

# NŐVÉR



AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA  
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

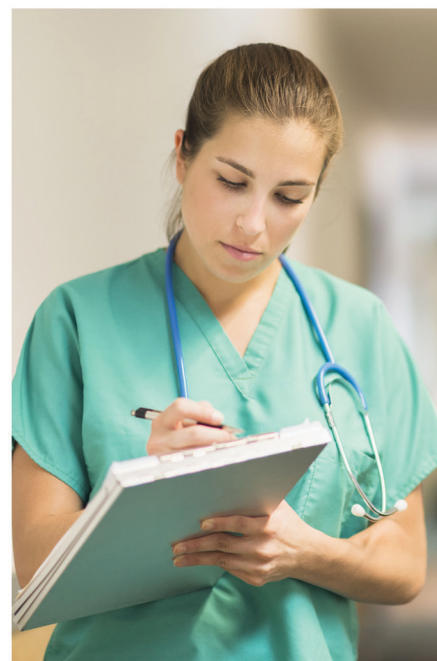
Scientific and educational journal  
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

37. ÉVFOLYAM 3. SZÁM • 2024. július 1.

## A TARTALOMBÓL

Megszólitása nővér – foglalkozása ápoló/nő

Szeptikus állapot felismerése atípusos tünetekkel jelentkező,  
haemodinamikailag stabil betegek esetében



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





MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI  
SZAKDOLGOZÓI KAMARA



# E-TOVÁBBKÉPZÉSEK

Végezze el Ön is otthonról, kényelmesen,  
egyszerűen szabadon választható továbbképzését!

NŐVÉR – SZAKMAI TUDOMÁNYOS TOVÁBBKÉPZÉS IX.

NŐVÉR – SZAKMAI TUDOMÁNYOS TOVÁBBKÉPZÉS X.

NŐVÉR – SZAKMAI TUDOMÁNYOS TOVÁBBKÉPZÉS XI.

## ELŐKÉSZÍTÉS ALATT:

NŐVÉR-SZAKMAI TUDOMÁNYOS TOVÁBBKÉPZÉS XII.

SZAKDOLGOZÓI KIHÍVÁSOK ÉS LEHETŐSÉGEK A MINDENNAPOKBAN

SZAKMAI GONDOLATOK ÉS DILEMMÁK A PANDÉMIA ÁRNYÉKÁBAN

A COVID-19 JÁRVÁNY TAPASZTALATAI ÉS A POST-COVID ELLÁTÁS

SÜRGÉSZ I.

SÜRGÉSZ II.

AKTUALITÁSOK AZ ALAPELLÁTÁSBAN I.

AKTUALITÁSOK AZ ALAPELLÁTÁSBAN II.



Kövessen bennünket!

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

# NŐVÉR

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

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

Nővér, 2024;37(3):1-40.

## TARTALOMJEGYZÉK

### ÁPOLÁSTÖRTÉNET

Megszólítása nővér – foglalkozása  
ápoló/nő ..... 3  
Sövényi Ferencné, Dr. Fedineczné Vittay Katalin

### ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

Telemedicinához kapcsolódó fogalmak rövid ismertetése  
és a távgyógytorna gyakorlati alkalmazásával kapcsolatos  
nemzetközi tapasztalatok áttekintése ..... 7  
Bacsikai Katalin, Dr. Nagy Helga PhD, Dr. Habil. Lám Judit PhD

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Szeptikus állapot felismerése atípusos tünetekkel jelentkező,  
hemodinamikailag stabil betegek esetében ..... 14  
Máté-Póhr Kitti, Dr. Haness János, Dr. Prugberger József,  
Köcse Tamás, Kovács István, Dr. Habil. Pakai Annamária PhD

Szoptatástámogatás a gyermekágyas osztályokon ..... 20  
Antalné Petrikó Emese Panna

Munka és magánélet egyensúlya az egészségügyi  
szakdolgozók körében ..... 26  
Hirdi László Roland, Dr. Balogh Zoltán PhD

### AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

Gyermekbetegek ellátása során alkalmazott hosszú távú  
centrális vénás kanül (port-a-cath) speciális ápolási kérdései ..... 35  
Strehó Virginia

## CONTENTS

### NURSING HISTORY

From Sister to Nurse – Etymology of the Word 'Nővér'  
in Hungarian ..... 3  
Ferencné Sövényi, Katalin Fedineczné Vittay

### REVIEW ARTICLES

A brief Introduction to the Concepts related  
to Telemedicina and a Review of International Experience  
in the Practical Application of Telephysiotherapy ..... 7  
Katalin Bacsikai, Helga Nagy PhD, Judit Lám PhD, Habil

### ORIGINAL CONTRIBUTIONS

Recognition of Sepsis Presenting with Atypical Symptoms,  
in Hemodynamically Stable Patients ..... 14  
Kitti Máté-Póhr, János Haness Md, József Prugberger Md,  
Tamás Köcse, István Kovács, Pakai Annamária PhD, Habil

Breastfeeding Support in Postpartum care Units ..... 20  
Emese Panna Antalné Petrikó

Work-life Balance among Healthcare  
Professionals ..... 26  
László Roland HIRDI, Zoltán BALOGH PhD

### NURSING IN PRACTICE

The Special Nursing Issues of Long-term Central Venous  
Cannula (port-a-cath) in Pediatric Care ..... 35  
Virginia Strehó

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

## KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

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

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

A kiadvány megjelenését gondozza:

LITERATURA MEDICA  
ANNO 1990

LifeTime Media Kft. egészségügyi divíziója

Nyomdai munka: Vareg Hungary Kft. Felelős vezető: Egyed Márton  
ügyvezető igazgató. ISSN szám: 0864-7003  
Előfizetésben kézbesíti a Magyar Posta Zrt. (1900 Budapest).  
Kézbesítéssel kapcsolatos információk: 06-1-767-8262.  
A folyóirat alapítója és 19 évig (2006. december 31.) kiadója  
az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, melynek jogelődje az  
Országos Egészségügyi (Orvostudományi) Információs Intézet  
és Könyvtár.

**Főszerkesztő/editor-in-chief**

Dr. Hirdi Henriett Éva (PhD)

**Szerkesztők/editors**

Dr. Németh Anikó (PhD)

Dr. Papp Katalin (PhD)

**Szerkesztőbizottság/editorial board**

Arany Ida

Dr. Balogh Zoltán (PhD)

Prof. Dr. Betlehem József (PhD)

Dr. Fedineczné Vittay Katalin

Jakab Judit

Dr. habil. Oláh András (PhD)

Dr. Pápai Tibor (PhD)

Dr. Papp László (PhD)

Dr. Rajki Veronika (PhD)

Sövényi Ferencné

Szobota Lívía

Tóth Andrea

Dr. Tulkán Ibolya (PhD)

**Nemzetközi szerkesztőbizottság/ international editorial board**

Prof. Dr. OiSaeng Hong (PhD)

Prof. PhDr. Valérie Tóthova (PhD)

A folyóirat szakmai támogatója



Helps. Cares. Protects.

Lapunkat rendszeresen  
szemlézi a megújult

www.observer.hu

**NŐVÉR****AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA**

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

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

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

A kéziratot szerkesztőségünkbe e-mail útján juttassák el a [nover@meszk.hu](mailto:nover@meszk.hu) címre. Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton a MESZK, 1450 Budapest, Pf. 74. címre), „Szerzői nyilatkozat”-ot is.

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

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

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

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

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

A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.

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

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Henriett Éva Hirdi PhD. Editors: Anikó Németh PhD, Katalin Papp PhD. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungary with English summaries. The Journal also offers continuing education credits in every issue. Editorial office: PoB 214., H-1450 Budapest, Hungary. This Journal is peer-reviewed and indexed in EBSCO CINAHL. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Mátésné Horváth. Phone:/Fax (36-1) 323-2070

## ÁPOLÁSTÖRTÉNET

# Megszólítása nővér – foglalkozása ápoló/nő

SÖVÉNYI Ferencné, DR. FEDINECZNÉ VITTAY Katalin

## ÖSSZEFOGLALÁS

A szerzők a „nővér” szó eredetét, etimológiáját mutatják be. A szó a nőnemű testvért jelenti, majd jelentésköre kibővült. Az apáca jelentése a *soror* latin szó fordításából származik. Az *ápolónő* érteleme onnan ered, hogy a betegek ápolását szerzetesnők végezték. A mai nyelvhasználatban az ápolószemélyzet megszólítása továbbra is nővér, bár férfiak is szép számmal megjelentek soraikban, a hivatalos munkaköri leírásban pedig ápolóként vannak megnevezve.

**Kulcsszavak:** nővér, ápoló, Magyarország, etimológia

## From Sister to Nurse – Etymology of the Word ‘Nővér’ in Hungarian

Ferencné SÖVÉNYI, Katalin FEDINECZNÉ VITTAY

### SUMMARY

This article discusses the etymology of the Hungarian word ‘nővér’ (sister, nurse). This word means a female sibling (*woman+blood*), and its meaning later expanded to mean a sister (nun) in a religious order (from the Latin *soror*). Its usage to denote a woman tending to the sick derives from the fact that this job was done by nuns. In modern usage, members of the nursing personnel continue to be addressed as “nővér” (sister), although men have also appeared in their ranks in large numbers, but in the official job description they are referred to as “ápoló” (nurse).

**Keywords:** sister, nurse, Hungary, etimology

### Levelező szerző

(corresponding author):

SÖVÉNYI Ferencné

E-mail:

sovenyi.ferencne39@gmail.com

**Beérkezett:** 2024. május 3.

**Elfogadva:** 2024. június 6.

| Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.37.0009> | [www.eLitMed.hu](http://www.eLitMed.hu)

## Bevezetés

Dr. Szepesi András egészségpolitikus *Nőnapon az egészségügyről* címmel írt köszöntőt a Weborvos online egészségügyi magazinban 2024. március 9-én (URL1), amely – a hozzászólásokkal együtt – olvasható a legnagyobb közösségi portálon is. Az egyik hozzászólás: „Köszönöm ismét a kolléganők nevében is, a nővér helyett az ápoló szó használata pedig szívvet melengető.” Valóban, az említett köszöntő soraiban az ápoló szó hét alkalommal, a „nővér” egyszer sem fordul elő. A *Nővér* szakmai lapban megjelent „Az ápol szó etimológiája” írásunkban is csak érintőleg olvasható a „nővér” szó, most ezt pótoljuk (Sövényi & Fedineczné Vittay, 2021).

## A „nővér” etimológiája

A múlt század elejéről *Zolnai Gyula* korántsem biztató szavait idézzük: „A szók történetében alig lehet

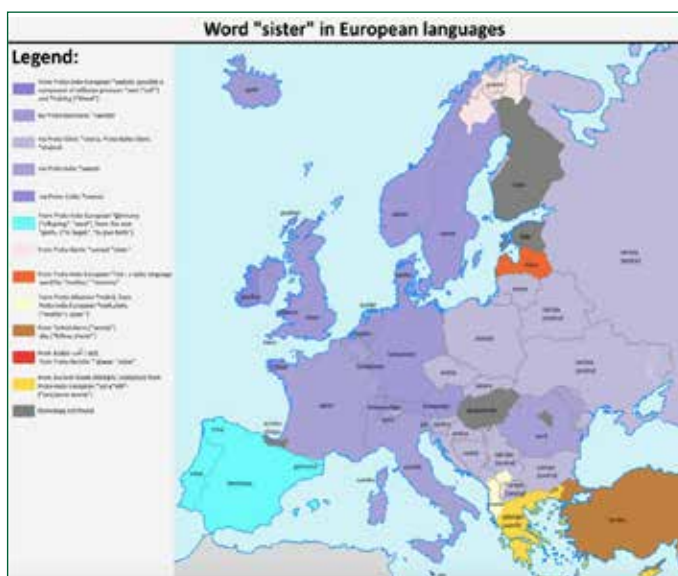
valamit nehezebben megállapítani, mint keletkezésük idejét, legelső előfordulásukat” (Zolnai, 1903). A szavak többféle módon születnek, alakulnak ki, és számtalan szó a mindennapi életből származik. Így van ez a „nővér” szóval is, amely nagyon régóta létezik a magyar nyelvben, de az értelmezése és használata az idők során változott és bővült.

A Magyar etimológiai szótár meghatározását idézzük: „**nővér** – nőnemű testvér; ‘apáca’; ‘ápolónő’. Az ‘apáca’ jelentés a megfelelő latin szó (*soror*) fordítása, ‘ápolónő’ érteleme pedig onnan való, hogy sokáig betegápoló rendek apácai szolgáltak a kórházakban. Lásd még *fiúvér*, *testvér*” (URL2).

Tehát a „nővér” terminus eredetileg nőnemű testvér jelentése a későbbiekben tágult és általánosabb lett, így ma már nemcsak biológiai testvéreket, hanem ápolónőket is jelölhet.

Ugyanakkor a Magyar néprajzi lexikon (1977) szerint: „A magyar rokonsági terminológiában az idősebb nőtestvér néne, a fiatalabb a húg. A hagyományörző

1. ábra: A „sister” (nővér) szó az európai nyelvekben. (Forrás: URL5)



2. ábra: A „nővér” kifejezés A magyar nyelvújítás szótárában (Szily, 1902)

**Nővér.** A NyÚSz. I. részében a **nővér** és **fióvér** szók keletkezésének idejét 1840 és 42 közé teszi s mai értelemben való első használatukat Ballaginak tulajdonítja. Lehet, hogy Ballagi csinálta mindkettőt, de akkor a **nővér** azon szavaink közül való, a melyek kétszer születtek meg, mert már 1839-ben megvan JÓSEKÁ fönt idézett regényében: „E' magyar Husziták' egyike volt Giskrának neje, a' . . . szép, és élénk Rozgonyi Anna, Rozgonyi Simonnak **nővére**.” (II : 279. NB. R. Anna R. Simonnak huga (v.) Czuczor Gergelynél is előkerül a **nővér** 1841-ben: „Bírá pedig nőül [Cimon] Elpinice nevű mostoha hugát . . . mert az athenaeicnél nem tilos nőzni **apól-nővérekkel** [eodem patre natus].” (Corn. Nepos minden munkái, 57. l.); „**nővérevel** [cum sorore] soha sem civakodott” (uo. 269).  
PUTSOKY IMRE.

parasztcsalásban a 2–3 évvel idősebb testvér keresztnevéhez a fiatalabb hozzátette a bátyám, néném terminust s magázta. A **nővér**, **fióvér** terminológiák nyelvújítás koraiak” (URL3). Érdekes, hogy a „**néne**” nem vert gyökeret nővér jelentésben, bár a Szatmári Irgalmas Nővérek, az első magyar alapítású női rend 1842-ben jóváhagyott alapszabálya az Irgalmas Nénék Társaságaként nevezi a rendet (URL4).

Más nyelvekben a latin *soror* szóval közös indoeurópai szógyökkel rendelkezik a „**nővér**” fogalmat jelölő terminus. Az angol „**sister**” a germán eredetű *swester*, *suster* szóból fejlődött ki, a németalföldi (holland) nyelvben *zuster*, németben pedig a *Schwester* szó jelöli ezt a fogalmat. A francia *soeur* (sereur) a latin *soror* közvetlen átvétele. Az 1. ábra a „**sister**” szó etimológiai térképét mutatja (URL5).

A nővér nyelvújítási szó a fióvérral együtt. Szily Kálmán „A magyar nyelvújítás szótára” című mun-

kájában Ballagi Mórt jelöli meg a szó alkotójának (2. ábra) (Szily, 1902).

Dóra Zoltánt – a közelmúltban elhunyt nyelvész tanárt – kórházi tartózkodása és ápolása során szintén megihlette a „**nővér**” szó. A *Váci Naplóban* közzé is tette „*A nővér*” című írását. Itt többek között – a köszönet szavain túl – a következőket írta: „*Hála és köszönet illeti őket azért, hogy a kiszolgáltatott helyzetben lévő beteg az ő emberségük folytán nem érzi magát megaláztattnak.*” – Mint nyelvész, tehát mint az egyik „*legilletékebb*”, összegzi a nővér szótörténetének érthető magyarázatát is. Segít megérteni az előzőekben idézett sorokat is. Sőt megerősíti, hogy a nővér és fióvér szónak 1842 előtt kellett születnie, mivel Fogarasi Jánosnak az 1842-ben megjelent jogi műszókönyvében már fellelhető mind a két szó. Rámutat arra, hogy a szó alapjelentése, jelentésköre kibővült, így előbb az apácára, majd az ápolónőre vonatkoztatták. „*Ez a jelentésbővülés a magyarban idegen minták alapján jött létre, a példa a francia és a német volt.*” Cikkének záró gondolata a nővérekről: „*Miközben munkájukat végzik, olyanok a betegekhez, mint az idősebb nőtestvér. ... Pedig legtöbbjük koránál fogva hűgünk lehetne. ... Adjon Isten nekik jó erőt és egészséget, hogy az elesettek, a betegek igazi testvérei lehessenek.*” (Dóra, 2000).

## Nővér, aki ápoló

A következőkben a nővér terminussal, mint a kórházi vagy egészségügyi intézményekben dolgozó ápolókat jelölő szóval foglalkozunk. Első érdekességként tapasztaljuk, hogy az Egyetemes magyar encyclopaedia (URL6) a nővér szót nem tartalmazza, de az ápolónőt igen (3. ábra).

Itt utalunk Czuczor Gergely–Fogarasi János: A magyar nyelv szótárára (1862), ahol a „**nővér**” szó csak nőtestvér jelentéssel szerepel. Ezzel szemben, ugyanebben szótárban, három, nagyon világosan

3. ábra: Az „ápolónő” kifejezés az Egyetemes magyar encyclopaediában (URL6)

**Ápolónő**, oly nőszemély, ki valamely ápolóintézetben, kórházban a reábizott ügyefogyottakra, szegényekre, betegekre akár szegődött bérért, akár irgalmasságból (l. Irgalmas nénék stb.) gondot visel. föltétve. (G.)

**4. ábra:** Az ápoló kifejezések A magyar nyelv szótárában (Czuczor & Fogarasi, 1862)

<p><b>ÁPOLÓ,</b> (áp-ol-ó) mu. és fu. tt. <i>ápoló-t.</i> Személy, aki tehetetlent, szegényt, ügyefogyottat ápol. <i>Betegápoló, gyermekápoló. Szegények, koldusok ápolója.</i> Átv. ért. <i>ápoló intézet ápoló kezek.</i> V. ö. <b>ÁPOL.</b></p>
<p><b>ÁPOLÓNŐ,</b> (ápoló-nő) ősz. fu. Nőszemély, ki valamely ápolóintézetben, kórházban a reá bízott ügyefogyottakra, szegényekre, betegekre akár szegődött bérért, akár irgalmasságból gondot visel, fölügyel.</p>
<p><b>BETEGÁPOLÓ,</b> (beteg-ápoló) ősz. fu. és mn. Aki a betegek fölügyel, gondot visel. Különösen, betegnek melletti szolgálatra fogadott személy.</p>

megfogalmazott olyan címszójegyzék olvasható (4. ábra), amelyek „láttatják” az ápolói hivatás gyakorlóinak jellemzőit és röviden összegzik az ápolás lényegét is (Czuczor & Fogarasi, 1862).

## A „hibásan képzett szó”

A lexikonokat lapozva az első önálló, nem fordításon alapuló magyar nagylexikon, A Pallas nagy lexikona (1896) az ápoló/nő szót nem tartalmazza. Viszont a 13. kötetében a „Nővér” címszó mezőben az ápolástörténet irodalmában eddig alig ismert megállapítás is olvasható: „Nővér hibásan képzett szó, a neológia terméke” (5. ábra) (URL7).

Az említett „neológia terméke” arra utal, hogy egy nyelvújítási, újonnan kifejlesztett vagy elterjedőben lévő szóval, kifejezéssel vagy nyelvi fordulattal van dolgunk. Néhány évvel később Kőrösi Sándor Magyartalanságok írásában megerősíti, hogy „A fivér

**5. ábra:** A nővér szó A Pallas nagy lexikonában (URL7)

<p><b>Nővér</b> (hibásan képzett szó, a neológia terméke), az a nő, aki egy másik személynek szüleitől származik, annak N.-e. Ha mindkét szülő közös, a N. cédeso; ha csak az egyik szülő közös, a N. «mostoha» N. Az apácákat is N.-eknek nevezik.</p>
---

**6. ábra:** A nővér szó a Etimológiai szótárban ((Zaicz, 2021).)

<p><b>nővér</b> [1602] Összetett szó (<i>nő</i><sup>2</sup> 'nőnemű felnőtt személy' + <i>vér</i> 'vérrokon'). Az utótagra vö. <i>fivér, testvér</i>. Későbbi 'apáca' [1881] és 'ápolónő' [1942] jelentéseinek kialakulását más nyelvek is befolyásolhatták, vö. német <i>Schwester</i> 'lánytestvér; apáca; ápolónő', francia <i>soeur</i> 'lánytestvér; apáca', középkori és hazai latin <i>soror</i> 'ugyanaz'.</p>
--

*meg nővér tudvalevőleg mesterséges alkotások*” (Kőrösi, 1899).

És most egy nagyot ugorva eljutunk a XX. századig. A magyar nyelv történeti-etimológiai szótára 1967-1970. évi kiadása az ápoló szót önállóan nem tartalmazza, csak a nővér szó magyarázó szövegében, a felsorolások között említi, mint (kórházi) ápolónő (URL8).

A legújabb, 2021-ben kiadott *Etimológiai szótár* a nővér szót önálló címszóként tartalmazza, de az ápoló szó itt sem található (6. ábra) (Zaicz, 2021).

