

# NŐVÉR



AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA  
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

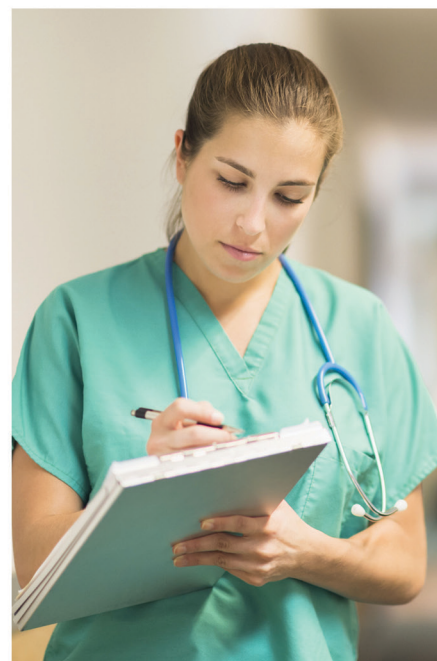
Scientific and educational journal  
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

39. ÉVFOLYAM 2. SZÁM • 2026. május 8.

## A TARTALOMBÓL

Ápolói jelenlét a fájdalommenedzsmentben

A demonstrátori támogatás hallgatói megítélése  
a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán



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





MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI  
SZAKDOLGOZÓI KAMARA

# E-továbbképzések

teljesen online • rugalmas • bárholnan elvégezhető • gyors • felhasználóbarát

Jelenleg elérhető e-kurzusaink:



**A betegellátás dimenziói: esetek, kihívások, megoldások**



**Szakmacsoportok megjelenése a gyermekellátásban**



**Holisztikus megközelítés a nők egészségéért**



**Sürgész – Online 1.**



**Naprakész tudás a műtéti ellátásban**



**Az otthon, mint gyógyító tér. Integrált ápolási megoldások**



**Intézeti gyógyszerügyi szakasszisztensek és asszisztensek**



**NŐVÉR – szakmai tudományos továbbképzés XII.**



**NŐVÉR – szakmai tudományos továbbképzés XIII.**



**NŐVÉR – szakmai tudományos továbbképzés XIV.**

[www.oktatas.meszk.hu](http://www.oktatas.meszk.hu)



Kövessen bennünket!

[www.meszk.hu](http://www.meszk.hu)

Továbbtanulás  
tavaszi lendülettel!

# 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, 2026;39(2):1-44.**

## TARTALOMJEGYZÉK

### NEKROLÓG

In memoriam Nosza Magdolna ..... 3  
*Dr. Balogh Zoltán PhD*

### ÁPOLÁSTÖRTÉNET

Az ápolói gyakorlat „evolúciója” – II. rész ..... 5  
*Sövényi Ferencné, Perkó Magdolna, Csóka Mária*

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Ápolói jelenlét a fájdalommenedzsmentben ..... 16  
*Ridinger Judit, Dr. Balogh Zoltán PhD*

A demonstrátori támogatás hallgatói megítélése  
a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán ..... 26  
*Tóth Attila Imre, Dr. Balogh Zoltán PhD*

### ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

Az autizmussal élő gyermekek szájhygiénéjének  
kihívásai – fogorvosok és dentálhigiénikusok  
szerepe a speciális ellátásban ..... 31  
*Kozma Vivien, Dr. Németh Anikó PhD*

### AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

Növényi italok helye az Okostányéron ..... 37  
*Kovács Bora, Dr. Mák Erzsébet PhD*

## CONTENTS

### NECROLOGY

In memoriam Nosza Magdolna ..... 3  
*Zoltán Balogh PhD*

### NURSING HISTORY

The “Evolution” of Nursing Practice – Part II ..... 5  
*Mrs. Ferenc Sövényi, Magdolna Perkó, Mária Csóka*

### ORIGINAL ARTICLES

Nursing Presence in the Pain Management ..... 16  
*Judit Ridinger, Zoltán Balogh PhD*

Students’ Perceptions of Demonstrator Support  
at Semmelweis University’s Faculty of Health Sciences ..... 26  
*Attila Imre Tóth, Zoltán Balogh PhD*

### REVIEW ARTICLE

Challenges in Oral Hygiene for Children  
with Autism – The Role of Dentists and Dental  
Hygienists in Specialized Care ..... 31  
*Vivien Kozma, Aniko Nemeth PhD*

### NURSING IN PRACTICE

The Role of Plant-Based Drinks in the Smart Plate ..... 37  
*Bora Kovács, Erzsébet Mák 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 Livia

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  
szemléli 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](mailto:nover@meszk.hu) címre. Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton a MESZK, 1438 Budapest, Pf. 350. címre) „Szerzői nyilatkozat”-ot is.

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

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

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

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

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

A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.

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

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Henriett Éva Hirdi PhD. Editors: Anikó Németh PhD, Katalin Papp PhD. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungary with English summaries. The Journal also offers continuing education credits in every issue. Editorial office: PoB 350., H-1438 Budapest, Hungary. This Journal is peer-reviewed and indexed in EBSCO CINAHL. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Mátésné Horváth. Phone:/Fax (36-1) 323-2070

NEKROLÓG

## In memoriam Nosza Magdolna

Mély megrendüléssel fogadtuk a szomorú hírt, hogy Nosza Magdolna, életének 87. évében, méltósággal viselt rövid betegsége után, március 25-én elhunyt.



Ápolói tanulmányait a fővárosban működő Vámosi Ilona Ápoló és Szülésznő Iskolában 1958-ban kezdte, majd pályafutását végzett ápolóként a Szent István Kórházban folytatta a sebészeti ellátás területén. Megszerzett munkatapasztalata, választott hivatásához fűződő viszonyulása révén hamar kitűnt munkatársai közül. Nyitott volt a világra, ezért kezdett angolul tanulni. Tudását idegenvezetőként kamatoztatta, de az „élete az ápolásé volt”. Kollégái, szakmai vezetői az ápolásoktatás felé terelték.

Az Orvostovábbképző Intézet Egészségügyi Főiskolai Karának 1975. évi megalapítása után a szakoktatói képzés első induló évfolyamának tagja lett. Elsők között szerzett egészségügyi főiskolai oklevelet e szakon.

A végzés után, 1978-ban új kihívások elé nézett. Felkérték a Budapesten, a Vas utcában működő Ballassa János Kórház klinikavezető főnővérének (mai szóhasználattal ápolási igazgatójának), ahol 1986-ig dolgozott, mindemellett bekapcsolódott az akkor már szakközépiskolai szintű ápolóképzésbe is.

Elnökségi tagja volt a Magyar Kórházszövetségnek, 1981-ben pedig felkérést kapott a Magyar Kórházszövetségben belül működő Ápolási Szekció kialakítására és vezetésére. Angol nyelvtudása és megszerzett további végzettségei, valamint az Egyesült Királyságban szerzett nemzetközi tapasztalatai révén kiemelt szerepet játszott a hazai ápolásügyi rendszer fejlesztésében, új elvek, módszerek hazai meghonosításában, életútja során két ízben vállalt szerepet az Egészségügyi Minisztériumban.

A rendszerváltás évében kiemelt szerepe volt a Magyar Ápolási Egyesület létrejöttében, amelynek alapítója. Ezt tekintette élete egyik fő szakmai művének.

Munkássága iskolateremtő, hiszen az ő szakmai irányításával indult el Magyarországon az első

négyéves főiskolai szintű diplomás ápolóképzés az Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán az 1989/1990-es tanévben. Ezt tekintette élete második, maradandó szakmai művének. Számos könyv, szakmai cikk kötődik hozzá. Kiemelt szerepe volt az otthoni szakápolási rendszer hazai megteremtésében is. Főiskolai docensként vonult nyugállományba, de kapcsolata nem szakadt meg tanítványaival, kollégáival. Ha kellett, kiállt az ápolók és az ápolás mellett! Az ápolást nem csupán munkaként, hanem életcélként élte meg: „Tényleg az ápolás volt az életem” – mondta ezt számos alkalommal.

A Magyar Ápolási Egyesület által alapított Kosuth Zsuzsanna-díjat elsőként vehette át 1999-ben. Ugyancsak elsőként vehette át iskolateremtő munkásságáért a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara által alapított az Ápolás Hivatásáért Díjat 2021-ben.

Életpályája és munkássága példaképpül szolgál a jelen és jövő ápolóinak.

Köszönjük, hogy köztünk, velünk voltál, értünk és az ÁPOLÁS ügyéért dolgoztál. Köszönjük, hogy terveztél, szerveztél, tanítottál. Köszönjük, hogy velünk voltál ünnepségeinken, de ha kellett, a megmozdulásainkon is.

A MESZK Országos Elnöksége és tagsága, a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar dékáni vezetése, az Ápolástan Tanszék oktatói és volt hallgatói, valamint a Magyar Ápolási Egyesület vezetése és tagsága nevében fájó szívvel búcsúzunk!

Nyugodj békében és Florence Nightingale lámpásának fénye világítsa be égi utadat! Emlékedet kegyelettel őrizni fogjuk, s megígérjük, hogy tanításaid felhasználva megkezdett munkádat folytatjuk és továbbadjuk.

Dr. Balogh Zoltán

## ÁPOLÓK NEMZETKÖZI NAPJA 2026 AZ INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES ÜZENETE

Május 12-én világszerte az ápolók munkáját ünnepeljük, tisztelegve Florence Nightingale születésnapja előtt. Az Ápolók Nemzetközi Napja minden évben lehetőséget ad arra, hogy reflektorfénybe kerüljön az ápolói hivatás nélkülözhetetlen szerepe az egészségügyi rendszerek működésében és a társadalom jóllétének fenntartásában.

A 2026-os évben az International Council of Nurses (ICN) kampánya ismét arra hívja fel a figyelmet, hogy az ápolók nem csupán az ellátás „végrehajtói”, hanem kulcsszereplők az egészségmegőrzésben, a betegbiztonságban és az egészségpolitikai döntéshozatalban is. Az ICN hangsúlyozza: az egészségügyi rendszerek fenntarthatósága elképzelhetetlen megfelelő számú, jól képzett és megbecsült ápolói munkaerő nélkül.

Az idei üzenet középpontjában az ápolók megerősítése, megtartása és szakmai fejlődésének támogatása áll. A világ számos országában továbbra is komoly kihívást jelent a munkaerőhiány, a kiégés és a pályaelhagyás. Az ICN ezért olyan intézkedéseket sürget, amelyek javítják a munkakörülményeket, elősegítik a mentális egészség védelmét, valamint biztosítják a folyamatos szakmai fejlődés lehetőségét.

Külön hangsúlyt kap az ápolók vezetői szerepe is. A modern egészségügyben az ápolók egyre gyakrabban vesznek részt kutatásokban, innovációk bevezetésében és komplex ellátási modellek kialakításában. Ez a szerepvállalás nemcsak a szakma presztízsét növeli, hanem közvetlenül hozzájárul a betegek jobb ellátásához is.

Az Ápolók Nemzetközi Napja tehát nem csupán ünnep, hanem felhívás is: a döntéshozók, az egészségügyi intézmények és a társadalom egészének közös felelőssége, hogy támogassa az ápolókat mindennapi munkájukban. A megbecsülés, a megfelelő erőforrások és a szakmai autonómia biztosítása elengedhetetlen ahhoz, hogy az ápolók továbbra is magas színvonalon láthassák el hivatásukat.

2026-ban is érdemes megállni egy pillanatra, és elismerni azt az elkötelezettséget, szakértelmet és emberséget, amely az ápolói pályát jellemzi – hiszen nélkülük nincs működő egészségügy.

(Forrás: <https://www.icn.ch/news/icns-call-international-nurses-day-2026-empower-nurses-save-lives>)



# Az ápolói gyakorlat „evolúciója” – II. rész

SÖVÉNYI Ferencné, PERKÓ Magdolna, CSÓKA Mária

## ÖSSZEFOGLALÁS

A közlemény az ápolói gyakorlat fejlődésének második szakaszát tekinti át, különös hangsúllyal a modern ápolás fogalmi rendszerének, az ápolási folyamatnak, az ápolóképzés megújulásának és az ápolás jogi-szakmai megerősödésének hazai mérföldköveire. A történeti áttekintés bemutatja, hogy a XX. század közepétől az ápolás a cselekvésközpontú tevékenységből fokozatosan problémamegoldó, elméletileg megalapozott, dokumentált és önálló szakmai gyakorlattá vált.

**Kulcsszavak:** ápolástörténet, ápolási folyamat, ápolóképzés, kompetencia, ápolási dokumentáció, szakmafejlődés

## The “Evolution” of Nursing Practice – Part II

Mrs. Ferenc SÖVÉNYI, Magdolna PERKÓ, Mária CSÓKA

## SUMMARY

This paper reviews the second phase in the development of nursing practice, with special emphasis on the emergence of modern nursing concepts, the nursing process, the renewal of nursing education, and the legal-professional consolidation of nursing in Hungary. The historical overview demonstrates that, from the mid-20th century onward, nursing gradually evolved from a task-oriented activity into a problem-solving, theory-based, documented, and autonomous professional practice.

**Keywords:** nursing history, nursing process, nursing education, competency, nursing documentation, professional development


## Levelező szerző

(corresponding author):  
SÖVÉNYI Ferencné

E-mail:  
sovenyi.ferencne39@gmail.com

Beérkezett: 2025.05.31.

Elfogadva: 2026.03.13.

 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.39.0006> | [www.eLitMed.hu](http://www.eLitMed.hu)

*„Ne veszítsünk el semmit a múltból.  
Csakis a múlttal alkothatjuk a jövőndöt.”  
(A. France)*

## Ismerkedés a „modern ápolással”, az ápolási gyakorlat és elmélet új fogalmaival

Ezt az időszakot egyszerűen illehetjük „az ápolásról egyszer másként” kifejezéssel. A már meglévő, mindennapi ápolási beavatkozások gyakorlati ismeretein túl ezekben az években kezdtük lépésről lépésre megismerni, elsajátítani az ápolás fogalmi rendszerét, magát az ápolási folyamatot és annak működését. Mondhatjuk azt is, hogy már az elődök által összegyűjtött gyakorlati és tudományosan alátámasz-

tott ismereteket egy „csokorban” ismerhettük meg, majd ültethettük át az ápolás mindennapi gyakorlatába. Kövessük ennek az útnak a lépéseit!

Az európai ápolóképzés történetében a XX. század első harmadára tehetjük azt a jelentős változást, ahonnan az ápolási gyakorlatban a mindennapos ápolási beavatkozások mellett a hangsúly már kezdett áthelyeződni a „problémamegoldásra.”

Néhány évtizedre volt szükség ahhoz, hogy az ápolás gyakorlata saját elméleti alapokon nyugodjon, és fokozatosan kialakuljon saját fogalmi rendszere. Ehhez nagymértékben hozzájárult *Virginia Henderson* „bíres könyvecskéje”, amelyet az Ápolók Nemzetközi Tanácsa közkinccsé tett a világ ápolói számára (Henderson, 1986) (1. ábra). E dokumentum értékét külön növelte a WHO Expert Committee on Nursing első üléséről (1950. február) készült jelentés sokat idézett megállapítása, amely szerint: „Sok olyan országban, ahol a gyógyítás magasan fejlett, de az

**1. ábra.** Virginia Henderson: Az ápolás alapelvei című kiadvány magyar nyelvű kiadása. (Forrás: Magyar Kórházszövetség, 1986)



**2. ábra.** Jean Heath és Gladys M. Law: Az ápolási folyamat – Vajon mi az? (Forrás: EM Gazdasági Igazgatósága Nyomdaüzem, 1986)



**3. ábra.** Az ápolási folyamat szemléltetése karikatúrával. (Forrás: EM Gazdasági Igazgatósága Nyomdaüzem, 1986)



ápolás nem, a lakosság egészségi állapota nem tükrözi a gyógyászat fejlett szintjét.” (WHO, 1991).

A XX. század közepére új szemlélet honosodott meg: a ma már hazánkban is elfogadott ápolási folyamat négy-, illetve ötlépcsős modellje, amelyet az Egészségügyi Világszervezet is ajánlott a tagországoknak (WHO, 1991).

Hazánkban ennek a folyamatnak a kezdete csak az 1980-as évek közepére, végére tehető. Ebben az időszakban adta ki az Egészségügyi Minisztérium – a Magyar Kórházszövetség „szakmai” támogatásával – az ápolási folyamatot nagyon egyszerűen, érthetően és szemléletesen bemutató kiadványt, mindössze 200 példányban. Az ápolás vezetői, szakoktatói olyan érdeklődést tanúsítottak az új gondolatokat tartalmazó könyvecske iránt, hogy hamarosan újabb 500 példányt nyomtattak. Ez arra utalt, hogy többen fogadták el az új szemléletet, mint ahányan az újjal szembeni ellenállás miatt elutasították (2. ábra).

Az ápolási folyamat elnevezést elsőként Lydia Hall használta. Az ápolási folyamat mint módszer az Amerikai Egyesült Államokból ered, és az Egészségügyi Világszervezet közreműködésével terjedt el Európában (WHO, 1991).

A „Nursing process” cím alá nem véletlenül került a *What is it?* visszakerdezés. Az angol kiadvány karikatúrával érzékelteti egyrészt az újjal szembeni ellenállást, másrészt a módszer „egyszerűségét” (3. ábra).

Az ápolási folyamat gyakorlati modelljét – az 1950-es évektől az 1970-es évekig – háromtól a jelenleg alkalmazott ötlépcsős formáig dolgozták ki és alkalmazták.

Virginia Henderson 1955-ben már úgy fogalmazott, hogy az ápolás tevőleges, önálló tevékenység, és kijelentette, hogy az ápolási folyamat ugyanazokat a lé-

péseket használja fel, mint a tudományos módszerek (Henderson, 1986). Hazánkban ez, mint később látni fogjuk, közel fél évszázaddal később történt meg.

Az ápolási folyamat alapvetően problémamegoldó folyamat, amely magában foglalja a tudományos módszerek alkalmazását.

A harmadik kötet valójában a „korona” volt, hiszen nagyon egyszerűen szemlélteti, hogyan kell a gyakorlatban megjeleníteni az ápolási folyamatot; a kötetek így kiegészítik egymást, és testet öltenek az írásos ápolási dokumentumban (4. ábra).

Ezek a kiadványok alapozták meg hazánkban az ápolásról való új gondolkodást, az új terminológia elsajátítását, megértését és végül elfogadását. Elősegítették a korábban elsősorban cselekvő jellegű ápolás további fejlődését; ez később megjelent az oktatásban, a gyakorlatban, sőt – mint látjuk – idővel a jog is megerősítette.

## Kitekintés a „nagy világba” és a nagy döntések éve

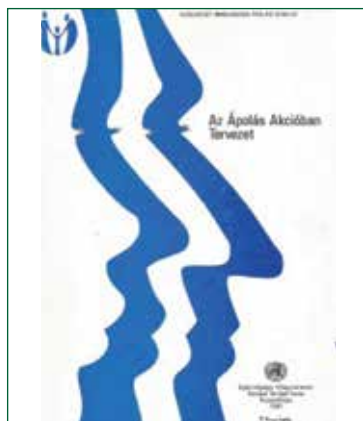
Az 1980-as évek történései jelentősen hozzájárultak a magyar ápolás fejlődéséhez. Ezek közül kettőt emelünk ki: az egyik a Magyar Ápolási Egyesület megalakulása, majd visszatérése az ICN-be; a másik az Egészségügyi Világszervezet ápolási részlegével való egyre szorosabb együttműködés volt (ICN, 2002; WHO, 1991).

Az 1980-as évek közepétől egyre többször került terítékre az ápolás gyakorlatának újraorientálása. Sürgető igény jelent meg az ápolóképzés megváltoztatására. Végül csak olyan minimális változtatások történtek, amelyek az ápolás gyakorlatára közvetlenül még nem hatottak.

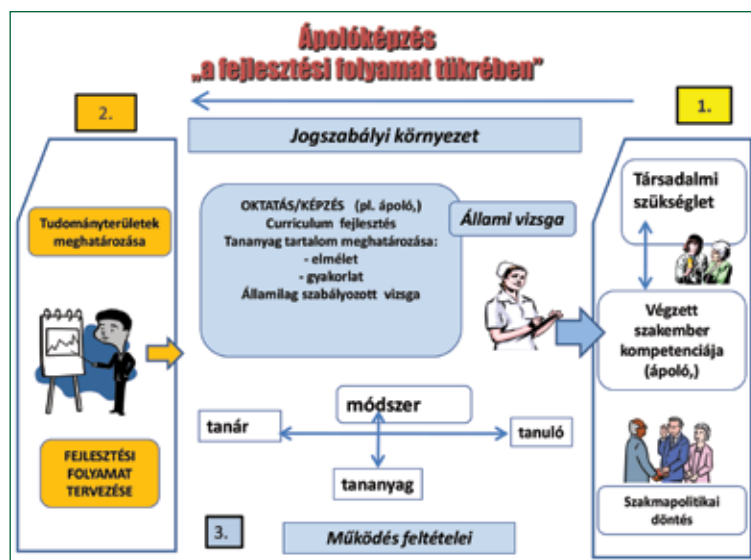
**4. ábra.** Jennifer M. Hunt, Diane J. Marks-Maran: Az ápolási tervek, az ápolási folyamat működés közben. (Forrás: EM kiadványa, 1987)



**5. ábra.** Az ápolás akcióiban című WHO-dokumentum magyar kiadása. (Forrás: WHO, 1991)



**6. ábra.** A konszenzusteremtés sematikus modellje az ápolóképzés fejlesztésében. (Forrás: Sövényi Ferencné saját szerkesztése)



Ebben az időszakban már érződött a későbbi változás szele: csökkent a képzetlenek számára korábban természetes munkavállalási lehetőség, miközben nőtt az érettségizett fiatalok száma. Sürgős átmeneti megoldásokat próbált keresni az Állami Bér- és Munkaügyi Hivatal (ÁBMH). Az egészségügy számára lehetőség nyílt arra, hogy állami forrásból, érettségire épülő, nappali képzés keretében ápolói tanfolyamokat szervezzen. Újra megcsillant a régi, kétéves képzés reménye az ápolás gyakorlatának újraorientálásában.

Az 1990-es évek az EU-tagságra való felkészüléssel teltek. Hamar kiderült, hogy az ápolóképzés és a magyar ápolók szakmai szintje az egyik gyen-

ge pontja az „EU-konformitásnak”. Az akkori európai előírás lényege az volt, hogy az ápolóképzés – ahol lehetséges – érettségire épüljön, összes óraszámja 4600 óra legyen, és az elméleti, illetve gyakorlati oktatás aránya 50-50%-ot tegyen ki (WHO, 1991).

Ebben az időben készült el az a WHO Euro-dokumentum is, amelynek főbb ajánlásai segítették a tagállamok döntéshozóit. Ezek között szerepelt az ápolás küldetésének és funkcióinak meghatározása, az ápolói alapképzés tantervének felülvizsgálata és megújítása, az ápolás gyakorlatának átalakítása, az ápolásoktatók és ápolásvezetők felkészítése, valamint az ápolás törvényi szabályozása (WHO, 1991) (5. ábra).

A híres magyar döntés dokumentuma, a JÁV/5373/1991. számú határozat, konszenzust élvezve rendelkezett arról, hogy az ápolóképzés kétszintű legyen. Az addig már működő főiskolai diplomás ápolóképzés mellett működjön az érettségi utáni hároméves képzés, és a két szint között legyen átjárhatóság.

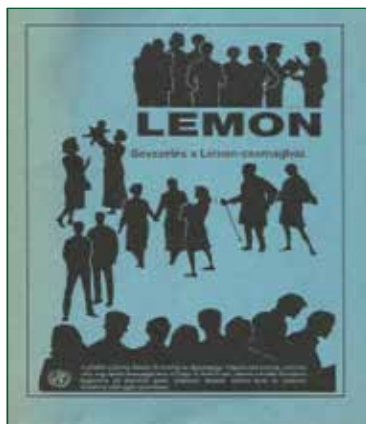
Ezt a döntést hosszú ideig hazánkban dolgozó külföldi szakértő támogatásával végzett fejlesztőmunka előzte meg. A workshopokon elhangzott előadások és csoportos megbeszélések alapján rajzolódott ki az új ápolóképzés és annak gyakorlata. A fejlesztési folyamat konszenzusteremtéssel, a „három lépés, sok

apró lépéssel” modellben valósult meg (6. ábra).

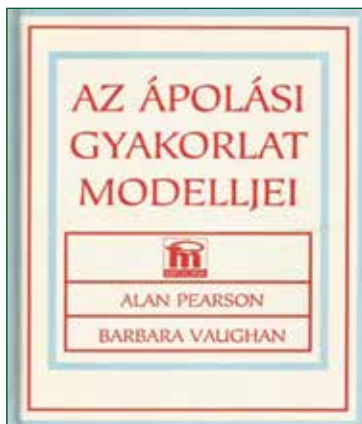
Az első lépés a társadalmi szükséglet felmérése: milyen kompetenciával ellátható szakemberre van szükség, és a folyamat végül szakmapolitikai döntéssel zárul. A második lépés a tudományterületek meghatározása, vagyis annak kijelölése, mit kell tanítani, valamint a teljes fejlesztési folyamat megtervezése. A harmadik lépés valójában az „apró lépések” sokaságát foglalja magában a kitűzött cél elérése érdekében.

A 6. ábra bármilyen új képzés indítása előtt hasznos „mérőeszköz” lehet. Megmutatja, hogy partikuláris érdekből vagy valós „társadalmi szükségletre” épülő képzés megalapozásáról van-e szó.

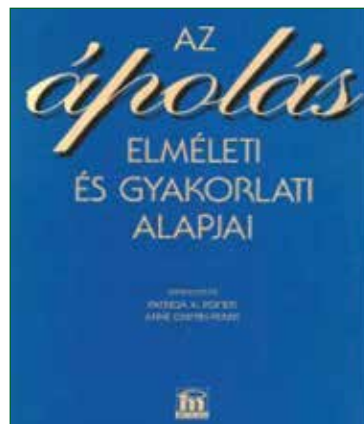
**7. ábra.** Bevezetés a Lemon-csomaghoz, Útmutató a tanár és a segítő számára. (Forrás: Medinfa – Országos Orvostudományi Információs Intézet Könyvtár, EVSZ Dokumentációs Központ)



**8. ábra.** Az ápolási gyakorlat modelljei című kötet borítója. (Forrás: Pearson és Vaughan, 1995)



**9. ábra.** Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai című tankönyv. (Forrás: Potter és Perry, 1996)



## A „Lemon”, azaz Learning material on nursing

Az Egészségügyi Világszervezet egyik projektje volt az ápolási tananyag biztosítása Közép- és Kelet-Európa, valamint a korábbi Szovjetunió független államai ápolói számára. A 12 füzetből álló csomagot az 1990-es évek elején az egyes országok hivatalos nyelvén bocsátották rendelkezésre és további terjesztésre. Az ápolóképzést folytató iskolák tanulói és a kórházak ápolói térítésmentesen kapták meg (WHO, é. n.) **(7. ábra)**.

Ez az ápolóknak és szülésznőknek készült oktatási csomag a maga idejében azért bírt nagy jelentőséggel (bár tartalmát illetően az oktatók körében nem aratott osztatlan sikert), mert felhívta Közép- és Kelet-Európa, valamint a korábbi Szovjetunióból alakult független államok ápolóinak és szülésznőinek figyelmét arra, hogy markánsabban vegyenek részt az „Egészséget mindenkinek!” célkitűzés megvalósításában. Az ápolók az egészség fontos forrásai lehetnek; ezt már sokan felismerték, és a WHO számos alkalommal megerősítette elkötelezettségét az ápolóság és a szülésznőség megerősítése iránt (WHO, 1991).

