest (<https://www.nursesuicidestudy.com/>). Emellett a sokszínűség, egyenlőség, befogadás és hozzáférhetőség témaköre is hangsúlyos szerepet kapott, melyek alapvetőek a modern, inkluzív munkahelyek kialakításában. A kis- és középvállalkozások egészségügyi és jólléti problémái is fókuszban maradtak, hiszen ezekben a szervezetekben különösen fontos a hatékony és fenntartható megoldások alkalmazása. Természetesen az EU munkaerő- és szociális ügyek területén működő ügynökségek (Eurofound és EU-OSHA) aktuális felmérési eredményeinek és kampányainak ismertetése sem maradhatott el, elősegítve a jó gyakorlatok megosztását és a tudatosság fejlesztését.

A résztvevők közös álláspontja, hogy a nemzetközi együttműködés, a sokszínűség és a prevenció erősítése mind elengedhetetlen részei a jövőbeli sikeres és fenntartható foglalkozás-egészségügyi gyakorlatnak. Bízunk benne, hogy a kongresszus által elindított párbeszédetek hozzájárulnak ahhoz, hogy a munkahelyek biztonságosabbak, egészségesebbek és inkluzívabbak legyenek minden munkavállaló számára.



TÖBB VAGY, MERT TAG VAGY!

MIT NYÚJT NEKED A MESZK?



Ingyenes E-továbbképzések

Tanulj és fejlődj –
élőben vagy online,
ahogy neked kényelmes!



Állásbörze

Honlapunkon több száz,
aktuális állásajánlat közül
válogathatsz



Biztosítás

Műtét, baleset
vagy szülés?
Mi segítünk!



Kedvezmények országszerte

Telefon, szállás, bankolás
– tagként olcsóbban.



Szakmai folyóiratok

Nővér & Hivatásunk –
szakmai cikkek,
publikálási lehetőségek



Konferenciák, rendezvények

Találkozz, inspirálódj, tanulj
légy részese ingyen!



Szakmai díjak

Elismerések hivatásunk
legjobbainak!

Tudj meg többet: www.meszk.hu

A szakma mögött közösség áll. A Te közösséged!