A szerkesztés alatt álló „Új magyar etimológiai szótár” az ápoló szót szintén nem tartalmazza. A nővér címszó alatt némi magyarázattal szintén a hármas értelmezést alkalmazza: 1. nőtestvér, 2. apáca, 3. (kórházi) ápolónő (URL9).

## A „szó használata”

„A szavak értelmezése magában nem elég, szükség van példákra is, hogy szemléltessük alkalmazási körüket és helyes használatukat” – írja Tófalusi István Vademecum – Szokatlan szavak szótára című munkájában (Tófalusi, 1983).

Az irodalmat lapozgatva összegezhethetjük, hogy a „nővér” szó lehet megszólítás, munkakör, sőt rang is. De mint foglalkozás az „ápolás mindennapos gyakorlatának megvalósítója” hivatalosan az ápoló/nő az el-fogadott.

Ladó János „Köszönés és megszólítás napjainkban” írásában segítségünkre siet és így ír: „A társadalmi kapcsolatteremtés másik nyelvi formája a megszólítás. Ez ebben a szorosabb értelemben nem a beszédbe elegyedést jelenti, hanem beszéd társunk személyének szavakkal való megjelölését. ... Az eredetileg szerzetesrendre utaló, sajátos, átöröklődött hagyomány él tovább az ápolónők nővér, nővérke és a főápolónők főnővér megszólításában. Ez a megszólításforma már a foglalkozás nevébe is bekerül: a diétás nővér” (Ladó, 1959). (Megjegyzendő, hogy az angol nyelvben a „sister” szó ma már a magasabb beosztású ápolót jelenti. Az egyre több férfi megjelenése az ápolásban szükségessé tette az angol nyelvben szexistának tartott „sister” felváltását semlegesebb kifejezéssel, amely mindkét nemet magába foglalja, ez pedig a nurse. A magyar nyelvben sok gondot okoznak egyébként az olyan foglalkozásnevezések, mint a nővér, védőnő, óvónő, szülésznő, amelyekről egyértelműen nőre asszociálunk, holott napjainkban már férfiak is választhatják ezeket a foglalkozásokat. A diétás nővérek megoldották a dietetikus kifejezéssel, de például a védőnő esetében a férfi végzett hallgatók diplomájában is védőnő szerepel.)

A nővér szó szakszerű használata néha a min-

dennapi gyakorlatban is gondot okoz. Ezt igazolja a *Népművelés* 1967. évi 14. évfolyam 9. számában a Munkajogi tanácsadás rovatban Sz. F. aláírással A nővérek címszó alatt olvasható magyarázat. Idézzük: „A nővér csak megszólítása annak a személynek, akinek a foglalkozása különben: ápolónő. ... Újabban azonban – teljesen fölöslegesen és sokszor zavarólag – a nővér szó foglalkozásnévként is kezdik használni ápolónő jelentésben...” („A nővérek”, 1967)

Végül idekiváncokzik *Lőrincze Lajos*, az elmúlt évszázad magyar nyelv-művelésének legnagyobb hatású egyénisége „önkritikus” írása is: „Nyelvészeti irodalmunk mind ez ideig »szervezetten« keveset foglalkozott a nővér szó magyar múltjával. ... Minden szónak megvan nemcsak a jelentése, hanem a sajátos használati köre, hangulata is. ... De a nővér különben sem nyelvújítási szó, vagy 400 évvel ez előttről van már adatunk rá (a nővér az valóban a múlt században keletkezett). ... S aztán az ápoló nővér, a nővérke, a kedves nővér ezek is mutatják, milyen szükséges, hasznos, jó szó ez” (*Lőrincze*, 1977).

## A „rangos Nővér”, az ápolók tudományos szakmai lapja

A *Nővér* folyóirat (7. ábra) lassan négy évtizedes működéssel hozzájárul, hogy az ápolás a valódi hivatások közé tartozzon. Mint ismert, a valódi hivatások jellemzői: a megfelelő szintű oktatás, a gyakorlatban a viszonylagos önállóság, saját etikai kódex és további törvényszerű követelmény még egy tudományos lap megléte is. Ezen utóbbi kritériumot hivatott tel-

7. ábra: A Nővér, „Referáló laptól a tudományos igényű folyóirattig”



jesíteni a *Nővér* folyóirat immár 37. éve (Fedineczné Vittay, 2012; Sövényi, 2012).

A *Nővér* szakmai lapnak rangja van, feladata az is, hogy az ápolók megszólítása, a „nővér” és/vagy „nővérke” szó is ilyen rangot kapjon és azt a hivatásrend tagjai büszkén viseljék.

**Szerzői munkamegosztás:** S. F.-né. és F.-né V. K.: szakirodalmi kutatás elvégzése és közlemény megírása. F.-né V. K.: a kézirat angol nyelvű összefoglalójának elkészítése. A cikk végleges változatát mind-egyik szerző elolvasta és jóváhagyta.

**Érdekeltségek:** A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

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

## Irodalomjegyzék

- „A nővérek” (1967). *Népművelés*, 14(9).
- Czuczor, G., Fogarasi, J. (1862). A magyar nyelv szótára. Emich Gusztav magyar akadémiai nyomdász
- Dóra, Z. (2000). A nővér. *Váci Napló*, 9(93).
- Fedineczné Vittay, K. (2012). Referáló laptól a tudományos igényű folyóirattig: A NŐVÉR serdülőkora és felnőtté válása (1993–2004). *Nővér*, 25(5) p. 3–11.
- Kőrösi, S. (1899). Magyartalanságok. *Magyar Nyelvőr*, 28.
- Ladó, J. (1959). Köszönés és megszólítás napjainkban, II. rész. *Magyar Nyelvőr*, 83.
- Lőrincze, L. (1977) Rokonok. Nyelvünk és Kultúránk – az Anyanyelvi Konferencia Védnökségének tájékoztatója, A magyar nyelv tanítása. 28. évf.
- Sövényi, Fné. (2012). Egy kis szelet történelem. *Nővér*, 25(4), p. 3–10.
- Sövényi, Fné., Fedineczné Vittay, K. (2021). Az ápoló szó etimológiája. *Nővér*, 34(6), 4–6.
- Szily, K. (1902). *A magyar nyelvújítás szótára*. Budapest
- Tófalusi, I. (1983). *Vademecum – szokatlan szavak szótára*. Budapest: Móra Ferenc Könyvkiadó.
- Zaicz, G. (főszerk.) (2021). *Etimológiai szótár: Magyar szavak és toldalékok eredete*. Budapest: Tinta Könyvkiadó.
- Zolnai, Gy. (1903). A nyelvújítás szótára. *Magyar Nyelvőr*, 32(3), 159–169.

- URL1: Szepesi, A. (2024.03.09). Nőnapon az egészségügyről. <https://weborvos.hu/egeszsegpolitika/nonapon-az-egeszseguyrol-283934>
- URL2: Magyar etimológiai szótár. <https://www.arcanum.com/hu/online-kiadvanyok/Lexikonok-magyar-etimologiai-szotar-F14D3/>
- URL3: Magyar néprajzi lexikon. <https://www.arcanum.com/hu/online-kiadvanyok/Lexikonok-magyar-neprajzi-lexikon-71DCC/>
- URL4: Magyar katolikus lexikon. <https://lexikon.katolikus.hu/S/Szatm%C3%A1ri%20Irgalmas%20N%C5%91v%C3%A9rek.html>
- URL5: Etymology map for word „sister” in Europe. [https://www.reddit.com/r/etymology/comments/6qvdk7/etymology\\_map\\_for\\_word\\_sister\\_in\\_europe\\_3300x2666/#lightbox](https://www.reddit.com/r/etymology/comments/6qvdk7/etymology_map_for_word_sister_in_europe_3300x2666/#lightbox)
- URL6: Egyetemes magyar encyclopaedia. Pest, 1862. [https://adt.arcanum.com/hu/collection/Lexikon\\_EgyetemesMagyarEnciklopedia/](https://adt.arcanum.com/hu/collection/Lexikon_EgyetemesMagyarEnciklopedia/)
- URL7: A Pallas nagy lexikona. <https://adt.arcanum.com/hu/collection/PallasLexikon/>
- URL8: A magyar nyelv történeti-etimológiai szótára.1970 <https://adt.arcanum.com/hu/collection/MNYTESZ/>
- URL9: Új magyar etimológiai szótár. <https://uesz.nytud.hu/index.html>



ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

# Telemedicinához kapcsolódó fogalmak rövid ismertetése és a távgyógytorna gyakorlati alkalmazásával kapcsolatos nemzetközi tapasztalatok áttekintése

BACSKAI Katalin, DR. NAGY Helga PhD, DR. HABIL. LÁM Judit PhD

## ÖSSZEFOGLALÁS

A SARS-CoV-19 pandémia következtében több olyan eszköz és módszer került fókuszba, amelyek megváltoztatták az egészségügyi ellátások folyamatát, amelyben a telemedicinának is fontos szerepe volt. A Covid-19-pandémia ideje alatt alkalmazott távgyógytorna módszerének alkalmazása hazánkban újdonságnak számított, viszont külföldön régóta alkalmazott módszer. A nemzetközi, valamint a Covid-19-pandémia ideje alatt szerzett tapasztalatok azt mutatják, hogy a hazai egészségügyi ellátórendszerben a távgyógytorna metodikáját a jövőben is érdemes alkalmazni. Azonban a téma és a távgyógytorna módszerének megértése érdekében fontos tisztázni a gyakorlatban alkalmazott definíciók magyar értelmezését is. A szakirodalmi áttekintésben több olyan fogalmat is találtunk, amelyeknek magyar értelmezésében zavar fordulhat elő. Ezért tanulmányunk elsődleges célja a telemedicinához és a távgyógytornához kapcsolódó fogalmak ismertetése. Ezt követően pedig részcelként tűztük ki a távgyógytornával kapcsolatos nemzetközi tapasztalatok rövid áttekintését. Tanulmányunkkal segíteni szeretnénk az egészségügyi szakdolgozók távegészségüggyel kapcsolatos ismereteinek bővítését.

**Kulcsszavak:** telemedicina, távgyógytorna, Covid-19, E-health

## A brief Introduction to the Concepts related to Telemedicina and a Review of International Experience in the Practical Application of Telephysiotherapy

Katalin BACSKAI, Helga NAGY PhD, Judit LÁM PhD, HABIL

### SUMMARY

The events of the SARS-COV-19 pandemic have highlighted the need to focus on a number of tools and methods to improve the delivery of healthcare. Telemedicine can help in this innovation. The use of telemedicine during the Covid-19 pandemic was new in our country, but has long been used abroad. International experience, as well as that we gained during the covid pandemic, shows that the methodology is worth using in the domestic health care system in the future.

The primary aim of this paper is to introduce the concepts related to telehealth. A sub-objective is to briefly review international practice. With our study we want to help to increase the knowledge of health professionals about telemedicine.

**Keywords:** telemedicine, telephysiotherapy, Covid-19, E-health

Bacskai Katalin vezető gyógytornász, Országos Sportegészségügyi Intézet Központi Mozgásterápiás Csoport és Mozgáselemző Részleg; PhD-hallgató, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola Mentális Egészségtudományok Tagozat  
ORCID-azonosító:  
0009-0000-8155-2269

Dr. Nagy Helga PhD osztályvezető főorvos, Országos Sportegészségügyi Intézet Rehabilitációs Osztály  
ORCID-azonosító:  
0009-0006-2686-4941

Dr. habil Lám Judit PhD egyetemi docens, operatív igazgatóhelyettes, Egészségügyi Menedzserképző Központ; elnökségi tag, NEVES Egyesület a Betegbiztonsáért  
ORCID-azonosító:  
0000-0001-9621-1563

### Levelező szerző

(corresponding author):  
BACSKAI Katalin  
E-mail:  
bacskaikata89@gmail.com

**Beérkezett:** 2024. május 4.  
**Elfogadva:** 2024. június 6.

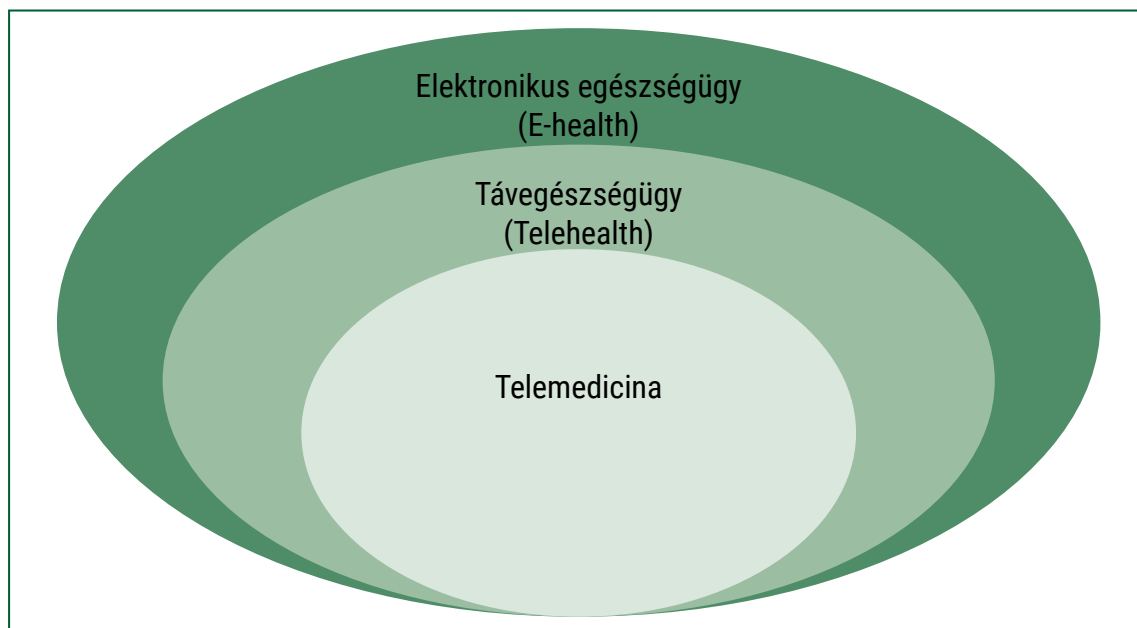
| Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.37.0010> | [www.eLitMed.hu](http://www.eLitMed.hu)

## Bevezetés

A magyar egészségügyi ellátórendszerben a pandémia által kikényszerített változások egyre nagyobb teret engedtek az úgynevezett távegészségügyi (telehealth) módszerek mindennapi alkalmazásának.

Ezen új tudományág megértésének érdekében fontos tisztázni a témához köthető legfontosabb definíciókat. Angol és magyar szakirodalmakban gyakran találkozunk a telehealth kifejezéssel, amelyet magyar fordításában távegészségüggynek és távgyógyításnak is olvashatunk, illetve azt is fontos

**1. ábra:** Telemedicina és a hozzá kapcsolódó fogalmak. (Forrás: saját szerkesztés)



tisztázni, hogy pontosan mit értünk telemedicina jelentése alatt. Ahhoz, hogy a későbbiekben tárgyalt távrehabilitáció és távgyógytorna alkalmazási lehetőségeit megértsük, első lépésként a témához köthető alapdefiníciókat szükséges tisztázni (**1. ábra**).

A fogalmak megértése érdekében elsőként az elektronikus egészségügy (e-health) fogalmát szükséges megismerni. A WHO megfogalmazása szerint az elektronikus egészségügy az információs és kommunikációs technológiák alkalmazása az egészségügyben (Ryu, 2012).

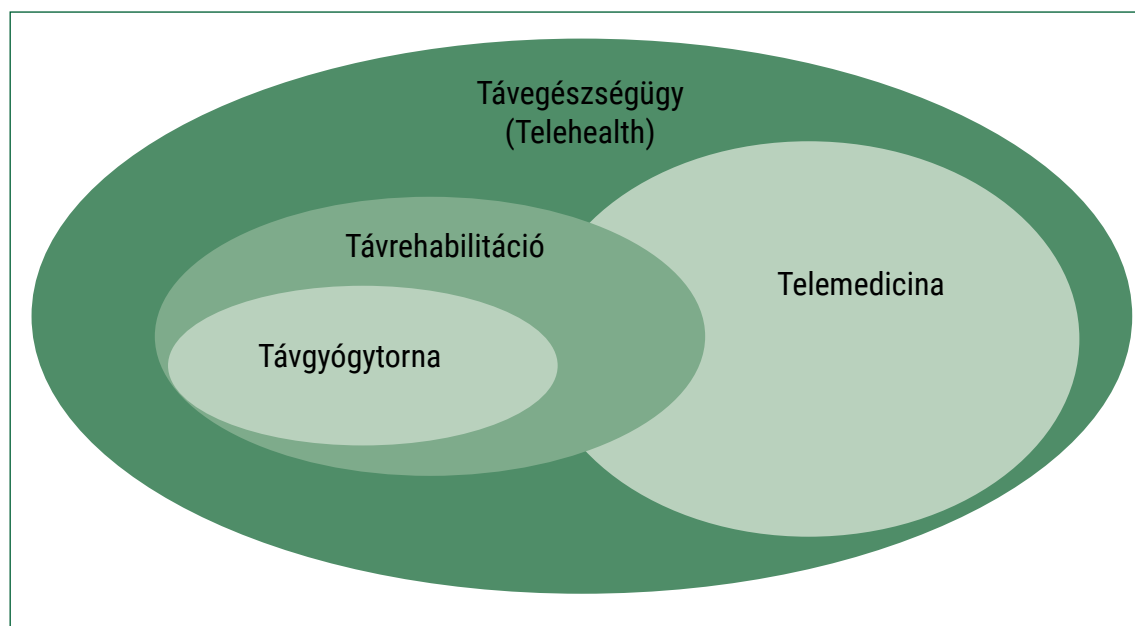
A telehealth, amelyet saját gyakorlatunkban távgyógyításnak fordítunk, a klinikai ellátáson túl a távoli egészségügyi szolgáltatások szélesebb körét öleli fel. Magába foglalja a klinikai és nem klinikai szolgáltatásokat, egészségügyi és egészségfejlesztési tevékenységet, beleértve az oktatást, tanácsadásokat, orvosi és egészségügyi személyzet által nyújtott beavatkozásokat és az egészségügyi ellátás nyomon követését (Federation of State Boards of PT., 2022).

A telemedicina alkalmazása nemzetközi szinten régóta alkalmazott módszer, amelynek definíciójára számtalan fogalom létezik. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) megfogalmazása szerint a telemedicina az egészségügyi szolgáltatások azon esetekben való biztosítása, ahol a kritikus tényező a földrajzi távolság (WHO, 2010). *Sood és munkatársai* értekezésében a telemedicinával kapcsolatban 104-féle kifejezés található. A tanulmányban található fogalmak a telemedicinát egységesen az infokommunikációs technológiák és az egészségügyi ellátás integrációjaként értelmezik (Bán, 2017; Sood et al.,

2007). Az Európai Bizottság 2018-as megfogalmazásában a telemedicina az egészségügyi szolgáltatások nyújtása olyan helyzetben, ahol az egészségügyi dolgozó és a beteg nem egy helyen tartózkodik. Segíti az adatok és információk biztonságos továbbítását, amelyek a páciens diagnózisának felállításához, a megelőzéshez, kezeléshez és a nyomon követéshez szükségesek (European Commission, 2018). *Tan* és munkatársai a telemedicina értelmezése alatt az egészségügyi szolgáltatások nyújtása során alkalmazott információs és kommunikációs technológiák használatát értik (Tan et al., 2024). Azonban ebben a megfogalmazásban érezhető a korábbi fogalmak átfedése is. A definíciók változatosságából is látható, hogy a módszer pontos meghatározására napjainkban sincs egy egységes definíció, amelynek oka, hogy egy folyamatosan változó és rohamosan fejlődő területről beszélünk.

Saját gyakorlatunkban a telemedicina értelmezésére a kifejezetten orvosok által nyújtott távoli ellátást értjük a távégészségügyi (telehealth) szolgáltatások csoportján belül (Győrffy et al., 2020).

Hazánkban a Covid-19-pandémia megjelenéséig a telemedicinával kapcsolatban csupán néhány területen történtek kísérletek. Példaként említve a teleradiológia, teledermatológia, telepszichiátria és telepatológia szakterületeit. A Covid-19-pandémia megjelenése előtt a telemedicinával kapcsolatban az EESZT létrehozása jelentette az első lépéseket az egészségügyi adatok tárolásának és továbbításának megoldásában, továbbá a távkonziliium és a távdiagnosztika alkalmazásában (Győrffy et al., 2020).

**2. ábra:** Távrehabilitáció. (Forrás: saját szerkesztés)

Ezt követően az egészségügy több szegmensében is megjelentek a távgyógyítás (telehealth) egyes módszerei (alapellátás, otthonápolás stb.), azonban fontossága a Covid-19-pandémiát követő időszakban kezdett el felértékelődni.

Az elmúlt évtizedben a telemedicina alkalmazásának egyik legelterjedtebb területe az orvosi rehabilitáció, amely 2016-tól kezdett egyre nagyobb jelentőséggel bírni. A rehabilitáció egy multidiszciplináris szakterület, amelyben az orvosi szolgáltatások mellett a szakdolgozók által nyújtott szolgáltatásokat is tartalmazza (**2. ábra**).

A telerehabilitációt a rehabilitációs szolgáltatások távolról történő nyújtásának innovatív módjaként definiálták (Jiang et al, 2016).

A telerehabilitáció során az *interakció* történhet *aszinkron módon* vagy úgynevezett *real-time*, azaz valós időben. Az aszinkron forma azt jelenti, hogy az egészségügyi információk közlése és megtekintése között időbeli eltérés figyelhető meg. Idesorolhatók a biztonságos üzenetküldési szolgáltatások, azaz az e-mailek vagy a rögzített rehabilitációs alkalmak. Míg a valós idejű telerehabilitáció azt jelenti, hogy az egészségügyi szolgáltatást nyújtó és felhasználó egy időben kontaktusban van egymással a fizikai távolság ellenére is. Idesorolhatók a telefonon és a videón (Teams, Zoom) keresztül végrehajtott konzultációk.