## A könyvek évtizede, avagy amikor a „könyvek mesélve tanítanak”

Az ápolás újraorientálása – a négy klasszikus nagy területen, vagyis az ápolási gyakorlatban, az ápolás oktatásában/képzésében, az ápolás vezetésében/írás-

nyításában és az ápoláskutatásban – szerencsére egy időben kezdődött. Ezzel párhuzamosan a Medicina Könyvkiadó „új iránti” érzékenységének köszönhetően valamennyi terület oktatási anyaggal való ellátása is megkezdődött.

Az ápolási gyakorlat elméleti megalapozásában fontos szerepet töltött be *Alan Pearson* és *Barbara Vaughan* munkája, amely segítette az ápolási modellek rendszerezett megértését (Pearson & Vaughan, 1995) **(8. ábra)**.

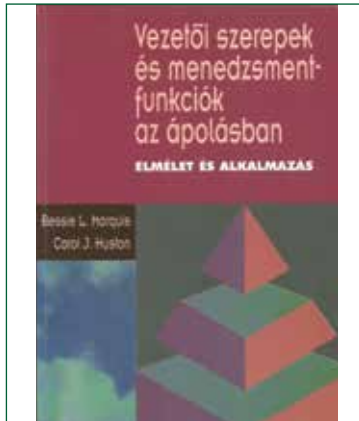
Az 1996-ban megjelent „Potter-tankönyv” méltán vált a betegápoló-képzés „kék bibliájává”. Ez volt az első Magyarországon megjelent olyan szakkönyv, amely komplexen tartalmazta az ápolás elméletét és gyakorlatát, az ápolási folyamat megvalósításától az ápolói gyakorlat alapkészségein át az egészséges és beteg ember gondozásáig. Tehát az oktató és a tanuló egyetlen könyvben találta meg az ápolástan alapvető elveit, gyakorlatát és technikáit. Felépítésében az egyszerűtől halad a bonyolult felé, nyelvezete érthető, az ábrák pedig vizuális értékükkel jelentősen segítették a megértést és a tartalom elsajátítását. Mindezen értékei miatt nagyon hamar sikerkönyvvé vált, és valamennyi oktatási intézmény használta, illetve használja ma is az ápolóképzésben (Potter & Perry, 1996) **(9. ábra)**.

A *Barbara Fuszard* által szerkesztett kötet üzenete az volt, hogy megváltoztak a hallgatók, az ápolástudomány, valamint az ápolási gyakorlat és technika, ezért az ápolás innovatív tanítási-tanulási módszereket igényel. Az ápolástant oktatóknak a tanításban folyamatosan új utakat kell keresniük, a hangsúlyt a kreativitásra helyezve (Fuszard, 1997) **(10. ábra)**.

**10. ábra.** Innovatív tanítási módszerek az ápolásban. (Forrás: Fuszard, 1997)



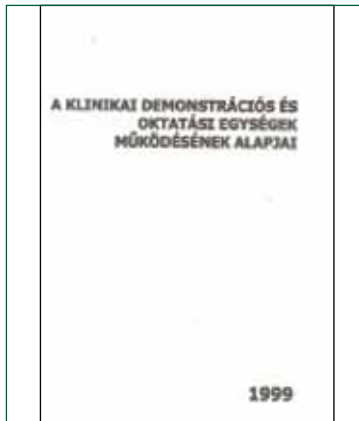
**11. ábra.** Vezetői szerepek és menedzsmentfunkciók az ápolásban. (Forrás: Marquis és Huston, 1999)



**12. ábra.** Kutatómunka az ápolásban. (Forrás: Dempsey és Dempsey, 1999)



**13. ábra.** A klinikai demonstrációs és oktatási egységek működésének alapjai. (Forrás: Csontos, 1999)



## Demonsból a klinikai demonstrációs és oktatási egységbe

Az ápolás erősen gyakorlatorientált hivatás, ebből törvényszerűen következik, hogy az ápolóképzésben kiemelt helye és szerepe van a gyakorlati feladatok elsajátításának. Ennek színtere az 1980-as évek végéig a demonstrációs terem és a tanítókórterem volt.

Az 1990-es évek elején – elsősorban nemzetközi szakértők hatására – megjelent a klinikai demonstrációs és oktatási egység (KDOE) fogalma, mint a gyakorlati oktatás megújításának szimbóluma. A tanítókórterem és a KDOE alapjaiban megegyezik, a különbség a feladatok meghatározásában van. A tanítókórtermi gyakorlatot a műszakok szerinti feladatelsajátítás jellemezte. A KDOE alapfilozófiája olyan gyógyító környezet, amely modellként szolgál a betegellátás és a klinikai gyakorlati oktatás/képzés számára. A gyakorlóléhszín elsajátítható feladatok egész sora az „ápolási folyamatba” illeszkedve, ápolási dokumentumban realizálódik (Csontos, 1999) (13. és 14. ábra).

A KDOE – eltérően a tanítókórterem feladataitól – túlmutat a „csak gyakorlóléhszín” funkción.

A felsőoktatás nagy léptékű módszertani megújulását jelentette a páciensszimulátorra (METI Baba) épülő, tanóraszerű gyakorlati oktatás bevezetése a nem orvosi szakemberek képzésében. A szimuláció nem csupán oktatástechnológiai eszköz, hanem olyan didaktikai módszer, amely minimálisra csökkenti a valódi betegellátás kockázatát. Híd a demonstrációs termi gyakorlat és a betegágy melletti gyakorlat között, ezért a klinikai szimuláció tantárgy a főiskolai kar valamennyi egészségügyi tudományi képzésének (ápolók, mentőtisztek, szülésznők, gyógytornászok, dietetikusok, védőnők, népegészségügyi ellenőrök, képződiagnosztikai analitikusok és optometristák) tantervében megjelent (Csóka & Vingender, 2010) (15. ábra).

A létrehozott klinikai szimulációs laboratórium egy valóság-hű sürgősségi betegellátó egységnek fe-

Az ápolásvezetés és menedzsment területén szintén meghatározóvá vált a korszerű szemléletű szakirodalom megjelenése. A vezetői szerepek és menedzsmentfunkciók rendszerezett bemutatása segítette az ápolási vezetés professzionalizálódását (Marquis & Huston, 1999) (11. ábra).

Az ápoláskutatás hazánkban viszonylag későn indulhatott, hiszen sokáig hiányoztak a feltételei. Ápoláskutatásról az 1990-es évek elejéig – ellentétben más szakterületekkel – tananyag egyáltalán nem állt rendelkezésre. A szerzők a könyvet hármassal ajánlották: végigvezetni az olvasót a kutatás folyamatán, a tudományos szempontú kritikai értékelésen, valamint a kutatási eredmények gyakorlati alkalmazásához vezető úton (Dempsey & Dempsey, 1999) (12. ábra).

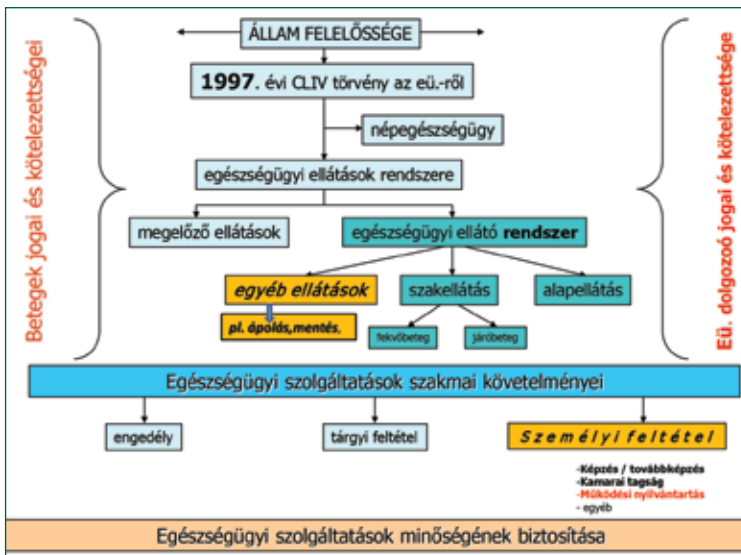
**14. ábra.** A Klinikai demonstrációs és oktatási egységek feladatrendszerének összefoglalása. (Forrás: Csontos, 1999)

- A Klinikai Demonstrációs és Oktatási Egységeknek (KDOE) feladata, biztosítani, hogy az ott dolgozók
- ápolási tevékenységükben érvényesítsék a korszerű, individualizált és színvonalas ápolás és oktatás követelményeit,
  - ehhez szükséges ismereteket folytonosan bővítsék,
  - kidolgozzák az adott szakterületnek leginkább megfelelő ápolási modellt, vagyis kutatást is kell végezniük,
  - a kutatás eredményeit a gyakorlatban megvalósítsák,
  - az összegyűjtött tapasztalatokat értékeljék és szélesebb körben terjesszék.

**15. ábra.** Szimulációs gyakorlat a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán. (URL1)



**16. ábra.** Az ápolás helye az egészségügyi törvény rendszerében. (Forrás: Sövényi et al, 2018)



lel meg, ahol a „high-fidelity”, azaz eredetileg nagyon hű reprodukciójú szimulátorok testesítik meg a beteget. Elvégezhető a „beteg” komplex ellátásához szükséges beavatkozások (monitorozás, EKG-készítés, pulzoximetria, oxigénterápia, hólyagkatéte-

rezés, gyomorszondázás, injekciózás, infúziós, transzfúziós terápia, intubáció, defibrillálás stb.) és a fizikális vizsgálatok.

### Széles értelemben vett ápolás és gyakorlata, a két „emlékezetes” év

Az első emlékezetes év 1989, amikor végre az ápolás előtt is megnyílt a főiskola „kapuja”, és megindult a diplomás ápolóképzés. Sajnos hibás gondolkodásból később „trónfosztás” történt azzal, hogy más főiskolai végzettségűnél sincs a diplomás jelző. A döntést hozók egyet felejtettek el, nevezetesen azt, hogy „csak” az ápolásban van azonos megnevezéssel többszintű képzés. Valójában a „diplomás” jelző fejezte ki a szakmai különbséget az eltérő szinten végzett ápolók között (Sövényi et al., 2023).

A második különleges év 1997. Hazánkban ekkor kapott az ápolás gyakorlata önálló paragrafust a törvényben. Benne visszatükröződik az ICN akkor elfogadott ápolásmeghatározása, az ápolás és orvoslás viszonya, az ápolási folyamat és annak kötelező dokumentálása is (1997. évi CLIV. törvény; ICN, 2002).

Lapozzuk fel a jelenleg hatályos, 1997. évi CLIV. törvényt az egészségügyről, ahol a 4. cím alatt az egyéb egészségügyi ellátásokat szabályozza (93–106. §). Tehát az orvosi ellátások mellett az ápolás és más ellátások is szerves részét képezik az egészségügyi ellátásnak, és törvény írja elő az ápolás dokumentációját is (1997. évi CLIV. törvény) (16–19. ábra).

Az ápolás gyakorlatát visszatükröző ápolási dokumentumnak három alapvető funkciója van. Először a beteg védelmét, másodlagosan az ápolót, harmadlagosan pedig az ápolói hivatását szolgálja. Ez utóbbi az ápoláskutatás egyik feltétele is (Sövényi et al., 2018).

Az ápolókat gyakran illették a „láthatatlan” foga-

17. ábra. Az ápolás az egyéb egészségügyi ellátások között. (Forrás: Sövényi Ferencné saját szerkesztése)



18. ábra. Az ápolás törvényi meghatározása. (Forrás: Sövényi Ferencné saját szerkesztése)



19. ábra. Az ápolás és az ápolók törvényi hitelessége. (Forrás: Sövényi Ferencné saját szerkesztése)



lommal, mert hosszú ideig alig maradt írásos nyoma mindennapi tevékenységüknek. Valójában az ápolás itt lett a „láthatóság” szintjén elismert. Hátravan azonban még a finanszírozás rendszerén belüli elismerés: ott is láthatóvá kell tenni például a kórházi ellátás 24 órás ápolói ottlétét és az ápolói szolgáltatást.

## Kompetencia és az ápolás gyakorlata. Ápolás és orvoslás viszonya

Egy összesűrített mondatban így írható le a két eltérő feladatú diszciplína: „Együtt az emberért, a betegért.”

Az orvoslás elsősorban a betegségekkel foglalkozik, mélyben kutat, okot keres és gyógyításra koncentrálnak. Az ápolás beteg emberrel foglalkozik, és az ok-okozat átmeneti vagy végleges megoldására törekszik.

A különbözőség mellett közös jellemzőik is vannak. Ilyeneket találunk a beavatkozások területén, ahol nem a végzettségi szint, hanem a szakma szabálya érvényesülhet. Nincs „orvosi szintű” vagy „BSc-végzettségű ápolói” injekciózás vagy vérvétel; minden esetben egyetlen vezérelv van: a szakszerűség és a jogosultság.

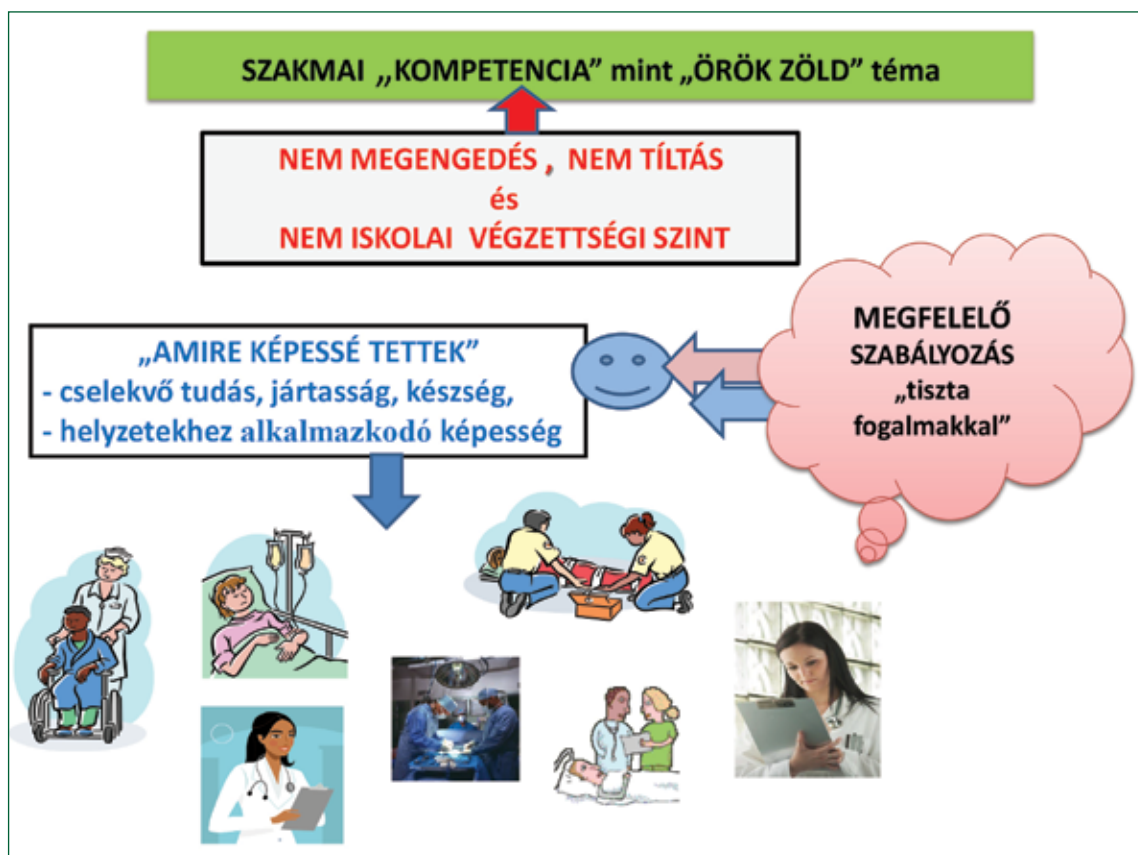
A kompetencia napjainkban az ápolás területén is gyakran használt, ugyanakkor félreértésre és vitára alkalmas fogalom. Félő, hogy tartalmát illetően hamarabb „elkopott”, mint ahogy használói megfelelően értelmezték volna. A probléma gyökere valószínűleg abban is keresendő, hogy a gyönyörű magyar nyelvünkben a kompetencia kifejezést több rokon értelmű és egymás tartalmát kiegészítő szóval szoktuk jellemezni. A latin eredetű szó fordítása több rokon értelmű kifejezést ölel fel: alkalmaság, ügyesség, illetékesség, hatáskör, tevékenységre való jogosultság, szakértelem, hozzáértés, valamint az adott tevékenység elvégzéséhez szükséges tudás, jártasság és készség.

Tegyük egy kis kitérőt a problématerületre. A kompetencia fogalom meghatározására irányuló próbálkozások egyaránt azt a benyomást keltik az emberben, hogy a kompetencia fogalmának talán nincs is univerzális definíciója. Minden szerző tulajdonképpen maga dönti el, melyik meghatározást fogadja el.

Az Európa Tanács szakértője, Coolahan szerint a kompetenciát olyan általános képességnek kell tekinteni, amely a tudáson, a tapasztalaton, az értékeken és a diszpozíciókon alapszik, és amelyet az egyén a tanulás során fejleszt ki magában (Coolahan, 1996).

Ezért képezheti gyakran vita tárgyát a szakképzés/szakmai oktatás kimeneti és az ápolói gyakorlat kompetenciáinak keveredése. A képzési követelményekben és a szakmai vizsgakövetelményekben jól elkülöníthető, hogy a jelöltnek mit kell és milyen szinten tudnia. Más a helyzet az ápolói gyakorlatban, ahol a szintleíró jellemzők egymással összefonódnak, és így egyfajta kompetenciaháló alkotnak. Arról már nem is beszélve, hogy egy bizonyos be-

20. ábra. A kompetencia értelmezésének szemléltetése. (Forrás: Sövényi Ferencné saját szerkesztése)



avatkozáson belül is előfordulhat, hogy a feladat elvégzésének egyes részeit az ápoló önálló tevékenységként, más részeit orvos vagy magasabb képzettségű egészségügyi dolgozó utasítására, vagy vele együttműködve végzi.

Az előzőek egy példával is megerősíthetők. Az ápolóképzési programok szakmai vizsgakövetelményeiben szerepel a csontvelővétel kivitelezésének ismerete. Ez nem azt jelenti, hogy majd az ápoló végzi ezt a beavatkozást. Ahhoz azonban, hogy a beteget szakszerűen előkészítse a beavatkozásra, segédkezzen az orvosnak a kivitelezésben, majd ápolja a beteget a beavatkozás után, ismernie kell a teljes folyamatot.

Alig múlik el olyan nap, hogy ne hallanánk körünk divatos hívószavát, a paradigmaváltást, mint gyökeres, mélyreható átalakulás iránti igényt. Esetünkben ez elérhető lenne az orvoslás és az ápolás gyakorlatában meglévő munkamegosztás feszültségeinek oldásával, a kompetenciák szakszerű rendezésével (Betlehem & Oláh, 2017) (20. ábra).

A széles értelemben vett ápolásfejlesztés – benne a jövő ápolóinak oktatása/képzése, az ápolási gyakorlat és tudomány fejlesztése – közös cél, amely minden érintettől kollektív bölcsességet és kompromisszumos konszenzust kíván:

- az ápolás különböző területeinek képviselői között,
- az orvoslás képviselői között,
- az ápolás és az orvoslás képviselői között együtt,
- valamint a szakmapolitikai döntéshozókkal közösen, hogy helyes választ adhassunk a „*Merre és hogyan tovább, ápolás?*” kérdésre.

Az előzőekben tett megállapítás – „*ápolók képzése hat hónaptól hat évig*” – több mint egy évszázad alatt valósult meg. Ma már – az orvosláshoz hasonlóan – az ápolást is megilleti a „*science and art*”, azaz a „*tudomány és művészet*” kifejezés, ahogyan az angol terminológiával illetik. Az ápolás tudománya szervezett kutatás és elemzés által szerzett ismeretanyag. Az ápolás művészete az ápolói tudás alkotó felhasználása, amelynek két lényeges aspektusa van: az egyik intellektuális, felismerni és megtervezni azt, amit tenni kell és lehet; a másik gyakorlati, ténylegesen elvégezni a teendőt és a lehetségest.

### Középpontban az ápolás gyakorlata

„*Az ápolás területén belül a központi elem a gyakorlati ápolásslolgáltatás. Sem az ápolástudománynak, sem az ápolásirányításnak, sem az oktatásnak nincs*

**21. ábra.** Az ápolási gyakorlat központi szerepe az ápolás rendszerében. (Forrás: Hunink, 1996)



*létjogosultsága az ápolási gyakorlat nélkül*” (Hunink, 1996) **(21. ábra).**

Az előzőekből jól érzékelhető, hogy az ápolás, az ápolói hivatás, az ápolói tevékenység értelmezése az évszázadok alatt állandóan változott. Napjainkban – különösen az utóbbi 15-20 évben – ez a változás még inkább felgyorsult. OKJ-k, követelményrendszerek követték egymást, új képzésszintek jelentek meg, bővült a képzett szakemberek elnevezésének palettája, és újabb próbálkozások láttak napvilágot az ápolói kompetenciák meghatározására.

Az ápolói munka, az ápolói hivatás társadalmi megbecsülése azonban pozitívnak mégsem mondható. Az ápolóképzésre jelentkezők száma csökken, az egészségügyi szakember- és ápolóhiány pedig intézmények működését veszélyezteti. Az elkeserítő helyzet változtatásért kiált. A társadalmi megítélésen azonban csakis az egészségügyi szakdolgozók társadalmi képes változtatni.

Idekívánkozik egy közelmúltbeli esemény felidézése. Az ICN 2025-ben projektet indított, amelynek egyik célja az ápolás és az ápoló fogalmának felülvizsgálata, aktualizálása és újradefiniálása volt. Felismerve az egységes fogalom meghatározás kidolgozásának nehézségeit, a projekt külön meghatározásokat dolgozott ki az „ápolás” és az „ápoló” kifejezésekre, és a végleges dokumentumban elmagyarázta a meghatározások mögött álló folyamatot, indokokat és érvelést (White et al., 2025) **(22. ábra).**

Háttérként és indoklásként az ICN montreali kongresszusán hangsúlyozták, hogy új definícióra van szükség, mivel a korábbi meghatározás már nem felel meg maradéktalanul a mai gyakorlatnak, és sok országban nem tükrözi az ápolói szakma valós helyzetét. Mivel a kormányok világszerte fenntartható egészségügyi ellátási modelleket keresnek, elengedhetetlen egy olyan definíció, amely tükrözi a szakma filozófiáját, és egyúttal optimalizálja az ápolók hozzájárulását. A korábbi globális definíciók erőfeszítései nem tudták teljes mértékben kielégíteni a sokféle

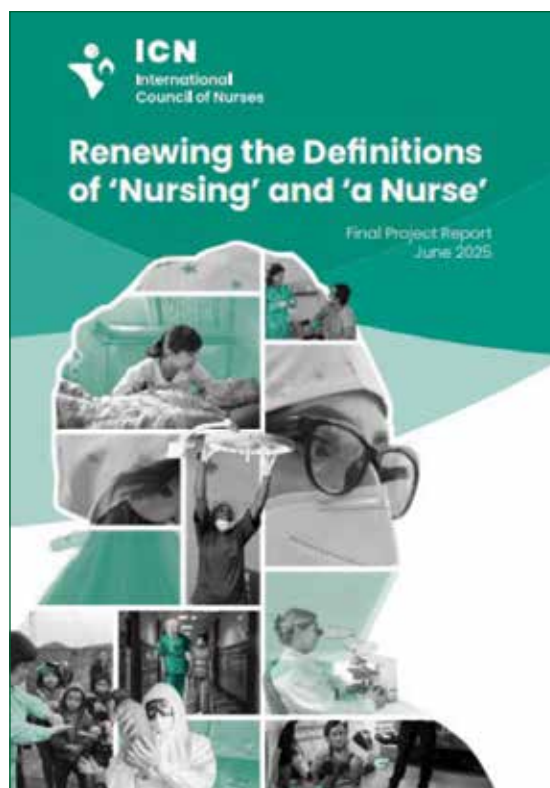
igényt, ezért egyes nemzeti ápolói szervezetek és intézmények saját definíciót dolgoztak ki. Az egészségügyi ellátás és a szakma gyorsan változó jellege miatt nehéznek bizonyult olyan egységes definíció kialakítása, amely minden joghatóság, kultúra és időszak tekintetében releváns marad (White et al., 2025).

Az ICN 1919-es első kezdeményezése óta prioritásként kezeli az ápolás meghatározását. A felülvizsgálatok ellenére továbbra

is elégedetlenség volt tapasztalható, ami 2002-ben egy rövidebb definíció elfogadásához vezetett, amely hosszú időn át használatban maradt (ICN, 2002). (Érdekes módon az ICN weboldalán az ápolás definíciója továbbra is a leggyakrabban felkeresett oldal.)

Az új definíciók egy szakértői csoport által vezetett, egy éven át tartó globális kezdeményezés eredményei, amelyet az ICN minden régiójából származó, elismert ápolókból álló Delphi-csoport támogattott, biztosítva az inkluzivitást és a kulturális rezo-

**22. ábra.** Az ICN 2025. évi jelentése az ápolás és az ápoló definícióinak megújításáról. (Forrás: White et al., 2025)



**23. ábra.** Az „ápoló” fogalmának magyar nyelvű közlése a Nővér folyóiratban. (Forrás: Nővér, 2025;38(3):33.)

## AZ „ÁPOLÓ” MEGHATÁROZÁSA

Az ápoló olyan szakember, aki az ápolás tudományos ismereteiben, készségeiben és a filozófiájában képzett, és az ápolás gyakorlását a megállapított gyakorlati normák és etikai kódexek alapján szabályozza. Az ápolók javítják az egészségügyi ismereteket, elősegítik az egészséget, megelőzik a betegségeket, védik a betegek biztonságát, enyhítik a szenvedést, megkönnyítik a felépülést és az alkalmazkodást, és fenntartják a méltóságot az egész életen át és az élet végén. Az egészség javítása érdekében különböző környezetekben önállóan és együttműködve dolgoznak az érdekvéonyesítés, a tényeken alapuló döntéshozatal és a kulturálisan biztonságos, terápiás kapcsolatok révén.

Az ápolók emberközpontú, együttérző klinikai és szociális ellátást nyújtanak, szolgáltatásokat irányítanak, fejlesztik az egészségügyi rendszereket, előmozdítják a köz- és lakossági egészségügyet, valamint elősegítik a biztonságos és fenntartható környezetet. Az ápolók vezetnek, oktatnak, kutatnak, támogatnak, innoválnak és alakítják a politikát az egészségügyi eredmények javítása érdekében.

Az ápolók egyedülálló szerepet töltenek be továbbá a különböző korú népességcsoportok egészségügyi ellátásában, és minden környezetben bizalmat építenek az egyénekkal, családokkal és közösségekkel, valamint értékes betekintést nyernek az emberek egészséggel és betegséggel kapcsolatos tapasztalataiba. A személyre szabott közvetlen és szociális gondozás alapjaira építve az ápolók folyamatos képzéssel, kutatással és a legjobb gyakorlatok feltárásával fejlesztik képességeiket.

Az ápolók tevékenységi körét a képzettségi szint, a tapasztalat, a kompetencia, a szakmai normák és a törvényes hatáskör határozza meg. Kulcsszerepet töltenek be az egészségügyi ellátás szervezésében, felügyeletében és mások részéről történő delegálásában, akik segítenek az ellátás biztosításában.

Gyakran az első vonalban dolgoznak, reagálnak katasztrófákra, konfliktusokra és vészhelyzetekre, megmutatva bátorságot, elkötelezettséget, alkalmazkodóképességet és elkötelezettséget az egyének, közösségek és a környezet egészségéért.

(Forrás: White, J., Gunn, M., Chiarella, M., Catton, H., Stewart, D., (2025). *Renewing the Definitions of 'nursing' and 'a nurse'. Final project report, June 2025. International Council of Nurses.*)

**24. ábra.** Az ápolás fogalmának magyar nyelvű közlése a Nővér folyóiratban. (Forrás: Nővér, 2025;38(3):49.)

## AZ ÁPOLÁS MEGHATÁROZÁSA

Az ápolás olyan szakma, amely az együttműködésen alapuló, kulturálisan biztonságos, emberközpontú gondozás és szolgáltatások nyújtására irányuló közös elkötelezettségen keresztül biztosítja mindenkinek számára azt a jogot, hogy a lehető legmagasabb szintű egészségi állapotot élvezhesse. Az ápolás az emberek egészséghez és az egészségügyi ellátáshoz való méltányos hozzáférése, valamint a biztonságos, fenntartható környezet érdekében tevékenykedik és lép fel. Az ápolás gyakorlása a szakma filozófiáját és értékeit testesíti meg a szakszerű ellátás nyújtása során az emberek életének legszemélyesebb, egészséggel kapcsolatos aspektusaiban. Az ápolás elősegíti az egészséget, védi a biztonságot és az ellátás folyamatosságát, valamint irányítja és vezeti az egészségügyi szervezeteket és rendszereket. Az ápolás gyakorlatát a tudományosan megalapozott diszciplináris tudás, a technikai képességek, az etikai normák és a terápiás kapcsolatok egyedülálló kombinációja támasztja alá. Az ápolás elkötelezett az együttérzés, a társadalmi igazságosság és az emberiség jobb jövője iránt.

(Forrás: White, J., Gunn, M., Chiarella, M., Catton, H., Stewart, D., (2025). *Renewing the Definitions of 'nursing' and 'a nurse'. Final project report, June 2025. International Council of Nurses.*)

nanciát a különböző egészségügyi rendszerekben és közösségekben. A definíció valóban globális konszenzust tükröz (White et al., 2025).

Az új definíciókat 2025 júniusában, az ICN Ápolási Képviselők Tanácsának helsinki ülésén ratifikálták. Az elfogadott két új definíció – az ápoló és az ápolás fogalmának magyar változata – már olvasható volt a *Nővér* szakfolyóirat 2025. évi 38. évfolyam 3. számában (23. és 24. ábra).

Az előzőek jól érzékeltetik, hogy az ápolás, az ápolói hivatás, az ápolói tevékenység értelmezése az évszázadok alatt állandóan változott. Napjainkban

– különösen az utóbbi 15-20 évben – ez a változás még inkább felgyorsult.

OKJ-k, követelményrendszerek egymást követék. „Új” képzésszintek jelentek meg, bővült a képzett szakemberek elnevezésének palettája, ápolói kompetenciák meghatározására tett próbálkozások láttak napvilágot.

Az új képzésszintek, az elnevezések sokasága, a növekvő szakemberhiány és a társadalmi megbecsülés hiányosságai egyaránt azt jelzik, hogy az ápolási gyakorlat fejlesztése ma már nem értelmezhető kizárólag lassú evolúcióként.

Eddig „átvitt értelemben” írtunk az ápolási gyakorlat evolúciójáról. Összegyűjtöttük azokat a tényezőket, amelyek jelentősebb hatással voltak és lesznek az ápolási gyakorlat különböző területeinek változására, haladására. Az evolúció lassú folyamat. Ma már elérkeztünk oda, hogy a gyors változások hatására az ápolói gyakorlat „revolúciójáról” beszéljünk.

Tekintettel arra, hogy e sorok a *Nővér* tudomá-

nyos és továbbképző szakfolyóirat 2026. évi májusi számában jelennek meg, emlékezzünk a világi ápolás alapjait megteremtő Florence Nightingale egyik megállapítására: „Az ápolás maga is egyfajta művészet. Ugyanakkora elhivatottságot és felkészülést kíván, mint a festészet vagy szobrászat – talán még többet is, hiszen nem az élettelen anyaggal, hanem az élő testtel, Isten szellemének hordozójával dolgozunk. Talán ez a legszebb művészet mind közül.”

## Irodalomjegyzék

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.
- Betlehem, J., & Oláh, A. (2017). Az ápolás megújulásának lehetősége hazánkban. *IME, 16*(9), 5–8.
- Coolahan, J. (1996). Competence and knowledge. Council of Europe.
- Csóka, M. (2025). A gyakorlatvezetés tantárgypedagógiája. KÁDIX.
- Csóka, M., & Vingender, I. (2010). A szimulátoros oktatás módszertana. *Nővér, 23*(6).
- Csontos, A. (szerk.). (1999). A klinikai demonstrációs és oktatási egységek működésének alapjai. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet.
- Dempsey, P. A., & Dempsey, A. D. (1999). Kutatómunka az ápolásban. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Fuszard, B. (szerk.). (1997). Innovatív tanítási módszerek az ápolásban. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Heath, J., & Law, G. M. (1986). Az ápolási folyamat: Vajon mi az? Egészségügyi Minisztérium Gazdasági Igazgatósága Nyomdaüzem.
- Henderson, V. (1986). Az ápolás alapelvei. Magyar Kórházzövetség.
- Hunt, J. M., & Marks-Marán, D. J. (1987). Az ápolási tervek: Az ápolási folyamat működés közben. Egészségügyi Minisztérium.
- Hunink, G. (1996). Útmutató az ápolási elméletek tanulmányozásához. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- International Council of Nurses. (2002). The ICN definition of nursing. ICN.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (1999). Vezetői szerepek és menedzsmentfunkciók az ápolásban. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Pearson, A., & Vaughan, B. (1995). Az ápolási gyakorlat modelljei. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (1996). Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Sövényi, F.-né, Csóka, M., & Perkó, M. (2025). 50. jubileumát ünnepli a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar – Ahogyan elkezdődött! Újpest, Erkel utca 26. Ha a falak mesélni tudnának! *Nővér, 38*(5), 3–16. <https://doi.org/10.55608/nover.38.0098>
- Sövényi, F.-né, Fedineczné Vittay, K., & Tóth, I. (2023). Az ápolásirányítás kialakulása és fejlődésének mérföldkövei Magyarországon, különös tekintettel az országos főnövéri tisztségre. *Nővér, 36*(4), 3–23.
- Sövényi, F.-né, Perkó, M., & Fedineczné Vittay, K. (2018). Ápolásról másként, avagy miről is beszélünk. *Lege Artis Medicinæ, 28*(6–7), 465–476.
- White, J., Gunn, M., Chiarella, M., Catton, H., & Stewart, D. (2025). Renewing the definitions of nursing and a nurse: Final project report. International Council of Nurses. [https://www.icn.ch/sites/default/files/2025-06/ICN\\_Definition-Nursing\\_Report\\_EN.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/2025-06/ICN_Definition-Nursing_Report_EN.pdf)
- World Health Organization (1991). Az ápolás akcióban: Tervezet. Egészségügyi Világszervezet Európai Területi Iroda / MEDINFO.
- World Health Organization (é. n.). LEMON: Learning material on nursing. WHO / MEDINFO.
- URL1: Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar. (é. n.). Ápoló szakirány. <https://semmelweis.hu/etk/oktatas/alapkepzesek-bsc/apolas-es-betegellatas-szak/apolo-szakirany/>

EREDETI KÖZLEMÉNY

# Ápolói jelenlét a fájdalommenedzsmentben

RIDINGER Judit, DR. BALOGH Zoltán PhD

## ÖSSZEFOGLALÁS

*A vizsgálat célja:* A hazai fekvőbeteg-ellátásban a fájdalommenedzsment, acut pain service (fájdalomkezelési munkacsoport), pain nurse (fájdalomkezelő szakápoló) szerepvállalási lehetőségeinek vizsgálata.

*Anyag és módszer:* Az adatgyűjtés saját szerkesztésű, anonim, önkitöltős, online kérdőívvel ETT TUKEB-engedéllyel történt. Összesen 56 válasz érkezett, főként aneszteziológiai, intenzív terápiás osztályokról. Az eredmények értékelését Excel és SPSS 30.0 programok felhasználásával végeztük.

*Eredmények:* A fájdalomcsillapítási protokollok és elégedettség kapcsolatában a Tukey HSD post hoc teszt statisztikailag szignifikáns különbséget mutatott a protokollal nem rendelkező és a dolgozó által nem ismert, de protokollal rendelkező intézmények betegelégedettségében ( $p=0,046$ ). A dolgozói elégedettségben az ANOVA analízissel –  $F(3,43)=2,942$ ,  $p=0,044$  – szignifikáns eltérés látszott. Azonban a Tukey HSD post hoc teszt nem jelzett statisztikailag szignifikáns különbségeket ( $p > 0,05$ ). Ennek hátterében a többes összehasonlítások szigorúbb korrekciója, kis hatásméret, elemszám, az eltérések nem egyértelműen két csoport közötti eloszlása állhat. Mivel a legjelentősebb betegelégedettség a meglévő, ám nem ismert protokollhoz köthető, így megkérdőjelezhető azok hatékonysága. Felmerül, hogy a kutatásban való részvételi hajlandóság és az indirekt adatgyűjtés nem biztosít megfelelő minőségű adatszolgáltatást. Megfontolandó, hogy a kapott válaszokból korrektségi statisztikai eljárás során nyert eredmények alkalmasak-e érvényes következtetések levonására vagy inkább pilot vizsgálatként való értelmezésük javasolt.

*Következtetések:* A fájdalomkezelési munkacsoport és a fájdalomkezelő szakápoló számos területen alkalmazható volna, kiemelten a kiterjesztett hatáskörű ápolók jogszabályi háttérben biztosított kompetenciáinak megvalósítása által.

**Kulcsszavak:** fájdalomkezelési munkacsoport, fájdalomkezelő szakápoló

## Nursing Presence in the Pain Management

Judit RIDINGER, Zoltán BALOGH PhD

### SUMMARY

*Purpose:* to examine the role options of pain management, Acute Pain Service (pain management working group), and Pain Nurse (pain management specialist nurse) in national inpatient care.

*Methods:* Data collection was carried out using self-designed, anonymous, self-fulfilling, online questionnaires with the permission of ETT TUKEB. 56 responses were received, mainly from anesthesiology and intensive care departments. The results were evaluated using Excel and SPSS 30.0 programs.

*Results:* In the relationship between pain relief protocols and satisfaction, based on the Tukey HSD post-hoc test, it can be said that there is a statistically significant difference in patient satisfaction between institutions without a protocol and those not known to the employee but with a protocol ( $p=0.046$ ). In relation to employee satisfaction, the ANOVA analysis ( $F(3.43)=2.942$ ,  $p=0.044$ ) showed a significant difference between the studied groups. However, the Tukey HSD post hoc test did not show statistically significant differences between the individual groups ( $p > 0.05$ ). This may be due to the stricter correction of multiple comparisons, the relatively small effect size, the small number of elements, or the fact that the differences are not clearly distributed between two groups, but between several groups. Since the most significant patient satisfaction is linked to existing but unknown protocols, their effectiveness can be questioned. It appears that the willingness to participate in research and indirect data collection do not ensure adequate quality data provision. Another question is whether the results obtained from the responses received through a correct statistical procedure are suitable for drawing valid conclusions or whether it is recommended to interpret them as a pilot study.

*Conclusion:* The APS and the Pain Nurse could be applied in many areas, particularly by implementing the competencies provided for in the legislation for advanced practice nurses.

**Keywords:** Acut Pain Service, Pain Nurse

RIDINGER Judit kiterjesztett hatáskörű ápoló, aneszteziológiai asszisztens, Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest PhD-hallgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Tagozat

DR. BALOGH Zoltán PhD főiskolai tanár, tanszékvezető, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék, Budapest  
ORCID-azonosító:  
0000-0002-1202-1111

### Levelező szerző

(corresponding author):  
RIDINGER Judit  
E-mail:  
riding.judit@gmail.com

**Beérkezett:** 2025. november 11.  
**Elfogadva:** 2026. április 22.



Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.39.0007> | [www.eLitMed.hu](http://www.eLitMed.hu)

## Bevezetés

Az ápolói hivatás elválaszthatatlan a beteg fájdalmának enyhítésére tett törekvésektől, amely különböző módokon valósulhat meg. A terápia megválasztása, kivitelezése során alapvető szempont a képzettséghez kapcsolódó kompetenciaszint, így a végzettségek áttekintése szükségszerű a betegek fájdalommenedzsmentjének vizsgálata során.

A kutatás célja elsősorban a fővárosi fekvőbeteg-ellátó intézmények fájdalomcsillapítással kapcsolatos hozzáállásának, szakmai protokolljainak és gyakorlatának vizsgálata, kiemelt figyelemmel az ápolói jelenlét minőségére, valamint a protokollok és a beteg-, illetve ellátói elégedettség összefüggéseire.

### A posztoperatív fájdalom és a fájdalomkezelés

A témaválasztás alapjául szolgáló fájdalomra mint összetett tapasztalatra tekintve kijelenthető, hogy szenzoros, érzelmi, viselkedésre vonatkozó és fiziológiás összetevők alkotják. A hatékony fájdalommenedzsment része a beteg előkészítése és oktatása, eredménye pedig a korai mobilizáció, a kardiorespiratorikus szövődmények csökkenése, a sebgyógyulás és a felépülés támogatása. A nem megfelelő fájdalomkontroll magasabb morbiditást, mortalitást és elhúzódó kórházi tartózkodást okozhat, valamint krónikus posztoperatív fájdalom kialakulásához vezethet (Chapman & Lalkhen, 2016).

A kutatás témaválasztásának jelentőségére mutat rá, hogy a nemzetközi tendenciákat tekintetbe véve is növekvő műtéti szám érzékelhető, amely a műtétet követő fájdalomcsillapítás témáját mind a betegekhez, mind az ellátókhöz közelebb hozza (Weiser et al., 2016).

Az amerikai összefoglaló rávilágít, hogy a legtöbb, sebészeti beavatkozáson áteső beteg szenved akut posztoperatív fájdalomtól, de csak a betegek kevesebb, mint a fele számol be megfelelő fájdalomcsillapításról. Számos pre-, intra- és posztoperatív beavatkozás és kezelési stratégia elérhető a posztoperatív fájdalommenedzsmentben, beleértve a preoperatív oktatást, a perioperatív fájdalomkezelési tervet, a különböző gyógyszeres és nem gyógyszeres modalitásokat, a szervezeti irányelveket és a járóbeteg-ellátásba történő irányítást. A javaslat alapja, hogy az optimális kezelés a műtétet megelőző időszakban a beteg felméréssel kezdődik és mind a beteghez, mind a sebészeti beavatkozáshoz igazított, multidiszciplináris ellátási terv kialakításában teljeseedik ki (Chou et al., 2016).

A napjainkban meghatározó ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protokoll szemlélete szerint a hatékony fájdalomkezelés multimodális, multidiszciplináris megközelítést kíván, ami magába

### Rövidítések jegyzéke

APS = (acute pain service) akutfájdalom-kezelő szolgálat
BPS = (behavioral pain scale) viselkedési fájdalom skála
CPOT = (critical care pain observation tool) kritikus ellátásifájdalom-megfigyelő eszköz
EDA = (epidural analgesia) epidurális fájdalomcsillapítás
EMMI = (Ministry of Human Capacities) Emberi Erőforrások Minisztériuma
ERAS = Enhanced Recovery After Surgery
ETT-TUKEB = (Medical Research Council) Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottság
IASP = (International Association for the Study of Pain) Fájdalomkutatás Nemzetközi Szövetsége
MAITT = (Hungarian Society of Anaesthesiology and Intensive Therapy) Magyar Aneszteziológiai és Intenzívterápiás Társaság
MESZK = (Chamber of Hungarian Health Care Professionals) Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
VAS = (visual analogue scale) vizuális analóg skála
WHO = (World Health Organisation) Egészségügyi Világszervezet

foglalja az operáló team tagjai (aneszteziológus orvos és asszisztens, ápoló, gyógyszerész) közötti összehangolt munkát (Macres et al., 2023).

### A fájdalom mérése

A fájdalom mérhetővé tétele egy-, illetve többdimenziós skálák alkalmazása által lehetséges. Előbbiek előnye a könnyen kezelhetőség, hátránya, hogy csupán annak intenzitására fókuszál (Karcioglu et al., 2018). Utóbbiak előnye, hogy vizsgálják a betegre gyakorolt, összetett hatását, hátrányuk, hogy a nehezebb kivitelezhetőség miatt kevésbé terjedtek el a gyakorlatban (Lovasi et al., 2022).

A műtéti fájdalom szempontjából jelentős többdimenziós skála az Amerikai Fájdalom Társaság betegkimenet-mérő kérdőíve (American Pain Society Patient Outcome Questionnaire-Revised – APS-POQ-R), amely számos, életminőséget befolyásoló tényezőt, fájdalomcsillapítási lehetőséget is figyelembe vesz (Gordon et al., 2010).

Az APS-POQ-R továbbfejlesztett változata a Nemzetközi fájdalomkimenet kérdőív (International Pain Outcome Questionnaire – IPOQ), amely számos nyelven érhető el (Pain Out Questionnaires, 2026).

Hazai viszonylatban még várat magára a vonatkozó mérőeszköz validálása (Lovasi, 2023).

### Fájdalomkezelési munkacsoport és fájdalomkezelő szakápoló

A kutatás másik fő irányvonala a megfelelően képzett ápolók hazai szerepvállalásának újraértelmezési szándéka. A témával figyelemreméltó megközelítésből foglalkozik a külföldi forrásokban már ismertett, hazánkban azonban még csak néhány helyen kialakított, kifejezetten erre a témára szakosodott ellátási egység és szerepkör a *fájdalomkezelési munkacsoport*, az *acute pain service* (a szakirodalomban APS) és a *fájdalomkezelő szakápoló* (szakirodalomban pain nurse).

Az APS, magyarul akutfájdalom-kezelő szolgálat, továbbiakban fájdalomkezelési munkacsoport küldetése a fájdalomcsillapítás hatékonyságának javítása. Az orvosokból és szakdolgozókból álló munkacsoport döntően aneszteziológus vezetése mellett a műtéten átesett betegeket látja el a vizittől kezdve a fájdalomfelmérésen és -dokumentáláson át a fájdalomcsillapító eljárás meghatározásáig, valamint protokollokat fejleszt és oktat (Webb & Kim, 2018; Samolsky Dekel, 2018; Lovasi, 2023).

A fájdalomkezelő szakápoló (pain nurse) munkakörébe a fájdalom felmérése, hatékony enyhítése, dokumentálása, adatgyűjtés, intézeti eljárások fejlesztésében való részvétel tartozik (Lovasi et al., 2020).

### Nemzetközi gyakorlatok a fájdalommenedzsmentben

Az első fájdalomkezelési munkacsoport indulása, 1985 óta, a folyamatos fejlődés ellenére, a műtét utáni fájdalom továbbra is a jelentős egészségügyi kihívások közé tartozik, amely további klinikai vizsgálatok szükségességére mutat rá (Tawfic & Faris, 2015).

A klinikai ellátás, a fájdalomkezelő modalitások és a kutatások fejlődése ellenére a hatékony akut posztoperatív fájdalomkezelés folyamatosan kihívásokkal küzd. Az akut peri- és posztoperatív fájdalomkezelés egyre növekvő hangsúllyal van jelen a gyógyításban világszerte (Al-Saidi et al., 2023).

Összesen 2851 beteg bevonásával, három éven át tartó utánkövetés során bizonyításra került, hogy az ápoló által vezetett fájdalomcsillapítási modell fokozhatja a fájdalommenedzsment minőségét a hasi műtéten átesett betegek esetén, ami alapján javasolható lehet a modell szélesebb körű bevezetése (Fang et al., 2021).

A preoperatív ápolói vizitek hatását vizsgáló kutatás szerint a műtőben dolgozó ápolók vizitje hatékony lehet a betegek szorongásának csökkentése szempontjából. Az ápolók véleménye alapján szük-

séges lehet ennek a módszernek az ellátásba történő beillesztése és a szolgálatban lévők részére tájékoztató programok szervezése (Aydal et al., 2023).

A 2021-es angol fájdalommenedzsmentre vonatkozó ajánlás szerint az ápolók négy kategória szerint vehetnek részt a fájdalommenedzsmentben: besorolásuk és kompetenciáik, illetve képzettségük és a gyakorlatuk szerint (Burrows & Chumbley, 2021).

### Ápolói kompetenciák és lehetséges feladatkörök hazai viszonylatban

Hazai vonatkozásban a BSc és MSc ápolók ismereteire és képességeire vonatkozó részleteket a vizsgálat idején a 18/2016. (VIII. 5) EMMI-rendelet szabályozta.

Az újabb, hatályos rendelet alapján érdemes áttekinteni a végzettségeknek megfelelő önálló ápolói kompetenciákat a fájdalomcsillapítás területén. A rendelet a következő végzettségi kategóriákat jelöli: általános ápolási és egészségügyi asszisztens, alapápolási munkatárs, általános ápoló, ápoló (BSc), egyetemi okleveles ápoló/okleveles ápoló (MSc), okleveles ápoló és kiterjesztett hatáskörű ápoló (MSc). A kompetenciák tevékenységi csoportonként a végzettségekkel bővülnek. A teljes körű betegmegfigyelésben való részvétel – ideértve a fájdalmat is – már asszisztensi körnél megjelenik önálló funkcióként, általános ápoló szinttől pedig ennek önálló elvégzése definiált. Az orvosi indikáció alapján történő gyógyszereléssel kapcsolatos tevékenység végzése (például fájdalomcsillapító) az általános ápoló szinttől önálló funkció. A vény nélkül kapható gyógyszerek alkalmazásának elrendelése BSc végzettségtől lehetséges önállóan. BSc-szinttől megjelenik a gyógyszerekkel kapcsolatos mellékhatásokra vonatkozó funkciók bevezetése és a kliensoktatási feladatkör is (13/2025. [IV. 17.] BM-rendelet).

Egy hazai vizsgálat a különböző szintű végzettséggel rendelkező aneszteziológiai asszisztensek kompetenciáinak gyakorlatban történő megvalósulását vizsgálta. A korábbi képzési formának megfelelő OKJ aneszteziológiai szakasszisztens, a BSc ápoló és az MSc kiterjesztett hatáskörű mesterápoló végzettségek által biztosított kompetenciákat a gyakorlatban vizsgálva összegezhető, hogy a középfokú végzettségű ápolók szerényebb kompetenciával rendelkeznek, de a gyakorlatban elismertségnek és nagyobb önállóságnak örvendenek. Az MSc ápolókra jellemző, hogy igen részletesen meghatározott kompetenciákkal rendelkeznek és a visszajelzések alapján van fogadókészség a tudásuk alkalmazására, mégsem töltönek még be önálló funkciókat. A jelenség mögött alacsony létszámukból eredő sporadikus jelenlétük állhat (Ridinger, 2023a; Ridinger, 2023b).

Hazánkban a magasan képzett, világos hatáskörrel rendelkező ápolók alkalmazása számos előnyvel járhat – különös tekintettel MSc végzettségű ápolókra –, amik között kiemelendő a költségek, a halálozás csökkentésének lehetősége és a betegelégedettség javulása. Ezek alapján a magasan képzett és világos kompetenciakörrel rendelkező ápolók képzése és alkalmazása nélkülözhetetlen lenne (Oláh et al., 2015).

### Hazai gyakorlatok a fájdalommenedzsmentben

Néhány hazai kórház fájdalomkezelésre vonatkozó vizsgálatából kiderült, hogy a meglévő protokollok meglehetősen változékony módon szabályozták az ellátók feladatait, a gyakorlati megvalósításuk pedig számos akadályba ütközött (Lovasi et al., 2023; Lovasi & Lám, 2018).

Egy hazai összefoglaló felmérés szerint a műtéten átesett betegek fájdalomcsillapítása számos tekintetben fejlesztésre szorul, a betegek jelentős része komoly posztoperatív fájdalomról számolt be, ami a jelen gyakorlat elégtelenségére utal (Lovasi & Lám, 2019).

### Anyag és módszer

A fekvőbeteg-ellátó intézmények fájdalommenedzsment-fókuszú felmérése saját szerkesztésű, anonim, önkitöltős kérdőívek segítségével történt online úton, az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottság (továbbiakban ETT TUKEB) BM/23001-1/2024 ügyiratszámú engedély birtokában.

A kérdőív főbb egységei:

- Általános adatok (végzettség, pozíció, szakmai tapasztalat, ellátóhely finanszírozása, típusa, szakterület).
- Pain nurse (fájdalomkezelő szakápoló munkakörrel kapcsolatos ismeretek, tapasztalatok).
- Acut pain service (fájdalomkezelési munkacsoporttal kapcsolatos ismeretek, tapasztalatok).
- Fájdalommenedzsment a gyakorlatban (fájdalom felmérése, kezelésére vonatkozó protokoll, posztoperatív, krónikus fájdalom csillapításának körülményei, módjai, ellátói és betegszempontú elégedettség).

A vizsgálatba eredetileg az aneszteziológia és intenzív terápia, sebészet, szülészet-nőgyógyászat, belgyógyászat, krónikus ápolás, hospice, fájdalomambulancia bevonását terveztük. A kutatás során döntően az anesztézia és intenzív terápia területéről érkeztek válaszok, így az eredmények a földrajzi területi koncentráció helyett szakmaspecifikusan alakultak.

Az adatgyűjtés pilot fázisát követően az előkészí-

tett kérdőívek egy kísérőlevelével és az ETT TUKEB-engedély mellékletével 2024 decemberében kerültek kiküldésre közel 20 fővárosi fekvőbeteg-ellátó intézménynek. A kísérőlevelében megkértük az ápolási vezetőket, hogy segítsék megkeresésünk továbbításával az online kérdőív anonim kitöltését. A következő egy hónapban egyetlen válasz érkezett.

Soron következő lépésként személyes megkeresési stratégia alkalmazásának hatására további négy kitöltés érkezett.

Átértékelve a kezdeti elképzelést és tudomásul véve a rendkívül alacsony részvételi, válaszadói hajlandóságot, igyekeztünk alkalmazkodni a kialakult helyzethez. Változtatva a fővárosi, több szakterület felölelő, orvosi és ápolói véleményeket tükröző adatgyűjtési elképzelésen, országos szintre kiterjesztve, de csak az anesztézia és intenzív terápia területén dolgozó ápolók megkeresésére szűkítve folytattuk az adatgyűjtést. Ez a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Aneszteziológiai-Intenzív Ápolási Szakmai Tagozata által nyilvántartott közel 2000 szakdolgozójának online megkeresése által valósult meg. A stratégia egy héten belül 33 választ eredményezett. Végül mindösszesen 56 válasz birtokába jutottunk.

Az eredmények kiértékelése az adatok típusának megfelelő statisztikai adatelemző módszerek segítségével valósult meg az Excel és az SPSS 30.0 programok felhasználásával.

### Eredmények

A többlépcsős adatgyűjtési folyamat során a szakdolgozóktól érkezett válaszokat összesítve elemeztük, az orvosoktól érkezett adatokra vonatkozó érdekeségeket a későbbiekben külön említjük.