Ahogy említettük, a távrehabilitáció alatt az orvosi szolgáltatások mellett szakdolgozói szolgáltatások is megvalósíthatók, amelyek alkalmazása minden esetben a páciens diagnózisától függ. A távrehabilitáción belül az alábbi szolgáltatások va-

lósíthatók meg (azonban fontos megjegyezni, hogy ezen szolgáltatások más szakterületen is megjelenhetnek):

*Távkonzílium:* A diagnózis felállítására vagy egy kezelés menetébe kommunikációs eszközön keresztül távoli orvos-orvos, orvos-beteg vagy terapeuta-beteg kapcsolat jön létre. Legtöbbször két egészségügyi szakember konzultál a beteg állapotáról (Gyórfy et al., 2020).

*Távmonitorozás:* Az egészségügyi szakszemélyzet jelenlétét a betegnél lévő mérőműszerek pótolják (Gyórfy et al., 2020).

*Távterápiák:* A terápiákat a kezelést végző személy aszinkron vagy real-time formában végzi. Ennek előnye, hogy a kezelést végző személy távolról tudja elvégezni a terápiát a páciensen (Gyórfy et al., 2020).

*Távgyógyítás/otthonápolás:* Ez a szolgáltatás pedig az idős gondozását és a szociális gondozást foglalja magában (Gyórfy et al., 2020).

*Távgyógytorna:* A rehabilitáció egyik fontos része a gyógytorna, amely távgyógyítás formájában is megvalósulhat.

Hagyományos értelemben a gyógytorna nem más, mint pontos klinikai terápiák alapján összeállított terápiás célú mozgásgyakorlatok, amelyek egy inersorozattal funkcióváltást hoznak létre a szervezetben. A gyógytornász, orvosi indikációt követően, önálló szakemberként végzi a funkcionális betegvizsgálatot, a szükséges állapotfelmérést, kezelési tervet készít, elvégzi a szükséges terápiát, amelynek eredményességét és ellenőrzését ellenőrzi. A kezelés

végeztével pedig további javaslatot tesz az egészséges életmódra (WCPT, 2020).

A távegészségügy fejlődése kihatott a távgyógytorna fejlődésére is. 2022-ben az Amerikai Fizioterápiás Szövetség (APTA) távegészségüggyel foglalkozó bizottsága elfogadta a távgyógytorna alkalmazását, mivel a digitális technológiák és terápiák képesek a gyógytornagyakorlatot bővíteni azzal a céllal, hogy javítsák az ellátás hozzáférését és az ellátási modellek javítását.

A telerehabilitáción belül alkalmazott távgyógytornát a Covid-19-pandémia idején magas számban alkalmazták hazánkban is. Napjainkban ez az arány némileg csökkent, azonban a módszer napi szintű alkalmazása jelen van a hazai magán- és állami egészségügyi ellátórendszerben (Jánkné et al., 2023).

*A távgyógytorna gyakorlati megvalósítása három formában jöhet létre: real-time, hibrid és aszinkron formában.*

A *real-time forma* alatt azt értjük, hogy a gyógytornász a beteggel együtt azonos időben, azonban fizikailag távol van egymástól. A terápiák kizárólag online térben valósulnak meg és a gyakorlati megvalósításhoz eszközös támogatás is szükséges.

A *hibrid forma* esetében a gyógytornász és a beteg a real-time forma mellett, előre meghatározott időben, személyesen is találkozik. Ez azt jelenti, hogy a beteg a terápiatorozaton belül a terápia egy részét személyesen, míg egy részét online formában végzi.

Az *aszinkron forma* esetében a gyógytornász és a beteg a terápiás alkalmon belül nincs jelen egy térben és időben. A páciensek a gyakorlatokat előre felvett vagy előre leírt formában végzik el.

A rehabilitációs szakemberrel történő konzultáció, tanácsadás megvalósulhat telefonon, e-mailen keresztül is, az edukáció pedig történhet előre felvett vagy valós idejű, interneten elérhető egészségügyi oktató témájú hanganyag (podcast), videó, valamint írásos anyag formájában (Haines et al., 2023).

A gyógytorna telerehabilitációban történő alkalmazása egyéb formában is kivitelezhető. Például a szenzoros érzékelőt (például gyorsulásmérő, mozgásérzékelő, pulzusmérő, pulzoximéter) alkalmazó, valamint egyéb egészségügyi applikációk, különböző betegplatformok, előre felvett, betegség-specifikus vagy egyénre szabott gyógytornagyakorlatokat tartalmazó videók vagy ábrákkal illusztrált írásos feladatsorok. Azt, hogy a távgyógytorna melyik formáját alkalmazzuk, számos tényező befolyásolhatja (például beteg diagnózisa, életkora, lakhelye stb.), ezért alkalmazását pontos szabályokhoz kell kötni.

A Fizioterápiás Világszövetség (World Confederation for Physical Therapy – WCPT) a távgyógytorna módszerét szakmailag támogatja. 2017-ben egy kü-

lön munkacsoportot hoztak létre, amelyben a gyakorlati megvalósítással kapcsolatban a következő szakmai ajánlásokat fogalmazták meg:

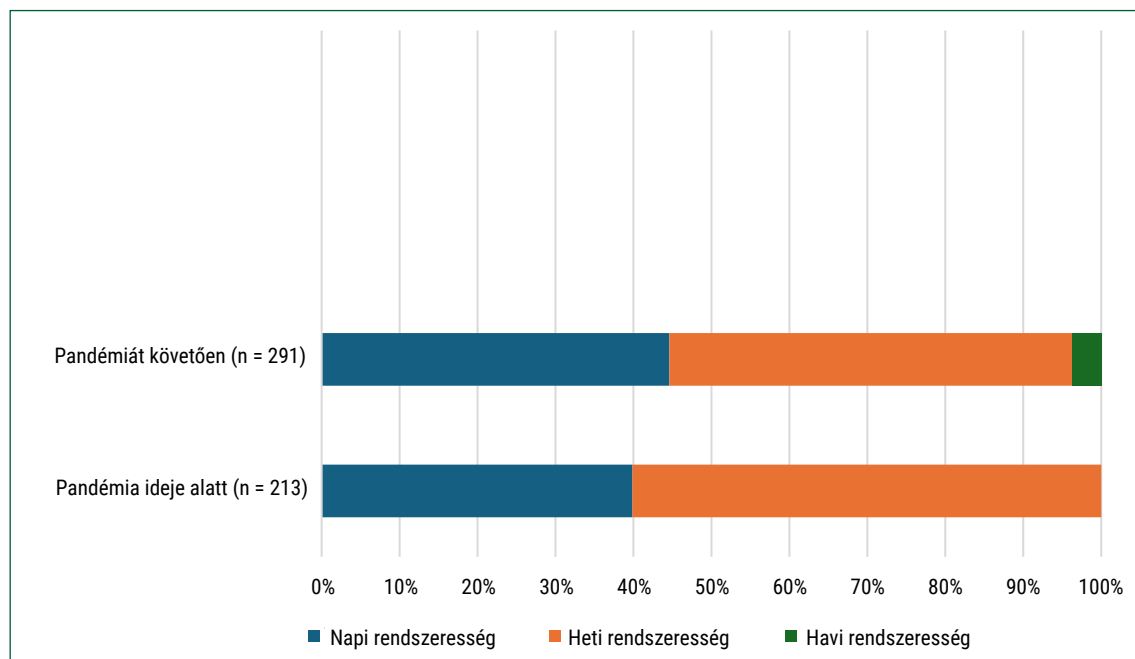
- a szolgáltatóknak ismerniük kell a digitális gyakorlat előnyeit,
- a betegeknek és a gyógytornászoknak hozzáférést kell biztosítani a szükséges oktatásokhoz és továbbképzésekhez,
- a betegeknek és a terapeutáknak hozzáférést kell biztosítani a szükséges technológiákhoz,
- az alkalmazott módszertant folyamatosan felül kell vizsgálni és szükségszerűen fejleszteni kell,
- a betegek részére lehetővé kell tenni, hogy szükség esetén hibrid vagy személyes formában történjenek a kezelések,
- biztosítani kell, hogy a szolgáltatást igénybe vevők megfelelő tájékoztatást kapjanak a digitális gyakorlatról,
- a szolgáltatóknak biztosítani kell a páciensek szükségszerű oktatását is,
- a szolgáltatóknak biztosítani kell a személyes konzultáció lehetőségét, amennyiben a páciens igényli.

## Távgyógytorna előnyei és hátránya

A távgyógytornának számtalan előnye, ugyanakkor kihívásai is vannak. Előnyei közé tartozik az idő- és költséghatékonyság, valamint a rugalmasság, hiszen megfelelő alternatíva lehet a járványok idején vagy a földrajzi távolság áthidalására (például vidéken élő pácienseknek, munkából vagy sportolásból adódóan sokat utazóknak), illetve, ha a kezelés helyszínére történő utazás nehézségekbe ütközik (például nehezen mozgó beteg), vagy ha egyéb okból kifolyólag a helyszíni ellátás nem megoldható vagy korlátozott. Pozitívan befolyásolja a beteg egészségtudatosságát és adherenciáját, valamint segíti a folyamatos kapcsolattartást, ami növeli a beteg biztonságérzetét. Ugyanakkor csökkenti a kórházban megjelenő betegek számát, ezáltal a zsúfoltságot, illetve bármilyen fertőző betegség esetén csökkenthetjük a fertőzés továbbterjedését (WCPT, 2020).

A módszer hátrányának tekinthető, hogy telerehabilitációs gyógytorna-foglalkozás során az állapotfelmérés és a kezelési tevékenységek csak egy része oldható meg ebben a formában, valamint hiányzik a manuális korrekció lehetősége is. További hátránya lehet, hogy a beteg részéről digitális és terápiás eszközök meglétét igényli, míg a terapeuta részéről a digitális eszköz-igény mellett az adatvédelemnek megfelelő infrastruktúra kialakítása is fontos szempont a módszer alkalmazásakor. Ez alatt azt értjük, hogy a távgyógytorna real-time formáját

**3. ábra:** Online gyógytorna alkalmazása a felmérésünkben részt vevő gyógytornászok körében a pandémia ideje alatt és azt követően. (Forrás: saját szerkesztés)



olyan helyen kell végrehajtani, ahol a terapeután kívül más nincs jelen, például azért, hogy az elhangzott információkat más ne hallja. Szükséges ezenkívül a digitális eszközök és az online programok, applikációk használatának ismerete mind a páciens, mind a szakember részéről. Végül, de nem utolsósorban pedig a páciensek kevésbé értékesnek találhatják, mert nincs meg az érintés, a személyes kontaktus és a csoportterápia jótékony hatása (WCPT, 2020).

### Távgyógytornával kapcsolatos nemzetközi tapasztalatok

A SARS-CoV-2 megjelenésével a távegészségügy (telehealth) módszerei széles körben terjedtek el az egészségügyi ellátások során. A pandémia megjelenéséig a módszer gyakorlati alkalmazásával kapcsolatban kevés tapasztalatunk volt, azonban a Covid-19-pandémiát követően ez sokat változott. Az egészségügy több szegmensében is napi szinten alkalmazzák a módszert és újabbnál újabb technológiai fejlesztések vannak folyamatban.

A hazai egészségügyi ellátórendszerben a távgyógytornával kapcsolatban jelenleg nincsenek releváns szakmai protokollok és kidolgozott irányelvek. Saját kutatásunk eredményei alapján elmondhatjuk, hogy a távgyógytorna módszerét a SARS-CoV-2 vírus megjelenéséig nagyon kis arányban alkalmazzuk, azonban a pandémia ideje alatt a korlátozó intézke-

dések hatására ez az arány megnőtt (Jánkné et al., 2023). A Covid-19-pandémiát követően a módszer alkalmazása megmaradt, azonban alkalmazása némileg csökkent, azonban mégis elmondhatjuk, hogy napjainkban is magas számban alkalmazzák a módszert (**3. ábra**).

A módszer hosszú távú alkalmazásához azonban nagyon fontos, hogy ismerjük a nemzetközi gyakorlatokat is.

A nemzetközi szakirodalom a módszer eredményességéről, a pandémiát megelőzően is, összefoglalóan pozitív tapasztalatokról számol be. *Alicie* és munkatársai krónikus fájdalmak esetén vizsgálták a távgyógytorna eredményességét, míg *Shuiiau* és *Miaa* munkatársaival a térdartroszkópia után alkalmazták a módszert (Heapy et al., 2015; Shuihau et al., 2016). Mindhárom tanulmány során arra jutottak, hogy a távgyógytorna módszere jó kiegészítője lehet a hagyományos gyógytornának, hiszen a terápiák befejezésével a betegek fizikális állapota javulást mutatott és az eredmények megegyeztek a hagyományos gyógytornán részt vett betegek állapotáival. Az említett tanulmányokban a távgyógytorna mindhárom formáját, azaz a real-time, hibrid és asszinkron formát is alkalmazták.

*Cottrell* és munkatársai az online gyógytorna real-time formáját vizsgálták mozgásszervi betegségek esetén. Vizsgálatukban a távgyógytornát a hagyományos gyógytornával hasonlították össze. A real-time

formával kezelt betegek mozgásszervi funkciói jobb eredményeket mutattak a hagyományos gyógytornához képest (Cottrell et al., 2017).

*Dario* és munkatársai a nem specifikus derékfájdalmak kezelésében vizsgálták a távgyógytorna eredményességét (Dario et al., 2017). Kutatásukban arra jutottak, hogy a módszer a betegség különböző fázisaiban eltérő eredményességgel. Tanulmányukban felhívták a figyelmet arra, hogy egyes diagnózisok esetében szükséges lehet a személyes gyógytornával kezdeni a kezelést és szükségszerűen a későbbiekben is több személyes találkozás beiktatása lehet eredményes.

A pandémiát követően is számtalan tanulmányt találunk a módszer eredményességének vizsgálatával kapcsolatban. *Gómez* és munkatársai vállműtött amatőr sportolók rehabilitációját vizsgálták. Tanulmányukban arra voltak kíváncsiak, hogy a hagyományos gyógytorna és a távgyógytorna hogyan segíti a sportba való visszatérést. Kutatásuk pozitív eredményéről számoltak be, miszerint a távrehabilitációval történő kezelések hasonlóan jó eredménnyel zárultak, mint a személyes kezelések (Gómez et al., 2023).

*Lee* és munkatársai is hasonló jó eredményekről számoltak be. Ők patellofemorális betegek esetében vizsgálták a hagyományos és a távgyógytorna eredményességét. Vizsgálati eredményeik alapján azt találták, hogy mindkét csoport esetében javulás mutatkozott, ami azt jelenti, hogy a távgyógytorna alkalmazása eredményes (Lee et al., 2023).

A pandémia előtt és az azt követően talált tanulmányok összességében egyetértettek abban, hogy minden betegség esetében nélkülözhetetlen a hosszú távú utánkötés, amely segít annak az eldöntésében, hogy egyes diagnózisoknál mikor és hogyan tudjuk eredményesen alkalmazni a módszert.

A nemzetközi tapasztalatok és a meglévő ismereteink alapján úgy gondoljuk, hogy a módszert real-time és hibrid formában lehet a legeredményesebben alkalmazni. Azonban ahhoz, hogy a terápia tervezése során el tudjuk dönteni, hogy a távgyógytorna me-

lyik formáját alkalmazzuk, személyes kontrollvizsgálatokra szükség van. A Covid-19-pandémia során szerzett tapasztalataink alapján úgy gondoljuk, hogy a hibrid forma a kezelések meghatározott idejében kezdhető és végezhető el, míg a real-time forma a prevenciók kezelése során igazán hatékony. Ezen feltételezésünk megerősítéséhez azonban még további klinikai kutatásokra van szükség.

## Konklúzió

Az elmúlt évek történései rávilágítottak arra, hogy az egészségügyben is nyitnunk kell az új módszerek és technológiák felé. A távegészségügy és a telemedicina módszere számos szakterületen belül segítséget nyújt a betegek kezelésében. A rehabilitációban alkalmazott távgyógytorna különböző formái a nemzetközi és a hazai ellátórendszerben is eredményesen alkalmazhatók, azonban a hosszú távú alkalmazásához további klinikai vizsgálatokra, a tapasztalatok megosztására és a módszerek egységes alkalmazását és a szakmai munka értékelését is lehetővé tevő szakmai irányelvek és helyi szakmai szabályozó dokumentumok (protokollok) kidolgozására még szükség van. Ahhoz továbbá, hogy a gyakorlatban alkalmazott módszer hatékonyságát és eredményességét megfelelően értékeljük, a betegcsoport és a diagnózis meghatározásán túl szükség van arra, hogy az általunk alkalmazott metodika formáját is pontosan definiáljuk.

**Szerzői munkamegosztás:** B. K. szakirodalmi kutatás elvégzése és közlemény megírása. N. H. és L. J. a kézirat korrekciója és szakmai lektorálása. A cikk végleges változatát mindegyik szerző elolvasta és jóváhagyta.

**Érdekeltségek:** A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

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

## Irodalomjegyzék

- Bán, A. (2017). A telemedicina néhány földrajzi vonatkozása Magyarország példáján. Doktori értekezés. Szegedi Tudományegyetem Természeti és Informatikai Kar. Szeged.
- Cottrell, M. A., Galea, O. A., O'Leary, S. P., Hill, A. J., & Russell, T. G. (2017). Real-time telerehabilitation for the treatment of musculoskeletal conditions is effective and comparable to standard practice: a systematic review and meta-analysis.

Clinical rehabilitation, 31(5), 625–638. <https://doi.org/10.1177/0269215516645148>

- Dario, A. B., Moreti Cabral, A., Almeida, L., Ferreira, M. L., Refshauge, K., Simic, M., Pappas, E., & Ferreira, P. H. (2017). Effectiveness of telehealth-based interventions in the management of non-specific low back pain: a systematic review with meta-analysis. *The spine journal : official journal of the*

- North American Spine Society*, 17(9), 1342–1351. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2017.04.008>
- European Commission. (2018). Market study on telemedicine. Luxembourg: Publications Office of the European Union
- Federation of State Boards of Physical Therapy. (2023). Telehealth in Physical Therapy Policy Recommendations for Appropriate Regulation FSBPT Ethics and Legislation Committee Retrieved from: <https://www.fsbpt.org/Free-Resources/Regulatory-Resources/Telehealth-in-Physical-Therapy>
- Gómez, D. J., Veloz Serrano, D., Moya, D., Crosa, J. I., Cullari, M. L., Taleb, J. P., Quiroga, G., Maya, X. A., & Muratore, Á. (2023). Functional results and return to sports on recurrent anterior glenohumeral instability. Influence of the COVID-19 pandemic; Comparative retrospective study and short-term results. *Journal of orthopaedic surgery (Hong Kong)*, 31(1), 10225536231160308. <https://doi.org/10.1177/10225536231160308>
- Gyórfy, Z., Békási, S., Szathmári-Mészáros, N., & Németh, O. (2020). A telemedicina lehetőségei a COVID-19-pandémia kapcsán a nemzetközi és a magyarországi tapasztalatok és ajánlások tükrében: (A COVID-19-pandémia orvosszakmai kérdései). *Orvosi hetilap*, 161(24), 983–992. <https://doi.org/10.1556/650.2020.31873>
- Haines, K. J., Sawyer, A., McKinnon, C., Donovan, A., Michael, C., Cimoli, C., Gregory, M., Berney, S., & Berlowitz, D. J. (2023). Barriers and enablers to telehealth use by physiotherapists during the COVID-19 pandemic. *Physiotherapy*, 118, 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2022.09.003>
- Heapy, A. A., Higgins, D. M., Cervone, D., Wandner, L., Fenton, B. T., & Kerns, R. D. (2015). A Systematic Review of Technology-assisted Self-Management Interventions for Chronic Pain: Looking Across Treatment Modalities. *The Clinical journal of pain*, 31(6), 470–492. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000185>
- Jánkné Bacskai, K., Soltész-Várhelyi, K., Nagy, H., Soós, Á., & Lám, J. (2023). Távgógytorna alkalmazásának felmérése a COVID-19 pandémia ideje alatt és után, valamint a módszer használatát befolyásoló tényezők felmérése. *IME Innováció Menedzsment Egészségügy*, 22(4), 24–30. <https://doi.org/10.53020/IME-2023-403>
- Jiang, S., Xiang, J., Gao, X., Guo, K., & Liu, B. (2018). The comparison of telerehabilitation and face-to-face rehabilitation after total knee arthroplasty: A systematic review and meta-analysis. *Journal of telemedicine and telecare*, 24(4), 257–262. <https://doi.org/10.1177/1357633X16686748>
- Lee, J. H., Shin, K. H., Lee, G. B., Son, S., & Jang, K. M. (2023). Comparison of Functional Outcomes between Supervised Rehabilitation and Telerehabilitation in Female Patients with Patellofemoral Pain Syndrome during the COVID-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 20(3), 2233. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032233>
- Sood, S., Mbarika, V., Jugoo, S., Dookhy, R., Doarn, C. R., Prakash, N., & Merrell, R. C. (2007). What is telemedicine? A collection of 104 peer-reviewed perspectives and theoretical underpinnings. *Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association*, 13(5), 573–590. <https://doi.org/10.1089/tmj.2006.0073>
- Ryu S. (2012). Telemedicine: Opportunities and Developments in Member States: Report on the Second Global Survey on eHealth 2009 (Global Observatory for eHealth Series, Volume 2). *Healthcare Informatics Research*, 18(2), 153–155. <https://doi.org/10.4258/hir.2012.18.2.153>
- Tan, A. J., Rusli, K. D., McKenna, L., Tan, L. L., & Liaw, S. Y. (2024). Telemedicine experiences and perspectives of healthcare providers in long-term care: A scoping review. *Journal of telemedicine and telecare*, 30(2), 230–249. <https://doi.org/10.1177/1357633X211049206>
- World Confederation for Physical Therapy (WCPT) (2020). Report of the wcpt/inpra digital physical therapy practice task force.