#### Ápolóktól érkezett válaszok áttekintése

##### Általános adatok

A válaszadók döntő többsége állami intézményben osztályos ápoló, de jelentős arányban vettek részt osztályvezető ápolók és aneszteziológiai asszisztensek is a vizsgálatban. A tapasztaltabb ápolók részvétele volt jelentősebb. Hasonló arányban feleltek a 26–30 éve, 31–35 éve, 36–40 éve és a 41 évnél régebb óta pályán lévő kollégák. Különböző osztályok ellátásában vállalnak szerepet, azonban az anesztézia és intenzív terápia területén megszólított ápolók válaszai adják a beérkezett adatok döntő többségét. A kutatásban részt vevő ápolók végzettségeit összesíti az **1. ábra**, amelyen látszik, hogy a felsőfokú végzettségű ápolók aránya kimagasló a mintában (összesen 35 fő). A szakápoló végzettségűek nagy-

jából fele részben (15 fő) vettek részt a vizsgálatban, mint a BSc végzettséggel rendelkező szakdolgozók (29 fő). MSc végzettségű ápolók (5 fő) is válaszoltak megkeresésünkre.

### Pain nurse (fájdalomkezelő szakápoló) munkakörrel kapcsolatos ismeretek, tapasztalatok

A **2. ábra** összefoglalja a fájdalomkezelő szakápoló (ábrákon pain nurse) munkakörre vonatkozó ismeretet, így látható, hogy az értékelhető válaszok között közel azonos arányban voltak, akik hallottak már erről (24 fő) és azok, akik még nem (23 fő). A grafikon tartalmazza továbbá a munkakör sporadikus jellegű megvalósulására (3 eset) vonatkozó utalást is. A gyakorlatban fájdalomambulancia-asszisztens, fájdalomkezelő szakápoló megnevezéseket jelöltek a válaszadók.

### Acut pain service (fájdalomkezelési munkacsoporttal) kapcsolatos ismeretek, tapasztalatok

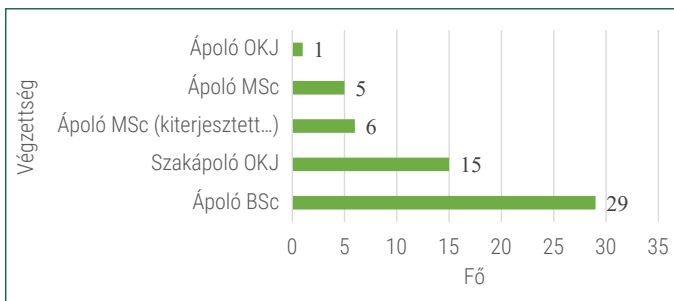
A kutatásban számos szempont alapján mértük fel a fájdalomkezelési munkacsoport (az ábrákon APS) sajátosságait. A **3. ábra** összesíti a fogalom ismeretét és gyakorlati megvalósulási arányát. Kevesebben vannak, akik hallottak már a csoport létezéséről (25 fő), mint azok, akik még nem (31 fő). Ezek után érthető, hogy jelentős azon helyek aránya, ahol nem működik fájdalomkezelési munkacsoport (47 eset), azokhoz képest, ahol alkalmazzák azt (9 eset). Ahol működik ilyen jellegű ellátás, ott fájdalomambulancia és fájdalomcsillapítási munkacsoport elnevezéseket használnak.

### Fájdalommenedzsment a gyakorlatban

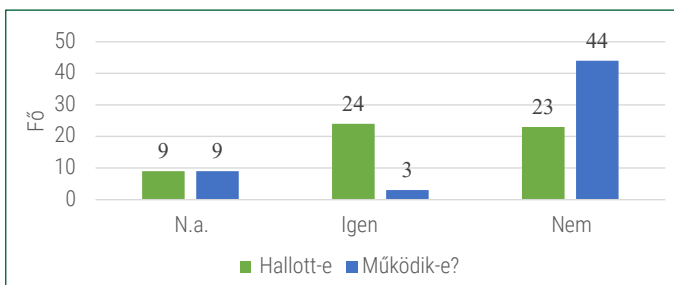
A fájdalom felmérését megvalósító ellátók összesítését vizsgálva azt találtuk, hogy az esetek több mint a felében ezt a funkciót a kezelőorvos és az osztályos ápoló is ellátja. Második legnagyobb arányú válaszadás a kezelőorvosra egy személyben érkezett, ezt követi, csupán egy válasszal kevesebbel, az osztályos ápoló egyszemélyű kategória. A fájdalom felmérésének elmaradása is megjelent a válaszok között.

A **4. ábra** összesíti a fájdalomkezelés tekintetében a posztoperatív napközben, a posztoperatív ügyeleti

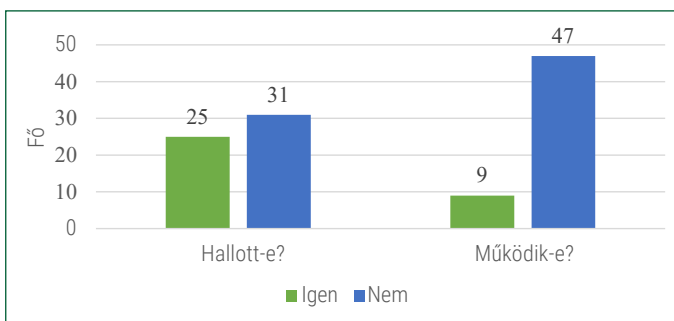
**1. ábra:** Az ápolók végzettségeinek összesítése, N=56



**2. ábra:** Ápolók ismerete a fájdalomkezelő szakápoló (pain nurse) munkakörrel kapcsolatban, N=56

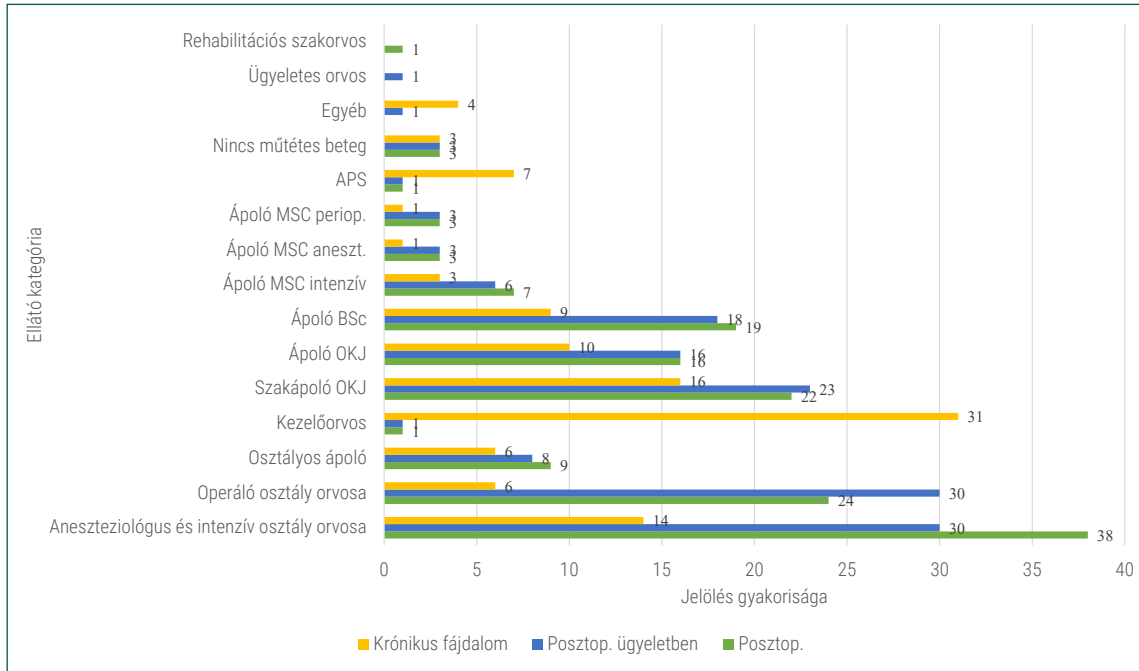


**3. ábra:** Ápolók ismerete a fájdalomkezelési munkacsoporttal (APS) kapcsolatban, N=56



időben és a krónikus fájdalommal élő betegek ellátásáért felelős munkaköröket. A posztoperatív, napközbeni időre vonatkozóan döntően az aneszteziológus és intenzív osztályos orvos (38 eset), az operáló osztály orvosa (24 eset) és az ápoló (szakápoló OKJ 22 eset, BSc 19 eset, OKJ 16 eset) végzi ezeket a teendőket. A posztoperatív, ügyeleti időben történő ellátásban megegyező számban jelentek meg az aneszteziológus és intenzív osztályos orvos (30 eset) és az operáló osztály orvosa (30 eset), őket követik a napközbeni időhöz hasonló helyzetben az ápolók (szakápoló OKJ 23 eset, BSc 18 eset, OKJ 23 eset). A krónikus fájdalomkezelés legnagyobb részben a kezelőorvos feladata (31 eset), közel fele annyi jelölést kapott a szakápoló OKJ (16 eset) és az aneszteziológus és intenzív osztályos orvos (14 eset), akiket az ápoló OKJ (10 eset), ápoló BSc (9 eset) és APS (7 eset) követ.

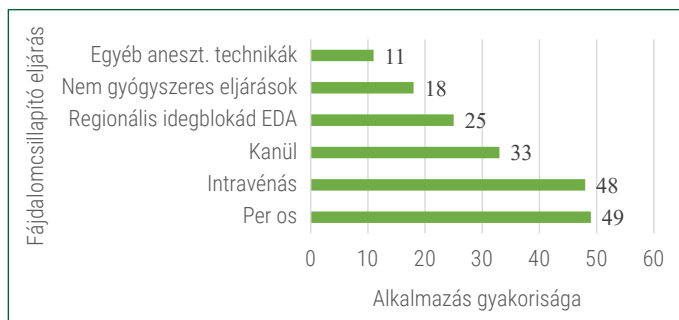
**4. ábra:** Posztoperatív, posztoperatív ügyeleti és krónikus fájdalomcsillapítást végző ellátók gyakorisági eloszlása, N=56



A fájdalomcsillapító-elrendelés gyakorlatára vonatkozó adatokból kirajzolódik, hogy a válaszadók a legnagyobb arányban az „*orvos által írásban*” történő elrendelést jelölték. A második leggyakoribb az „*orvos által szóban, szükség esetén, később írásban rögzítve*” kategória. Számos esetben az „*ápoló és orvos között történt korábbi szóbeli megegyezés alapján az ápoló saját hatáskörben*” elrendelési forma a gyakorlatban alkalmazott forráskönyv. Ezeket túl megjelent még az „*ápoló saját hatáskörben, illetve későbbi referálással*” gyakorlat, amely nem előre meghatározott kategória volt, hanem a saját válaszformálási lehetőség megragadása.

A fájdalom felmérését segítő eszközök alkalmazásának eredményei szerint a legnagyobb számban és azonos mértékben jelölték az ellátó szubjektív megítélése alapján kategóriát és a VAS (vizuális analóg skála) használatát. Jelentős számú visszajelzés érkezett a numerikus skála és a verbális leíró skála alkalmazására is. Jelölték továbbá az arcskála és egyéb tesztek alkalmazását, valamint érkezett nemleges visszajelzés is. Kiemelendő két speciális, intenzív ellátásban alkalmazható fájdalommérő skála: a Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) és a Behavioral Pain Scale (BPS), amelyek különlegessége, hogy nem alkalmaznak verbális elemeket.

**5. ábra:** Fájdalomcsillapító eljárások gyakorisági eloszlása, N=56



A fájdalom felmérésének alkalmazási gyakoriságával kapcsolatban azt találtuk, hogy jelentős többséggel mutatkozik az alkalmasszerű fájdalommérés, ezt követi hasonló arányban az óránként és a három-négy óránként történő ellenőrzés. A 12 órás műszakonként történő fájdalomkontroll is több helyen jelenik meg, az öt-hat óránként néhányat, a soha pedig egy alkalommal került visszajelzésre.

Az 5. ábra tartalmazza a fájdalomcsillapító eljárások gyakorisági eloszlására vonatkozó eredményeket. Legnagyobb és közel azonos mértékben a per os (49 eset) és az intravénás fájdalomcsillapítás (48 eset) vezet a gyakorisági listát. Ezt követi az EDA-kanül alkalmazása (33 eset), amelynek oka az intenzív osztályos környezetből származó válaszadói sokaság lehet. Igen gyakori a regionális idegblokád (25 eset) jelölése

is és a nem gyógyszeres eljárások alkalmazásának előfordulása. Az esetek majdnem 20%-ában az egyéb aneszteziológiai technikák is szerephez jutnak, amely üdvözlendő és reménykeltő eredmény a hagyományosnak tekinthető technikák vezető szerepe mellett.

A fájdalomkezelési munkacsoport tagjainak munkaidőre vonatkozó visszajelzései alapján elmondható, hogy egyenlő arányban található a munkaidejük egy részét és a munkaidejük egészét kitevő foglalkoztatottság.

A fájdalomkezelési munkacsoport elérhetőségével kapcsolatban azt találtuk, hogy a szerény válaszsám ellenére az esetek felénél munkaidőben személyesen érhető el, de ügyeleti időben nincs erre mód. Valamivel kevesebb esetben személyesen munkaidőben és telefonon ügyeleti időben (munkaidőn túl és hétvégén) állnak rendelkezésre. Két egyedi megoldás is látható az eredményekből. Az egyik munkacsoport személyesen 0–24 órás ellátást nyújt, a másik a hét bizonyos napjain személyesen munkaidőben elérhető, de ügyeletben nem.

A fájdalomkezelési munkacsoport tevékenységével kapcsolatos elégedettségre nézve változatos eredmények érkeztek. Az öt kategóriát tartalmazó skálán a legalacsonyabb és a két legmagasabb fokú megelégedettséget jelölte közel azonos számban a legtöbb kolléga. A köztes két kategóriára csak egy-egy jelölés érkezett. A szabad véleményformálás során néhány, főként pozitív válasz érkezett.

A fájdalomkezelési munkacsoportok szakterületekre vonatkozó ellátásával kapcsolatos visszajelzések szerint hiánypótlónak tűnik a krónikus fájdalom kezelésével kapcsolatban végzett tevékenységük, emellett a posztoperatív fájdalomkezelés és szülészeti érzéstelenítés tartozik a fő tevékenységeik közé.

A fájdalomkezelési protokollokkal kapcsolatos ismeretekre vonatkozóan legnagyobb arányban és számban a „nem tudok róla” választ jelölték a megkérdezett ápolók. A következő az „igen, ismerem” csoport lett, ezt követi a „nem rendelkezik” és végül az „igen, de nem ismerem” kategória.

A betegek és az ellátók szempontjából a fájdalomkezelésre vonatkozó elégedettséget vizsgálva azt találtuk, hogy a kategóriák nagyjából megegyeztek a beteg vagy az ellátó szempontjainak figyelembevételét illetően. Az öt kategóriát tartalmazó skálán a közepes elégedettségi mértéket jelölték a válaszadók a leggyakrabban, mind a betegek, mind az ellátók nézőpontjából.

### Orvosoktól érkezett válaszok áttekintése

A kutatásban két orvos is részt vett. Az eredményekben figyelemreméltó, hogy egyikük sem hallott

a fájdalomkezelő szakápolóról, egyikük munkahelyén sem alkalmaznak ilyen munkakörben ápolót, de mindketten eredményes együttműködést tudnának elképzelni a fájdalomkezelés területén MSc végzettségű ápolóval akár aneszteziológiai, intenzív vagy perioperatív szakirány esetén. A fájdalomkezelési munkacsoportról a rezidens hallott már, a nagyobb szakmai tapasztalattal rendelkező orvos azonban még nem. Egyikőjük munkahelyén sem működik ilyen szolgálat.

## Megbeszélés, következtetések

### Ápolói válaszadói hajlandóság

Kutatásunk eredeti célkitűzése a fővárosi fekvőbeteg-ellátó intézmények fájdalomkezelési szemléletének és gyakorlatának áttekintése volt hatékonyabb ellátási stratégiák kialakítási lehetőségének keresése okán. Mivel a mintavétel során a megkeresett ápolási igazgatók részvételi hajlandósága meglehetősen visszafogottnak bizonyult, így az elérhetőség szempontjait figyelembe véve országos szinten az aneszteziológiai és intenzív terápiás osztályok ápolóit kerestük meg és döntően ők válaszoltak a kérdőívekre. Ennek hátterében a motivátlanság, az időhiány vagy egyéb, előttünk ismeretlen okok állhatnak.

### Fájdalommérő eszközök

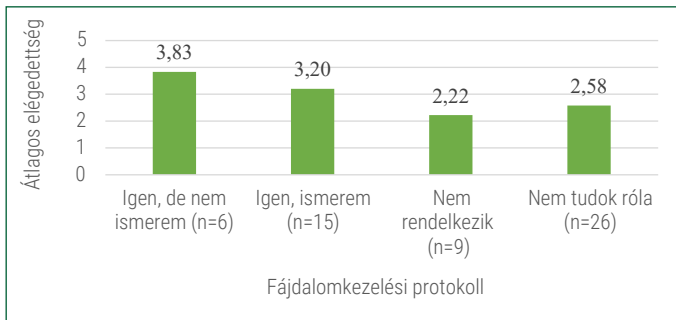
A különböző fájdalommérő eszközök, skálák alkalmazásával kapcsolatban, a szakirodalommal összhangban, azt találtuk, hogy a többdimenziós skálák használata – amely az életminőséggel, mint önálló tényezővel számol – a hazai ellátásban még nem vált elterjedté (Lovasi, 2022). Előremutató eredmény, hogy a kis minta ellenére két speciális, intenzív ellátáshoz illesztett skála is megjelent, a Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) és a Behavioral Pain Scale (BPS). Emellett a mérés gyakoriságának változékonysága a protokollok alkalmazásának hiányára enged következtetni.

### Fájdalomkezelési protokollok és elégedettség kapcsolata

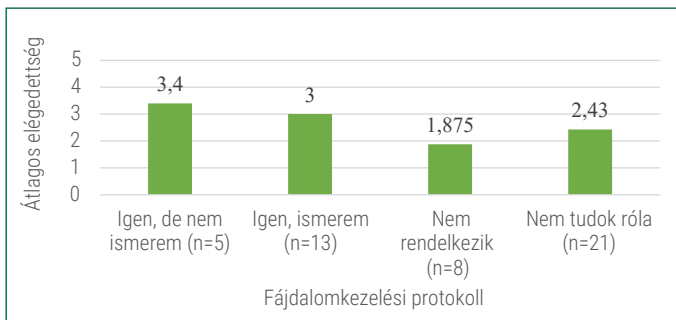
A fájdalomkezelésre vonatkozó beteg- és ellátói elégedettség vizsgálata a fájdalomkezelési protokollok meglétével, illetve annak ismeretével összevetve – statisztikai eljárások alkalmazása által – a következők szerint alakult:

A Tukey HSD post hoc teszt szerint statisztikailag szignifikáns különbség volt a protokollal nem

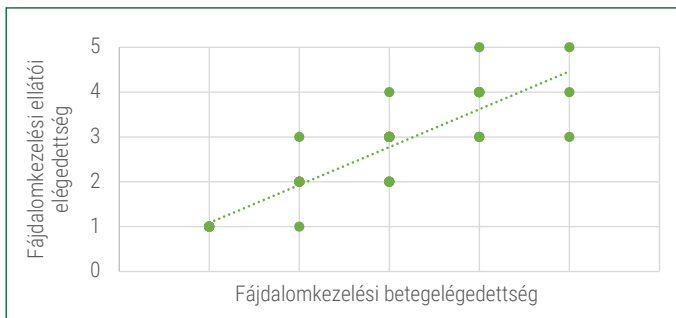
**6. ábra:** Átlagos fájdalomkezelési betegelégedettség, N=56



**7. ábra:** Átlagos fájdalomkezelési ellátói elégedettség, N=47



**8. ábra:** Fájdalomkezelési beteg- és ellátói elégedettség kapcsolata, N=47



rendelkező, illetve a dolgozó által nem ismert, de protokollal rendelkező intézmények betegelégedettségében ( $p=0,046$ ).

A dolgozói elégedettséggel összefüggésben az ANOVA analízissel –  $F(3,43)=2,942$ ,  $p=0,044$  – szignifikáns eltérés jelentkezett. Azonban a Tukey HSD post hoc teszt nem mutatott ki statisztikailag szignifikáns különbségeket az egyes csoportok között ( $p>0,05$ ). Ennek háttérében a többes összehasonlítások szigorúbb korrekciója, a viszonylag kis hatásméret, kis elemszám, az eltérések nem egyértelműen két csoport közötti eloszlása állhat.

A **6. ábráról** leolvasható, hogy a legjelentősebb megelégedettséget a meglévő, ám nem ismert protokoll hozta, amely a protokollok hatékonyságát, eredményességét kérdőjelezi meg, mégis úgy tűnik,

hogy elégedettebbek ott, ahol már kidolgozott az eljárásrend. Ennek háttérében több értelmezés is állhat. Felmerülhet, hogy anélkül járnak el – akár a szokásrend alapján –, hogy tisztában lennének azzal, hogy mindez mégis a protokollok szerint történik. Így a megfelelő eljárás elégedettséget eredményezhet. Egy kissé gyakorlatiasabb magyarázat lehet, hogy pusztán a válaszadási szándék, a részvételi hajlandóság önmagában nem biztosít megfelelő minőségű adat-szolgáltatást. További dilemma, hogy a betegelégedettségre vonatkozó adatok indirekt úton, az ellátóktól származnak, ami az eredmény torzításához vezethet. Mindemellett kérdéses, hogy a hazai ellátási gyakorlat során, a fent említett úton érkezett válaszokból, korrekt statisztikai eljárás során nyert eredmények alkalmasak-e érvényes következtetések levonására vagy inkább pilot vizsgálatként történő értelmezésük javasolt.

A **7. ábra** mutatja, hogy az ellátói elégedettség, hasonlóan a betegelégedettséghez, azokban az intézményekben a legnagyobb mértékű, ahol van, bár nem ismerik a vonatkozó protokollokat. A jelenség a betegelégedettségi eredményeknél részletezettek szerint értelmezhető.

A **8. ábrán** látható a fájdalomkezelésre vonatkozó beteg- és ellátói elégedettség szignifikáns korrelációja, ami abból a szempontból nem meglepő, hogy a betegelégedettség mérése közvetett módon, az ápolói válaszok alapján történt. A kutatás gyengeségének, egyben fejlesztendő területének tekinthető a betegelégedettség mérési módszere, amely személyes megkeresésen alapuló, validált mérőeszközzel történő felmérést és ezek alapján készített, további adatelemzést sürget.

### Fájdalomkezelési protokollok és a gyakorlat kapcsolata

Feltételezésünk, amely szerint a fájdalomcsillapítási protokollok rögzítése szükséges, de nem elégséges feltétele azok szélesebb körű ismeretének és a megfelelő fájdalomkezelési gyakorlatnak, a szakirodalmi forrásokkal megegyező eredményt hozott (Lovasi, 2023; Lovasi, 2018). Fontos szempont, hogy a statisztikai úton talált eredmények nagyobb elemszám mellett biztosabban tükröznék az összefüggéseket.

## Fájdalomnedzsgment jelenlegi gyakorlatának személyi jellemzői

A fájdalomkezelési gyakorlatban jelentős eltérések mutatkoznak, amelyek inkább a helyi szokásokon és egyéni tapasztalatokon alapulnak az egységes szervezeti előírások megléte, ismerete és alkalmazása helyett.

A fájdalomkezelési munkacsoport és a fájdalomkezelő szakápoló fogalmának szerény ismertsége mögött információhiány és ezen ellátási formák elterjedtségének hiánya sejthető.

Az ápolói kompetenciahatárok kérdése a fájdalomkezelés területén is aktuális. Amellett, hogy vitathatatlanul jelentős szerepet töltenek be a felmérés és kezelés területén is, mégis hiányzik a strukturált keretek között, rendszerszerű megfontolások alapján kialakított ellátási forma és gyakorlat. A rendeleti szinten rögzített kompetenciák világos elkülönítése nem tűnik tisztázottnak a mindennapi munka során. A jelenség szükségszerű alkalmazkodásnak tekinthető a fennálló fájdalomkezelési igények és a nélkülözött intézményi szintű támogató rendszerek között.

A válaszok között felmerült az „ápoló saját hatáskörben, illetve későbbi referálással” gyakorlat, ami a nagyobb önállósági igényre utalhat. A jelenleg hatályos rendelet értelmében a vény nélküli gyógyszerek esetében, önálló alkalmazásra, magasabb végzettség mellett lehetőség adódik (13/2025. [IV. 17.] BM-rendelet).

## A krónikus fájdalom ellátásának jellegzetességei

A krónikus fájdalmak menedzselése döntően a kezelőorvoshoz tartozik, de újszerű eredmény, hogy a fájdalomkezelési munkacsoport tagjai kisebb számban ugyan, de megjelentek a visszajelzések során. Ezen a területen különösen kiemelt lehetősége, szerepe lehetne a multimodális terápiának.

## Orvosi válaszadói hajlandóság

A kérdőív kitöltését vállaló orvosok adatai jelzésértékűek, válaszaik mögött inkább az információhiánya, a téma iránti nyitottság és együttműködési szándék vélelmezhető.

## Irodalomjegyzék

13/2025. (IV. 17.) BM-rendelet az egészségügyi tevékenység végzéséhez kapcsolódó egészségügyi szakdolgozói kompetenciák keretrendszeréről (2025) Retrieved 2026.01.23. from <https://njt.hu/jogszabaly/2025-13-20-0A>

## A vizsgálat korlátai

A vizsgálat korlátai közé tartoznak a nem reprezentatív, alacsony elemszámú minta, az önbevalláson alapuló kérdőív kitöltési technikájából származó eltérések lehetősége, valamint a betegelégedettség vonatkozó indirekt adatgyűjtés.

A kutatás szakirodalmi adatokkal egybevágó, összefoglaló hipotézise, miszerint a hazai fekvőbeteg-intézmények fájdalomkezelési gyakorlata számos ponton fejlesztésre szorul, az eredmények alapján megerősítésre került (Lovasi, 2019). A betegek és az ellátók szempontjából mért elégedettség is a közepes-alsó kategóriákban volt a legnagyobb mértékben, amely számos javítási lehetőségre hívja fel a figyelmet.

A kutatás eredményei alapján megfogalmazható javaslat az ellátás hatékonyságának javítása érdekében fájdalomkezelési munkacsoportok szervezése és eredményes működtetése. Érdemes volna szélesebb körben, az előnyök hangsúlyozásával megismertetni az ellátókkal ezt az ellátási formát.

További lehetőség a fájdalomkezelő szakápoló munkakör kialakítása, aki edukációs, pszichés támogató, fájdalommérő, kezelési módokat ismerő és javasoló, a folyamatot kísérő feladatokat láthatna el, összetettségében és rendszerben látva a beteg gyógyulásának egyes lépéseit. A kiterjesztett hatáskörű ápoló végzettséggel rendelkező ápolók, különös tekintettel az aneszteziológiai és intenzív specializációra, képzettségükre alapozva, kiemelkedő szerepet tölthetnének be a fájdalomnedzsgmentben.

**Köszönetnyilvánítás:** Köszönet illeti a kérdőív kitöltésével a kutatás elvégzéséhez hozzájáruló válaszadókat, akiknek fáradozása nélkülözhetetlen volt a lebonyolítás sikeréhez.

**Szerzői munkamegosztás:** R. J.: Kutatás tervezése, irodalom áttekintése, vizsgálat lefolytatása, statisztikai elemzések, a kézirat elkészítése. B. Z.: Kutatás tervezése, vizsgálat lefolytatása, kézirat elkészítése, szakmai iránymutatás, a kézirat kritikai áttekintése. A cikk végleges változata mindkét szerző tudomásával és egyetértésével készült.

**Anyagi támogatás:** Anyagi támogatásban nem részesültek a szerzők a kutatás vonatkozásában.

**Érdekeltségek:** A szerzőket nem kötik érdekeltségek a kutatással kapcsolatban.

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 követelménye-

- iról szóló 8/2013. (I. 30.) EMMI-rendelet módosításáról (2016). Retrieved 2023.11.22. from <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1600018.EMM&txtreferer=00000001.txt>
- Al-Saidi, I., Russell, A., & Dizdarevic, A. (2023). The Acute Perioperative Pain Service: Impact, Organization, and Future Directions. *Current Pain Headache Reports*, 27(9), 399–405. <https://doi.org/10.1007/s11916-023-01133-2>
- Aydal, P., Uslu, Y., & Ulus, B. (2023). The Effect of Preoperative Nursing Visit on Anxiety and Pain Level of Patients After Surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 38(1), 96–101. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.05.086>
- Burrows, D., & Chumbley, G. (2021). Nurses. In Faculty of Pain Medicine of the Royal College of Anaesthetists (ed.). Core Standards for Pain Management Services in the UK (Second Edition ed., pp. 62). <https://www.britishtpainsociety.org/static/uploads/resources/files/FPM-Core-Standards-2021.pdf>
- Chapman, J. L. R., & Lalkhen, A. G. (2016). Postoperative analgesia. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 17(3), 144–150. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2016.01.001>
- Chou, R., Gordon, D. B., de Leon-Casasola, O. A., Rosenberg, J. M., Bickler, S. ... Wu, C. L. (2016). Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *Journal of Pain*, 17(2), 131–157. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008>
- Fang, L., Chen, L., Sun, H., Xu, Y., & Jin, J. (2021). The Effectiveness of Using a Nurse-Led Pain Relief Model for Pain Management among Abdominal Surgical Patients: A Single-Center, Controlled before-after Study in China. *Pain Management Nursing*, 22(2), 198–204. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.08.004>
- Gordon, D. B., Polomano, R. C., Pellino, T. A., Turk, D. C., McCracken, L. M., Sherwood, G., Paice, J. A., Wallace, M. S., Strassels, S. A., & Farrar, J. T. (2010). Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire (APS-POQ-R) for Quality Improvement of Pain Management in Hospitalized Adults: Preliminary Psychometric Evaluation. *The Journal of Pain*, 11(11), 1172–1186. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.02.012>
- Karcioglu, O., Topacoglu, H., Dikme, O., & Dikme, O. (2018). A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *American Journal of Emergency Medicine*, 36(4), 707–714. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.01.008>
- Lovasi, O. (2023). *A posztoperatív fájdalomcsillapítás hazai helyzete a minőségmenedzsment szemszögéből* [PhD, Semmelweis Egyetem]. <https://phd.semmelweis.hu/public/vedesek/2672>
- Lovasi, O., Gaál, P., Léber, A., & Lám, J. (2022). A műtét utáni fájdalomcsillapítás minőségének felmérési lehetőségei: többdimenziós eszközök. *Legge Artis Medicinae*, 32(4–5), 197–205.
- Lovasi, O., & Lám, J. (2018). A posztoperatív fájdalommenedzsment helyzete napjainkban Magyarországon. 1. rész. *Nővér*, 31(5), 35–40.
- Lovasi, O., & Lám, J. (2019). A posztoperatív fájdalommenedzsment helyzete napjainkban Magyarországon. 2. rész. *Nővér*, 32(3), 15–20.
- Lovasi, O., Lám, J., Frank, K., Schutzmann, R., & Gaál, P. (2023). The First Comprehensive Survey of the Practice of Postoperative Pain Management in Hungarian Hospitals: A Descriptive Study. *Pain Management Nursing*, 24(3), 342–349. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.12.001>
- Lovasi, O., Lám, J., & Kósik, N. (2020). Az akutfájdalom-kezelő szolgálat szerepe a műtét utáni fájdalomcsillapításban. *Orvosi Hetilap*, 161(15), 575–581.
- Macres, S., Aldwinckle, R. J., Saldahna, U., Pritzlaff, S. G., Jung, M. ... Bishop, R. (2023). Reconceptualizing Acute Pain Management in the 21st Century. *Advances in Anesthesia*, 41(1), 87–110. <https://doi.org/10.1016/j.aan.2023.06.006>
- Oláh, A., Máté, O., Betlehem, J., & Fullér, N. (2015). Advanced Practice Nurse (APN) MSc-képzés bevezetése Magyarországon. *Nővér*, 28(2), 3–10.
- Pain Out Questionnaires. (2026). Retrieved 2026.02.02. from <https://cloud.med.uni-jena.de/index.php/s/AEtNGdsZnfuVU9u?dir=/&editing=false&openfile=true>
- Ridinger, J. (2023a). *Aneszteziológiai asszisztensek kompetenciáinak vizsgálata a végzettségek tükrében* [Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Tudományos Diákkör, Semmelweis Egyetem].
- Ridinger, J. (2023b). *Eltérő aneszteziológiai asszisztensi végzettséggel rendelkező szakemberek kompetenciáinak vizsgálata* [BSc, Semmelweis Egyetem].
- Samolsky Dekel, B. G. (2018). Acute Pain Service an Open and Challenging Issue. *EC Anaesthesia*, 4, 192–194.
- Tawfic, Q. A., & Faris, A. S. (2015). Acute pain service: past, present and future. *Pain Management*, 5(1), 47–58. <https://doi.org/10.2217/pmt.14.48>
- Webb, C. A. J., & Kim, T. E. (2018). Establishing an Acute Pain Service in Private Practice and Updates on Regional Anesthesia Billing. *Anesthesiology Clinics*, 36(3), 333–344. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2018.04.005>
- Weiser, T. G., Haynes, A. B., Molina, G., Lipsitz, S. R., Esquivel, M. M. ... Gawande, A. A. (2016). Size and distribution of the global volume of surgery in 2012. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(3), 201–209. <https://doi.org/10.2471/blt.15.159293>

EREDETI KÖZLEMÉNY

# A demonstrátori támogatás hallgatói megítélése a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán

TÓTH Attila Imre, DR. BALOGH Zoltán PhD

## ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja a demonstrátori támogatás hallgatói megítélésének és észlelt tanulástámogató hozzájárulásának vizsgálata a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán, valamint a fejlesztési prioritások azonosítása.

*Anyag és módszer:* Keresztmetszeti, anonim online kérdőíves vizsgálatot végeztünk a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karának jelenlegi és végzett hallgatói körében. Leíró statisztikát, 95%-os Wilson-konfidenciaintervallumokat,  $\chi^2$ -próbát, Cramér-féle V-t, Spearman-féle rangkorrelációt, Mann-Whitney-féle U-próbát és szükség szerint egzakt binomiális próbát alkalmaztunk; a nyílt végű válaszokat induktív tematikus elemzéssel dolgoztuk fel.

*Eredmények:* 1202 értékelhető válasz érkezett; 79,9% találkozott demonstrátori támogatással. A demonstrátorral támogatott tantárgyakban 85,7% kedvezőbb megértést, 86,4% kedvezőbb készségfejlődést és 85,0% eredményesebb egyéni kérdéstitűzást jelzett. A demonstrátorral nem találkozóik is magasra értékelték a bevonás várható hasznosságát.

*Következtetések:* A demonstrátori rendszer a hallgatói percepciók alapján releváns tanulástámogató elem lehet a gyakorlatorientált egészségügyi képzésekben. A rendszer fejlesztésének fő irányai a szerepkör pontosítása, a pedagógiai-kommunikációs felkészítés és a rugalmas, jelenléti munkát kiegészítő támogatási formák bővítése.

**Kulcsszavak:** szakmai képzés, egészségügyi hallgatók, kortárs csoport, visszajelzés, felmérések és kérdőívek

## Students' Perceptions of Demonstrator Support at Semmelweis University's Faculty of Health Sciences

Attila Imre TÓTH, Zoltán BALOGH PhD

### SUMMARY

*Purpose* to examine students' perceptions of demonstrator support at the Faculty of Health Sciences, Semmelweis University, and to identify development priorities.

*Methods:* A cross-sectional anonymous online survey was conducted among current and graduated students. Descriptive statistics, 95% Wilson confidence intervals, chi-square tests, Cramér's V, Spearman rank correlation, Mann-Whitney U tests, and exact binomial tests were applied as appropriate; open-ended responses were analyzed inductively.

*Results:* 1202 valid responses were analyzed; 79.9% reported demonstrator support. In demonstrator-supported subjects, 85.7% reported better understanding, 86.4% reported better skills development, and 85.0% reported more effective clarification of individual questions. Students without demonstrator experience also rated expected usefulness highly.

*Conclusion:* Student perceptions suggest that demonstrator support may be a relevant learning-support element in practice-oriented health sciences education. Key development directions are clearer role definition, stronger pedagogical-communication preparation, and flexible formats complementing face-to-face demonstrator work.

**Keywords:** education, professional, students, health occupations, peer group, feedback, surveys and questionnaires

Tóth Attila Imre IV. évfolyamos ápolóhallgató (BSc), demonstrátor, ápolás és betegellátás alapképzési szak, ápoló szakirány, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar

DR. BALOGH Zoltán PhD főiskolai tanár, tanszékvezető, klinikai kapcsolatokért felelős dékánhelyettes, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék  
ORCID-azonosító:  
0000-0002-1202-1111.

### Levelező szerző

(corresponding author):

TÓTH Attila Imre

E-mail:

toth.attila@stud.semmelweis.hu

Beérkezett: 2026. március 5.

Elfogadva: 2026. április 27.



Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.39.0008> | [www.eLitMed.hu](http://www.eLitMed.hu)

## Bevezetés

A gyakorlatorientált egészség tudományi képzésekben a készségfejlesztés minőségét alapvetően meghatározza, hogy a hallgatók mennyi lehetőséget kapnak ismétlésre, gyors hibajavításra és személyre szabott visszajelzésre. Ez különösen fontos azokban a tanulási helyzetekben, ahol a pszichomotoros készségek, a kommunikációs kompetenciák és a döntéshozatal egymással összefonódva fejlődnek (Balogh et al., 2009).

A demonstrátori támogatás olyan oktatásszervezési forma, amelyben jellemzően felsőbb évfolyamos hallgatók vagy hallgatóként megbízott segítők vesznek részt a gyakorlati oktatás támogatásában. A near-peer megközelítés előnye lehet, hogy a demonstrátor egyszerre áll közel a hallgatói gondolkodáshoz és kapcsolódik az oktatói elvárásokhoz; ez csökkentheti a kérdés küszöbét, erősítheti a bevonódást és segítheti a feladatközi visszajelzést (Smith et al., 2018; Hastings et al., 2024).

Az egészség tudományi és különösen az ápolói képzésekben a demonstrátori munka értéke nem pusztán kapacitásbővítésként értelmezhető. A hallgatók számára a biztonságos tanulási légkör, a nem megszégyenítő hibajavítás, a reflektív megbeszélés és a gyors segítségnyújtás kiemelt jelentőségű. A nemzetközi szakirodalom szerint a kedvező hallgatói megítéléshez és a hatékony működéshez strukturált felkészítésre, mentorálásra és szerepklarifikációra van szükség (Breau et al., 2020; Heitkemper et al., 2021; Pashaeypoor et al., 2024; Maroufi et al., 2024).

Magyar kontextusban kevés olyan nagy mintás, intézményi szintű vizsgálat áll rendelkezésre, amely egyszerre írja le a demonstrátori támogatás hallgatói megítélését, az észlelt tanulástámogató hozzájárulást és a fejlesztési elvárásokat. Jelen tanulmány célja ezért a demonstrátori támogatás hallgatói megítélésének és észlelt hozzájárulásának vizsgálata a Semmelweis Egyetem Egészség tudományi Karán. A kézirat következetesen az „észlelt hozzájárulás” fogalmát használja, mivel a keresztmetszeti, önbeszámoló adatfelvétel oksági következtetések levonását nem teszi lehetővé.

## Anyag és módszer

Keresztmetszeti, részben visszatekintő, anonim online kérdőíves vizsgálatot végeztünk a Semmelweis Egyetem Egészség tudományi Karának jelenlegi és végzett hallgatói körében. Az adatfelvétel 2025. június 7. és 2025. december 17. között zajlott Microsoft Forms felületen. A bevonás irányított kényelmi mintavétellel, kari hallgatói kommunikációs csatornákon és QR-kódos toborzással történt.

### Rövidítések jegyzéke

CI = konfidenciaintervallum  
 ETK = Egészség tudományi Kar  
 ORCID = Open Researcher and Contributor ID  
 SE = Semmelweis Egyetem  
 U = Mann–Whitney-féle U-próba  
 V = Cramér-féle V  
 $\rho$  – Spearman-féle rangkorreláció  
 $\chi^2$  = khi-négyzet-próba

A saját szerkesztésű kérdőív teljes kérdésbankja 38 tételt tartalmazott. Az elágazáslogika miatt a demonstrátorral találkozó kitöltők 26, a demonstrátorral nem találkozó 12 kérdést láttak. A kérdések a háttérváltozók mellett a demonstrátori érintettségre, az elérhetőségre, a kommunikációra, az interaktivitásra, a tananyag megértésére, az egyéni kérdések tisztázására, a készségfejlődésre, a problémamegoldásra és a kritikus gondolkodásra, valamint a fejlesztési javaslatokra irányultak.

A két többlet blokk belső megbízhatósága jó volt (Cronbach- $\alpha$ : 0,861 és 0,859). A feltáró szerkezeti ellenőrzés két értelmezhető dimenziót jelzett: az általános demonstrátori támogatás/oktatásminőség, valamint a támogató tanulási környezet és a személyre szabott segítség dimenzióját. A mérőeszköz teljes körű pszichometriai validálása ugyanakkor nem történt meg, ezért az eredményeket az észlelt hozzájárulás szintjén értelmeztük.

Az elemzés során leíró statisztikát, 95%-os Wilson-konfidenciaintervallumokat,  $\chi^2$ -próbát, Cramér-féle V-t, Spearman-féle rangkorrelációt, Mann–Whitney-féle U-próbát, valamint szükség szerint egzakt binomiális próbát alkalmaztunk. A nyílt végű válaszokat induktív, tematikus tartalomelemzéssel dolgoztuk fel. A pozitív kategóriákat előre rögzített összevonásokkal képeztük, egyes hipotéziseket pedig proxyváltozók és exploratív csoport-összehasonlítások alapján vizsgáltuk.

A részvétel önkéntes volt, közvetlen személyazonosító adat gyűjtésére nem került sor. A kérdőív elején tájékoztatás szerepelt a kutatás céljáról és az adatkezelés módjáról; a kitöltés megkezdése egyben a részvételhez adott beleegyezésnek minősült.

## Eredmények

Összesen 1243 beküldés érkezett; az adattisztítást követően 1202 kérdőív került elemzésre. A válaszadók 78,0%-a (n=937) jelenlegi, 22,0%-a (n=265) végzett hallgató volt. A minta 70,3%-a teljes idejű, 29,7%-a részdíjs képzésben vett részt. A válaszadók 79,9%-a

**I. táblázat.** A minta fő jellemzői (N = 1202)

Változó	n	%
Hallgatói státusz – jelenlegi hallgató	937	78,0%
Hallgatói státusz – végzett hallgató	265	22,0%
Képzési forma – teljes idejű (nappali)	845	70,3%
Képzési forma – részidős (levelező)	357	29,7%
Demonstrátori támogatással találkozott	960	79,9%
Demonstrátori támogatással nem találkozott	242	20,1%

(n=960) találkozott demonstrátori támogatással, 20,1%-a (n=242) nem. A demonstrátori jelenlét nappali képzésben gyakoribb volt, mint részidős képzésben (86,2% vs. 65,0%;  $\chi^2(1, N=1202)=69,94$ ;  $p<0,001$ ;  $V=0,241$ ). A minta fő jellemzőit az **I. táblázat** foglalja össze.

A demonstrátori támogatás fő leíró eredményeit a **II. táblázat** foglalja össze. A demonstrátorral nem találkozó hallgatók a demonstrátor bevonásának várható hasznosságát magasra értékelték: a 0–10 pontos skálán a medián 8, az átlag 7,86 volt, és 67,8% adott 8–10 pont közötti értéket. A gyakorlati órákon túl elérhető kiegészítő demonstrátori támogatást 82,2% legalább 7 pontra értékelt, ami arra utal, hogy a hallgatók a jelenléti támogatás mellett rugalmasabb, konzultációs vagy online formákat is igényelnek.

A demonstrátorral érintett hallgatók körében a demonstrátor munkájával való elégedettséget 92,6% 7–10 pontra értékelt. A demonstrátori jelenlétű és

a demonstrátor nélküli tantárgyak összehasonlításában 85,7% kedvezőbb megértésről számolt be, és a megértés irányára végzett egzakt binomiális próba egyértelműen a demonstrátori jelenlét javára mutatott ( $p<0,001$ ). A készségfejlődés támogatását 86,4% értékelt 7–10 pontra; a készségfejlődés-önértékelés szintén szignifikánsan a skála közepe fölé tolódott ( $p<0,001$ ). Az egyéni kérdések tisztázásában 85,0% jelölt teljes vagy nagyrészt pozitív segítséget, és legalább részleges támogatást 97,6% tapasztalt.

A near-peer jellegű demonstrátori támogatást 89,6% tartotta előnyösnek, 80,9% pedig úgy vélte, hogy a demonstrátor mindig vagy általában elérhető volt. Az interaktivitást 84,7%, a problémamegoldás és a kritikus gondolkodás támogatását 81,6%, a konstruktív visszajelzést 79,4%, a személyes példák és esettanulmányok megértést támogató szerepét 88,0% ítélte meg kedvezően. A technikai/digitális integráció bővítését a válaszadók 95,8%-a támogatta.

Az asszociációs elemzések főbb mutatóit, valamint a nyílt végű fejlesztési javaslatok fő témáit a **III. táblázat** foglalja össze. A nyitottabbnak és segítőkészebbnek észlelt demonstrátori légkör közepes erősségű pozitív kapcsolatban állt az interaktivitás megítélésével ( $p=0,383$ ;  $p<0,001$ ) és még erősebben az egyéni kérdések tisztázásának kedvezőbb értékelésével ( $p=0,534$ ;  $p<0,001$ ). A near-peer jelleg pozitívabb megítélése szintén összefüggött az egyéni kérdések tisztázásának kedvezőbb megítélésével ( $p=0,540$ ;  $p<0,001$ ). Az összesített demonstrátori megítélés és a problémamegoldó/kritikus gondolkodási támoga-

**II. táblázat.** A demonstrátori támogatás fő leíró eredményei

Mutató	Eredmény	Megjegyzés
Demonstrátor bevonásának várható hasznossága (demonstrátorral nem találkozó)	medián: 8; átlag: 7,86; 67,8% adott 8–10 pontot	0–10 pontos skála; n=242
Kiegészítő demonstrátori támogatás hasznossága	82,2%	legalább 7 pont; 0–10 pontos skála
Demonstrátor munkájával való elégedettség	92,6%	7–10 pont; demonstrátorral érintett hallgatók
Tantárgyi megértés demonstrátori jelenlét mellett	85,7%	kedvezőbb megértést jelzett
Készségfejlődés támogatása	86,4%	7–10 pont
Egyéni kérdések tisztázásának pozitív támogatása	85,0%	teljes vagy nagyrészt pozitív segítség
Egyéni kérdések legalább részleges támogatása	97,6%	teljes, nagyrészt vagy részleges segítség
Near-peer jelleg előnyös megítélése	89,6%	pozitív megítélés
Demonstrátor elérhetősége	80,9%	mindig vagy általában elérhető
Foglalkozások interaktivitásának kedvező megítélése	84,7%	pozitív értékelés
Problémamegoldás és kritikus gondolkodás támogatása	81,6%	pozitív értékelés
Konstruktív visszajelzés kedvező megítélése	79,4%	pozitív értékelés
Személyes példák és esettanulmányok hasznossága	88,0%	megértést támogató szerep
Technikai/digitális integráció bővítésének támogatása	95,8%	pozitív támogatás

Megjegyzés: A táblázat a kéziratban szövegesen kiemelt fő leíró eredményeket összegzi.

### III. táblázat. Asszociációs eredmények és nyílt végű fejlesztési javaslatok

A) Fő asszociációs eredmények	
Vizsgált kapcsolat/összehasonlítás	Eredmény
Nyitottabbnak és segítőbbnek észlelt demonstrátori légkör ↔ interaktivitás megítélése	Spearman-rangkorreláció = 0,383; $p < 0,001$
Nyitottabbnak és segítőbbnek észlelt demonstrátori légkör ↔ egyéni kérdések tisztázásának kedvezőbb értékelése	Spearman-rangkorreláció = 0,534; $p < 0,001$
Near-peer jelleg pozitívabb megítélése ↔ egyéni kérdések tisztázásának kedvezőbb értékelése	Spearman-rangkorreláció = 0,540; $p < 0,001$
Összesített demonstrátori megítélés ↔ problémamegoldó/kritikus gondolkodási támogatás	Spearman-rangkorreláció = 0,517; $p < 0,001$
Interaktívabbnak minősített foglalkozások ↔ kedvezőbb érdeklődési és motivációs beszámoló	Mann-Whitney $U = 76\ 710,5$ ; $p < 0,001$ ; rang-biszerialis $r = 0,284$
B) Nyílt végű fejlesztési javaslatok fő témái (n = 33)	
Téma	Említési arány
Pedagógiai-kommunikációs felkészítés erősítése	21,2%
Szerepkör bővítése vagy pontosítása	21,2%
Demonstrátori kapacitás növelése	18,2%
Professzionizmus és megbízhatóság erősítése	18,2%
Időkeretek és hozzáférés bővítése	15,2%

Megjegyzés: A nyílt végű kérdésre 36 válasz érkezett, ezek közül 33 tartalmazott érdemi fejlesztési javaslatot.

tás között közepesnél erősebb pozitív kapcsolat mutatkozott ( $\rho = 0,517$ ;  $p < 0,001$ ). Az interaktívabbnak minősített foglalkozásokhoz kedvezőbb érdeklődési és motivációs beszámoló társultak ( $U = 76\ 710,5$ ;  $p < 0,001$ ; rang-biszerialis  $r = 0,284$ ).

A nyílt végű kérdésre 36 válasz érkezett, ezek közül 33 tartalmazott érdemi fejlesztési javaslatot. A leggyakrabban megjelenő témák a pedagógiai-kommunikációs felkészítés erősítése (21,2%), a szerepkör bővítése vagy pontosítása (21,2%), a demonstrátori kapacitás növelése (18,2%), a professzionizmus és megbízhatóság erősítése (18,2%), valamint az időkeretek és a hozzáférés bővítése (15,2%) voltak.

## Megbeszélés és következtetések

Eredményeink szerint a demonstrátori támogatás leginkább azokban a dimenziókban kapott kedvező hallgatói megítélést, amelyek a gyakorlati oktatásban a legközvetlenebb tanulási szükségletekhez kapcsolódnak: a gyors kérdéstisztázásban, a készségfejlesztés támogatásában és a jobb tantárgyi megértésben. Ez jól illeszkedik a near-peer és teaching assistant modellekről szóló szakirodalomhoz, amely szerint a hallgatók különösen értékelik az alacsonyabb segítségkérési küszöböt, a feladatközi magyarázatot és a gyors hibajavítást (Smith et al., 2018; Hastings et al., 2024; Maroufi et al., 2024).

A nyitottabb kommunikáció, a kedvezőbb near-peer megélés és a magasabb interaktivitás egyaránt

jobb tanulási megítéléssel társult, ami arra utal, hogy a demonstrátor nem pusztán kapacitásnövelő szereplő, hanem a tanulási klíma alakítója is lehet. A szimulációs és készségfejlesztő környezetekben a pszichológiai biztonság, a nem megszégyenítő hibajavítás és a reflektív visszajelzés központi jelentőségű; eredményeink ezt a megközelítést erősítik (McCarthy et al., 2013; Qian et al., 2025).

Gyakorlati szempontból a demonstrátori rendszer fejlesztésének három súlypontja azonosítható. Elsőként szükséges a szerepkör és az elvárt kompetenciák pontosítása. Másodszor indokolt a pedagógiai-kommunikációs felkészítés és a mentorálás tudatos erősítése. Harmadszor a hallgatói visszajelzések alapján célszerű a jelenléti munkát kiegészítő, könnyen hozzáférhető konzultációs és digitális támogatási formákat bővíteni. Ez összhangban áll a nursing teaching assistant programokkal és az online hallgatói visszajelzésről szóló szakirodalom fő üzeneteivel (Breau et al., 2020; Pashaepoor et al., 2024; Pullan et al., 2023; Lammey et al., 2025).

A vizsgálat korlátai közé tartozik az önbevallásos adatfelvétel, a részben visszatekintő jelleg, az irányított kényelmi mintavétel és az egyetlen intézményre korlátozó minta. A nyílt végű válaszok száma alacsony volt, a mérőeszköz teljes körű pszichometriai validálása pedig nem történt meg. Ennek megfelelően az eredmények nem tekinthetők oksági bizonyítéknak, hanem hallgatói percepciók alapján kirajzoló észlelt összefüggéseknek.

Összességében a demonstrátori támogatás a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán tanuló hallgatók percepciói alapján releváns tanulástámogató elemnek tűnik. A rendszer különösen a gyors, személyre szabott visszajelzés és a készségfejlesztés támogatásában mutatott erősséget; további fejlesztését a szerepklerifikáció, a strukturált felkészítés és a hibrid támogatási modell irányába érdemes folytatni.

### Köszönetnyilvánítás

Köszönet illeti a kérdőívet kitöltő hallgatókat és végzeteket, akik válaszaikkal hozzájárultak a vizsgálat megvalósításához. A szerzők köszönik a szakmai konzultációban nyújtott támogatást is.

**Szerzői munkamegosztás:** T. A. I.: Koncepció, irodalmi háttér összegzése, kérdőívfejlesztés, adatfelvétel, adattisztítás, statisztikai elemzés, táblázatok elkészítése, kéziratírás. B. Z.: Szakmai konzultáció, módszertani kontroll, kézirat kritikai véleményezése.

**Anyagi támogatás:** A kutatás és a kézirat elkészítése külső anyagi támogatásban nem részesült.

**Érdekeltségek:** A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

**Etikai vonatkozás:** Az adatfelvétel önkéntes és anonim online kérdőívvel történt; közvetlen személyazonosításra alkalmas adat nem került gyűjtésre. A résztvevők a kérdőív elején tájékoztatást kaptak a kutatás céljáról és az adatkezelés módjáról.