## A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA ORSZÁGOS FELNŐTTÁPOLÁSI SZAKMAI TAGOZATA

**2024. november 22-én,**  
Budapesten a Lurdy Házban  
rendezi meg

a **VI. Ápolásinnováció és Ápolásmenedzsment  
Országos Tudományos Konferencia**  
című pontszerző rendezvényt.

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

EREDETI KÖZLEMÉNY

# Szeptikus állapot felismerése atípusos tünetekkel jelentkező, hemodinamikailag stabil betegek esetében

MÁTÉ-PÓHR Kitti, DR. HANESS János, DR. PRUGBERGER József, KÖCSE Tamás, KOVÁCS István, DR. HABIL PAKAI Annamária

## ÖSSZEFOGLALÁS

**Célkitűzés:** Az oxiológiai ellátás során a tünetszegény, hemodinamikailag stabil, szeptikus állapotú, idős betegek előfordulása jelentős. Riasztó tünetek hiányában a kórkép felismerése nehéz. Vizsgálatunk célja ezen betegek előfordulásának, szociodemográfiai jellemzőinek, triázkategóriájának, diszpozíciójának, laktátszintjének a vizsgálata.

**Vizsgálat módszere:** Kutatásunk kvantitatív, retrospektív dokumentumelemzés. Mintacsoportunk a 2024. január 1. és 2024. február 29. között, szepszissel kezelt, 65. életévüket betöltött, atípusos tüneteket mutató betegekből állt (n=103).

**Eredmények:** A septicæmia, k.m.n. BNO-kóddal diagnosztizált betegek 44,23%-a idős, kardiorespiratorikusan stabil, tünetszegény vagy atípusos tüneteket produkáló szepsziszben szenvedett. A szociális intézmények lakói szignifikánsan nagyobb arányban veszítették életüket a szepszis következtében, mint a saját, állandó lakcímmel rendelkező betegek (p=0,004). A NEWS-pontszámok alapján újragerálált triázkategóriák csoportja szignifikánsan alacsonyabb volt (p=0,000).

**Következtetés:** Az időskori, tünetszegény szepszis egy magas mortalitással járó kórfolyamat. Felismerése gyakran okoz nehézséget. Egy egységes ellátási protokoll kidolgozása hasznos lehet; nagymértékben csökkenthetné az ellátási időt és növelhetné a túlélési arányt.

**Kulcsszavak:** szepszis, sürgősségi osztály, triázs, NEWS

**Recognition of Sepsis Presenting with Atypical Symptoms, in Hemodynamically Stable Patients**  
Kitti MÁTÉ-PÓHR, János HANESS MD, József PRUGBERGER MD, Tamás KÖCSE, István KOVÁCS, PAKAI Annamária PHD., HABIL

## SUMMARY

**Purpose:** The prevalence of asymptomatic, haemodynamically stable, septic, elderly patients in oxylogical care is considerable. Our aim was to describe the prevalence, sociodemographic characteristics, triage category, disposition, and lactate level of these patients.

**Methods:** Our research method was a quantitative, retrospective document analysis. Our sample group consisted of patients treated for sepsis between 01/01/2024 and 29/02/2024, aged 65 years or older, with atypical symptoms (n=103).

**Results:** Septicæmia BNO-code, 44.23% of patients diagnosed with septicæmia had elderly, cardiorespiratory stable, asymptomatic sepsis. The study found that residents of social institutions had a significantly higher proportion of deaths from sepsis (p=0.004). We found that the group of triage categories that were re-generated based on NEWS scores was significantly lower (p=0.000).

**Conclusion:** Asymptomatic sepsis in old age is a major disease process with a high mortality rate. The development of a standardised care protocol could be useful.

**Keywords:** sepsis, emergency department, triage, NEWS

MÁTÉ-PÓHR Kitti szakoktató,  
Pécsi Tudományegyetem,  
Egészségtudományi Kar,  
Sürgősségi, Egészségpedagógiai és Ápolástudományi Intézet, Oxiológiai, Sürgősségi Ellátási Tanszék; mentőtiszt, Országos Mentőszolgálat, Nyugat-dunántúli Régió;  
ORCID-azonosító:  
0009-0003-0368-0144

DR. HANESS János regionális orvosigazgató, Országos Mentőszolgálat, Nyugat-dunántúli Régió; mentőorvos, Magyar Légimentő Nonprofit Kft.

DR. PRUGBERGER József mentőorvos, Országos Mentőszolgálat, Nyugat-dunántúli Régió

KÖCSE Tamás vezető mentőtiszt, Országos Mentőszolgálat, Nyugat-dunántúli Régió

KOVÁCS István mentőtiszt szakirányos hallgató, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

DR. HABIL PAKAI Annamária mb. intézetigazgató-helyettes, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Sürgősségi, Egészségpedagógiai és Ápolástudományi Intézet, Oxiológiai, Sürgősségi Ellátási Tanszék  
ORCID-azonosító:  
0000-0002-2849-1310

## Levelező szerző

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

**Beérkezett:** 2024. május 16.  
**Elfogadva:** 2024. június 5





## Bevezetés

A szepszis előfordulása és mortalitása a mai modern diagnosztikus és terápiás lehetőségek ellenére is folyamatosan növekszik. A 2017-es adatok szerint már 48,9 millió embert érintett szeptikus megbetegedés, közülük közel 11 millióan hunytak el (több mint 22%) a kórfolyamat miatt, világszerte minden ötödik halálesetet a szepszisnek tulajdonították (Rudd et al., 2020). A szepszis korunk egyik magas időfaktorú betegsége lett, incidenciája a stroke és a heveny szívizomelhalás előfordulásának gyakoriságával vetekszik. Az Országos Egészségpénztár adatai szerint Magyarországon 200-400/100 000 fő a szepszis előfordulásának gyakorisága (Ludwig et al., 2014). Legfontosabb cél a szeptikus betegek ellátása során a nehezen uralható, többszervi elégtelenséggel járó, magas halálozási rátájú (40-70%) szeptikus sokk megelőzése, amelyhez a legfontosabb tényező az idő (Dellinger et al., 2012), hiszen a korai felismerés és kezelés elengedhetetlen a progresszió és a mortalitás csökkentése céljából. A szeptikus betegek túlélési esélye annál nagyobb, minél előbb ismerik fel ezt az állapotot (Molnár, 2012).

A szeptikus betegek ellátása során a korai, adekvát terápia megkezdéséhez elengedhetetlen a korai felismerés, amely a tünetegyüttes sokszínűsége és a nem konzekvensen használt definíciók miatt különösen nehéz, amelyet tovább nehezít, ha a páciensnek atípusos (nem specifikus) tünetei vannak (mint gyengeség, fáradékonyág, lehangoltság, étvágytalanság, hányinger) és nem mutatkoznak a hemodinamikai instabilitás riasztó jelei. A szepsziséknél is, mint ahogy például a stroke-nál és a myocardialis infarctusnál, az időtényező különösen fontos (Dellinger et al., 2013).

Hazánkban a szeptikus megbetegedések minden korosztályt érintenek, de a valóban veszélyeztetett korosztály a 65. életévüket betöltött betegek (Tóth, 2015). Ennek hátterében főként a korosztályra jellemző polimorbiditás, a leromlott egészségi állapot, valamint a kórokozók fokozott antibiotikum-rezisztenciája áll. Kihatásaikat tovább rontja, amennyiben fennáll a mentális státuszukban bekövetkezett hanyatlás (különböző neuropszichiátriai kórképek miatt, mint a demencia, Alzheimer-kór, stroke utáni állapotok).

Jelenleg is nagy számban fordulnak elő mind a prehospitalis ellátás során, mind a sürgősségi ellátás alkalmával szeptikus betegek. (A Szent Imre Egyetemi Oktatókórház Sürgősségi Betegellátó Osztályán 2019-ben A4190 és A4191 BNO-kóddal összesen 245 beteget diagnosztizáltak.) A pontos számadatokat árnyalja az egészségügyi dokumentáció során alkalmazott kódolási rendszer, hiszen ambulancia révén csak egy megállapított betegség BNO-kódja

adható meg és amennyiben sikerül a szepszisforrást megállapítani (például pneumonia), abban az esetben a szepszis nem fog szerepelni a megállapított diagnózisok között.

A szepszissel kezelt betegek többsége időskorú, polimorbid beteg. Gyakran, különösen a szeptikus kórfolyamat első stádiumában, atípusos tünetekkel jelentkeznek, sokszor hemodinamikailag stabil állapotban, amely könnyen tévútra vezetheti a sürgősségi ellátót (Chamberlain, 2014). Prehospitalis felismerésüket a korlátozott diagnosztikus és terápiás lehetőségek tovább nehezítik.

## Betegek és módszer

Célunk volt megvizsgálni a tünete szegény vagy atípusos tünetekkel jelentkező, hemodinamikailag stabil, szeptikus betegek előfordulásának arányát, szociodemográfiai jellemzőit, a beutalás módját, a beutaló diagnózist, a betegosztályozást végzők iskolai végzettségét, a triázskategóriát, a szepszisforrást, a betegek terápiáját (az osztályon alkalmazott antibiotikum-adási attitűdöt), a diszpozíciójukat, a sürgősségi osztályon töltött időt, valamint a betegek kórházi dokumentációjában fellelhető, sürgősségi betegellátó osztályon mért laktátszintjét, illetve, hogy történt-e állapotromlás a sürgősségi osztályon történő tartózkodásuk alatt, illetve a kimenetelt. További célunk volt megvizsgálni a betegosztályozás során elérhető eszközökön és vizsgálati módszereken alapuló és alkalmazható, a szeptikus állapot felismerését segítő pontrendszer, a National Early Warning Score (NEWS) alkalmazásának lehetőségét (Williams, 2022).

Retrospektív, kvantitatív, keresztmetszeti dokumentumelemzésünket a budapesti Dél-budai Centrumkórház-Szent Imre Egyetemi Oktatókórház Sürgősségi Betegellátó Osztályán végeztük. Nem véletlenszerű, célirányos, szakértői mintaválasztás során összesen 411 beteg adatait dolgoztuk fel (n=411). A vizsgálatból kizárásra kerültek azok a betegek, akiknek a dokumentációja hiányos volt, érkezésükkor életkoruk alacsonyabb volt, mint betöltött 65. életév, érkezéskor már a szepszis könnyen felismerhető, típusos tüneteit (magas láz, tachycardia, hypotonia, beszűkült tudatállapot) mutatták és/vagy hemodinamikailag instabilak voltak (n=308). Így összesen 103 beteg felelt meg a beválasztási kritériumainknak, így az ő adataikat dolgoztuk fel (n=103).

Jelen kutatás során kontrollcsoporttal dolgoztunk. A kontrollcsoportot az A4190 – septicaemia, k.m.n BNO-kóddal diagnosztizált betegek dokumentációjából alkottuk, a korábban hemodinamikai instabilitás, fiatalok, illetve a szepszis típusos tünetei miatt kizárt betegek dokumentációjából (n=29).

A kapott adatokat SPSS 26.0 program segítségével, leíró statisztikai (abszolút és relatív gyakoriság, átlag, szórás, minimum- és maximumértékek) és matematikai számításokkal (kétmintás t-próba,  $\chi^2$ -próba) elemeztük. A folytonos változók átlag±standard deviáció, a kategorikus változók pedig relatív gyakoriság formájában kerültek bemutatásra. Az eredményeket gyakoriság és átlag megbízhatósági tartománnyal prezentáltuk, a szignifikanciaszintet  $p \leq 0,05$  értéknél határoztuk meg.

## Eredmények

A vizsgálat időtartama alatt érkezett septicaemia, k.m.n. BNO-kóddal diagnosztizált betegek 44,23%-a idős, kardiorespiratorikusan stabil, tünetszegény vagy atípusos tüneteket produkáló szepszisben szenvedett, ahogy az az **I. táblázatban** is látható.

A vizsgált betegek nemek szerinti megoszlása alapján 40 fő férfi (38,84%) és 63 fő nő volt (61,16%). Életkor szempontjából a legfiatalabb, vizsgálatba bevont beteg 65 éves, a legidősebb 101 éves volt. Átlagéletkoruk  $79,49 \pm 8,57$  év (**II. táblázat**). Lakóhely

**I. táblázat:** Septicaemia, k.m.n. BNO-kóddal diagnosztizált betegek megoszlása (n=52 fő)

Septicaemia, k.m.n.	Esetszám (fő)	%
Összesen	52	100
Fiatal	9	17,31
Tünetszegény	23	44,23
Egyéb okból kizárt	20	38,46

**II. táblázat:** A betegek nem és korcsoport szerinti megoszlása (n=103 fő)

Korcsoport	Férfi (fő)	Férfi (%)	Nő (fő)	Nő (%)	Összesen (fő)
65–69	11	10,68	3	2,91	14
70–74	10	9,71	7	6,80	17
75–79	7	6,80	19	18,45	26
80–84	5	4,85	6	5,83	11
85–89	4	3,88	16	15,53	20
90–94	3	2,91	9	8,74	12
95–99	0	0,00	1	0,97	1
100–104	0	0,00	2	1,94	2

**III. táblázat:** A lakóhely és a halálozás közti összefüggések (n=103)

	Saját lakcím (fő)	Szociális intézet (fő)	Hontalan (fő)	Összesen (fő)	Szignifikancia (p-érték)
Sepsziszt túlélők száma	59	10	1	70	0,0049
Sepszisben elhunytak száma	18	13	2	33	
Összesen	77	23	3	103	

szerinti megoszlást tekintve a bevászártott 103 főből 77 fő (74,75%) érkezett a saját, állandó lakcíméről, 23 fő (22,33%) érkezett az ideiglenes otthonaúl szolgáló szociális intézményből és 3 fő (2,91%) volt hajléktalan. A szociális intézmények lakói (23 fő) és a hontalan betegek (3 fő) (akik eredendően rosszabb egészségi állapotúak voltak) szignifikánsan nagyobb arányban ( $p=0,005$ ) veszítették életüket a szepszis következtében, mint a saját, állandó lakcímmel rendelkező betegek (77 fő) (**III. táblázat**).

A beutalás módját tekintve 10 fő (9,71%) érkezett saját lábán, beutaló nélkül, ambulánsan; 6 fő (5,82%) saját lábán, beutalóval; 66 fő (64,06%) mentővel, orvosi beutaló nélkül; 21 fő (20,38%) pedig alapellátó általi orvosi beutalóval, mentővel érkezett. 93 fő (90,29%) érkezett úgy, hogy az első ellátó az alapellátás valamely tagja volt (Országos Mentőszolgálat, házi orvos, házi orvosi ügyelet). Megvizsgáltuk a valamely alapellátó által beutalt 93 fő beutaló diagnózisát, szepszis iránydiagnózissal 4 fő (4,30%) érkezett (ezt a diagnózist mind a 4 esetben az Országos Mentőszolgálat munkatársai állították fel), 67 fő (72,04%) érkezett a megbetegedésére jellemző egyéb diagnózissal, 22 fő (23,66%) pedig az exsiccosis iránydiagnózissal.

Triázkategorák szempontjából resuscitatio (I.) kategóriára senkit sem triázsoltak (0,00%). Kritikus kategóriába 22 fő (21,36%) tartozott, 52 fő (50,49%) volt sürgős kategóriájú, 28 fő (27,18%) volt kevésbé sürgős, halasztható kategóriát 1 fő (0,97%) kapott. A betegosztályozást 25 esetben (24,27%) OKJ-s végzettségű ápoló, 78 esetben (75,73%) pedig diplomás ápoló/mentőtiszt végezte.

A betegvizsgálatot követően a vizsgálóba kerülésig eltelt időt vizsgálva arra az eredményre jutottunk, hogy a legkevesebb várakozási idő 0 perc volt, a leg hosszadalmasabb pedig 433 perc. A várakozási idő átlaga  $57,73 \pm 82,65$  perc volt.

Összehasonlítottuk a tünetesegény vagy atípusos panaszokkal érkező szeptikus betegek (23 fő), valamint a típusos tünetekkel érkező szeptikus betegek (29 fő) vizsgálóba kerülésének idejét. A vizsgált két csoport vizsgálóba kerülési idejét tekintve szignifikáns eltérés mutatkozott ( $p=0,022$ ).

Megvizsgáltuk, hogy a triázsvizsgálat során megállapított triázskategóriának megfelelő várakozási időt hány esetben lépték túl. II. (kritikus) kategória esetében 3 alkalommal (13,64%) lépték túl a kategóriának megfelelő, maximum 15 percet, III. (sürgős) kategória esetében 24-szer (46,15%) lépték túl a kategóriának megfelelő, maximum 30 percet, IV. (kevésbé sürgős) kategória esetében 19 esetben (67,86%) lépték túl a kategóriának megfelelő, maximum 60 percet, míg V. (halasztható) kategória esetében egyszer sem történt várakozásiidő-túllépés.

Tenyésztés céljából mintavétel (hemokultúra, vizelettenyésztés stb.) a 103 beteg ellátása során 41 alkalommal történt (39,81%), míg 62 beteg (60,19%) ellátása során ezt nem tartották indokoltnak.

Antibiotikumot a sürgősségi osztályon történő ellátása során összesen 42 beteg (40,78%) kapott, míg 61 beteg (59,22%) ellátása során ezt nem tartották szükségesnek. Megvizsgáltuk az antibiotikum-adás idejét is, a legkorábbi időpont, amikor antibiotikumot adtak, az a betegellátás 13. percében történt, a legkésőbbi pedig a beléptetést követő 730. percben. Az antibiotikum-adás idejének számtani átlaga  $259,74 \pm 153,01$  perc (medián: 228,5 perc, módusz: 213 perc). 60 percen belül a betegek 0,97%-a (1 fő), 120 percen belül a betegek 8,74%-a (9 fő) kapott antibiotikumot.

Vizsgálatunk során összehasonlítottuk a tünetesegény vagy atípusos tünetekkel érkező szeptikus betegek ( $n=12$  fő) antibiotikum-adási idejét a típusos tünetekkel érkező vagy kardiorespiratorikus instabilitást mutató szeptikus betegek ( $n=17$  fő) antibiotikum-adási idejével. Nincs szignifikáns különbség az antibiotikum-adás idejét tekintve a két vizsgált csoportban ( $p=0,149$ ).

Szepszisforrást tekintve 2 beteg (1,94%) ellátása során nem került meghatározásra a forrás, 33 fő (32,04%) esetén származott a szepszis az urogenitalis régióból (például pyelonephritis), 38 fő (36,89%) esetén a légzőrendszerből (például pneumonia), 5 beteg (4,85%) szepszisének forrása volt bőr-, lágyszív- (például decubitus), a gastrointestinalis rendszerből 23 esetben (22,33%) eredt szepszis (pél-

**IV. táblázat:** A betegek szepszisforrás szerinti megoszlása ( $n=103$  fő)

Szepszisforrás	Esetszám (fő)	Százalék
Nem derült ki	2	1,94
Urogenitalis rendszer	33	32,04
Légzőrendszer	38	36,89
Bőr-, lágyszív-infekciók	5	4,85
Gastrointestinalis eredet	23	22,33
Neuroinfekció	0	0
Kardiális eredet	2	1,94

dául cholangioszepszis), neuroinfekció talaján (például meningitisek) kialakult szepszise senkinek sem volt, 2 beteg (1,94%) szepszise eredt kardiális régióból (például endocarditis), ahogy azt a **IV. táblázatban** is szemléltettük.

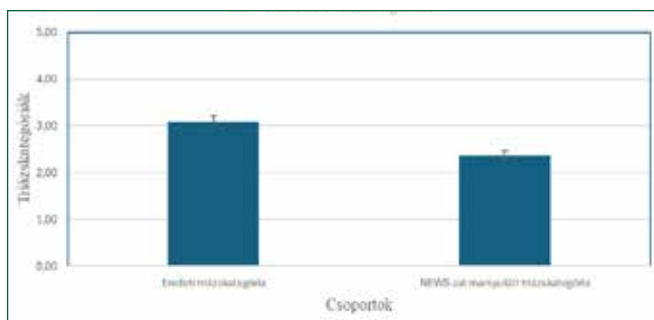
A betegek sürgősségi osztályon töltött idejét is megvizsgáltuk. A leggyorsabb osztályra helyezés 68 perc alatt történt meg, míg a legtöbb idő, amíg az elhelyezés megtörtént, 4199 perc volt (átlag  $581,93 \pm 510,55$  perc).

A vizsgálatba bevont szeptikus betegek diszpozíciója a következőképp zajlott: 3 fő (2,91%) még a sürgősségi osztályon elhunyt, 88 beteg (85,44%) került belgyógyászati osztályra, 9 beteg (8,74%) került valamely operatív szakma osztályára, 3 beteg (2,91%) került intenzív vagy szubintenzív részlegre.