## Irodalomjegyzék

- Balogh, Z., Betlehem, J., Papp, K., Tulkán, I., & Kovácsné Tóth, Á. (2009). Az elmúlt két évtized ápolóképzése a hazai felsőoktatásban. *Nővér*, 22(1), 3–12.
- Breau, G., Campbell, S., Hilario, C., Goldie, C., Auxier, J., Garrett, B., & Varcoe, C. (2020). Mentoring graduate students to become effective teaching assistants: Developing and implementing a student-centred program for nursing. *Quality Advancement in Nursing Education – Avancées en formation infirmière*, 6(3), 3. <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1206>
- Hastings, L., Sunderman, H., & Knopik, N. (2024). Maximizing the role of undergraduate teaching assistants (UTAs) to match signature pedagogies in leadership education. *Journal of Leadership Education*, 23(1), 78–90. <https://doi.org/10.1108/jole-01-2024-0012>
- Heitkemper, E. M., Hafermann, K. A., Honig, J. C., & Smaldone, A. (2021). Preparing teaching assistants in nursing: A mixed-methods evaluation. *Nurse Educator*, 46(6), E179–E183. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000001006>
- Lammey, C., Frangieh, J., Humphrey, K. G., Lehmann, J., Thompson, B., & Hughes, V. (2025). Best practices for providing meaningful faculty-student feedback in an online setting: An integrative review applied to nursing education. *Nurse Education Today*, 146, 106510. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106510>
- Maroufi, S. S., Babajani, A., Taghizadeh, S., Gholamzadeh, M., Mousavibaghi, S. H., & Azizi Darbandi, M. M. (2024). Investigating the effect of teaching assistants (TA) on the level of satisfaction of undergraduate anesthesia students with training in the internship unit. *Journal of Education and Health Promotion*, 13(1), 352. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_1010\\_23](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1010_23)
- McCarthy, J., Cassidy, I., & Tuohy, D. (2013). Lecturers' experiences of facilitating guided group reflection with pre-registration BSc nursing students. *Nurse Education Today*, 33(1), 36–40. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.10.020>
- Pashayypoor, S., Majdabadi, Z. A., Khanipour-Kencha, A., & Nikpeyma, N. (2024). Barriers and facilitators to fulfilling the teaching assistant role from nursing students' perspective: A qualitative study. *BMC Nursing*, 23, 39. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01645-7>
- Pullan, S. J., Rylance-Graham, R., Crane, J., & Thornton, E. (2023). Undergraduate nursing students' experiences of online education: A cross-sectional survey. *Teaching and Learning in Nursing*, 18(1), 56–62. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2022.10.002>
- Qian, D., Wu, Y., Li, Y., Wang, L., & Li, Y. (2025). Negative experiences of undergraduate nursing students in simulation training: A meta-synthesis of qualitative studies. *Journal of Professional Nursing*, 58, 147–156. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2025.04.004>
- Smith, J. P., Kendall, J. L., & Royer, D. F. (2018). Improved medical student perception of ultrasound using a paired anatomy teaching assistant and clinician teaching model. *Anatomical Sciences Education*, 11(2), 175–184. <https://doi.org/10.1002/ase.1722>

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

# Az autizmussal élő gyermekek szájhygiénéjének kihívásai – fogorvosok és dentálhigiénikusok szerepe a speciális ellátásban

KOZMA Vivien, DR. NÉMETH Anikó PhD

## ÖSSZEFOGLALÁS

Az autizmus spektrumzavarral élő gyermekek ellátása nagy kihívást jelent az egészségügyi ellátórendszernek, így különösen a fogászati szakmáknak is. A napirendtől eltérő fogászati időpont, a rendelő hangjai, illatai, és önmagában a szájban való manipuláció heves ellenkezést válhat ki az autizmussal élő gyermekekből, ami megnehezíti fogászati ellátásukat. Gyakran tapasztalható, hogy az ilyen spektrumzavarral élő gyermekek fogazati állapota nemkívánatos eltéréseket mutat, mivel sokszor már a fogmosás is nehézségekbe ütközik. Jelen közlemény különböző technikák bemutatásával kíván segítséget nyújtani a fogászati szakemberek számára az autizmussal élő gyermekek fogászati ellátásának megkönnyítéséhez.

**Kulcsszavak:** autizmus spektrumzavar, fogászat, szájápolás, vizuális segédeszközök

## Challenges in Oral Hygiene for Children with Autism – The Role of Dentists and Dental Hygienists in Specialized Care

Vivien KOZMA, Aniko NEMETH PhD

### SUMMARY

Providing care for children with autism spectrum disorder poses a major challenge for the healthcare system, and this is particularly true for the dental profession. Dental appointments that deviate from their daily routine, the sounds and smells of the dental office, and the manipulation in the mouth itself can trigger intense resistance in children with autism, which complicates their dental care. It is often observed that the dental condition of children with this spectrum disorder exhibits undesirable abnormalities, as even brushing their teeth can pose significant challenges. This paper aims to assist dental professionals by presenting various techniques to facilitate dental care for children with autism.

**Keywords:** autism spectrum disorder, dentistry, oral hygiene, visual aids

KOZMA Vivien dentálhigiénikus-hallgató, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

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

### Levelező szerző

(corresponding author):


DR. NÉMETH Anikó

E-mail:

nemeth.aniko.02@szte.hu

**Beérkezett:** 2026. március 24.

**Elfogadva:** 2026. április 19.

 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.39.0009> | [www.eLitMed.hu](http://www.eLitMed.hu)

## Bevezetés

Az autizmus spektrumzavar (ASD) egy idegrendszeri fejlődési rendellenesség, amely jellemzően kora gyermekkorban jelentkezik. A zavar főbb jellemzői közé tartozik a társas kommunikáció nehezítettsége, valamint a korlátozott és ismétlődő viselkedésformák. Az ASD megjelenése egy spektrumon mozog, az enyhébb tünetektől egészen a súlyosabb tünetek megnyilvánulásáig. Az érintett gyermekek egy része nem beszél, vagy csak egyszerű mondatokban kommunikál, míg más gyermekek ezzel szemben

gazdag szókinccs birtokában vannak, de nehézséget okoz számukra a társas interakció és a pragmatikus nyelvhasználat. Ez megnyilvánulhat például abban, hogy nem megfelelően reagálnak beszélgetésekben, nem értik a nonverbális jeleket, vagy életkorukhoz képest nem képesek baráti kapcsolatok kialakítására (American Psychiatric Association, 2013). Az ASD-vel élő gyermekek gyakran nehezen viselik a rutin vagy a környezet változásait, érdeklődési körük pedig sokszor szűk és intenzív. Előfordulhatnak sztereotip, ismétlődő mozgások, valamint szokatlan érzékszervi reakciók is (Christensen & Zubler, 2020).

Az autizmus spektrumzavar egy rendkívül sokszínű és változatos fejlődési rendellenesség, amely minden esetben minőségi eltéréseket mutat a kölcsönös szociális interakcióban, a kommunikációban, valamint a viselkedésszervezés rugalmasságában (Kapitány, 2015).

Az autizmus spektrumzavar kialakulásának pontos oka még a mai napig sem teljesen ismert, azonban valószínűsíthető, hogy több tényező együttesen járul hozzá a kialakulásához és megjelenéséhez. Az ASD-hez vezető neurológiai változások már a prenatalis (méhen belüli) vagy a kora postnatalis (születés utáni) élet során elkezdődhetnek. Emellett a genetikai tényezők – beleértve a ritka és gyakori variánsokat is – jelentős szerepet játszanak az ASD-hez kapcsolódó viselkedésbeli eltérések populációs szintű változatosságában (Grove et al., 2019).

## Az autizmus tünetei

Az autizmus spektrumzavar tünetei többnyire már a gyermekek első vagy második életévében megjelennek, bár a jelek felismerése sokszor nem egyszerű (Vetró, 2008). A korai eltérések észlelésében a szülők mellett rendkívül fontos szerepük van a gyermekorvosoknak, a védőnőknek és azoknak a pedagógusoknak, akik rendszeresen találkoznak és foglalkoznak a gyermekekkel. A tünetek általában a második és harmadik életév között válnak egyre feltűnőbbé, amikor a tipikus fejlődés során megjelennek azok a készségek és különböző viselkedésformák, amelyek az autizmusban érintett gyermekeknél hiányosan vagy éppen eltérően alakulnak ki. A legkarakteresebb eltérések többnyire 3-4 éves kor körül mutatkoznak meg, ugyanakkor visszamenőleg is gyakran azonosíthatók olyan újszülöttkori vagy csecsemőkori jellegzetességek is (például: szemkontaktus hiánya, szociális mosoly, gögicselés elmaradása, nem néz oda, ahová a szülő mutat), amelyek már ekkor utalhattak volna a fejlődés eltérésére (Cseri & Zsarkó, 2018). Az ASD számos viselkedési jele már 12 hónapos kor alatti időszakban is megfigyelhető. Ezek a korai eltérések több területet is érintenek: a figyelem irányítását és fenntartását, a beszéd előtti kommunikáció fejlődését, az érzelmi reakciókat, a temperamentumot, valamint a társas helyzetekbe mutatott bevonódást. Gyakran megfigyelhetők különbségek a szenzoros ingerekre adott válaszokban és a megszokáshoz kapcsolódó folyamatokban is. Emellett a motoros fejlődés, a játék módja, illetve a korlátozott vagy ismétlődő viselkedésformák megjelenése is korai jelzésértékkel bírhat (Dawson et al., 2023). Egyes ASD-vel rendelkező babák kevésbé igénylik a testközeliséget, és nem feltétlenül igénylik a folytonos ölbent tartást vagy a szoros fizikai kontaktust.

Nagyon gyakran „jó babaként” írják le őket, mivel hosszabb ideig elvannak egyedül és sokkal kevesebb jelzést adnak a gondozó felé, mint a kortársaik (Vetró, 2008). A tünetek sok gyermeknél akkor válnak igazán feltűnővé, amikor közösségbe kerülnek, mert ekkor már könnyebb összehasonlítani őket a kortársaikkal. Kisgyermek- és óvodáskorban gyakran az tűnik fel, hogy kevésbé érdeklődnek a többi gyerek iránt, kerülik a szemkontaktust, vagy nem alakul ki náluk a korosztályra jellemző, kötetlen társas kommunikáció (Cseri & Zsarkó, 2018). Iskoláskorban ehhez társulhatnak a nyelvi fejlődés sajátosságai, a szokatlan kommunikációs stílus, illetve az, hogy nehezen alkalmazkodnak a változásokhoz (Győriné Stefanik, 2005). A serdülőkor képe alapvetően hasonló, de ekkor a fiatalok már tudatosabban érzékelik a különbségeket önmaguk és társaik között, ami társas visszahúzódáshoz vagy akár depresszív hangulathoz is vezethet. Ebben az életkorban is jellemző, hogy a rugalmatlan alkalmazkodás, a kommunikációs nehézségek és a bizonytalan szabályrendszerű helyzetek kezelése különösen nagy kihívást jelent számukra (Győriné Stefanik, 2005).

A spektrumzavar sokféleképpen jelenhet meg, és fontos hangsúlyozni, hogy az érintett gyermekek nem mutatják minden terület minden nehézségét. A tünetek erőssége és kombinációja egyénenként jelentősen eltérhet. Nincs olyan egyetlen jel vagy viselkedés, amely önmagában elegendő lenne a diagnózishoz, ahogyan nincs olyan tünet sem, amely önmagában kizárná az autizmus lehetőségét. A diagnózis mindig a különböző területeken megjelenő sajátosságok összességének értékelésén alapul (Balázs & Miklósi, 2015).

## Szájhygiéné fontossága gyermekeknél

A korai szájápolási szokások kialakítása jelentősen hozzájárul ahhoz, hogy a gyermekek elkerüljék a leggyakoribb fogászati problémákat, például a fogszuvasodást vagy az ínybetegségeket (Tamrakar et al., 2024). Ezek a betegségek nemcsak a fogak állapotát rontják, hanem megnehezítik az evést, a beszédet, és hosszabb távon a társas helyzetekben való magabiztosságot is befolyásolhatják (Thakur, 2017). Sok szülő, illetve gondozó nincsen teljesen tisztában azzal, hogyan és milyen eszközökkel érdemes felépíteni egy gyermek mindennapi szájápolási rutinját. Gyakran bizonytalanok abban, mikor célszerű elkezdni a fogmosást, hogyan kell helyesen használni a fluoridos fogkrémet (Tamrakar et al., 2024). Abban sem biztosak, hogy miért rendkívül fontos a rendszeres fogászati ellenőrzés már kisgyermekkorban is. A kedvezőtlenebb anyagi helyzetben élő családoknál ezek a nehézségek még erőteljesebben jelentkezhet-

nek. A szűkös anyagi lehetőségek miatt ritkábban jutnak el fogorvoshoz, és sokszor a megfelelő szájpótlási eszközök beszerzése is komoly terhet jelent (Ouda et al., 2019).

A gyermekfogászati ellátás egyik alapvető feladata, hogy még a problémák kialakulása előtt megelőzze a fog és ínybetegségeket. Ennek része a rendszeres kontrollvizsgálat, a professzionális tisztítás és a fluoridos kezelések biztosítása. A szakemberek emellett nagy hangsúlyt fektetnek arra is, hogy a szülőket és a gyerekeket megtanítsák a helyes szájpótlási technikákra. Idetartozik a megfelelő fogmosási módszer elsajátítása, a fogselyem használatának megtanítása, valamint azoknak a mindennapi szokásoknak a kialakítása, amelyek hosszú távon segítik a fogak és az íny egészségének megőrzését (Lucia, 2024). Otthon a szülők feladata, hogy támogassák a mindennapi szájpótlási rutint: a kisebb gyerekeknek segítségre van szükségük a napi kétszeri fogmosásban, a fluoridos fogkrém helyes használatában, valamint a fogselymezésben. Emellett a cukros ételek és italok visszafogása is hozzájárul a fogszuvasodás megelőzéséhez (Lucia, 2024).

## Szájhigiénia autizmussal élő gyermekeknél – ellátásuk sajátosságai és az ellátással járó nehézségek

A tipikusan fejlődő gyermekekhez hasonlóan az autizmusban érintett gyerekeknél is elengedhetetlen fontosságú, hogy minél korábban kialakuljanak a megfelelő szájpótlási szokások. Esetükben különösen nagy jelentősége van a személyre szabott vizuális segítségnek és a kiszámítható, támogató környezet megteremtésének. A szájpótlási készségek fejlesztésekor figyelembe kell venni a gyermek fizikai adottságait, például a száj körüli izmok ügyesítését, a szájnnyitást vagy a köpés megtanulását, illetve a finommotoros mozgások finomítását a fogmosás során. Emellett az autizmusból fakadó sajátosságok, mint a rugalmatlanság vagy a szenzoros érzékenység, szintén befolyásolják a folyamatot. Mindez fokozott türelmet és fokozatos, jól felépített tanítást igényel (Kapitány, 2015). Az autizmusban érintett gyermekek körében többféle fogászati probléma fordul elő gyakrabban, például a fogszuvasodás, az íngyulladás, a gyengébb száj körüli izomkoordináció, illetve bizonyos szokások, mint a fogcsikorgatás, a nyelvökés, az ajak- vagy archarapdálás, valamint a különféle önsértő viselkedések és a nem ehető tárgyak rágcslása (El Khatib et al., 2014; Zidan et al., 2022).

A szájhigiéné fenntartása sok esetben azért is nehezített, mert a gyerekeknek gondot okozhat a megfe-

lő fogmosási technika elsajátítása, illetve a szülők és a segítők is gyakran küzdenek azzal, hogy a mindennapi szájpótlási rutint a lehető legkövetkezetesebben alakítsák ki. A finommotoros nehézségek, a kézmozgás bizonytalansága vagy a nyelv koordinációjának gyengesége tovább növelheti a fogszuvasodás kockázatát (Silva et al., 2016). Emellett az autizmusban érintett gyermekek gyakran részesülnek olyan gyógyszeres kezelésben – például pszichoaktív szerekben vagy görcsoldókban –, amelyek mellékhatásként íngyulladást is okozhatnak (Lydon et al., 2015).

Az autizmussal élő gyerekek számára a fogászati környezet gyakran már önmagában is megterhelő, mivel az ismeretlen helyzetek és a megszokott rutinok felborulása könnyen szorongást válthat ki. Sokuknak nehézséget okoz a társas jelzések értelmezése és a saját szükségleteik vagy érzéseik kifejezése, ami tovább nehezíti a helyzet kezelését. A gyakran előforduló szenzoros érzékenység szintén komoly akadályt jelenthet a fogászati ellátásban: a rendelőben jelen lévő erős fények, hangok vagy az érintés könnyen túlterhelést okozhatnak. Ilyenkor az érintett gyermekek visszahúzódással, heves viselkedéssel vagy hangos tiltakozással reagálhatnak, ami jelentősen megnehezíti a vizsgálat vagy a kezelés zavartalan lefolyását (Stein et al., 2011).

Sok ASD-vel élő gyermek számára már maga a váróteremben eltöltött idő is komoly megterhelést jelent. Az olykor zsúfolt környezet, az idegen emberek közelsége és az esetleges hosszadalmas várakozás gyakran ugyanakkora szorongást vált ki, mint maga a kezelés. Sok szülő arról számol be, hogy rengeteg energiát igényel a felkészülés, mégis előfordul, hogy a gyerek nehezen indul el vagy nem érkeznek meg időben a rendelőbe, ami szintén tovább növelheti a feszültséget, hiszen attól tartanak, hogy emiatt nem kapnak megfelelő ellátást (Thomas et al., 2017).

A fogászati vizsgálat során kiemelten fontos, hogy az autizmussal élő gyermekek egyértelmű, könnyen érthető és követhető utasításokat kapjanak, és elegendő idő álljon rendelkezésükre az információk feldolgozásához. A sikeres ellátást nagyban segíti, ha a fogászati csapat fokozatosan alakítja ki a bizalmi kapcsolatot a gyermekkel, mert ez mintát ad a társas helyzetek kezelésére is. Ennek a hiánya viszont könnyen vezethet félreértésekhez, szorongáshoz és negatív élményekhez, amelyek gyakran rontják a vizsgálat sikerességét (Thomas et al., 2017). A szülők pontosan tudják, mennyire fontos lenne gyermekük számára a megfelelő szájpótlás, ugyanakkor sok autista gyermek erősen elutasítja a fogkrémet, a fogmosást, vagy éppen nagyon beszűkült étrenden él, ami káros lehet a fogaknak. A mindennapi nehézségek miatt előfordul, hogy a szájhigiénia fenntartása háttérbe szorul. Többen arról számolnak be, hogy a

fogászati csapattal folytatott beszélgetések során úgy érezték, hogy nem értik meg őket teljesen, és olykor igazságtalanul ítélték meg őket a gyermek önellátási nehézségei vagy étkezési sajátosságai miatt. A sikertelen kontrollok hosszabb távon is megterhelhetik a családot, előfordulhat fokozott feszültség, önsértő viselkedés, vagy akár az is, hogy a gyermek később teljesen elutasítja a fogászati ellátást (Thomas et al., 2017).

## Fogorvosok és dentálhigiénikusok szerepe az ellátásban

Az autizmussal élő gyermekek gyakran nehezen tolerálják a fogászati beavatkozásokat, különösen a rendelői környezet látványa és hanghatásai miatt, amit perceptuális túlérzékenységnek nevezünk. Mivel az ASD-vel élő gyermekek erősen ragaszkodnak a megszokott, jól bevált rutinjukhoz, egy fogászati időpont, ami eltér a megszokott napirendjüktől, komoly stresszt okozhat számukra és a rendelő személyzetének is. Ezért a vizsgálatok időtartamát célszerű rövidre szabni, és az érzékszervi ingerek mennyiségét minimalizálni (Harris et al., 2024; Prynda et al., 2024). Az autista gyermekek esetében a fogászati kezelés nagyon gyakran csak speciális viselkedésirányítási módszerek alkalmazásával valósítható meg. Ilyen lehet például a fizikai rögzítés, a szedáció vagy akár az altatás, ha a gyermek együttműködése más módon nem biztosítható (Hodgetts & Park, 2017).

A gyakorlatban azonban leginkább a viselkedéses megközelítések bizonyulnak hatékonyak, amelyek közé a vizuális segédletek használata is tartozik. A vizuális támogatás lényege, hogy a gyermek képeken vagy egyszerű cselekvéssorokon keresztül érti meg, mi fog vele történni, így könnyebben elsajátít bizonyos készségeket, például a fogmosás lépéseit. Ezek az eszközök lehetnek nyomtatott képek vagy digitális formában megjelenő anyagok – például telefonon, tableten vagy számítógépen –, amelyek különösen hasznosak a sajátos nevelési igényű gyermekek körében (Balian et al., 2021). A vizuális segédesszközök közül az egyik legelterjedtebb a PECS (Picture Exchange Communication System), amely egy augmentatív kommunikációs módszer. Ennek a lényege, hogy a gyermek kártyák segítségével tanulja meg kifejezni igényeit és szándékait, így azok a gyerekek is funkcionálisan kommunikálnak, akik nem beszélnek, vagy csak korlátozottan képesek a kommunikációra (Balian et al., 2021). A vizuális pedagógiai módszerek gyakran rajzok vagy rövid videók segítségével mutatják be a fogmosás lépéseit, illetve azt, hogy mire számíthat a gyermek a rendelőben.

A történetyszerűen felépített anyagok előre megismertetik a gyermekkel a helyzetet, így a valós vizsgálat során könnyebben felismeri és elfogadja az eseményeket. Kutatások szerint ez a megközelítés hatékonyan mérsékli a szorongást és javítja az együttműködést (Fakhruddin & Batawi, 2017; Balian et al., 2021).

Az autizmussal élő gyermekek ellátását nagyban segíti, ha a rendelő környezete alkalmazkodik a szenzoros érzékenységükhöz. A cél, hogy a vizsgálat minél kevesebb szorongást váltson ki, ezért hasznos lehet például a vizuális ingerek csökkentése, mint a mennyezeti fények tompítása vagy kikapcsolása. Hanghatások terén a nyugodt, halk háttérzene is mérsékelheti a stresszt, és támogathatja a gyermek együttműködését (Duker et al., 2023).

Az autizmussal élő gyermekek sikeres fogászati ellátásának egyik alapfeltétele a megfelelő kommunikáció. Fontos, hogy a szakember egyszerű, jól érthető módon magyarázza el a teendőket, kerülve az elvont vagy bonyolult kifejezéseket. A „mond el – mutasd meg – csináld” (tell – show – do) módszer hatékonyan segíti a gyermek felkészítését a vizsgálatra.

A kezelést érdemes fokozatosan felépíteni, először csak az ujjak érintésével, majd később a fogászati eszközök bevezetésével. Az együttműködő viselkedést célszerű olyan jutalmakkal megerősíteni, amelyek az adott gyermek számára motiválóak, például matricákkal vagy dicsérettel. A rendelőben figyelni kell a gyermek esetleges hirtelen mozdulataira, ezért a kezelőszék környékét ajánlott szabadon hagyni. Bizonyos helyzetekben szükség lehet rögzítőtechnikák alkalmazására, de ez kizárólag a szülő beleegyezésével történhet, a gyermek biztonsága érdekében.

A kiszámíthatóságot nagyban segíti, ha a gyermek minden alkalommal ugyanazzal a személyzettel és ugyanabban az időpontban a kezelőhelyiségben találkozik (Southwest Autism Research and Resource Center, d. n.).

Az autizmussal élő gyermekek fogászati vizsgálata gyakran erős szorongással jár, ezért hasznosak a fokozatos deszenzitizációs lépések. Ennek során a gyermek rövid, pozitív élményként megélt találkozásokon keresztül ismerkedik a rendelővel: belépés, a székbe ülés néhány másodpercre, a szájnnyitás vagy a fogak megszámolásának elfogadása. Minden sikeres lépést jutalmazás és figyelemelterelés kíséri. A viselkedéselemzésen alapuló módszerek szintén hatékonyak, mert a készségeket apró részekre bontva tanítják, és minden előrelépést megerősítés követ. A családdal való együttműködés kulcsfontosságú: otthon segíthetnek a szociális történetek, a vizuális

napirendek és a kezelési lépések előzetes áttekintése. A pozitív verbális visszajelzés minden helyzetben támogatja a gyermek biztonságérzetét és motivációját (Autism Speaks Autism Treatment Network, d. n.).

## Javaslatok az autizmus spektrumzavarral küzdő gyermekek fogászati ellátásához

A kutatások szerint az autizmussal élő gyermekek szájhigiénéjének javításában kiemelt szerepe van a szülők aktív bevonásának. Különösen fontos ez akkor, ha a gyermeknél értelmi fogyatékoság is jelen van, mert ilyenkor a szülői támogatás alapvetően meghatározza a fogápolási rutin sikerességét (Hilgert et al., 2017). Egy intervenció programban a szülők motivációs interjútechnikák, kognitív viselkedésterápiás elemek és mindfulness gyakorlatok segítségével kaptak támogatást, hogy hatékonyabban tudják segíteni a gyermeküket. A folyamatot videós modellek, szociális történetek és nyomtatható segédanyagok egészítették ki, amelyek megkönnyítették az otthoni rutin kialakítását és fenntartását (Fenning et al., 2022).

A rendszeres rövid fogászati látogatások segíthetnek abban, hogy a gyermek fokozatosan megszokja a rendelőt és biztonságos rutint alakítson ki. Fontos, hogy a szülők reális elvárásokat tartsanak szem előtt, hiszen minden gyermek más tempóban alkalmazkodik. A stressz csökkenthető, ha a vizsgálat

több rövid alkalomra oszlik, és a gyermek magával viheti a kedvenc játékát vagy takaróját. Ha számára megnyugtató, hallgathat zenét is a kezelés alatt. A figyelemelterelés – például játékok, tablet vagy telefonos alkalmazások használata – szintén segítheti az együttműködést (Dental Health Foundation Ireland, d. n.).

Az autizmussal élő gyermekek szájegészségi problémáinak korai felismerése alapvető jelentőségű, mivel ezek nemcsak az általános egészségi állapotot, hanem a rágás, a nyelés és a beszéd fejlődését is befolyásolják. A hatékony ellátás érdekében fontos, hogy az egészségügyi szakemberek – különösen a fogorvosok – olyan továbbképzésekben részesüljenek, amelyek felkészítik őket az autizmushoz kapcsolódó speciális szükségletek felismerésére és kezelésére (Gallo et al., 2023). A nemzetközi szakirodalom egyre hangsúlyosabban foglalkozik e képzések szükségességével, ugyanakkor a publikációk többsége továbbra is elsősorban epidemiológiai adatokra épül, és kevésbé tér ki a gyakorlati ellátás fejlesztésére (Kammer et al., 2022; Pastore et al., 2023).