Kiszámoltuk a bevásárolt betegek első, a sürgősségi osztályon mért vitális paramétersora alapján a betegek NEWS-pontszámát. A legkisebb kiszámított pontszám 1, a legmagasabb 16 volt (átlag 6,16 pont). A bevásárolt betegekhez rendelt eredeti triázskategóriákat az első mért paramétersor alapján kiszámított NEWS-pontszámok alapján a Magyar Sürgősségi Triázrendszer (MSTR) elvei alapján újrageneráltuk. Az így kapott két táblázat közti különbség szignifikanciájának igazolására egyminőség T-próbát alkalmaztunk. Eredményül azt kaptuk, hogy a NEWS-pontszámok alapján újragenerált triázskategóriák a kategóriának megfelelő számmal ellátott csoportja szignifikánsan alacsonyabb ( $p=0,000$ ) volt (**1. ábra**). Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy ezen csoport tagja szignifikánsan magasabb triázskategóriába (azaz sürgetőbb) voltak sorolva. 41 esetben (39,81%) volt azonos vagy kevésbé sürgős a NEWS-zal manipulált triázskategória, mint az eredeti.

Megvizsgáltuk a betegek sürgősségi osztályon történt ellátása során készült vérgázleleten fellelhető laktátszintet. Ezek a vizsgálatok nem feltétlenül a beteg triázsvizsgálata vagy a vizsgálóban történő vizsgálata során készültek, amelyre a leleteken ta-

**1. ábra:** A NEWS hatása a betegek triázskategóriájára (n=103 fő)



lálható időpontokból következtettünk. Eredményül azt kaptuk, hogy a legalacsonyabb mért laktátszint 0,5 mmol/l volt, míg a legmagasabb 21 mmol/l. A laktátszintek átlaga 2,28 mmol/l volt (medián: 1,8 mmol/l, módusz: 1,7 mmol/l). 2,0 mmol/l feletti laktátértéket az esetek 41,75%-ában (43 fő), 4,0 mmol/l feletti értéket pedig az esetek 6,80%-ában (7 fő) találtunk.

Állapotromlása a sürgősségi osztályon 27 főnek (26,21%) volt, amely információt az ápolási dokumentációból, valamint a betegek ambuláns lapján/zárójelentésén található epikrízisből nyertünk, 76 esetben (73,79%) ilyen nem került rögzítésre.

Végezetül megvizsgáltuk, hogy a bevont betegek közül hányan éltek túl és hányan veszítették életüket a szepszis következtében: 71 beteg (68,93%) élte túl és 32 beteg (31,07%) hunyt el feltételezhetően a kórházba kerülésért felelős szepszise következtében.

Kutatásunk során vizsgáltuk, hogy a tünet-szegény vagy atípusos tünetekkel érkező, kardiorespiratorikusan stabil szeptikus betegek (n=23 fő), valamint a típusos tünetekkel érkező vagy hemodinamikai instabilitás jeleit mutató szeptikus betegek (n=29 fő) túlélési arányát tekintve tapasztalható-e szignifikáns eltérés. A két vizsgált csoport túlélési arányai szignifikánsan nem tértek el (p=0,338).

## Megbeszélés

A vizsgálat ideje alatt (2024. január 1.–2024. február 29.) összesen 4715 beteg érkezett a sürgősségi betegellátó osztályra, közülük 2063 fő volt, aki betöltötte a beválasztási kritériumként megadott 65. életévét. A leggyakoribb szepszisforrásokat takaró BNO-kódokkal diagnosztizált betegek dokumentációját megvizsgálva összesen 103 fő került beválasztásra. Ez a 65. életévüket betöltött betegek 4,99%-a. Az atípusos tünetekkel vagy tünet-szegény állapotban érkező szeptikus betegek (23 fő) előfordulási arányát az A4190 – septicaemia, k.m.n. BNO-val diagnosztizált betegek (52 fő) körében vizsgáltuk. Arra

a következtetésre jutottunk, hogy a vizsgált csoport jelenléte számottevő (44,23%).

A beutalás módját tekintve 10 fő (9,71%) érkezett saját lábán, beutaló nélkül, ambulánsan; 6 fő (5,82%) saját lábán, beutalóval; 66 főt (64,06%) mentő szállította, orvosi beutaló nélkül; 21 fő (20,38%) érkezett alapellátó általi orvosi beutalóval, mentővel. Összesen 93 fő (90,29%) érkezett úgy, hogy az első ellátó az alapellátás valamely tagja volt, azaz 93 fő volt, aki már eleve valamilyen beutaló diagnózissal jelent meg.

*Nevill* és munkatársai kutatásuk során szintén vizsgálták a betegek érkezési módját. Az ő vizsgálatuk során a beválasztott betegek 45,75%-át szállította mentő, 14,23%-a saját lábán és 1,2%-uk a légimentő ellátása után érkezett (*Nevill et al, 2021*).

Vizsgálatunk során a betegek csekély aránya, csupán 4,3%-a érkezett szepszis iránydiagnózissal (4 fő), 72,04% érkezett az állapotára jellemző, egyéb BNO-kóddal (67 fő) és jelentős hányaduk, 23,66%-uk érkezett exsiccosis iránydiagnózissal (22 fő). Így arra következtethetünk, hogy a tünet-szegény szepszis felismerése még a gyakorlott ellátók számára is nehéz feladat. Meglepő eredményként kaptuk viszont azt, hogy az esetek 23,66%-ában (22 fő) a betegek állapotát exsiccosisnak tudták be.

A triázvizsgálat során megállapított triázskategóriának megfelelő várakozási időt II. (kritikus) kategória esetében 3 alkalommal (13,64%) lépték túl a kategóriának megfelelő, maximum 15 perces, III. (sürgős) kategória esetében 24-szer (46,15%) lépték túl a kategóriának megfelelő, maximum 30 perces, IV. (kevésbé sürgős) kategória esetében 19 esetben (67,86%) lépték túl a kategóriának megfelelő, maximum 60 perces, míg V. (halasztható) kategória esetében egyszer sem történt várakozási-idő-túllépés. Ezek a maximális várakozási időből való kicsúsások minden bizonnyal a kapacitáshiánynak voltak betudhatóak. Összevetve *Nevill* és munkatársai vizsgálatával (akik a magyar triázrendszerhez nagyon hasonló ATS alapján dolgoztak), azt a szembeötlő különbséget láthatjuk, hogy ők a betegek többségét az ATS II. kategóriába sorolták (39,65%), ezt követte a III. kategória (12,20%) és az I. kategória (7,12%), azaz a kutatásuk során szignifikánsan magasabb triázskategóriákba való besorolással találkoztak (*Nevill et al, 2021*).

Az esetek csekély hányadában teljesült a tünet-szegény szeptikus betegek ellátása során a javasolt 60-120 perces antibiotikum-adási ajánlás. 60 percen belül a betegek 0,97%-a (1 fő), 120 percen belül a betegek 8,74%-a (9 fő) kapott antibiotikumot. A kardiorespiratorikusan stabil betegek elhelyezésé-

nek fő helyszíne a belgyógyászati osztály volt. Liu és társai kutatása során 126 perces antibiotikum-adási átlagidőt találtak (Liu et al., 2017).

Kiszámoltuk a bevászártott betegek vitális paramétersora alapján a NEWS-pontszámot. A legkisebb kiszámított pontszám 1, a legmagasabb 16 volt. Az átlag 6 pont (pontosabban 6,16 pont volt, de csak egész számokkal működik a pontrendszer). Összevetve Pirneskoski és társai kutatásával (a NEWS-pontszámok középértéke 3 pont volt), a mi vizsgálatunk során magasabb értékeket kaptunk (Pirneskoski et al., 2019). A bevászártott betegekhez rendelt eredeti triázskategóriákat az első mért paramétersor alapján kiszámított NEWS-pontszámok alapján, az MSTR elvei alapján újgeneráltuk. A NEWS-pontszámok alapján újgenerált triázskategóriák, a kategóriának megfelelő számmal ellátott csoportja szignifikánsan alacsonyabb ( $p=0,000$ ) volt. Ezen csoport tagja szignifikánsan magasabb triázskategóriába (azaz sürgetőbb) voltak sorolva. 41 esetben (39,81%) nem módosultak (vagy kevésbé sürgető kategóriára módosultak) a triázskategóriák, ezeket tekinthetjük eleve helyesen felállított besorolásoknak. Tóth és munkatársai kutatásának eredménye ettől szignifikánsan eltérő (alacsonyabb sikerességi rátát mutat): Az 59 septicaemia diagnózissal ellátott beteg esetében összesen 12 alkalommal (21%) sikerült helyes kategóriát (II.) felállítani (mentőtisztek esetében 4 betegből 1-nél), 47 főt (79%) pedig alulkategorizálták.

A 22, szeptikus sokk diagnózist kapott beteg esetén 3 beteg került megfelelő kategóriába (I.), a többi beteget (96%) alulkategorizálták (Tóth, 2015).

A szeptikus állapotok kezelésére számos terápia alkalmazható és rendelkezésre áll a magyar és nemzetközi protokollok széles köre is, amelyek mindegyike hatékony lehet. A sepszis kezelése komplex szemléletmódot igényel sokszor a társszakmák bevonásával. Egy széles körben alkalmazható, egységes irányelv kidolgozása mindenképp hasznos lehetne, amely nagymértékben növelné a betegellátás hatékonyságát, csökkentené annak várakozással töltött idejét, ezáltal megkönnyítené a klinikusok munkáját és növelné a túlélés esélyét.

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

**Érdekltségek:** A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

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

## Irodalomjegyzék

- Chamberlain, D. J., Willis, E., Clark, R., Brideson, G. (2014). Identification of the severe sepsis patient at triage: A prospective analysis of the Australasian triage scale. *Emergency Medicine Journal*, 32(9): 690–697. <https://doi.org/10.1136/emermed-2014-203937>
- Dellinger, R. P., Levy, M., Rhodes, A., Annane, D., Gerlach, H., Opal, S., ... Moreno, R. (2013). Surviving Sepsis Campaign International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock. *Intensive Care Medicine*, 39(2): 165–228. <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2769-8>
- Dellinger, P. R. M., Levy, M. M., Rhodes, A., Annane, D., Gerlach, H., Opal, S. M., ... Moreno, R., (2013). Surviving Sepsis Campaign: International Guide-lines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012. *Critical Care Medicine*, 41(2): 580–635. <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2769-8>
- Liu, X., Fielding-Singh, V., Iwashyna, T. J., Bhattacharya, J., Escobar, G. J. (2017). The timing of early antibiotics and hospital mortality in sepsis. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 196(7): 935–936. <https://doi.org/10.1164/rccm.201609-1848OC>
- Ludwig, E., Jorgensen, L., Gray, S., Munson, S., Chou, K., Gutterman, E. M. (2014). Pneumococcus, illetve bármely kórokú pneumonia, meningitis és septicaemia miatti hospitalizáció és halálozás Magyarországon – egy retrospektív értékelés eredménye (2006–2011). *Orvosi Hetilap*, 155: 1426–1436. <https://doi.org/10.1556/OH.2014.29990>
- Molnár, Zs. SepsEast: konferencia a sepsziszről. Budapest, 2012.09.19–23. Hozzáférhető: [http://www.medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/sepseast\\_konferencia\\_a\\_szezsizsrol](http://www.medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/sepseast_konferencia_a_szezsizsrol) (Letöltve: 2024.04.22.)
- Nevill, A., Kuhn, L., Thompson, J., Morphet, J. (2021) The influence of nurse allocated triage category on the care of patients with sepsis in the emergency department: A retrospective review. *Australasian Emergency Care*, 24(2): 121–126. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2020.09.002>
- Pirneskoski, J., Kuisma, M., Olkkola, K. T., Nurmi, J. (2019). Prehospital National Early Warning Score predicts early mortality. *Anesthesiologica Scandinavica*, 63(5): 676–683. <https://doi.org/10.1111/aas.13310>
- Rudd, E. K., Johnson, S. C., Agesa, K. M., Shackelford, K. A., Tsoi, D. ... Naghavi, M. (2020). Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 395: 200–211. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32989-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32989-7)
- Tóth, Z. (2015). Az ápoló szerepe a sepszis korai felismerésében és kezelésében. *Nővér*, 28(3): 24–34.
- Williams, B. (2022). The National Early Warning Score: from concept to NHS implementation. *Clinical Medicine*, 22(6):499–505. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2022-news-concept>

EREDETI KÖZLEMÉNY

# Szoptatástámogatás a gyermekágyas osztályokon

ANTALNÉ PETRIKÓ Emese Panna

## ÖSSZEFOGLALÁS

**A vizsgálat célja:** Felmérni a kórházakban a szoptatási folyamat támogatására irányuló tevékenységek minőségét, hatékonyságát és az anyák elégedettségét a kapott segítséggel kapcsolatban. Megvizsgálni az egészségügyi szakemberek által nyújtott támogatás és a további szoptatási folyamat sikeressége, illetve a csecsemőtápszeres táplálás közötti összefüggéseket.

**Anyag és módszer:** A vizsgálat internetes, önkitöltő kérdőíves lekérdezéssel történt. A kutatásban 264, hazai kórházban szült édesanya vett részt az ország különböző részeiről.

**Eredmények:** Az édesanyák tapasztalatai alapján a kórházakban nyújtott szoptatástámogatás minősége gyakran nem kielégítő, sok esetben az édesanya egyáltalán nem kap segítséget vagy nem megfelelő támogatást kap a szoptatás megkezdéséhez. Ennek számos negatív következménye lehet, mivel az elégtelen támogatás hozzájárulhat a szoptatás idő előtti abbahagyásához és a csecsemőtápszer használatához.

**Következtetések:** A szülés utáni időszakban a megfelelő szakmai segítség biztosítása alapvető fontosságú a gyermekek egészséges fejlődése érdekében, ezért fejlesztésre és változásra van szükség a kórházi szoptatástámogatás területén.

**Kulcsszavak:** anyatej, csecsemőtápszer, szoptatás, gyermekágyas ellátás

## Breastfeeding Support in Postpartum care Units

Emese Panna ANTALNÉ PETRIKÓ

### SUMMARY

**Purpose:** Assess the quality and effectiveness of breastfeeding support in hospitals, and mothers' satisfaction with the support they receive. Examine the relationship between the support provided by healthcare professionals and the success of breastfeeding and formula feeding.

**Methods:** The study was conducted using an internet-based, self-completed survey. 264 mothers took part in the research, who had given birth in Hungarian hospitals, from different parts of the country.

**Results:** Based on the mothers' experiences, the quality of breastfeeding support provided in hospitals is often inadequate and many cases mothers receive no help at all or not receive inadequate support to initiate breastfeeding. This can have a number of negative consequences, as insufficient support can contribute to premature cessation of breastfeeding and to the use of infant formula.

**Conclusions:** Providing appropriate professional support in the postpartum period is essential for the healthy development of children, therefore improvements and changes are needed in the field of hospital breastfeeding support.

**Keywords:** breastmilk, infant formula, breastfeeding, postpartum care

ANTALNÉ PETRIKÓ Emese Panna BSc-ápolóhallgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar

### Levelező szerző

(corresponding author):  
ANTALNÉ PETRIKÓ Emese Panna e-mail:  
petrikoemese@gmail.com

**Beérkezett:** 2024. június 6.  
**Elfogadva:** 2024. június 18.

 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.37.0012> | [www.eLitMed.hu](http://www.eLitMed.hu)

## Bevezetés

A szoptatás köztudottan az egészséges élet alappilére, számtalan pozitív hatása ismert, rövid és hosszú távon egyaránt, amelyek nemcsak a csecsemőt, de az édesanyát is érintik. Az anyatej tartalmazza mindazokat az anyagokat, amelyek biztosítják a csecsemő számára a megfelelő fejlődést, növekedést, egészséget: az ideális makrotápanyagok mellett számos an-

tioxidánst, vitamint és gyulladást csökkentő hatású összetevőt (Alimoradi et al., 2014). Különleges összetétele miatt nem helyettesíthető teljes mértékben semmivel, mesterséges alternatívái nem tartalmazzák ezeket az összetevőket, ezért lehetőség szerint törekedni kell a tápszeres csecsemőtáplálás kerülésére. Egyre több evidencián alapuló tanulmány számol be a szoptatás és a különböző krónikus betegségekkel, fertőzésekkel, obesitással, diabétesszel szembeni

hosszú távú védelem közötti összefüggésekről, és a globális csecsemőhalálozás csökkentésének legfőbb stratégiája is a szoptatás elősegítése (Binns et al., 2016).

Az anyatej ideális táplálékalapot biztosít a csecsemő számára élete első hat hónapjában. Ebben az időszakban nem szükséges anyatejen kívül semmiféle kiegészítés a csecsemő étrendjében (kivéve a korai K-vitamin-pótlás és a D-vitamin rendszeres adása), mivel az összes szükséges tápanyagot megfelelő mennyiségben tartalmazza (Likhar & Patil, 2022). Ezért féléves korig minden csecsemőt kizárólagosan anyatejjel javasolt táplálni – tea, cukros vagy tiszta víz adása szükségtelen és akár káros is lehet. Az anyatej rendkívül komplex folyadék, összetétele folyamatosan változik a csecsemő életkorának és szükségleteinek megfelelően (Likhar & Patil, 2022). Eleinte a sok immunológiai összetevő és a növekedési faktorok, később pedig a makrotápanyagok vannak túlsúlyban – emiatt más színű és állagú a kolosztrum, mint az érett tej (Andreas et al., 2015). Az anyatejjel táplált csecsemők bélmikrobióta-populációja stabilabb és egységesebb a tápszerrel tápláltakéhoz képest. A szoptatott csecsemőknél még kis mennyiségű tápszerrel vagy egyéb folyadékkal történt pótlás is megváltoztatja a normálmikrobióta mintázatát a kizárólagosan anyatejjel táplált csecsemőkéhez képest. A korai gyermekkorban szerzett mikrobiótának hosszú távra nézve rendkívül fontos szerepe van az immunválasz és a tolerancia meghatározásában, autoimmun és allergiás megbetegedések szempontjából (Brahm & Valdés, 2017).

Az egészségügyi és gyermekvédelmi szervezetek ajánlása szerint szoptatás megkezdése a születést követő egy órán belül meg kéne valósuljon (WHO & UNICEF, 2003). A szoptatás kihívásokat jelenthet egyes édesanyák számára, mivel el kell sajátítaniuk a különböző laktációs technikákat ahhoz, hogy el tudják látni csecsemőjüket. Az egészségügyi szakemberek útmutatása felbecsülhetetlen a kihívások kezelésében, ezért lenne fontos, hogy már közvetlenül szülés után megfelelő támogatást nyújtsanak az édesanyáknak. Az anyatejes táplálás előtérbe helyezése, a szoptatással kapcsolatos pontos és szakszerű tájékoztatás, tanácsadás segíthet az anyatej jótékony hatásainak tudatosításában és a szoptatás melletti kitartásban (Almeida et al., 2015). Mindezek mellett nélkülözhetetlen a pszichés vezetés és lelki támasz nyújtása az édesanyák számára, a bizonytalansággal és érzelmi hullámokkal teli gyermekágyas időszakban. A szoptatással kapcsolatos tanácsadást és az edukációt már a várandósság időszaka alatt érdemes megkezdeni, ezzel csökkentve a bizonytalanságot.

A kutatás célja az volt, hogy megvizsgáljam a hazai kórházak gyermekágyas osztályain a szoptatási folyamat elősegítésének módjait, mértékét és minőségét, illetve feltárjam azokat a tényezőket, amelyek nehézségeket okoztak az édesanyáknak a szoptatási folyamat kezdetekor és amely területeken ezáltal segítségre szorultak. A vizsgálat során továbbá fel kívántam tární a támogatás hatásait a későbbi szoptatási folyamatra nézve. Mindezek mellett a tanulmánnyal fontos céloom felhívni a figyelmet az anyatejes táplálás fontosságára, a szoptatástámogatás szükségességére, az indokolatlan tevékenységek elhagyására és javaslatokat tenni a támogatás erősítésére vonatkozóan.

## Anyag és módszer

Az adatgyűjtési technika kérdőíves felmérés volt, egy saját szerkesztésű, elektronikus önkitöltős kérdőív által történt az adatgyűjtés. Az édesanyák a felmérésben anonim módon vehettek részt. Az adatfelvétel 2023. november és 2024. március eleje között zajlott. A kutatás alapsokasága: legalább egy gyermeket, hazai kórházban szült nők. A mintavételezési technika nem véletlenszerűen történt az alanyok elérhetősége és a demográfiai sokszínűsége való tudatos törekvés miatt. A kutatás teljes mintanagysága: N=264 fő. Bizonyos kérdések nem vonatkoztak minden kitöltőre, ekkor csökken az elemszám, ez az adatok közlésénél minden esetben fel van tüntetve. A tanulmányhoz kvantitatív és kvalitatív vizsgálati módszereket is alkalmaztam. A számszerűsíthető adatok mérésénél a feldolgozás leíró statisztikai módszerekkel történt. A minőségi kutatás során a résztvevők gondolataira, személyes tapasztalataira voltam kíváncsi, főbb tanulságait az adatok egyszerű, összefoglaló leírásával közlöm.

## Eredmények

### Szociodemográfiai adatok és előzmények

Az adatok származási helyét tekintve az ország csaknem összes vármegyéjéből érkezett válasz, de különös figyelmet fordítottam arra, hogy a nagyobb terület ellátó megyei és fővárosi kórházakról minél több információhoz jussak. A kórházak között az állami egészségügyi szolgáltatók vannak túlsúlyban, mindössze 4 édesanya számolt be magánegészségügyi szolgáltatót nyújtó intézményben szerzett tapasztalatról.

A legtöbb kutatásban résztvevő a 26–35 év közötti korosztályba tartozik, és a kétharmaduk egyetemet végzett. A gyermekek száma szerint az édes-

anyák háromnegyede első gyermekes, ami rendkívül fontos a támogatás tekintetében, hiszen ők nem rendelkeznek tapasztalattal, nagyobb szükségük van az útmutatásra ebben a kritikus időszakban. A kutatási alanyoknak meg kellett adniuk a legfiatalabb gyermekük korát hónapokban – így a kitöltés idejét figyelembe véve kiszámítható az az időszak, amikorról a gyermekágyas tapasztalatok érkeztek. Az intervallum csaknem öt évet fed le, de az adatok legnagyobb hányadban 2023-ból származnak.

A szoptatott újszülöttek érettségét tekintve legtöbbször a 37–41. gesztációs hét között jött világra, 9 koraszülött csecsemő és 5 túlhorodott várandósság kivételével. A résztvevők között a császármetszések aránya 37% a hüvelyi szüléssel szemben.

A szoptatástámogatás jelentőségének vizsgálatához elengedhetetlenül találtam a szülés előtti szoptatási igényeket, terveket is felmérni: a megkérdezettek 78%-a „mindenképp szeretne volna szoptatni csecsemőjét”, mindezek mellett az édesanyák 28%-a vett részt biztosan már várandóssága alatt szoptatással kapcsolatos tanácsadásban.

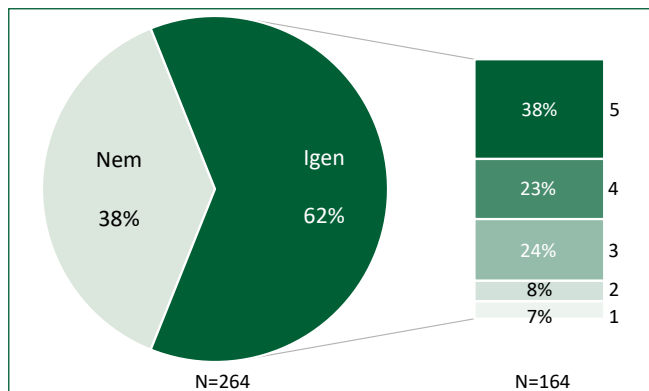
### Kvantitatív eredmények

A demográfiai és bevezető kérdések után a kitöltőknek egy egyszerű eldöntendő kérdést kellett megválaszolniuk, ami arról szólt, hogy kaptak-e bármiféle szoptatással kapcsolatos tanácsadást vagy támogatást ápolónóktól vagy más szakembertől a szülés utáni kórházi tartózkodásuk alatt.

A megadott válasz alapján az intelligens lekérdezőrendszer automatikusan a válaszhoz kapcsolódó szakaszra továbbította a kitöltőt. Akik azt jelölték, hogy kaptak támogatást („Igen”), azoknak értékelni is kellett egy numerikus skálán a minőségét, ahol az „1” a legrosszabbat és az „5” a legjobbra jelölte. Az **1. ábrán** a kördiagram mutatja, hogy az esetek mindössze 62%-ában történt az anyatejes táplálás elősegítésére vonatkozó bármiféle tevékenység, az édesanyák 38%-a, saját bevallása szerint, nem kapott semmiféle támogatást vagy tanácsadást. A támogatásban részesült édesanyák között (N=164) a minőségére vonatkozó értékelés az **1. ábra** oszlopdiagramján látható – a résztvevők eltérő tapasztalatokról számoltak be. Összességében a teljes elemszámot nézve azok az édesanyák, akik színvonalas (5-ös minősítésű) támogatást kaptak, a kitöltőknek mindössze 24%-át teszik ki.

A szoptatási folyamat felméréseinek gyakoriságát tekintve, a támogatásban részesült édesanyák fele

**1. ábra:** A szoptatástámogatás megvalósulása és minőségének értékelése



napi többszöri érdeklődést tapasztalt, a többiek ritkább interakcióról számoltak be, voltak, akik csak abban az esetben kaptak információt vagy segítséget, ha kérdéssel fordultak az egészségügyi személyzet felé.

A minőségi értékelés után a támogatás konkrét módjáról jeleztek vissza a résztvevők közül azok, akik kaptak valamilyen jellegű segítségnyújtást. 10 előre megadott kategóriából választhattak, amik között a leginkább jellegzetes szoptatásban támogatást nyújtó területeket soroltam fel – legtöbbször példákkal illusztrálva, megkönnyítve az értelmezést. A kérdőívben később az összes résztvevő bejelölhette ugyanezekből a kategóriákból azokat, amelyekben nem kapott segítséget, pedig igényelte volna. A két kérdésnek az eredményei a **2. ábrán** vannak feltüntetve, a megadott válaszlehetőségek közül bármennyit be lehetett jelölni – így az eltérő elemszámok ellenére sem mutatkozik lényeges különbség az eredményekben.

Azok között az édesanyák között, akik kaptak bármiféle támogatást, szinte mindenki bejelölte azt, hogy helyes mellre tapadási és helyezkedési technikával kapcsolatos segítségnyújtásban részesült. A terület fontosságát hangsúlyozza, hogy ugyanezen kategória magas pontszámú a hiányosságok tekintetében is. A hiányzó támogatások között azonban a legnépszerűbb terület a mellgyulladás (mastitis) kapcsolatos tájékoztatás, ezt követi az érzelmi támogatás, majd a segítségnyújtás a már kialakult szoptatási nehézségeknél. Az előre megadott kategóriákon kívül a nyílt válaszlehetőségben az édesanyák főként a „cumizavarral” kapcsolatos tájékoztatásról írtak.

A kutatás további kvalitatív része arra vonatkozik, hogyan alakult tovább – a kórházi ellátáson túl – a szoptatási folyamat. A szoptatás nehézségei a kórházból való távozás után is fennállhattak, főként, ha az édesanya nem kapott megfelelő alapokat a kór-



házban. A későbbi szaksegítség igénybevételéről nyilatkozva a kitöltők több válaszlehetőséget is bejelölhettek. Az édesanyák 27%-a fordult laktációs tanácsadóhoz további segítséget keresve, 34%-ának pedig a védőnő segített az anyatejes táplálási folyamatban. Emellett képzett, önkéntes szoptatási segítők és támogatói csoportok (online és személyes) nyújtottak segítséget az édesanyáknak.

Az anyatejjel való kizárólagos táplálás hosszára is vonatkozott kérdés, ezekből az adatokból kiderült, hogy sokan nem tudták még 6 hónapos korukig sem szoptatni gyermeküket, ilyen esetekben értelemszerűen más táplálékforrásra van szükség. Az anyatej-helyettesítő tápszerek használatával kapcsolatos szokásokat vizsgálva a válaszadók mindössze 56%-a számolt be arról, hogy soha nem adott tápszert a gyermekének, a többi esetben a csecsemők kaptak tápszert – változó életkorban és mennyiségben (kiegészítésre vagy pótlásra). A 3. ábra a tápszerhasználati szokásokat a gyermekágyas kórházi tartózkodás során kapott támogatás megléte és minősége szerint mutatja. Mivel a nem megfelelő, akár negatív hatású szoptatással kapcsolatos tevékenység hasonló következményekkel járhat, mint a támogatás teljes hiánya, ezért ennek a diagramnak az egyik csoportját azok a válaszadók alkotják, akik 1-essel és 2-essel értékelt szoptatástámogatásban részesültek vagy egyáltalán nem volt részük benne (N=124). A másik csoportot pedig azok alkotják, akik legalább 3-as minősítésű szoptatástámogatásról számoltak be (N=140). A diagramon százalékos eloszlások olvashatók, így egységesítve az elemszámbeli különbséget. Az eredmények alapján egyértelműen kiderül, hogy azon édesanyák, akik nem kaptak megfelelő szoptatástámogatást a gyermekágyas osztályon, hajlamosabbak voltak csecsemőjüknek anyatej-helyettesítő vagy -kiegészítő tápszer alkalmazására. Ebben a csoportban a csecsemők 56%-a kapott tápszert, míg azon édesanyák között, akik megfelelő tanácsadásban részesültek, alacsonyabb, 35%-os arányban volt jelen a tápszer használata. Ezen eredmények kiemelik a gyermekágyas osztályon történő szoptatástámogatás jelentőségét, mivel a megfelelő támogatás hiányában már csecsemőkorban kedvezőtlenebb életfeltételek biztosítottak az adott édesanya gyermeke számára, hiszen az anyatejjel szemben a csecsemőtápszer nem tartalmazza mindazokat a tápanyagokat, amelyek az optimális fejlődéséhez és a hosszú távú egészségmegőrzéshez szükségesek.

**2. ábra:** A szoptatási folyamat támogatására irányuló konkrét területek, amelyekben a résztvevők segítséget kaptak és amelyekben nem kaptak, de igényelték volna



### Kvalitatív eredmények

A felmérés során a résztvevők egy nyílt kérdésben szabadon fejthették ki a benyomásaikat, gondolataikat, tapasztalataikat a témában. Bár a válaszadás nem volt kötelező, mégis közel 100 rendkívül őszinte és részletes beszámoló érkezett. Az adatfeldolgozás során a lényeges, több válaszadó által ismételt adatokat emeltem ki.

Sok pozitív leírás érkezett az ápolók segítőkészségéről, kedvességéről és mellettük a kórházi védőnők, illetve laktációs szaktanácsadók munkáját is dicsérték. Azonban a tapasztalatok nagy része negatív élményről számolt be – legtöbbször az ápolószemélyzet módorát, az édesanyákhoz való hozzáállásukat bírálták. Hiányzott a kedvesség, az empátia, lekezelő hangnemben szóltak az osztályon fekvő édesanyákhoz és általában véve rossz hangulatban végezték a munkájukat. Gyakorlatias tanácsok helyett az édesanyák csak személytelen utasításokat kaptak a szoptatási pozíciókra, a mellre tétel gyakoriságára, idejére és bimbóvédő vagy cumi használatára vonatkozóan. Több édesanya kapott rosszalló megjegyzést azzal kapcsolatban, hogy az anatómiai adottságaival nem fogja tudni szoptatni

a gyermekét és a próbálkozás helyett inkább csecsemőtápszerrel táplálja.

Emellett azt is jelezték, hogy nem naprakész az ápolók szoptatással kapcsolatos tudása, hiányosak az ismereteik, sok esetben egy adott osztályon is eltért a kollégák véleménye, így az édesanyák különböző, akár ellentmondásos információkat kaptak, amik között nem tudtak kiigazodni. Az indokolatlanul végzett eljárások között magasan népszerű volt az, hogy az ápolószemélyzet tápszerrel, vizet, cukros vizet vagy teát adott a csecsemőnek – legtöbb esetben előzetes tájékoztatás, beleegyezés kérése nélkül. Emellett sokan írtak a bimbóvédő indokolatlan és rutinszerű használatáról, egyes kórházakban szinte „protokoll” volt.

Sokan hangsúlyozták a laktációs tanácsadók szükségét: pozitív változást idézne elő az egészségügyben, ha minden intézmény gyermekágyas osztályán alkalmaznának olyan szakembert, aki kifejezetten a szoptatási folyamat támogatására specializálódott. A résztvevők közül néhányan írtak olyan kórházról, ahol ez megfelelően működik, de az adatok szerint a legtöbb intézményben hiányzik ez a lehetőség.

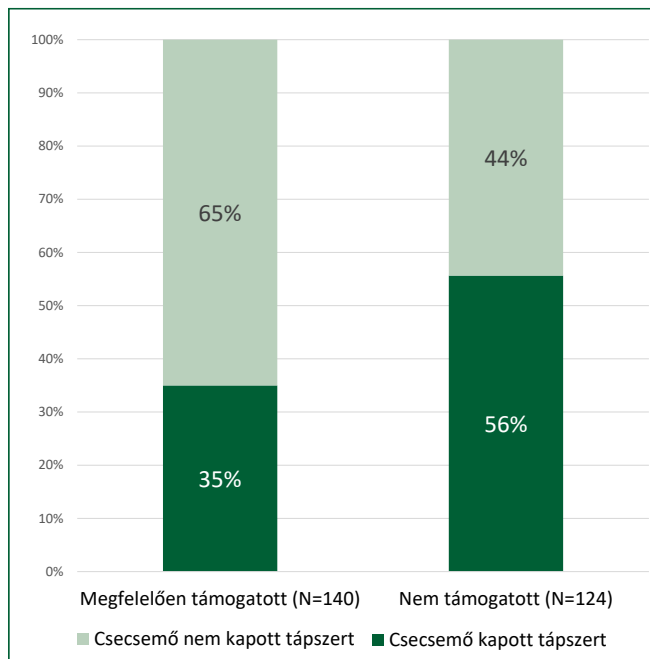
Több édesanya számolt be arról, hogy a szoptatási nehézséget az újszülött lenőtt nyelvfeje (ankyloglossia) okozta, de legtöbbjük esetében a szoptatási folyamat felmérésének és a megfelelő vizsgálatoknak a hiánya miatt ez nem derült ki a kórházban, így nem is kaptak arra vonatkozóan segítséget szoptatási technikákkal vagy műtéti lehetőségekkel kapcsolatban.

## Következtetések, javaslatok

A kutatás eredménye alapján kiderült, hogy jelentős hiány van a szoptatástámogatás területén a hazai kórházak gyermekágyas osztályain. Az édesanyák gyakran nem kapják meg a szükséges segítséget és információt a helyes szoptatási technikák elsajátításához és a felmerülő problémák kezeléséhez. A 2. ábra átfogó képet mutat arról, hogy mely szoptatástámogatással kapcsolatos területek a legfontosabbak és melyek fejlesztésére kell koncentrálni.

Korszerű és kötelező jellegű továbbképzések bevezetése volna szükséges az érintett egészségügyi dolgozók számára és elengedhetetlen az is, hogy egy adott osztályon dolgozó szakemberek egységes álláspontot képviseljenek a szoptatási irányelvek tekintetében.

3. ábra: Tápszer alkalmazása a szoptatástámogatás függvényében



Az eltérő információk összezavarhatják az édesanyákat és az okozott stressz tovább ronthatja a szoptatási folyamat kimenetelét. Az intézményekben előforduló indokolatlan tápszeres táplálás magas arányát és a csecsemő egyéb folyadékokkal történő táplálását haladéktalanul csökkenteni kellene. Emellett lehetőség szerint fontos lenne, hogy minden kórházban legyen elérhető laktációs szaktanácsadó. Illetve már a várandósság során a védőnői gondozási folyamatban is erősíteni kellene a szoptatásra vonatkozó pozitív hozzáállást és az arra való felkészülést is.

Végül interneten elérhető vagy papíralapú hivatalos, magyar nyelvű oktatási anyagok is segítenének az édesanyáknak felkészülni az anyatejes táplálás kihívásaira és megoldani a felmerülő nehézségeket.

### Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnék köszönetet mondani dr. habil. Réthy Lajos Attila professzor úrnak, aki amellet, hogy a kutatás ötletével inspirált, értékes szakmai útmutatásával járult hozzá a munkám elkészítéséhez.

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

**Érdekeltségek:** A szerzőnek nincsenek érdekeltségei.

## Irodalomjegyzék

- Alimoradi, F., Javadi, M., Barikani, A., Kalantari, N., & Ahmadi, M. (2014). An Overview of Importance of Breastfeeding [Review Article]. *J Compr Ped*, 5(2), e14028. <https://doi.org/10.1177/10.117795/compreped-14028>
- Almeida, J. M. D., Luz, S. D. A. B., & Ued, F. D. V. (2015). Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista Paulista de Pediatria*, 33(3), 355–362. <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2014.10.002>
- Andreas, N. J., Kampmann, B., & Mehring Le-Doare, K. (2015). Human breast milk: A review on its composition and bioactivity. *Early Human Development*, 91(11), 629–635. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2015.08.013>
- Binns, C., Lee, M., & Low, W. Y. (2016). The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 28(1), 7–14. <https://doi.org/10.1177/1010539515624964>
- Brahm, P., & Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev Chil Pediatr*, 88(15), 7–14. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062017000100001>
- Likhar, A., & Patil, M. S. (2022). Importance of Maternal Nutrition in the First 1,000 Days of Life and Its Effects on Child Development: A Narrative Review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.30083>
- WHO & UNICEF (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. World Health Organization, Geneva



## KÖNYVAJÁNLÓ

Szeretettel ajánljuk olvasóink figyelmébe Jan Riordan - Karen Wambach szerkesztésében (magyar nyelvű kiadás szerk. Bóné Veronika [et al.]; Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió Kft.) megjelent **Szoptatás és humán laktáció** című kézikönyvet.

„A kézikönyv világszerte a szoptatással és laktációval kapcsolatos ismeretek vezető tudományos referencia műve, amely több mint 2000 kutatási eredményre alapozottan, a legszélesebb multidiszciplináris kontextusban íródott. A legfrissebb kutatásokat és evidenciákat is felvonultató 5. kiadás

(második magyar kiadás) számos világos szakmai ajánlást is tartalmaz, így egyben kiváló gyakorlati kézikönyv is.”

(Dr. Szabó Miklós PhD Med. Habil neonatológus szakorvos)

EREDETI KÖZLEMÉNY

# Munka és magánélet egyensúlya az egészségügyi szakdolgozók körében

HIRDI László Roland, Dr. BALOGH Zoltán PhD

## ÖSSZEFOGLALÁS

**Célkitűzés:** A kutatás célja volt megvizsgálni, hogy mennyire tudnak egyensúlyt tartani az egészségügyi szakdolgozók a munkahelyük és magánéletük között. Vizsgálatra került továbbá a szakdolgozók aktuális egészségi állapota, az általános jóllétük, valamint az étellel és munkával való elégedettségük.

**Vizsgálat módszere:** A keresztmetszeti vizsgálat 2024. február 18. és március 10. között történt magyar egészségügyi szakdolgozók körében, egyszerű véletlen mintavételi technikával. Az adatgyűjtés webalapú anonim, önkitöltős kérdőív alkalmazásával történt. Az adatok feldolgozása az SPSS 25.0 statisztikai szoftver segítségével történt  $\chi^2$ -próba alkalmazásával. A szignifikanciahatár  $p \leq 0,05$  volt.

**Eredmények:** A kérdőívet összesen 224 fő töltötte ki. Átlagéletkoruk 49,99 ( $\pm 9,49$ ) év volt és 93,8%-uk nő. A munka-család konfliktusvizsgáló skála esetén a válaszadók a „Munkából származó családi konfliktus” alskálában 10,96 ( $\pm 3,04$ ) átlagpontot értek el, míg a „Családból származó munka konfliktus” alskálában 5,9 ( $\pm 2,2$ ) átlagpontot. A szakdolgozók átlagosan 3,48-ra értékelték egészségi állapotukat, 59,4%-uknak van krónikus megbetegsége.

**Következtetés:** Az eredmények rámutatnak annak fontosságára, hogy az egészségügyi szervezeteknek foglalkozniuk kell az egészségügyi szakdolgozók munka-magánélet egyensúlyával. A munka és a családi élet összeegyeztethetősége (rugalmas munkarend, részmunkaidős állások) kritikus tényező az új tehetségek vonzásához és megtartásához, valamint a szakképzett munkaerő megtartásához.

**Kulcsszavak:** munka-magánélet egyensúly, elégedettség, egészség, egészségügyi szakdolgozók

## Work-life Balance among Healthcare Professionals

László Roland HIRDI, Zoltán BALOGH PhD

### SUMMARY

**Purpose:** The aim of the research was to examine how well healthcare professionals can balance their work and personal life. The study also looked into the current health status, overall well-being, and satisfaction with life and work of the professionals.

**Methods:** The cross-sectional study was conducted among Hungarian healthcare professionals between February 18 and March 10, 2024, using simple random sampling technique. Data collection was done through a web-based anonymous, self-administered questionnaire application. Data analysis was carried out using the SPSS 25.0 statistical software with the application of the Chi-square test. The significance level was set at  $p \leq 0.05$ .

**Results:** A total of 224 individuals completed the survey. Their average age was 49.99 ( $\pm 9.49$ ) years and 93.8% of them were female. In the work-family conflict scale, respondents scored an average of 10.96 ( $\pm 3.04$ ) points on the 'Work-to-Family Conflict' subscale, while they scored an average of 5.9 ( $\pm 2.2$ ) points on the 'Family-to-Work Conflict' subscale. On average, the healthcare professionals rated their health status as 3.48, and 59.4% of them have chronic illnesses.

**Conclusion:** The results point to the importance for healthcare organizations to address the work-life balance of healthcare professionals. The compatibility of work and family life (flexible working hours, part-time positions) is a critical factor in attracting and retaining new talents, as well as in retaining skilled workforce.

**Keywords:** work-life balance, satisfaction, health, healthcare professionals

HIRDI László Roland BSc-hallgató, Budapesti Gazdasági Egyetem, Külkereskedelmi Kar, Nemzetközi Gazdálkodás Szak  
ORCID-azonosító:  
0009-0000-2235-4254

DR. BALOGH Zoltán PhD  
főiskolai tanár, tanszékvezető,  
Semmelweis Egyetem  
Egészségtudományi Kar,  
Ápolástan Tanszék, Budapest  
elnök, Magyar Egészségügyi  
Szakdolgozói Kamara Országos  
Szervezete, Budapest  
ORCID-azonosító:  
0000-0002-1202-1111

**Levelező szerző**  
(corresponding author):  
HIRDI László Roland  
E-mail: hlaci95@gmail.com

**Beérkezett:** 2024. június 5.  
**Elfogadva:** 2024. június 10.

 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.37.0013> | [www.eLitMed.hu](http://www.eLitMed.hu)

## Bevezetés

A munka és a magánélet egyensúlya úgy definiálható, mint „a munka és az élet közötti tökéletes integráció, amely nem zavarja egymást”. Vagyis nem azt jelenti, hogy egyenlő mennyiségű időt, figyelmet, energiát kell teremteni a munka és a család, mint két meghatározó életterület között, hanem figyelembe kell venni az egyén szükségleteit, tapasztalatait és aktuális céljait, valamint azt a tény is, hogy nincs mindenre megoldás (Beena Blesse, et al., 2023).