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

**Anyagi támogatás:** A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

**Érdekeltségek:** A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

## Irodalomjegyzék

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, DC. <https://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Autism Speaks. (d.n). *Treating children with autism spectrum disorders: A toolkit for dental professionals*. Autism Treatment Network & Autism Intervention Research Network on Physical Health. [https://www.vdh.virginia.gov/content/uploads/sites/30/2018/01/AutismSpeaks\\_dental-toolkit\\_downloaded\\_Feb2015.pdf](https://www.vdh.virginia.gov/content/uploads/sites/30/2018/01/AutismSpeaks_dental-toolkit_downloaded_Feb2015.pdf)
- Balázs, J., & Miklósi, M. (2015). *A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve*. Budapest: Semmelweis Kiadó. <https://www.scribd.com/document/702750610/balazs-gyermek-es-ifjukor-psziches>
- Balian, A., Cirio, S., Salerno, C., Wolf, T. G., Campus, G., & Cagetti, M. G. (2021). Is visual pedagogy effective in improving cooperation towards oral hygiene and dental care in children with autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 789. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020789>
- Christensen, D., & Zubler, J. (2020). Understanding autism spectrum disorder: An evidence-based review of ASD risk factors, evaluation, and diagnosis. *American Journal of Nursing*, 120(10), 30–37. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000718628.09065.1b>
- Cseri, Cs., & Zsarkó, B. (2018). *Módszertani segédanyag autizmus spektrum zavarral küzdő gyermekek iskolai megsegítéséhez*. Csongrád Megyei Pedagógiai Szakszolgálat. [https://www.scribd.com/document/471174136/Modszertani-segedanyag-autizmus-spektrum-zavarral-kouzdoo-gyermekek-iskolai-megsegiteshez#google\\_vignette](https://www.scribd.com/document/471174136/Modszertani-segedanyag-autizmus-spektrum-zavarral-kouzdoo-gyermekek-iskolai-megsegiteshez#google_vignette)
- Dawson, G., Rieder, A. D., & Johnson, M. H. (2023). Prediction of autism in infants: Progress and challenges. *The Lancet Neurology*, 22(3), 244–254. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(22\)00407-0](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(22)00407-0)
- Dental Health Foundation Ireland. (d.n). Oral health for autistic children: A guide for adults. <https://www.dentalhealth.ie/resources/educational/oral-health-for-autistic-children-a-guide-for-adults/>
- Duker, S. L. I., Como, D. H., Jollette, C., Vigen, C., Gong, C. L., Williams, M. E., Polido, J. C., Florindez-Cox, L. I.,

- & Cermak, S. A. (2023). Sensory adaptations to improve physiological and behavioral distress during dental visits in autistic children: A randomized crossover trial. *JAMA Network Open*, 6(6), e2316346. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.16346>
- El Khatib, A., El Tekeya, M., El Tantawi, M., Omar, T. (2014). Oral health status and behaviors of children with autism spectrum disorder: a case-control study. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 24(4), 314-323. <https://doi.org/10.1111/ipd.12067>
- Fenning, R. M., Butter, E. M., Macklin, E. A., Norris, M., Hammersmith, K. J., McKinnon-Bermingham, K., ... Kuhlthau, K. (2022). Parent Training for Dental Care in Underserved Children With Autism: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*, 149(5), e2021050691. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-050691>
- Gallo, C., Scarpis, A., Mucignat-Caretta, C. (2023). Oral health status and management of autistic patients in the dental setting. *European Journal of Paediatrics Dentistry*, 24(2), 145-150. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2023.1656>
- Grove, J., Ripke, S., Als, T. D., Mattheisen, M., Walters, R. K., Won, H ... Borglum, A. D. (2019). Identification of common genetic risk variants for autism spectrum disorder. *Nature Genetics*, 51, 431-444. <https://doi.org/10.1038/s41588-019-0344-8>
- Gyóriné Stefanik, K. (2005). *Az iskoláskorra vonatkozó prognózis kérdése autizmusban – a korai képességmintázat és a naív tudatelméleti vonatkozású viselkedések szerepe*. Doktori (PhD) disszertáció, ELTE Pszichológia Doktori Iskola, Kognitív Fejlődés Program, Budapest. [https://edit.elte.hu/xmlui/bitstream/handle/10831/46239/Kd\\_10716.pdf](https://edit.elte.hu/xmlui/bitstream/handle/10831/46239/Kd_10716.pdf)
- Fakhrudin, K. S., & El Batawi, H. Y. (2017). Effectiveness of audiovisual distraction in behavior modification during dental caries assessment and sealant placement in children with autism spectrum disorder. *Dental Research Journal*, 14(3), 177-182. <https://doi.org/10.4103/1735-3327.208768>
- Harris, H. K., Weissman, L., Friedlaender, E. Y., Neumeyer, A. M., Friedman, A. J., Spence, S. J., Rotman, C. ... Weitzman, C. (2024). Optimizing Care for Autistic Patients in Health Care Settings: A Scoping Review and Call to Action. *Academic Pediatrics*, 24(3), 394-407. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2023.11.006>
- Hilgert, L. A., Leal, S. C., Bronkhorst, E. M., Frencken, J. E. (2017). Long-term effect of supervised toothbrushing on levels of plaque and gingival bleeding among schoolchildren. *Oral Health & Preventive Dentistry*, 15(6), 537-542. <https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a39593>
- Hodgetts, S., & Park, E. (2017). Preparing for the future: A review of tools and strategies to support autonomous goal setting for children and youth with autism spectrum disorders. *Disability and Rehabilitation*, 39(6), 535-543. <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1161084>
- Kammer, P. V., Moro, J. S., Martins-Júnior, P. A., Cardoso, M., Bolan, M., Santana, C. M. (2022). The 100 most-cited papers in dentistry for individuals with neurodevelopmental disorders: Bibliometric profile of scientific research. *Special Care in Dentistry*, 42(4), 369-375. <https://doi.org/10.1111/scd.12684>
- Kapitány, I. (2015). *Fogászatos füzet*. Mozaik Közhazsnú Egyesület az Autizmussal Élő Emberekért. <https://mek.oszk.hu/15900/15901/>
- Lucia, S. (2024). Pediatric dentistry: A guide to early oral health care for children. *Journal of Odontology*, 8(4), 731. <https://doi.org/10.35248/JOY.24.8.731>
- Lydon, S., Healy, O., O'Callaghan, O., Mulhern, T., Holloway, J. (2015). A Systematic Review of the Treatment of Fears and Phobias Among Children with Autism Spectrum Disorders. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2, 141-154. <https://doi.org/10.1007/s40489-014-0043-4>
- Ouda, W. E., Abd Ella, N. H., Mohammed, N. R., Mahmoud Salim, A. A. (2019). Oral Hygiene Knowledge and Practices among School Age Children: an Assessment Study. *Port Said Scientific Journal of Nursing*, 6(3), 104-120.
- Pastore, I., Bedin, E., Marzari, G., Bassi, F., Gallo, C., & Mucignat-Caretta, C. (2023). Behavioral guidance for improving dental care in autistic spectrum disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1272638. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1272638>
- Prynda, M., Pawlik, A. A., Niemczyk, W., & Wiench, R. (2024). Dental adaptation strategies for children with autism spectrum disorder: A systematic review of randomized trials. *Journal of Clinical Medicine*, 13(23), 7144. <https://www.mdpi.com/2077-0383/13/23/7144#>
- Silva, P., Troiano, J., Nakamune, A., Pessan, J., Antoniali, C. (2016). Increased activity of the antioxidants systems modulate the oxidative stress in saliva of toddlers with early childhood caries. *Archives of Oral Biology*, 70(3), 62-66. <https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2016.06.003>
- Southwest Autism Research & Resource Center (d. n.). *Autism dental information guide for dental professionals*. Delta Dental of Arizona Foundation. <https://autismcenter.org/wp-content/uploads/2023/02/Dental-Information-Guide-for-Dental-Professionals-English-Version.pdf>
- Stein, L. I., Polido, J. C., Mailloux, Z., Coleman, G. G., Cermak, S. A. (2011). Oral care and sensory sensitivities in children with autism spectrum disorders. *Special Care in Dentistry*, 31(3), 102-110. <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2011.00187.x>
- Tamrakar, A. K., Tamrakar, S., & Tamrakar, A. (2024). Understanding and enhancing oral hygiene practices in children. *International Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*, 16(4), 575-580.
- Thakur, R. K. (2017). Effectiveness of Planned Teaching Programme on Knowledge and Practices of oral Hygiene among School Children. *International Journal of Nursing Education and Research*, 5(4), 399-402. <https://doi.org/10.5958/2454-2660.2017.00085.0>
- Thomas, N., Blake, S., Morris, C., & Moles, D. (2017). Autism and primary care dentistry: Parents' experiences of taking children with autism or working diagnosis of autism for dental examinations. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 28(2), 226-238. <https://doi.org/10.1111/ipd.12345>
- Vetró, Á. (2008). *Gyermek- és ifjúságsz pszichológia*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Zidan, Y. F. S. E. N., El-Hosary, A. M. E. N., Khatib, A. M., El Badry, T. H., Ragaa, E., & Ibrahim, A.-R. (2022). Comparative evaluation of oral health status in autistic and normal individuals. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*, 21(5), 46-52.

AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

# Növényi italok helye az Okostányéron

KOVÁCS Bora, DR. MÁK Erzsébet PhD

## ÖSSZEFOGLALÁS

**Célkitűzés:** A kutatás célja a magyar lakosság növényiital-fogyasztási szokásainak feltérképezése volt.

**A vizsgálat módszere:** A kutatás kvantitatív módszertanon alapult; az adatgyűjtés online kérdőív segítségével valósult meg a magyar felnőtt populációban. A minta 116 érvényes kitöltésből állt. Az adatok statisztikai elemzésére és rendszerezésére Microsoft Excel szoftver került alkalmazásra.

**Eredmények:** A válaszadók 65,5%-a fogyaszt növényi italt, közülük 42,1% a mandulaitalt részesíti előnyben. A fogyasztás legfőbb motivációja az egészségmegőrzés (44,2%), míg a legkevésbé a környezetvédelmi szempontok (6,5%). A növényi italokat leggyakrabban kávéhoz és kakaóhoz használják. A választásban az íz bizonyult a legmeghatározóbb tényezőnek.

**Következtetések:** A magyar fogyasztók döntéseit főként az íz és az egészségügyi szempontok befolyásolják. Javasolt a vásárlók edukálása a növényi italok tápanyagtartalmáról és a dúsított, cukormentes termékek előnyeiről és a környezetvédelmi szempontokról.

**Kulcsszavak:** növényi ital, tej, fogyasztási szokások

## The Role of Plant-Based Drinks in the Smart Plate

Bora KOVÁCS, Erzsébet MÁK PhD

### SUMMARY

**Purpose:** The aim of the research was to explore the plant-based drink consumption habits of the Hungarian population.

**Methods:** The research was based on a quantitative methodology; data collection was conducted via an online questionnaire among the Hungarian adult population. The sample consisted of 116 valid responses. Microsoft Excel software was utilized for the statistical analysis and organization of the data.

**Results:** A total of 65.5% of respondents reported consuming plant-based drinks, with 42.1% preferring almond milk. The main motivation for consumption was health preservation (44.2%), while environmental considerations were the least influential (6.5%). Plant-based drinks were most commonly used for preparing coffee and cocoa. Taste proved to be the most decisive factor in product choice.

**Conclusions:** The decisions of Hungarian consumers are primarily influenced by taste and health-related factors. Educating consumers about the nutritional value of plant-based drinks and the benefits of fortified, sugar-free products is recommended and environmental considerations.

**Keywords:** plant-based drink, milk, consumption habits

KOVÁCS Bora dietetikus,  
Semmelweis Egyetem ETK  
Dietetika Tanszék

DR. MÁK Erzsébet PhD  
főiskolai tanár, Semmelweis  
Egyetem ETK Dietetika Tanszék

### Levelező szerző

(corresponding author):

KOVÁCS Bora

E-mail:

kovacsbora1012@gmail.com

**Beérkezett:** 2025. november 30.**Elfogadva:** 2026. március 19.

| Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.39.0010> | [www.eLitMed.hu](http://www.eLitMed.hu)

## Bevezetés

A növényi alapú étel-miszer-alternatívák után a kereslet folyamatosan növekszik, kiemelten a növényi italok eladásai emelkednek. Amerikai cégek elemzése szerint 25 éven belül 20%-kal meg fogja haladni a növényi alapú étel-miszerek aránya az állati eredetű termékekét (Prytulska et al., 2021). Továbbá egy kutatás alapján a növényi italok bizonyultak a leggyak-

rabban fogyasztottnak a növényi alternatívák közül (Cardello et al., 2022). Ha a növényi italok megjelenését vizsgáljuk, akkor elmondható, hogy az 1950-es évekhez vezethető vissza, azonban az elmúlt évtizedben ugrásszerűen megnőtt a kedveltségük (Mylan et al., 2019). Mindemellett Amerikában a tehéntej fogyasztása 13%-kal csökkent egy 2020-as kutatás alapján (Marosvölgyi et al., 2021). Magyarországon ez a tendencia nem figyelhető meg, mivel 2019 óta

az egy főre jutó tej- és tejtermékfogyasztás 2022 kivételével mindig meghaladja a 2001-est (Központi Statisztikai Hivatal, 2025).

A növényi italok elterjedését kezdetben főként a laktózérzékenység és a tejfehérje-allergia problémája ösztönözte. Emellett a növényi alapú étrendek egyre szélesebb körű elfogadásához az állatjóléti szempontok iránti fokozódó érzékenység, valamint a környezetre gyakorolt kisebb ökológiai lábnyom is hozzájárult (Moore et al., 2023).

A növényi italok készítésekor számtalan alapanyagot használhatnak: gabonákat (rizs, zab, tönköly, köles), álgabonákat (quinoa, amaránt), szárazhüvelyeseket (szója, csicseriborsó), olajos magvakat (mogyoró, kesudió, dió, mandula), egyéb növényeket (kender), pálmaféléket (kókusz) (Magyar Dietetikuskok Országos Szövetsége, 2019). Bár a különböző növényi italok gyártási folyamatai között lehetnek kisebb eltérések, az alapvető lépések általában hasonlóak (Romulo, 2022).

### Növényi italok és a tehéntej tápanyagtartalma

A növényi alapú alternatívák, különösen a növényi italok iránti kereslet, folyamatos növekedésével egyre fontosabbá válik annak vizsgálata, hogyan illeszthetők be ezek az élelmiszerek az étrendbe. Emiatt fontos megemlíteni a növényi italok és a tehéntej összetétele közötti különbségeket.

Általánosságban elmondható, hogy a növényi italok kalóriatartalma jellemzően alacsonyabb – például a mandulaital –, mint a 2,8%-os zsírtartalmú tehéntejé, ami a leggyakrabban választott hazai tej is. Ugyanakkor bizonyos növényi italok – például rizsitalok, zabitalok – energiatartalma ennél magasabb lehet (Csengeri, 2020).

Fehérjetartalom szempontjából megfigyelhető, hogy a tehéntej átlagos fehérjetartalma 3,35 g/100 ml. Azonban a növényi italok fehérjetartalma változó a különböző típusok között. A legmagasabb fehérjetartalmat a szójaital mutatja (3,10 g/100 ml), míg a többi növényi ital alacsony fehérjetartalmú (zabital 1,10 g/100 ml, mandula, kókusz és rizs 0,30–0,75 g/100 ml) (Antunes et al., 2023). Továbbá a tehéntej az összes esszenciális aminosavat tartalmazza megfelelő arányban és mennyiségben, így ezek teljes értékű fehérjék (Magyar Dietetikuskok Országos Szövetsége, 2017). A növényi italok fehérjetartalma kevésbé hasznosul jól biológiailag, mint a tejben lévő fehérjék, ezért célszerű szem előtt tartani, hogy nem megfelelőek a tehéntej helyettesítésére fehérje- és aminosavtartalmuk alapján (Csengeri, 2020).

A tehéntej átlagos zsírtartalma 2,81 g/100 ml, azonban ez függ a tej típusától: a félzsíros tej 1,98 g/100 ml,

míg a sovány tej mindössze 0,08 g/100 ml zsírt tartalmaz. A növényi italok esetében szintén jelentős eltérések figyelhetők meg a teljes zsírtartalomban – ez 0,96 és 4,55 g/100 ml között mozog az egyes italok között, sőt még az azonos típusú italok esetében is lehetnek különbségek. A kókuszital mutatja a legmagasabb zsírtartalmat, amely eléri a 4,55 g/100 ml-t (Antunes et al., 2023).

A növényi italok zsírsavprofilját elsősorban egyszerűen és többszörösen telítetlen zsírsavak jellemzik, valamint nem tartalmaznak koleszterint, ami a tehéntejhez képest kedvezőbb hatású a szív- és érrendszerre. Kivételt jelent a kókuszital, amely ugyan koleszterinmentes, de magas telített zsírsavtartalommal rendelkezik (Csengeri, 2020).

A növényi italok szénhidráttartalma nagymértékben változó, ez szintén függ az alapanyagtól, illetve, hogy tartalmaz-e hozzáadott cukrot. Általában a gabonafélékből, például zabból vagy rizsből készült italok szénhidráttartalma még hozzáadott cukor nélkül is magasabb, mint a tehéntejé. Ezzel szemben a mandula-, kókusz- és szójaitalok természetes módon alacsony szénhidráttartalmúak, ha nem tartalmaznak hozzáadott cukrot (Csengeri, 2020). A tehéntej szénhidráttartalma ezzel szemben viszonylag állandó, átlagosan 4,88 g/100 ml, ami elsősorban a tejcukrot (laktózt) jelenti (Antunes et al., 2023).

Fontos még kitérni a tehéntej vitamin- és ásványianyag-tartalmára, hiszen jelentős mennyiségben tartalmaz A-, D-, E- és K-vitamint, valamint kalciumot és foszfort. A tej és a tejtermékek a legjelentősebb napi kalciumforrások közé tartoznak, mind mennyiségük, mind hasznosulásuk szempontjából. A tejben található laktóz, valamint a megfelelő arányban jelen lévő kalcium, foszfor és D-vitamin együtt ideális feltételeket teremtenek a kalcium hatékony felszívódásához (Magyar Dietetikuskok Országos Szövetsége, 2017). Annak érdekében, hogy a növényi italok mind vitamin, mind ásványi anyag tekintetében hasonlítsanak a tehéntejre, dúsítják őket. A vitamin- és ásványianyag-tartalom fokozása érdekében a növényi italokat gyakran dúsítják például kalciummal, valamint A-, B<sub>1</sub>-, B<sub>2</sub>-, B<sub>12</sub>-, D<sub>2</sub>- és E-vitaminokkal (Aydar et al., 2020). Azonban ezeknek a mikrotápanyagoknak a biológiai hasznosulása nem ismert. Figyelembe kell venni továbbá a növényi italok úgynevezett antinutritív anyagait is, amelyek csökkenthetik az ásványi anyagok felszívódását (Antunes et al., 2023).

### Növényi italok helye a hazai táplálkozási ajánlásban

Az első Okostányér-változat 2016-ban került publikálásra. Tudományos bizonyítékokra támaszkodik,

de közérthető módon mutatja be a kiegyensúlyozott és változatos étrend alapelveit egészséges felnőttek számára (Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége, 2022). Másfél évvel a felnőtteknek szóló ajánlás bevezetése után elkészült a 6–17 éves korosztálynak szóló Okostányér (Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége, 2024). 2021-ben megújították a felnőttek táplálkozási ajánlását, amelyben már a növényi italokra irányuló útmutatás is megjelent (Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége, 2022). Elengedhetetlen nyomatékosítani, hogy a tej és tejtermékek csak orvosi okból hagyhatók el az étrendből, mivel fontos tápanyagforrások. Ebben az esetben a növényi italok részben helyettesíthetik őket, az ízlésményt megtartva, bár tápanyagtartalmukat teljesen nem pótolják (Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége, 2020). Az ajánlás alapján a növényi italok fogyasztásakor célszerű a hozzáadott cukrot nem tartalmazó, dúsított változatokat választani. Érdemes szem előtt tartani, hogy ezek tápanyagtartalma jelentősen alacsonyabb a tejénél, ezért az étrend tervezésénél különös figyelmet igényelnek (Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége, 2021). Az Okostányér ismerete mellett azonban kulcsfontosságú kiemelni, hogy ahhoz, hogy ezeket az élelmiszereket valóban megfelelően illesszük be a mindennapi táplálkozásba, elengedhetetlen az élelmiszercímkek szerepének megértése és azok helyes értelmezése. Az élelmiszercímkek segítenek abban, hogy a fogyasztók tájékozott döntéseket hozzanak, felismerjék a tápértékbeli különbségeket, és ezáltal egészségtudatosabban válasszanak.

## Anyag és módszer

A kutatás célja a magyar lakosság növényiital-fogyasztási szokásainak feltérképezése és elemzése volt. A kutatás során felállított feltételezések közül terjedelmi okokból hármat szeretnénk bemutatni.

1. Azok a kitöltők, akik figyelik az élelmiszercímken a tápanyagtartalmat, leggyakrabban szójaitalt használnak fel.

2. A kitöltők kevesebb mint fele fogyaszt magában növényi italt.

3. A leggyakrabban használt növényi ital a mandulaital.

Az adatgyűjtés eszköze egy anonim, online terjesztésű kérdőív volt, amely garantálta a résztvevők számára a bizalmas adatkezelést, elősegítve a valid válaszadást. A kinyert adatállományt statisztikai elemző szoftverbe (Microsoft Excel) exportáltuk a feldolgozás és kiértékelés érdekében.

A kérdőív nyitott és zárt kérdéseket, valamint skálakérdéseket tartalmazott, ahol a válaszadók például 1–5-ig értékelhették az állításokkal való egyetértésüket. A kérdőív elágazó rendszert használt: azok, akik fogyasztanak növényi italt, további, ezzel kapcsolatos kérdéseket kaptak.

## Eredmények

### A minta demográfiai jellemzői

A kutatás a magyar felnőtt lakosságot célozta, és 116 érvényes kérdőív került feldolgozásra. A mintában 26 férfi és 90 nő szerepelt, az átlagéletkor 36,4 év volt (minimum 20, maximum 77, medián 29,5, módusz 23, szórás 15,5), ami az életkorok viszonylag széles szóródását jelzi.

A lakóhely szerinti megoszlás: főváros 32 fő, megyeszékhely 33 fő, város 29 fő, község 16 fő, falu 6 fő, így a nagyobb települések voltak többségben.

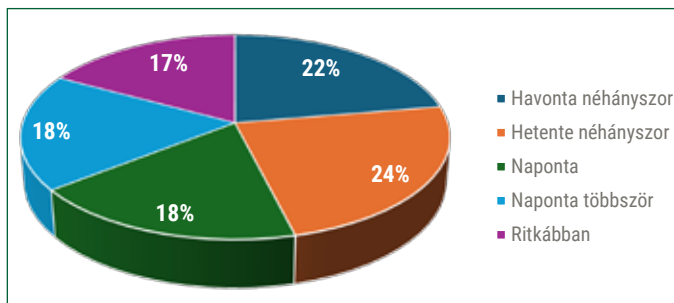
Az iskolai végzettséget tekintve senki sem rendelkezett 8 osztállyal kevesebbel, 5 fő szakmunkásképzőt végzett, 49 fő szakközépiskolai- vagy gimnáziumi érettségit szerzett, a legnagyobb csoportot pedig a 62 diplomás válaszadó alkotta, így a minta túlnyomórészt felsőfokú végzettségű.

### Növényi italok fogyasztási gyakorisága és a fogyasztás elutasításának okai

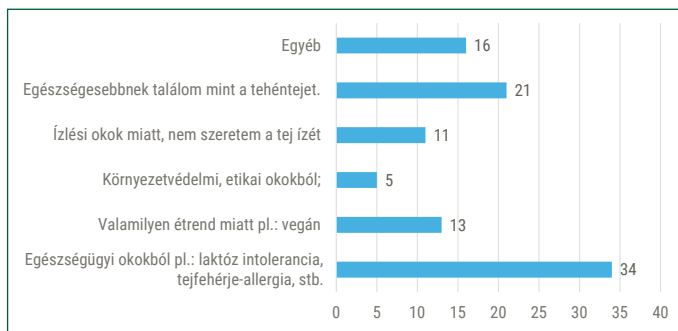
A 116 kitöltő közül 76-an vallották magukat növényiital-fogyasztónak. A gyakoriságot tekintve közülük 18 fő hetente néhányszor, 17 fő havonta néhányszor, míg 14-en naponta, 14-en pedig naponta többször fogyaszt növényi italt. 13 fő pedig ennél ritkábban fogyaszt ilyen terméket. Az eredményeket az **1. ábrán** szemléltettük.

A kérdőívben arra is rákérdeztünk, hogy a kitöltő miért nem fogyaszt növényi italt. Az emberek 75%-a úgy nyilatkozott, hogy nincs szüksége helyettesíteni a tehéntejet. 57,5%-a nem szereti a növényi italok ízét, 45%-a pedig drágának találja őket.

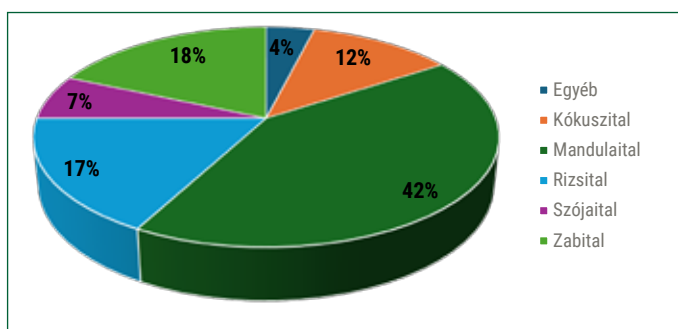
**1. ábra:** Milyen gyakran fogyaszt növényi italt? (n = 76)



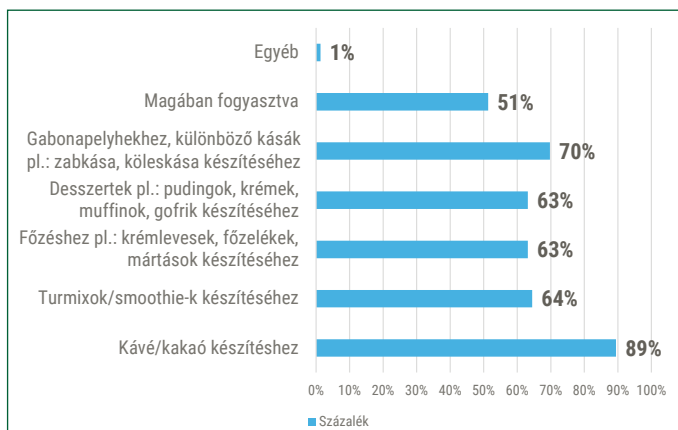
**2. ábra:** Milyen okból fogyaszt növényi italt? N = 76 (kitöltők száma), összes válasz = 100



**3. ábra:** Milyen típusú növényi italt fogyaszt a leggyakrabban? (n = 76)



**4. ábra:** Mire használja fel a növényi italt? N=76 (kitöltők száma), összes válasz = 306



A válaszadók körében a legnépszerűbb növényi ital a mandulaital volt, amelyet 32-en fogyasztanak rendszeresen. Ezt a zabital követte 14 fővel, majd a rizsital 13, a kókuszital 9 és a szójaital 5 említéssel. Emellett egy válaszadó aogyoróitalt nevezte meg leggyakrabban fogyasztott növényi italként. A **3. ábra** mutatja be ezeknek az adatoknak a megoszlását.

A növényi italt fogyasztók között csak kis arányban választják az ízesített változatokat: a megkérdezettek közül mindössze 15-en mondták, hogy fogyasztanak ilyen terméket. A legnépszerűbb ízesített növényi ital a vaníliás változat volt, összesen 7-en jelölték meg.

### Felhasználási módok a háztartásban

Amikor a válaszadók növényi italok felhasználási módjait elemeztük, a következő eredmények születtek. Legtöbbben kávé vagy kakaó elkészítéséhez használják a növényi italokat – ezt 68 válaszadó jelölte meg. Gabonapelyhekhez és különféle kásákhoz 53-an, turmixokhoz és smoothie-khoz 49-en alkalmazzák. Desszertekhez és főzéshez 48-an veszik igénybe. Összesen 39-en jelezték, hogy önmagában, ital formájában is fogyasztják. A **4. ábrán** lehet megtekinteni ezeknek az adatoknak a megoszlását.

A kérdőívben kitértünk arra is, hogy a konyha különböző területein melyik a legnépszerűbb növényi ital. Mandulaitalt használnak leggyakrabban kávé, kakaó, turmixok, desszertek, gabonapelyhek és kásák készítéséhez. Azok is ezt választják legszívesebben, akik önmagában isszák a növényi italt – egyedül a főzés területén nem ez a legnépszerűbb választás, ebben az esetben a rizsital volt a legkedveltebb.

### Fogyasztási motivációk és preferált típusok

A 76 növényiital-használó közül 44-en válaszoltak igennel arra a kérdésre, hogy a családjában rajta kívül más is fogyaszt-e növényi italt.