Szinte mindenki számára kihívást jelent a munka és a családi élet összehangolása. Azonban a legtöbb kutatás mégis elsősorban a női munkavállalók helyzetére fókuszál, mivel a hagyományos társadalmi szerepeik kapcsán náluk gyakrabban erősödhetnek fel a szerepkonfliktusok. Az elmúlt években végzett felmérések pedig azt mutatják, hogy a nők továbbra is nagyobb mértékben vonódnak be a családba, miközben a férfiaknál ugyanez állapítható meg a munka irányába (Makra et al., 2012).

Az egészségügyi szakterületen dolgozók körében a munka-család konfliktus problematikáját az 1990-es évektől kezdték el szélesebb körben vizsgálni. Először az orvosnők körében, mivel ekkor szembesültek vele, hogy néhány évtized alatt drámaian megnőtt a női orvosok száma, illetve az orvostanhallgatók között a nők aránya elérte az 50%-ot (Serrano, 2007). Ugyanakkor az ápolók munka-család egyensúlyát csak később kezdték elemezni. Ennek hátterében feltehetőleg az áll, hogy az ápolás hagyományosan női hivatás, amely erősen kapcsolódik a nőkkel szembeni társadalmi és kulturális elvárásokhoz. A társadalom a magánszférában (otthon) is elvárja a nőktől, hogy ápolják, gondozzák a megbetegedett családtagokat, az ápolók esetében pedig ezt az elvárást kiterjesztik a közéleti (munka) szerepre is. Emellett természetes elvárás a nők felé, hogy aktívan vegyenek részt a nem fizetett háztartási tevékenységekben is. Már ezekben a korai tanulmányokban is kihangsúlyozásra került, hogy az ápolói hivatás rendkívül megterhelő, ami egyrészt a csekély mértékű utánpótlásból, pályaelhagyás miatti létszámhiányból, másrészt a hosszú munkaidőből, harmadrészt a kedvezőtlen ápoló-beteg arány miatti túlterheltségből, valamint a fizetésekkel kapcsolatos általános elégedetlenségből fakad (Patel et al, 2008; Suguna & Eugene Franco, 2017; Betlehem et al., 2007).

Hazánkban *Betlehem* és munkatársai vizsgálták először a fizetett és nem fizetett munka hatását a betegség mellett dolgozó ápolók körében 2003-ban. A 796, közvetlen betegellátásban dolgozó ápoló bevonásával végzett kutatásukban azt találták, hogy bár az otthoni támogatást az ápolók kétszer olyan fontosnak érzik, de egyáltalán nem elhanyagolható a

munkahelyi társas támogatás a jóllét megélése szempontjából. Az interjúkból kiemelésre került a „*felettesi és kollegiális támogatás*”, a „*lehetőség az önfejlesztésre*” fontossága, mint leggyakoribb munkahelyi támogatási formák. Tanulmányukban azt is kiemelik, hogy „*az otthoni támogatásnak a negatív jóllét megéléésének ellensúlyozásában, míg a munkahelyi támogatásnak a pozitív jóllétre van hatása*” (Betlehem et al., 2007).

Köztudott tény, hogy az egészségügyi szakdolgozók jelenleg is rendkívül túlterheltek. Számos nemzetközi és hazai szakirodalom foglalkozik az egészségügyi szakdolgozók egészségi állapotával, kiégésével (Alblihed & Alzghaibi, 2022; Németh, 2013). Azt is elemezte már számos tanulmány, hogy a növekvő munkaterhelés hogyan befolyásolja a munka és a magánélet egyensúlyát, és károsítja az egészségügyi dolgozók mentális egészségét. Különösképpen az elmúlt években lezajlott Covid-19-világjárvány, ami megsokszorozta az egészségügyben dolgozók leterheltségét (Alblihed & Alzghaibi, 2022; Putri, et al., 2023). Abban is egyetértenek a kutatók, hogy a munka és a magánélet egyensúlya döntő fontosságú abban, hogy az egészségügyi dolgozók elégedettek legyenek a munkakörülményeikkel, hogy minimalizálják a stresszt és fenntartsák a harmóniát a munkahelyükön (Alblihed & Alzghaibi, 2022; Beena Blesse, et al., 2023).

Az OECD által „*Munkaindító jelentés összefoglalója*” alapján hazánkban, habár a statisztikai adatok azt mutatják, az elmúlt évtizedben a foglalkoztatási ráta nőtt, de ténylegesen ennek hátterében az áll, hogy összességében csökkent a munkaképes korú népesség, mivel a munkaerőpiacról kilépők helyére sokkal kevesebben lépnek be. 2006 és 2019 között a munkaképes korú (15 és 64 év közötti) férfiak száma mintegy 5%-kal, míg a nők száma 9%-kal csökkent. E jelentésben arra is felhívták a figyelmet, hogy az ENSZ előrejelzései szerint hazánkban a munkaképes korú népesség 2050-re akár a negyedével is tovább csökkenhet (OECD, 2020). Ez a csökkenő tendencia jól érezhető az egészségügyi ellátórendszerben is. Miközben a KSH adatai alapján 1990-ben még 138 931 betöltött szakdolgozói álláshely volt (4631 üres álláshely mellett), a 2000-es évekre a szakdolgozók száma drasztikusan csökkent (95 809 betöltött állás). Ugyan a legfrissebb adatok alapján 2022-ben már 104 416 szakdolgozói állás volt betöltve, de ez még mindig messze elmarad a '90-es évek adataitól (KSH, 2024).

Az egészségügyi ellátórendszerben – ahol a nemek tekintetében továbbra is a női dominancia jellemző – sokan érzik azt, hogy egyre nagyobb nyomás nehezedik rájuk, nincs lehetőségük a munkájuk önálló szervezésére, naponta meg kell küzdeniük a munkahelyi és családi kötelezettségeik megfelelő

menedzseléséért, és esélytelen kihívást jelent számukra a szakmai és magánélet harmonikus egyensúlyának elérése. Hivatásuk jellege, a fennálló létszámbeli hiány megkívánja tőlük, hogy több műszakban dolgozzanak, túlórázzanak, gondoskodjanak minden ellátásra szorulóóról, még a gyógyíthatatlan betegekről is, akkor is, ha a műszak végére teljesen kimerülnek (Beena Blesse, et al., 2023; Betlehem et al., 2007).

Németh tanulmányában szintén azt hangsúlyozta, hogy az egészségügyi szakdolgozóknak a túlórájukból fakadóan egyre kevesebb idejük marad a szabadidős tevékenységekre, illetve családjukra. Az egészségügyi szakdolgozói területre jellemző létszámbeli hiány miatt gyakran előfordul, hogy a szakdolgozók csak néhány nap szabadságra tudnak elmenni, többhetes egybefüggő szabadságot nem tudnak kivenni. Nagyon sok egészségügyi szakdolgozó az alacsony bér miatt rákényszerül, hogy főállása mellett másodállásokat is vállaljon. Emiatt sok esetben nem is beszélhetünk igazi szabadidős tevékenységekről, igazi kikapcsolódásról, hiszen vagy egyáltalán nem, vagy csak ritkán adódik lehetőségük pihenésre (Németh, 2013).

Kutatásunk időszerűségét tehát az adja, hogy az egészségügyi dolgozók egészségi állapota és jólléte közvetlen hatással van a betegek ellátására és az egészségügyi rendszer működőképességének hatékonyságára. Jelen kutatásunk céljából ezért annak vizsgálatát tűztük ki, hogy mennyire tudnak egyensúlyt tartani az egészségügyi szakdolgozók a munkahelyük és magánéletük között, milyen szubjektív jóllétérzetük.

## Anyag és módszer

A keresztmetszeti, kvantitatív vizsgálat nem véletlenszerű, kényelmi mintavételi technikával történt. Az adatgyűjtés 2024. február 18. és március 10. között, a 18 és 65 év közötti egészségügyi szakdolgozók körében valósult meg egy online szerkesztésű kérdőívvel. Az adatgyűjtés eszköze saját készítésű, online kérdőív volt, amely validált kérdőívvel egészült ki.

A kapott adatokat SPSS 25.0 program segítségével, leíró statisztikai (gyakoriság, átlag, szórás, minimum- és maximumértékek) és matematikai számításokkal ( $\chi^2$ -próba) elemeztük. A szignifikanciaszintet  $p \leq 0,05$  értéknél határoztuk meg.

### Validált kérdőívek

#### *Munka-család konfliktus kérdőív magyar változata*

Makra és munkatársai egy magyar mintán alkalmazható munka-család konfliktus kérdőívet alkotott meg, amely eredetileg 28 állítást tartalmazott.

Ugyanakkor tanulmányuk szerint végül 3 állítás kiesett a végleges skálából, így általunk a 25 végleges állítást tartalmazó verzió került alkalmazásra. Ebből 9 a munka-család konfliktusra, 8 a munkába és a családba való bevonódásra, 8 pedig az étellel és munkával való elégedettségére vonatkozik. A kérdőív segítségével mérhetővé válik mind a munkából származó család-, mind pedig a családból származó munkakonfliktus, valamint a munkával és az étellel való elégedettség, illetve az ezekbe való bevonódás mértéke. A válaszadóknak négyfokozatú Likert-féle skálán kellett eldönteniük, hogy mennyire értenek vagy épp nem értenek egyet az adott állítással (1: egyáltalán nem jellemző rám, 2: nem jellemző rám, 3: jellemző rám, 4: nagyon jellemző rám) (Makra et al., 2012). Az alacsony/átlagos/magas csoportokat jelen kutatás során az átlagpontszámok alapján határoztuk meg (5=alacsony [nincs konfliktus], 6–12=átlagos,  $\geq 13$ =magas).

#### *Az öttételes WHO Jólét kérdőív magyar változata*

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) öttételes Jólét kérdőív rövidített (WBI-5 vagy WHO-5) magyar validálását Susánszky és munkatársai végezték el a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. A válaszadóknak azt a válaszlehetőséget kell kiválasztaniuk, amely legjobban leírja, hogyan érezték magukat az elmúlt két hét során. A válaszadók arról nyilatkoznak, hogy az állításokban szereplő érzések mennyire érvényesek rájuk (egyáltalán nem jellemző=0, alig jellemző=1, jellemző=2, teljesen jellemző=3) (Susánszky et al., 2006). A válaszok alapján 0 és 15 közötti összpontszámot lehet elérni, ahol a 0 a legrosszabb, míg a 15 a legjobb életminőséget jelenti. Azokat, akik 8–15 pont közötti eredményt érnek el, a normáltartományba kell sorolni, a 7 pontot vagy annál kevesebbet elérőket viszont a kockázati tartományba, mivel náluk fennáll a depresszió veszélye (Engler et al., 2022).

#### *Élettel való elégedettség skála magyar változata*

A Diener, Emmons, Larsen és Griffin (1985) által megalkotott Élettel való elégedettség skála (Satisfaction with Life Scale – SWLS) tekinthető az egyik leggyakrabban alkalmazott a szubjektív jólléttel kapcsolatos kérdőívnek világszerte. A magyar nyelvű változatot az ELTE Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszéke készítette. Martos és munkatársai 2010-ben az egyes tételek fordítását egybevetették az eredeti mérőeszközzel, és kisebb pontosításokat hajtottak végre. Az SWLS egy összesen öt tételből álló kérdőív, amelynek valamennyi tétele pozitív irányban megfogalmazott. A válaszadóknak hétfokú

Likert-féle skálán kell megadniuk az egyes állításokkal való egyetértésük mértékét (1=egyáltalán nem értek egyet, 7=teljes mértékben egyetértek). A skála pontszámát a tételekre adott válaszok összegzése adja, a magasabb érték magasabb étellel való elégedettséget jelez (Martos et al., 2014).

### Munkával való elégedettség skála

Fényszárosi és munkatársai készítettek el a munkával kapcsolatos elégedettség felmérésére szolgáló skálát az előbbiekben ismertetett öttételes SWLS (Étellel való elégedettség skála) tételeinek átfogalmazásával. A válaszadók ugyanúgy hétfokozatú Likert-féle skálán jelölhették, hogy mennyire értenek egyet az adott állításokkal (Fényszárosi et al., 2018).

## Eredmények

### A válaszadók szociodemográfiai jellemzői

A kérdőívet összesen 224 fő töltötte ki. A vizsgált mintában a nemek aránya egyenetlen (14 férfi [6,2%] és 210 nő [93,8%]). A válaszadók átlagéletkora 49,99 év volt. A kitöltők közel háromnegyede (70,5%) párkapcsolatban él. A felmérésben résztvevők 84,4%-ának van gyermeke. 18 év alatti gyermeket a szakdolgozók 33%-a nevel, míg közülük 7,6% nyilatkozta azt, hogy gyermeke 6 év alatti. A 18 év alatti gyermeket nevelők többsége (56 fő) párkapcsolatban él, míg 18 fő egyedülállóként áll helyt. A lakhely típusa szerint a válaszadók 32,6%-a fővárosban él, 50,4%-a vármegyeszékhelyen vagy városban, míg 17%-a községben, falun lakik (**I. táblázat**). Az iskolai végzettség vonatkozásában azt találtuk, hogy a felsőfokú végzettségűek csoportja felülreprezentált a mintában. A megkérdezettek 52,7%-a főiskolát, egyetemet végzett, 37,5%-uk érettségire épülő OKJ-bizonyítványt szerzett, 9,4% rendelkezik szakközépiskolai szakképzettséget igazoló érettségivel, s csupán 0,4%-uknak nincs érettségije. Valamilyen iskolarendszerű képzésben jelenleg a válaszadók 19,2%-a vesz részt.

### Munkavégzésre vonatkozó adatok

A kérdőívet kitöltők 13,4%-a még nem érte el a 18. életévét, amikor már rendszeresen elkezdett dolgozni. 50%-uk 18–19 éves kora óta dolgozik, 36,6%-uk pedig 20 éves kor után állt be a munka világába. Csupán 4,9%-uk nyilatkozta azt, hogy 25 éves kora után kezdett el rendszeresen dolgozni. A mintában lévő szakdolgozók átlagosan 29,33 évet dolgoztak már eddig (minimum=0,5, maximum=50,

**I. táblázat:** A minta szocio-demográfiai jellemzői (N=224)

		Összesen
Nem, fő (%)	Férfi	14 (6,2)
	Nő	210 (93,8)
Életkor, év	Átlag (mean)	49,99
	Szórás (SD)	9,489
	Medián	51
	Minimum	21
	Maximum	71
Lakhely típusa, fő (%)	Főváros	73 (32,6)
	Vármegyeszékhely	50 (22,3)
	Város	63 (28,1)
	Község/falu	38 (17,0)
Családi állapot, fő (%)	Nőtlen, hajadon	17 (7,6)
	Házass, párkapcsolatban él	158 (70,5)
	Elvált	44 (19,6)
	Özvegy	5 (2,2)
Gyermekek száma, fő (%)	0	35 (15,6)
	1	65 (29,0)
	2	90 (40,2)
	3	28 (12,5)
	4 vagy több	6 (2,7)

medián=30, szórás=10,9544). Ha csak az egészségügyben töltött idejüket vizsgáljuk, akkor minimális eltérés látható. A szakdolgozók átlagosan 27,42 év gyakorlati idővel rendelkeznek egészségügyi területen (minimum=0,5, maximum=50, medián=29,5, szórás=11,82).

A kitöltők 66,1%-a (148 fő) egészségügyi szolgálati jogviszonyban dolgozik, a második leggyakoribb jogviszonytípus a munkaviszony (18,3%), a fennmaradó 15,6% pedig a más típusú jogviszonyokban (például vállalkozó, közszolgálati jogviszony stb.) oszlik szét. A szakdolgozók döntő többsége (95,5%, 214 fő) határozatlan idejű szerződéssel rendelkezik, míg 3,1% hat hónapnál hosszabb időre szóló határozott idejűvel, és 1,3% hat hónapnál rövidebbel. A felmérésben résztvevők 72,3%-a beosztotti státuszban van, 25%-uk vezető, míg 2,7%-uk saját vállalkozásában alkalmazott.

A munkaidő tekintetében az elemzés azt mutatja, hogy 63,8% dolgozik heti 40 órát főmunkájában. Kevesebb, mint heti 40 órát a válaszadók 13,6%-a dolgozik, míg 22,6% nyilatkozta azt, hogy 40 óránál többet. Közülük 5,2% dolgozik heti 60 óránál többet.

Azt, hogy milyen gyakran fordul elő, hogy előzetes bejelentés nélkül túlórázniuk kell, a válasz-

adók hétfokozatú Likert-féle skálán jelölhették, ahol 1 volt, ha sohasem fordul elő, míg 7, ha mindig előfordul. A szakdolgozók ezen a skálán átlagosan 2,5-es értéket (szórás=1,754) értek el. 40,2%-uk esetében sohasem fordul elő, hogy előzetes bejelentés nélkül túlórázniuk kell. 36,2%-uknál átlagos mértékben fordul elő, hogy váratlanul túlórázni kényszerül. 23,7%-uk pedig gyakran túlórázik váratlan módon.

Kíváncsiak voltunk arra is, hogy a szakdolgozók általában mennyi idő alatt érnek be a munkahelyükre (csak az oda utat vizsgálva). Ennek során azt találtuk, hogy átlagosan 33,19 perc alatt érnek be lakhelyükről a munkahelyükre (medián=30, szórás=21,622). A leghosszabb utazási időként 120 perc lett megjelölve. A szakdolgozók 7,4%-a utazik 60 percnél hosszabb ideig.

A válaszadók ötfokozatú skálán fejezhették ki elégedettségüket arra vonatkozóan, hogy munkaidejük hogyan illeszkedik a magánéletükhöz. Ennek során átlagosan 3,46-ra (szórás=0,965) értékelték elégedettségüket. Teljes mértékben elégedettnek a szakdolgozók 14,7%-a érzi magát, további 32,4%-uk elégedett. A felmérésben résztvevők 39,6%-a elégedett is, meg nem is. 9,8% volt az elégedetlenek aránya, míg további 3,1% egyáltalán nem elégedett.

A különböző munkahelyi jellemzők vizsgálatakor azt találtuk, hogy a szakdolgozók 40,7%-a számára sokszor vagy szinte mindig feszültséget okoz a munkaszervezés. Annak ellenére, hogy a válaszadók 42%-a munkabeosztása nem több műszakos, illetve változó. A felmérésben résztvevők több mint fele (51,7%) érzi azt, hogy megerőltető tempóban kell munkát végeznie. 34,4%-uk pedig azt tapasztalja, hogy a munkafeladataikkal soha nem lehet időre készen lenni. 37,5% nyilatkozta azt, hogy az emberi viszonyokkal, munkahelyi légkörrel, bánásmóddal kapcsolatban feszültségek vannak.

## Egészségi állapotra vonatkozó kérdések

Ötfokú Likert-skála alapján a felmérésben részt vevő egészségügyi szakdolgozók mindössze 8%-a (18 fő) tartja nagyon jónak az egészségi állapotát, 39,3% (88 fő) jónak, 46,0% (103 fő) kielégítőnek, 6,3% (14 fő) rossznak, 0,4% (1 fő) pedig nagyon rossznak ítéli meg. Átlagosan 3,48-ra értékelték egészségi állapotukat (medián=3, szórás=0,751).

A felmérésben résztvevők 59,4%-a válaszolta azt, hogy van olyan krónikus betegsége, egészségügyi problémája, ami már legalább hat hónapja tart. 29,5%-uk panaszkolta azt, hogy az elmúlt hat hónapban vagy hosszabban volt olyan egészségügyi problémája, ami a szokásos mindennapi tevékenységei elvégzésében korlátozta. Közülük 2,7% volt az aránya azoknak, akiket súlyosan korlátozott a fennálló egészségügyi probléma.

Azt is vizsgáltuk, hogy a szakdolgozók körében milyen gyakran fordul elő, hogy saját egészségükkel nem tudnak foglalkozni időhiány miatt. Ennek kapcsán 39,3% nyilatkozott arról, hogy az elmúlt 12 hónapban ugyan szükségük lett volna orvosi vizsgálatra vagy ellátásra, de azért nem vették igénybe azt, mert nem volt rá idejük. Jellemzően ennek okaként a munkavégzésüket (26,3%) jelölték meg, egyéb kötelezettség miatt nem volt ideje 8,9%-nak és a gyermekek ellátása miatt 4,0%-nak.

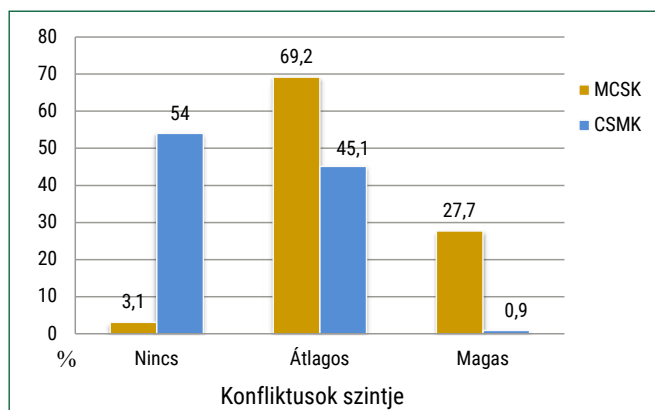
## Munka-család konfliktus kérdőív eredményei

A munka és a család közötti konfliktus kérdőívre adott válaszok átlagpontjai azt mutatják, hogy a család kevésbé befolyásolja negatívan az egészségügyi szakdolgozók munkavégzését, míg a munkájuk miatt úgy érzik, kevesebb idejük jut a családjukra. **A II. táblázat** mutatja a kérdésekre adott válaszok átlagpontszámát.