Ahogy a **2. ábrán** látható, a válaszadók többsége (44,2%) egészségügyi okokból fogyaszt növényi italt, 27,3% egészségesebbnek tartja a tehéntejnél, 16,9% étrendje miatt, 14,3% pedig ízlés alapján választja. Mindössze 6,5% említett környezetvédelmi vagy etikai okokat.

### Tudatosság és a választást befolyásoló tényezők

A válaszadók közül 35-en figyelik a növényi italok tápanyagtartalmát, míg 41-en nem fordítanak erre külön figyelmet. Azok számára, akik ellenőrzik a címkét, legfontosabb szempont a cukortartalom, különösen a hozzáadott finomított cukortól való mentesség és az alacsony szénhidrát-tartalom. Emellett vizsgálják a kalória-, zsír- és fehérjetartalmat, az ásványi anyagok mennyiségét, valamint az adalékanyagok, tartósítószerke és mesterséges összetevők jelen-

létét. Néhányan inkább saját készítésű növényi italokat választanak a bolti termékek helyett.

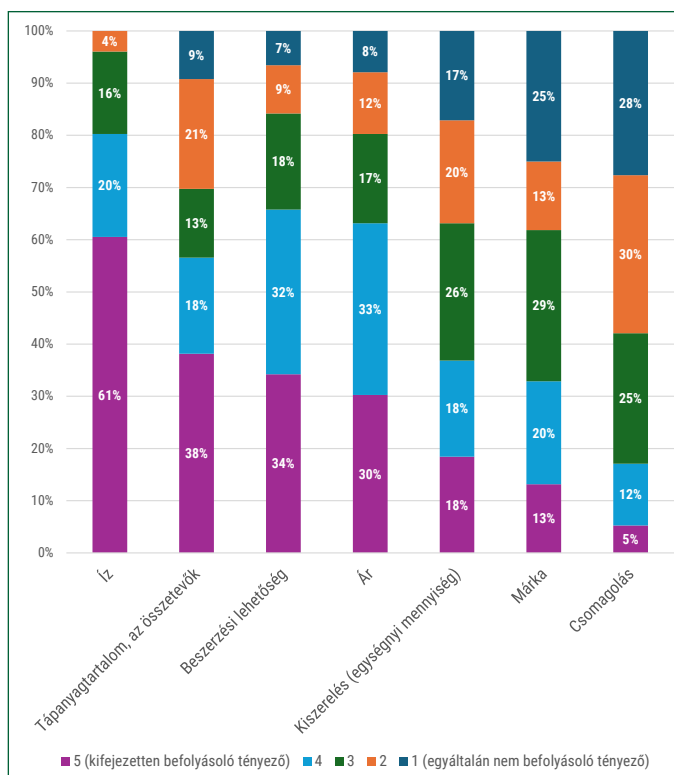
Továbbá vizsgáltuk, hogy az íz, ár, tápanyagtartalom és összetevők, csomagolás, kiszérelés, beszerzési lehetőség és márka mennyire fontos a növényi italok megválasztásában. Ennél a kérdésnél skálakérdést alkalmaztunk (1 – egyáltalán nem befolyásoló tényező, 5 – kifejezetten befolyásoló tényező). Az eredmények alapján az íz bizonyult a legfontosabb szempontnak: 46 kitöltő maximális (5-ös), további 15 pedig 4-es értékelést adott rá. Az ár is jelentős szerepet játszik, hiszen 23 válaszadó számára ez volt kiemelten fontos, 25-en 4-esre, 13-an pedig 3-asra értékelték. A tápanyagtartalom szintén meghatározó tényező: 29-en adtak rá 5-öst, míg 14-en 4-est. A könnyű beszerezhetőség is fontos szempontnak bizonyult, mivel 26-an értékelték 5-ösre, és 24-en 4-esre. A márka és a kiszérelés kisebb, de még mindig észrevehető befolyással bírnak a választásra, míg a gusztusos csomagolás volt a legkevésbé fontos tényező – erre a legtöbben alacsony értéket adtak (23 fő 2-est, 21 fő 1-est). Az eredményeket az 5. ábra prezentálja.

## Megbeszélés

A felmérésben részt vevő válaszadók 65,5%-a (76 fő) jelezte, hogy fogyaszt növényi italt, ami jelentősen meghaladja a német kutatásban (Geburt et al., 2022) tapasztalt arányt, ahol mindössze a megkérdezettek 34%-a számolt be ilyen termékek fogyasztásáról. A fogyasztási motivációk tekintetében is eltérés figyelhető meg: a jelen vizsgálatban a résztvevők 44,2%-a egészségügyi okokból választja a növényi italokat, míg mindössze 6,5% említette a környezetvédelmi vagy etikai szempontokat döntő tényezőként. Ezzel szemben a német kutatás szerint a tej- és tejtermékfogyasztás csökkentésének legfőbb indokai az állatvédelem (50%) és a környezet- és klímavédelem (38%) voltak, míg az egészségügyi megfontolások csupán a válaszadók 24%-ánál jelentek meg. Összességében tehát a mostani eredmények azt mutatják, hogy a magyar fogyasztók esetében az egészségügyi szempontok jóval hangsúlyosabbak, míg az etikai és környezeti motivációk kisebb szerepet játszanak a növényi italok fogyasztásában.

A kutatásban arra a kérdésre, hogy a válaszadók miért nem fogyasztanak növényi italt, a következő

**5. ábra:** Mennyire befolyásolja önt az alábbi tényező a növényi italok megválasztásában? (n = 76)



eredmények születtek: a megkérdezettek 75%-a nem érzi szükségét a tehéntej helyettesítésének, 57,5%-uk nem kedveli a növényi italok ízét, míg 45%-uk túl drágának tartja ezeket a termékeket. A szakirodalom (Daryani et al., 2024) is alátámasztja ezeket a megállapításokat: a növényi italokban található bizonyos vegyületek gyakran kellemetlen mellékízt adnak, ami magyarázhatja, hogy a válaszadók több mint fele ízproblémák miatt utasítja el ezeket a termékeket. A magas ár szintén meghatározó tényezőnek bizonyult, hiszen a válaszadók 45%-a költségességre hivatkozott, ami összhangban áll egy korábbi kutatással (Prytulska et al., 2021), amely szerint a növényi italok magas ára gátolja a fogyasztást, és az árak csökkentése növelhetné e termékek iránti keresletet.

A növényi italok fogyasztási gyakoriságát tekintve jelen kutatásban a legjellemzőbb válasz a heti néhány alkalom volt, amelyet a résztvevők 23,7%-a jelölt meg, azonban a többi válaszlehetőség megoszlása is viszonylag kiegyenlített képet mutatott. Ezzel szemben egy észtországi kutatás (Valgemäe, 2019) szerint a válaszadók 42,4%-a napi rendszerességgel fogyaszt növényi italt, ami jóval magasabb arány, mint a mi vizsgálatunkban mért 18,4%-os napi fogyasztási arány.

A kutatás során a leggyakrabban fogyasztott növényi italokat vizsgáltuk. Ennek eredményei szerint

a legkedveltebb növényi ital a mandulaital, amelyet a válaszadók 42,1%-a fogyaszt. A konyhai felhasználás szempontjából a mandulaital bizonyult a leginkább előnyben részesítettnek, kivéve a főzés területén. Egy 2019-es kutatás (Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége, 2019) azonban a kókuszitalt emelte ki mint a legismertebb (75%), valamint mint leggyakrabban fogyasztott növényi italt (17%). Jelen eredmények alapján azonban a kókuszital csupán a szójaitalt előzi meg ezen a téren. Egy másik kutatás (Prytulska et al., 2021) azonban egyezést mutatott az általunk kapott eredményekkel, mivel preferáltság szempontjából a mandulaital végzett az első helyen, habár nem olyan nagy arányban, mint a vizsgálatunkban. Aminél viszont ellentmondást találhatunk, az az, hogy e kutatásnál a kitöltők 12,3%-a a szójaitalt jelölte meg mint legkedveltebb növényi ital, ezzel megelőzve a rizsitalt. Ezzel szemben az elemzésünkben a szójaitalt a kitöltők 6,6%-a fogyasztja leggyakrabban, így utolsóként foglal helyet a rangsorban: mandulaital (42,1%), zabital (18,4%), rizsital (17,1%), utána a kókuszital (11,8%), végül a szójaital (6,6%). A szójaitalt ritkán fogyasztása megerősíti azt a megállapítást (Prytulska et al., 2021), miszerint 2018-ban a szójaital eladása csökkent, miközben a mandulaital értékesítése nőtt 2013-hoz képest.

A kutatás eredményei szerint a növényi italok leggyakoribb felhasználási módja a kávé és a kakaó készítése, mivel a 76 fogyasztó közül mindössze 8 fő jelezte, hogy nem használja ezeket ilyen célra. Eredményünk ugyanakkor ellentmond egy tanulmánynak (Moss et al., 2022), amely szerint a növényi italok hozzáadása csökkenti a fogyasztók kávé iránti elégedettségét a tejalapú verziókhoz képest.

Az ízesített növényi italok nem bizonyultak népszerűnek a válaszadók körében: mindössze 15 fő, vagyis a kitöltők 19,7%-a jelezte, hogy fogyaszt ilyen termékeket. Ez az eredmény eltér egy másik kutatás megállapításaitól (Moss et al., 2022), ahol a résztvevők többsége arról számolt be, hogy elsősorban ízesített növényi italokat fogyaszt.

A kérdőívben mindezek mellett azt is vizsgáltuk, hogy figyel-e a kitöltő az élelmiszercímkén a tápanyagtartalmat, amikor növényi italt vásárol. Az alábbi eredményre jutottunk: a felhasználók 53,9%-a válaszolt nemmel, míg 46,1%-a igennel. Egy korábbi kutatásban (Washi, 2012) azt állapították meg, hogy a fogyasztók 89,5%-a olvassa el az élelmiszercímkét, azonban főként az alapvető információkat, például a gyártási és lejárat dátumot nézik meg. Ezen a kérdésen belül fontos volt, hogy mely információk a legfontosabbak a kitöltőknek. A válaszadók leginkább a szénhidrát- és cukortartalmat emelték ki a jelen kutatásban. Emellett néhány válaszadó az ásványi anyagok jelenlétét is lényeges szempont-

ként említette. Ez egyezik a Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége általi ajánlással (Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége, 2021), miszerint ezeknek az élelmiszereknek a fogyasztásakor célszerű a hozzáadott cukrot nem tartalmazó, dúsított változatokat előnyben részesíteni.

Egy másik kérdés az volt, hogy különböző tényezők mennyire játszanak fontos szerepet a növényi italok megválasztásában. 1–5 skálán kellett értékelni az alábbi szempontokat: íz; ár; tápanyagtartalom, összetevők; gusztusos csomagolás; kiszérelés (egységnyi mennyiség); könnyű beszerzési lehetőség; márka. Az 1-es értékelés jelentette, hogy egyáltalán nem befolyásoló tényező, az 5-ös pedig, hogy kifejezetten befolyásoló tényező. A kutatás eredményei azt mutatják, hogy a növényi italok választásában az íz volt a legbefolyásosabb tényező, hiszen a válaszadók többsége (46 fő) ezt a szempontot a legmagasabb, 5-ös pontszámmal értékelte. Ez az eredmény megegyezik egy korábbi kutatással (Prytulska et al., 2021), ahol a válaszadók szintén az ízt emelték ki, mint leghangsúlyosabb faktor. Egy finnek körében végzett kutatás (Vire, 2022) eredményei is összhangban állnak az általunk kapott adatokkal, mivel ott is az íz kapta a legmagasabb értékelést a válaszadók többségétől. A kutatásunk eredményei alapján a tápanyagtartalmat, valamint az összetevőket 29-en értékelték 5-össel, vagyis a kitöltők 38,1%-ának kiemelkedően fontos a tápanyagtartalom, illetve az összetevők. Azonban ez a százalék ellentmond az előbb leírt kutatásnak (Vire, 2022), mivel ott a kitöltők 10,8%-a érkelte a legmagasabb, 5-ös értékkel ezt a tényezőt. Az általunk végzett vizsgálatban a legtöbb 1-es pontozást a gusztusos csomagolás, valamint a márka kapta. Az előbbi a kitöltők 27,6%-a, míg az utóbbit 25%-a értékelte 1-es pontszámmal. Ezek az adatok egyezést mutatnak egy korábban már említett kutatással (Valgemäe, 2019), ami szerint ezek a jellemzők szintén abba a csoportba tartoznak, ami a legtöbb 1-es értékelést kapta.

#### *Feltételezések kiértékelése:*

1. Azok a kitöltők, akik figyelik az élelmiszercímkén a tápanyagtartalmat, leggyakrabban szójaitalt használnak fel.

A kutatásban a 116 ember közül 76-an vallották magukat növényiital-fogyasztónak. 76, növényi italt fogyasztó közül 35-en figyelik a tápanyagtartalmat a címkén. Azonban a 35 fő közül csupán 2 fő fogyaszt leggyakrabban szójaitalt. A legkedveltebb növényi ital ebben a csoportban a mandulaital volt, amelyet 19-en részesítettek előnyben. Ennek alapján a feltételezés nem nyert megerősítést.

2. A kitöltők kevesebb mint a fele fogyaszt magában növényi italt.

Ez a feltételezés nem igazolódott, mivel a válasz-

adók 51,3%-a, azaz 39 fő fogyasztja önmagában a növényi italokat.

3. A leggyakrabban használt növényi ital a mandulaital.

A válaszadók 42,1%-a a mandulaitalt nevezte meg, mint leggyakrabban fogyasztott növényi italt, így ez a feltételezés beigazolódott.

## Következtetések és javaslatok

Növényi italokat eltérő gyakorisággal fogyasztják. 14-en naponta, 14-en pedig naponta többször fogyasztanak növényi italt, tehát összesen 28 ember vallotta azt, hogy része a napi rutinjuknak. Sokan csak hetente vagy havonta néhányszor választják ezt az alternatívát, ami arra utalhat, hogy az emberek többsége nem tekinti alapvetőnek, hanem inkább kiegészítőként használja alkalmanként.

A kutatás alapján elmondható, hogy a legnagyobb arányban, 44,2%-ban egészségügyi okok miatt választják a válaszadók a növényi italokat. Hasznos lehet egy kutatást elvégezni annak érdekében, hogy megértsük, mely betegségekkel küzdő csoportok hogyan illesztik be a növényi italokat a táplálkozásukba. Ezáltal a dietetikusok jobban tudnák személyre szabni az ajánlásait ezekben a csoportoknak. Emellett megállapítható, hogy a motivációk között a környezeti és etikai tényezők legkevésbé vannak jelen, ami utalhat az alacsony környezeti, valamint etikai tudatosságra.

A leggyakrabban fogyasztott növényi ital a mandulaital volt (42,1%). Ez arra világíthat rá, hogy a fogyasztók pozitívan értékelik ezt a terméket, akár íz, akár egészségügyi előnyök, tápérték szempontjából. Alacsony kalória-, valamint szénhidrát-tartalma hívogató lehet az emberek számára. De kedveltségének másik oka lehet még, hogy széleskörűen elérhető és ismert. Azonban egy további felmérés célszerű lehet a mandulaital népszerűségének feltárásában. Az eredmények segítséget nyújthatnak a termékfejlesztésben.

Ízesített növényi italt a kitöltők alacsony százaléka fogyaszt (19,7%). Ennek hátterében állhat az, hogy ezeknek kedvezőtlenebb a tápértéke, továbbá, hogy kevésbé lehet felhasználni széleskörűen, de akár szerepet játszhat az is, hogy kevésbé elterjedtek, kevesebb helyen lehet elérni ezeket a termékeket. Javasolt lehet további hozzáadott cukortól mentes, alacsony szénhidrát-tartalmú, dúsított változatok fejlesztése.

A beérkező válaszok szerint legtöbbször (89,5%) kávé és kakaó készítéséhez használják a növényi italokat. Ez arra mutathat rá, hogy a növényi italok íze jól harmonizál a kávé és kakaó jellegzetes ízével. Emellett a növényi italokat további sokféle módon

használják például gabonapelyhekhez, turmixokhoz, desszertekhez és főzéshez, tehát több funkciót is betölt a konyhatechnológiában. Bár a válaszadók közül a legkevésbé jelölték meg, hogy önmagában fogyasztják a növényi italt, meglepő számunkra, hogy a kitöltők több mint fele mégis így tesz. Mivel a fogyasztók gyakran panaszkodnak a növényi italok ízére, azt feltételeztük, hogy elsősorban különböző ételek és italok részeként használják őket, hogy elfedjék az esetleges nem kívánt ízjegyeket. Az eredmények azt mutatják, hogy a fogyasztók elsősorban a mandulaitalt részesítik előnyben kávé, kakaó készítéséhez, gabonapelyhekhez, turmixokhoz és smoothie-khoz, valamint desszertekhez, a főzés képez kivételt. Ez arra utal, hogy a mandulaital íze, állaga és funkcionalitása jól illeszkedik ezekhez a felhasználási módokhoz. Az alábbi eredmények hasznosak lehetnek a vendéglátóipar számára étlapfejlesztés szempontjából. Ezenkívül érdemes megemlíteni, hogy amikor a válaszadók magukban fogyasztanak növényi italt, akkor szintén a mandulaital a leggyakoribb választás, ami alátámasztja azt a megállapítást, hogy íze különösen vonzó a fogyasztók számára.

A válaszok alapján a megkérdezettek 46%-a figyel a növényi ital tápanyagtartalmára a címkén, míg 54%-uk nem fordít erre figyelmet, tehát a fogyasztók közel fele tudatos döntést hoz a növényi ital kiválasztásakor, de a többség nem nézi meg a tápanyagtartalmat. Ez arra enged következtetni, hogy nincs elég, illetve megfelelő információjuk a különböző növényi italok tápanyagbeli különbségeiről, de az is lehetséges, hogy nem tudják megfelelően értelmezni az ételcímkeket. Ezekből adódóan szükséges lenne felhívni az emberek figyelmét az ételcímkek elolvasásának jelentőségére, valamint edukálni őket azok helyes értelmezéséről. Ezenfelül hangsúlyos lenne a vásárlók tájékoztatása a különböző növényi italok tápanyagtartalmának eltéréseiről. Annak érdekében, hogy jobban megértsük, hogy mennyire tájékozottak a vásárlók az ételcímkekkel kapcsolatban, tanácsos lenne erről felmérést készíteni.

Azok a fogyasztók, akik elolvassák az ételcímkeket, a cukortartalmat, valamint a szénhidrát-tartalmat tartották legmeghatározóbbnak. A cukor- és szénhidrátszegény termékek iránti érdeklődés azt jelzi, hogy a vásárlók egyre inkább az egészséges alternatívákat keresik. Ennek eredményeképp a gyártóknak érdemes lenne a hozzáadott finomított cukortól való mentes, alacsony szénhidrát-tartalmú növényi italokat előnyben részesíteniük.

A kalciumtartalom lényegessége azonban csak néhány kitöltőnél jelent meg. Így érdemes lenne kiemelni, hogy a dúsított változatokat válasszák a fo-

gyasztók, ezért fontos, hogy ezek a termékek széleskörűen elérhetőek legyenek boltokban, kávézóknak és éttermekben.

Ezenkívül azok a kitöltők, akik elolvassák az ételmezercímkén a tápanyagtartalmat, legtöbbször a mandulaitalt jelölték meg mint leggyakrabban fogyasztott növényi ital. Ez tovább erősítheti azt a feltevést, miszerint a mandulaital népszerűségének egyik oka a tápanyagtartalma.

A kutatás eredményei szerint a növényi italok kiválasztásánál az íz a legfontosabb tényező, amelyet a válaszadók többsége maximális pontszámmal értékelt, tehát a fogyasztók elsősorban ízélmény alapján döntenek. Célszerű szervezni kóstoltatásokat és

fogyasztói teszteléseket az ízpreferenciák pontosabb megismerése érdekében. Az ár, a tápanyagtartalom és a könnyű beszerzés szintén meghatározó szempontok. A márka és a kiszerelés kisebb, de még mindig fontos szerepet játszanak, míg a gusztusos csomagolás bizonyult a legkevésbé befolyásoló tényezőnek.

**Szerzői munkamegosztás:** K. B.: koncepció, statisztikai adatfeldolgozás, ábrák elkészítése, a cikk összeállítása. M. E.: koncepció, lektorálás.

**Anyagi támogatás:** A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

**Érdekltségek:** A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

## Irodalomjegyzék

- Antunes, I. C., Bexiga, R., Pinto, C., Roseiro, L. C., & Quaresma, M. A. G. (2023). Cow's Milk in Human Nutrition and the Emergence of Plant-Based Milk Alternatives. *Foods*, 12(1), 99. <https://doi.org/10.3390/foods12010099>
- Aydar, E. F., Tutuncu, S., & Ozcelik, B. (2020). Plant-based milk substitutes: Bioactive compounds, conventional and novel processes, bioavailability studies, and health effects. *Journal of Functional Foods*, 70, 103975. <https://doi.org/10.1016/j.jff.2020.103975>
- Cardello, A. V., Llobell, F., Giacalone, D., Chheang, S. L., & Jaeger, S. R. (2022). Consumer Preference Segments for Plant-Based Foods: The Role of Product Category. *Foods*, 11(19), 3059. <https://doi.org/10.3390/foods11193059>
- Csengeri, L. (2020). Növényi italok piaci körkép. *Új Diéta*, 29(1), 17–20.
- Daryani, D., Pegua, K., & Aryaa, S. S. (2024). Review of plant-based milk analogue: its preparation, nutritional, physicochemical, and organoleptic properties. *Food Science and Biotechnology*, 33(5), 1059–1073. <https://doi.org/10.1007/s10068-023-01482-z>
- Geburt, K., Albrecht, E. H., Pointke, M., Pawelzik, E., Gerken, M., & Traulsen, I. (2022). A Comparative Analysis of Plant-Based Milk Alternatives Part 2: Environmental Impacts. *Sustainability*, 14(14), 8424. <https://doi.org/10.3390/su14148424>
- Központi Statisztikai Hivatal (2025). *Tejtermékek*. [https://www.ksh.hu/stadat\\_files/mez/hu/mez0056.html](https://www.ksh.hu/stadat_files/mez/hu/mez0056.html)
- Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége (2017). Tej és tejtermékek. *Táplálkozási Akadémia Hírlevél*, 10(4). [https://mdosz.hu/hun/wp-content/uploads/2017/04/taplalkozasi\\_akademia\\_2017\\_04\\_tej\\_tejtermek\\_170425.pdf](https://mdosz.hu/hun/wp-content/uploads/2017/04/taplalkozasi_akademia_2017_04_tej_tejtermek_170425.pdf)
- Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége (2019). Növényi italok. *Táplálkozási Akadémia Hírlevél*, 12(11). [https://mdosz.hu/hun/wp-content/uploads/2019/11/taplalkozasi\\_akademia\\_hirlevel\\_2019\\_11\\_novenyi\\_italok.pdf](https://mdosz.hu/hun/wp-content/uploads/2019/11/taplalkozasi_akademia_hirlevel_2019_11_novenyi_italok.pdf)
- Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége (2020). *Növényi italok. Okostányér*. <https://www.okostanyer.hu/2020/01/14/novenyi-italok/>
- Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége (2021). *Okostányér*. [https://www.okostanyer.hu/wp-content/uploads/2021/11/OKOSTANYER\\_felnott\\_A4\\_2021.pdf](https://www.okostanyer.hu/wp-content/uploads/2021/11/OKOSTANYER_felnott_A4_2021.pdf)
- Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége (2022). Megújult felnőtteknek szóló Okostányér. *Táplálkozási Akadémia Hírlevél*, 15(8). <https://mdosz.hu/hun/wp-content/uploads/2022/08/mdosz-taplalkozasi-akademia-hirlevel-2022-8-amegujult-felnott-okostanyer.pdf>
- Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége (2024). *Elkészült az ovisaknak szóló Okostányér*. MDOSZ. <https://mdosz.hu/hun/wp-content/uploads/2024/07/mdosz-kozlemeny-2024-julius-megjelent-az-ovis-okostanyer.pdf>
- Marosvölgyi, T., Szabó, Z., Sebestyén Anna, B., Verzár, Z., & Decsi, T. (2021). Növényi italok mikro- és makrotápanyagtartalmának vizsgálata. *Táplálkozástudományi és Dietetikai Szemle*, 2(1), 25–32.
- Moore, S. S., Costa, A., Pozza, M., Vamerali, T., Niero, G., Censi, S., & De Marchi, M. (2023). How animal milk and plant-based alternatives diverge in terms of fatty acid, amino acid, and mineral composition. *NPJ Science of Food*, 7(1), 50. <https://doi.org/10.1038/s41538-023-00227-w>
- Moss, R., Barker, S., Falkeisen, A., Gorman, M., Knowles, S., & McSweeney, M. B. (2022). An investigation into consumer perception and attitudes towards plant-based alternatives to milk. *Food Research International*, 159, 111648. <https://doi.org/10.1016/j.foodres.2022.111648>
- Mylan, J., Morris, C., Beech, E., & Geels, F. W. (2019). Rage against the regime: Niche-regime interactions in the societal embedding of plant-based milk. *Environmental Innovation and Societal Transitions*, 31, 233–247. <https://doi.org/10.1016/j.eist.2018.11.001>
- Prytulka, N., Motuzka, I., Koshelnyk, A., Motuzka, O., Yashchenko, L., Jarosova, M., Krnáčová, P., Wyka, J., Malczyk, E., & Habánová, M. (2021). Consumer preferences on the market of plant-based milk analogues. *Slovak Journal of Food Sciences*, 15, 131–142. <https://doi.org/10.5219/1485>
- Romulo, A. (2022). Nutritional Contents and Processing of Plant-Based Milk: A Review. *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science*, 998(1), 012054. <https://doi.org/10.1088/1755-1315/998/1/012054>
- Valgemäe, K. (2019). *Consumer behavior when purchasing plant-based milk* [Master's thesis, Tallinn University of Technology]. <https://digikogu.taltech.ee/en/Download/a5f6ef42-5b1d-418a-a957-ce8d55ebabb1/Tarbijakituminepiimataimsetealternatiividecost.pdf>
- Vire, A. (2022). *Consumer buying behavior of Finnish consumers when buying dairy milk and plant-based milk alternatives* [Bachelor's thesis, Tallinn University of Technology]. <https://digikogu.taltech.ee/et/Download/0a025218-10fd-439d-a95c-d3cf-641ba980/Soometarbijateostukitumineloomsejaitaimsepii.pdf>
- Washi, S. (2012). Awareness of food labeling among consumers in groceries in Al-Ain, United Arab Emirates. *International Journal of Marketing Studies*, 4(1), 38. <https://doi.org/10.5539/ijms.v4n1p38>



# MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA

*Várjuk szeretettel kamarai tagtársainkat  
idei rendezvényeinkre:*



## **SÜRGÉSZ 007 - Sürgősségi Konferencia**

2026.május 29.

Lurdy Ház, Budapest



## **Semmelweis Nap Rekreációs Program**

2026.július 1.

Aquaworld, Budapest



## **XIII. Szakdolgozói Tudományos Kongresszus**

2026.szeptember 3-5.

Hotel Azúr, Siófok



## **VIII. Ápolásinnováció és Ápolásmenedzsment Országos Tudományos Konferencia**

2026.szeptember 25.

Lurdy Ház, Budapest



## **Kézhygiénés Szakmai Nap**

2026.október 8.

Lurdy Ház, Budapest



## **Tagozati Nap IX.**

2026.október 16.

Lurdy Ház, Budapest

TOVÁBBI INFORMÁCIÓ, JELENTKEZÉS A [WWW.MESZK.HU](http://WWW.MESZK.HU) HONLAPON