**II. táblázat:** A munka és család közötti konfliktust vizsgáló skála kérdéseire adott válaszok átlagpontszámai (N=224)

MCSK1	A munkám követelményei összeegyeztethetők az otthoni és családi életemmel.	2,83
MCSK2	A munkám miatt nehezen tudok olyan szoros kapcsolatot fenntartani a családtagjaimmal, amelyet szeretnék.	2,1
MCSK3	A munkahelyi terheim miatt, hiába szeretném, nem tudom az otthoni feladataimat ellátni.	2,13
MCSK4	A munkám miatt gyakran le kell mondanom fontos családi programokat vagy eseményeket.	2,05
MCSK5	Úgy érzem, hogy a munkám konfliktusban áll a családom iránti kötelezettségeimmel.	1,86
CSMK1	Vannak olyan munkahelyi ügyek, amelyekre nem jut idő a családi életem miatt.	1,54
CSMK2	Vannak olyan dolgok a munkámban, amelyeket szeretnék, de nem tudok maradéktalanul elvégezni a családi/párkapcsolati elvárások miatt.	1,55
CSMK3	A magánéletem miatt nehezen tudom teljesíteni a munkahelyi kötelezéseimet, például időben beérni, megoldani az aznapi feladatokat vagy túlórázni.	1,44
CSMK4	A családban megjelenő feszültség gátol abban, hogy teljesíteni tudjam a munkahelyi kötelezéseimet.	1,45



**1. ábra:** Az MCSK és a CSMK szintje a mintában (%) (N=224)

A munkából származó családi konfliktus (MCSK) összesített átlagpontszáma 10,96 volt (szórás=3,041) a teljes mintában, míg a családból származó munkakonfliktus (CSMK) összesített átlagpontszáma 5,9 volt (szórás=2,206). Az MCSK átlagpontszáma tehát magasabbnak mutatkozott a mintában, mint a CSMK átlaga, ami azt jelzi, hogy a szakdolgozókra inkább a munkából származó családi konfliktusok a jellemzők. A válaszadók 54%-a szerint egyáltalán nem jellemző, hogy a családi konfliktusok a munkájukkal kapcsolatos konfliktusokat generálnak. Ezzel szemben 96,9% nyilatkozott úgy, hogy „hazaviszik” a munkahelyi konfliktusait, közülük 27,7%-nál minősítettük a pontszámok alapján magasnak a konfliktusok szintjét (1. ábra). A családba való bevonódás tekintetében az átlagpontszám 13,42 volt (szórás=2,328) a teljes mintában, míg a munkába való bevonódás átlagpontszáma 10,05 volt (szórás=2,330).

Külön elemeztük a vezetők és vállalkozók (n=62), valamint a beosztottak (n=162) tekintetében az MCSK és CSMK átlagpontszámokat. A vezetők és vállalkozók tekintetében kicsivel magasabb értékeket (MCSK átlag=11,18; szórás=2,707; CSMK átlag=6,15; szórás=2,047) találtunk összevetve a teljes minta értékeivel, illetve a beosztottakéval is. A beosztottaknál az MCSK átlagpontszáma 10,88 volt (szórás=3,163), a CSMK átlaga pedig 5,91 (szórás=2,266). A vezetők MCSK és CSMK átlagpontszámai tehát valamivel magasabbnak mutatkoztak a teljes mintaátlaghoz képest és a beosztottak értékeihez képest is. Ugyanakkor szignifikáns összefüggést nem találtunk a vezetői beosztás és az elért MCSK átlagpontok között (p=0,779).

A Pearson-féle  $\chi^2$ -próba alapján nem volt kimutatható kapcsolat a gyermeket nevelők és a munkából származó családi konfliktus (MCSK) átlagpontszáma között sem (p=0,225).

A teljes mintára vonatkozóan  $\chi^2$ -próbaival megvizsgáltuk azt is, hogy az előzetes bejelentés nélküli túlóráztatás gyakorisága és a munkából származó családi konfliktus (MCSK) átlagpontszáma között van-e összefüggés. Mintánkban szignifikánsabban nagyobb arányban vannak a túlórázóknak azok, akiknek magas az MCSK átlagértéke (p=0,000).

Az egészségi állapot önértékelése és az MCSK tekintetében szintén szignifikáns összefüggés mutatkozott (p=0,001).

### Az ötételes WHO Jólét kérdőív eredményei

A mintában a jóllétskálán átlagosan 7,69 pontszámot értek el (szórás=3,467) a szakdolgozók. A férfiak magasabb pontszámot (átlag=8,57; SD=3,610) értek el, mint a nők (átlag=7,63; szórás=3,458). Összesen a válaszadók 41,96%-a (94 fő) ért el 7 pontot vagy annál kevesebbet, vagyis ők tartoznak a kockázati tartományba, mivel náluk áll fenn leginkább a depresszió veszélye.

### Élettel való elégedettség skála eredményei

A válaszadók a 0-tól 7-ig terjedő skálán átlagosan 4,653-re (szórás=0,6544) értékelték az életükkel való elégedettségüket (III. táblázat).

A szakdolgozóknak csupán 8,9%-a ért egyet teljes mértékben azon állítással, hogy élete a legtöbb tekintetben közel van az ideálshoz. Azoknak az aránya, akik ezzel az állítással egyáltalán nem értenek egyet, 7,6%. A legpozitívabban az „Eddig minden fontosat megkaptam az életemben, amit akartam.” tételre reagáltak (13,3% teljesen egyetért, 7,1% egyáltalán nem).

Az „Elégedett vagyok az életemmel” állítással 12,4% teljes mértékben egyetért, míg 4,4%-uk az, aki egyáltalán nem. Az életkörülményeikkel a szakdolgozók hasonló arányban elégedettek: 12,0% tartja kitűnőnek, míg a válaszadók 7,6%-a egyáltalán nem.

**III. táblázat:** Élettel való elégedettséget vizsgáló skála kérdéseire adott válaszok átlagpontszámai (N=224)

Az életem a legtöbb tekintetben közel van az ideálshoz.	4,63
Az életkörülményeim kitűnőek.	4,66
Elégedett vagyok az életemmel.	4,82
Eddig minden fontosat megkaptam az életemben, amit csak akartam.	4,75
Ha újra leélhetném az életem, szinte semmin sem változtatnék.	4,41

**IV. táblázat:** Munkával való elégedettséget vizsgáló skála kérdéseire adott válaszok átlagpontszámai (N=224)

A munkám a legtöbb tekintetben közel van az ideálishoz.	3,69
A munkakörülményeim kitűnőek.	3,47
Elégedett vagyok a munkámmal.	4,13
Eddig minden fontosat megkaptam a munkámban, amit akartam.	3,87
Ha újra kezdeném a karrierem, szinte semmin sem változtatnék.	3,42

A válaszadók 17,3%-a nyilatkozta azt, hogy egyáltalán nem tud azonosulni azzal az állítással, hogy „Ha újra leélhetném az életem, szinte semmin sem változtatnék.”

### Munkával való elégedettség skála eredményei

A szakdolgozók a 0-tól 7-ig terjedő skálán átlagosan 3,714-re (szórás=1,6811) értékelték a munkájukkal való elégedettségüket (IV. táblázat).

A szakdolgozóknak csupán 8,9%-a ért egyet teljes mértékben azon állítással, hogy munkája a legtöbb tekintetben közel van az ideálishoz. Azoknak az aránya, akik ezzel az állítással egyáltalán nem értenek egyet, ennél magasabb, 12,5%. Hasonló arányú megoszlást találtunk az „Elégedett vagyok a munkámmal” állításra vonatkozóan. 8% ezzel a kijelentéssel teljesen egyetért, míg 12,4% egyáltalán nem. „Eddig minden fontosat megkaptam a munkámban, amit akartam” tételre szintén hasonló módon reagáltak (8,9% teljesen egyetért, 11,6% egyáltalán nem).

A munkakörülményeikkel a szakdolgozók érezhetően elégedetlenek. A munkakörülményeket rendkívül kevesen, 5,8% tartja kitűnőnek, míg a válaszadók 18,8%-a ezt pont ellenkezőleg ítéli meg.

A válaszadók 22,2%-a nyilatkozta azt, hogy egyáltalán nem tud azonosulni azzal az állítással, hogy „Ha újra kezdeném a karrierem, szinte semmin sem változtatnék.”

### Megbeszélés

A munka-magánélet egyensúlyra vonatkozó kutatások jelentősége abban rejlik, hogy napjainkra már elfogadottá vált, hogy munkának nemcsak a fizetett, úgynevezett „kenyérkereső” tevékenységet tekintjük, hanem a nem fizetett, „rejtett” munkát is, amelybe beleértjük az otthonunk, környezetünk rendben tartása érdekében végzett háztartási és kerti munkát, a gyermeknevelést, az idős szülők gondozását, sőt az önkéntesen végzett munkákat is. Ha mindezen te-

rületeket, feladatokat sorra vesszük, egyáltalán nem meglepő, hogy sokak számára gondot, kihívást okoz a különböző szerepeknek (munkavállaló/vezető, házastárs, szülő, családtagot ellátó gondozó, tanuló stb.) való egyidejű megfelelés. Ha pedig az egészségügyi ellátórendszerben dolgozóakra gondolunk, ahol eleve ismert a szakemberhiány, a kedvezőtlen munkakörülmények, a fokozott leterheltség és felelősség, a munkahelyi stressz vagy akár a fokozott kockázatot jelentő fertőzésveszélyes munkakörnyezet, még inkább izgalmas megvizsgálni, hogy a két életter hogyan viszonyul egymáshoz, akadályozza-e a feladatellátást bármelyik terület, keletkezik-e konfliktus. Éppen ezért fontos, hogy az egészségügyi dolgozóknak is megfelelő támogatást és lehetőségeket biztosítsanak a munka-magánélet egyensúly fenntartására, mivel ez hozzájárulhat az egészségük megőrzéséhez és a jobb teljesítményükhöz is.

A magyar lakosság egészségi állapota vonatkozásában a Hungarostudy 2021. évi felmérése azt mutatja, hogy önbecslés alapján a magyarok 6,9%-a ítéli meg inkább rossznak, 25,9% közepesnek, míg 67,10% inkább jónak a saját egészségi állapotát (KINCS, 2022). Zsigmond és munkatársai egészségügyi dolgozók körében, 2008-ban végzett felmérése (N=138) során átlagéletkor tekintetében fiatalabb (37,21±10,50 év) mintán azt találták, hogy a szakdolgozók több mint fele jónak, 12,32%-a kiválóan minősítette saját egészségi állapotát. 28,99% közepesre minősítette, és elenyésző volt a rossz, illetve nagyon rossz értékelés. Emellett a felmérésükben résztvevőknek csak 16,67%-a számolt be valamilyen krónikus betegségről (Zsigmond et al., 2010). Ezzel szemben a jelen kutatásban kedvezőtlenebb eredményeket találtunk, hiszen a szakdolgozóknak csupán 8%-a tartja nagyon jónak (kiválóan) az egészségi állapotát, sokkal kevesebb, mint a fele (39,3%) jónak. Itt is a kielégítőnek (közepesnek) vallók aránya volt a legmagasabb: 46,0%, illetve összességében 6,7% értékelte rossznak vagy nagyon rossznak az állapotát. Ugyanakkor a mintánkban sokkal magasabb volt (59,4%) a krónikus betegséggel élők aránya. A válaszok alapján tehát inkább romlás figyelhető meg a szakdolgozók körében, kiemelve azt is, hogy ismereteiknek köszönhetően az egészségügyi dolgozók ráadásul sokkal realitásabban látják állapotukat (V. táblázat).

A lelki egészséget a WHO-5 Jólét kérdőív magyar változatával vizsgáltuk. Összehasonlítva a Hungarostudy 2021 felmérés eredményeivel, ahol ugyanezen kérdőív is alkalmazásra került, kedvezőtlenebb életminőségi mutatókat találtunk. A kockázati szintet elérők aránya sokkal magasabb volt a szakdolgozóknál (41,96%), mint a magyar lakosság-nál (14,4%) (KINCS, 2022).

**V. táblázat:** Egészségi állapot önbecslésének alakulása különböző felmérések adatai alapján

	Jelen felmérés, 2024 (N=224)	Hungarostudy, 2021	Zsigmond et al., 2010 (N=138)
Inkább rossz	6,7%	6,9%	3,01%
Közepes	46%	25,9%	28,99%
Inkább jó	47,3%	67,10%	68%

Susánszky és munkatársa 2021-ben 18–40 év közötti munkavállalók (N=822) körében végzett kutatásuknál azt találták, hogy a munkából származó családi konfliktus (MCSK) átlagpontszáma 9,3 volt, illetve a válaszadók 18,4%-ánál minősítették a munkából származó konfliktusok szintjét a pontszámok alapján magasnak (Susánszky & Ádám, 2022). A saját mintámban a szakdolgozók MCSK összesített átlagpontszáma ennél magasabb volt (átlag=10,96), továbbá a magas szintű konfliktusosok aránya is (27,7%).

Kiss és munkatársai szintén 2021-ben magyar munkavállalók (N=143) bevonásával végzett kutatásuk során arra jutottak, hogy a család kevésbé befolyásolja negatívan a munkavégzést. Ugyanakkor a munka okozott a magán- és családi életben konfliktust (Kiss et al., 2022). Saját mintánk tekintetében ugyanerre a megállapításra jutottunk, hiszen a szakdolgozók 54%-a szerint egyáltalán nem jellemző, hogy a családi konfliktusok a munkájukkal kapcsolatos konfliktusokat generálnának. A családból származó munkakonfliktus (CSMK) átlagpontszáma csak 5,9 volt, miközben az egyensúly a szakdolgozóknál is a munka miatt tolódott el. Sajnos a rendszeresen jelentkező, előre nem leegyeztetett túlmunka szignifikáns összefüggést mutatott, mindez pedig konfliktusok forrása lehet és a családi élet rovására mehet. Ugyanakkor vizsgálatunk során nem találtunk a munka-magánélet egyensúly viszony tekintetében sem a családi állapottal, sem pedig a gyermekek meglétével vagy hiányával összefüggést, mely eredmény megegyezik Kiss és munkatársainak kutatási eredményeivel is (Kiss et al., 2022).

A munka-magánélet egyensúlyi állapotot vizsgáló felmérések egy része kiemeli, hogy a munkáltatóknak is ideje szemléletet váltaniuk, hiszen az elmúlt évtizedekben, jellemzően a rendszerváltást követően, a munkáltatók egyre inkább magánügyként kezelik a munka-magánélet összehangolásával kapcsolatos feladatokat és megszüntették a „gondoskodó szolgáltatásokat” (például a vállalati óvodákat, napköziket, a dolgozók gyerekeinek nyári üdültetését). Holott külföldi kutatások igazolják, hogy ezek a jóléti szolgáltatások elkötelezettebbé, hatékonyabbá teszik a

munkavállalókat, hiszen elegendő időt és lehetőséget kapnak, hogy gondoskodjanak a családjukról, illetve az otthoni élet „terbei” megoldásának támogatása elősegíti, hogy a munkavállaló munkaidejében a munkájára koncentráljon (Nagy, 2017). Egy németországi felmérés azt is alátámasztotta,

hogy a gyermeket nevelő egészségügyi szakemberek egynegyede kizárólag azért váltott munkahelyet, hogy a munkahelyi és családi kötelezettségeiket jobban össze tudják hangolni. Sőt, egyes tanulmányok azt is kiemelik, hogy a munkahely kiválasztásánál hangsúlyosabbá válik e kötelezettségek összeegyeztethetősége, mint maga a magas jövedelem. Emiatt a hagyományos kórházi szervezeti kultúra már nem lesz vonzó, és a munka-magánélet összehangolhatósága (rugalmasabb munkaszervezés, részmunkaidős állások) döntő tényező az utánpótlás, a jó munkaerő bevonása és megtartása érdekében (Heller & Heller, 2009). Ennek fontosságát az egészségügyi szakdolgozókat képviselő szervezetek (a Magyar Ápolási Egyesület, a Magyar Ápolási Igazgatók Egyesülete, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, valamint a Magyar Kórházszövetség) is jelezték az ápolói-szakdolgozói életpályamodell elemeinek összeállításakor, egyik sarkalatos pontként említve a családbarát munkahely létrehozását, a munkaidőhöz igazodó bölcsődei és óvodai elhelyezés támogatását (Magyar Ápolási Egyesület, 2010).

### Köszönetnyilvánítás

A szerzők szeretnének köszönetet mondani a kérdőívet kitöltő egészségügyi szakdolgozóknak, akik ilyen módon hozzájárultak a kutatás sikeres lebonyolításához, illetve ahhoz, hogy az eredményeket publikáció formájában felhasználhassuk.

**Szerzői munkamegosztás:** H. L.: Kutatás megtervezése, irodalomkutatás, vizsgálat lefolytatása, statisztikai elemzések, a kézirat megírása. B. Z.: Szakmai iránymutatás, a kézirat kritikus átolvasása. A cikk végleges változatát mindkét szerző elolvasta és jóváhagyta.

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

**Érdekltségek:** A szerzőknek nincsenek érdekltségei.

## Irodalomjegyzék

- Alblihed, M., & Alzghaibi, H. A. (2022). The Impact of Job Stress, Role Ambiguity and Work-Life Imbalance on Turnover Intention during COVID-19: A Case Study of Frontline Health Workers in Saudi Arabia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13132. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013132>
- Beena Blesse, G., Senthilkumar, G., Nirmalraj, R. J. T. (2023). A study on work-life balance among nurses at vellore home care nursing and medical services. *Eur Chem Bull*, 12(12), 952–959.
- Betlehem, J., Tahin, T., Warne, T., Oláh, A., Kriszbacher, I., Boncz, I., Bódis, J. (2007). A munka hatása a kórházi ápolók jóllétére Magyarországon az EU csatlakozáskor. *Nővér*, 20(6), 3–13.
- Engler, A., Purebl, Gy., Susánszky, É., Székely, A. (2022). Magyar Lelkiállapot 2021. Család – Egészség – Közösség. *Hungarostudy 2021 Tanulmányok*. Budapest: Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért.
- Fényszárosi, É., Sallay, V., Matuszka, B., Martos, T. (2018). Munkával kapcsolatos motivációk és elégedettség – Személyorientált elemzés. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 73(3), 411–434. <https://doi.org/10.1556/0016.2018.73.3.3>
- Heller, A. R., Heller, S. C. (2009). Die familien freundliche Klinik: (Wie) geht das? [The family-friendly hospital: (how) does it work?]. *Der Anaesthetist*, 58(6), 571–581. <https://doi.org/10.1007/s00101-009-1566-4>
- KINCS (2022). A magyarok testi és lelki egészségét leíró főbb mutatók a Hungarostudy felmérések adatai alapján (2006, 2013, 2021). Forrás: [https://www.koppmariaintezet.hu/docs/HS\\_adatok\\_testi\\_lelki\\_ege%CC%81szsegrol\\_20220123.pdf](https://www.koppmariaintezet.hu/docs/HS_adatok_testi_lelki_ege%CC%81szsegrol_20220123.pdf) Letöltve: 2024.04.14.
- Kiss, B. M., Szabó-Tóth, K., Lukács, A. (2022). A munka és magánélet egyensúlya a munkavállalók körében. *Egészségtudományi Közlemények*, 12(1), 12–20.
- KSH (2024). Az egészségügyi ellátás állás és létszám adatai. Forrás: [https://www.ksh.hu/stadat\\_files/ege/hu/ege0005.html](https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0005.html) Letöltve: 2024.04.21.
- Magyar Ápolási Egyesület (2010). Ápolói, Szakdolgozói Életpálya Modell. Forrás: <https://magyarapolasi egyesulet.hu/apoloi-szakdolgozoi-eletpalya-modell/> Letöltve: 2024.04.21.
- Makra, E., Farkas, D., Orosz, G. (2012). A munka-család konfliktus kérdőív magyar validálása és a munka-család egyensúlyra ható tényezők. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67(3), 491–518.
- Martos, T., Sallay, V., Désfalvi, J., Szabó, T., Ittész, A. (2014). Az Élettel való Elégedettség Skála magyar változatának (SWLS-H) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(3), 289–303. DOI: 10.1556/Mental.15.2014.3.9
- Nagy, B. (2017). Létezhet-e munka-magánélet egyensúly vezető állásban? *Szociológiai Szemle*, 27(3), 75–103.
- Németh, A. (2013). Az egészségügyi szakdolgozók munkaelégedtségét befolyásoló tényezők. *Nővér*, 26(4), 27–31.
- OECD (2020). Technikai támogatás a nemek közötti foglalkoztatási szakadék csökkentéséhez a magyar munkaerőpiacon. Munkaindító jelentés összefoglalója. Forrás: <https://www.oecd.org/gender/Summary-Inception-Hu.pdf> Letöltve: 2024.04.21.
- Patel, C. J., Beekhan, A., Paruk, Z., & Ramgoon, S. (2008). Work-family conflict, job satisfaction and spousal support: an exploratory study of nurses' experience. *Curationis*, 31(1), 38–44. <https://doi.org/10.4102/curationis.v31i1.906>
- Putri, N. K., Melania, M. K. N., Fatmawati, S. M. Y., & Lim, Y. C. (2023). How does the work-life balance impact stress on primary healthcare workers during the COVID-19 pandemic?. *BMC Health Services Research*, 23(1), 730. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09677-0>
- Serrano, K. (2007). Women residents, women physicians and medicine's future. *WMJ: official publication of the State Medical Society of Wisconsin*, 106(5), 260–265.
- Suguna, G., Eugene Franco, C. (2017). A study on work-life balance of nursing staff working in private hospitals in Palayamkottai. *International Journal of Research Granthaalayah*, 5(8), 106–109. <https://doi.org/10.5281/zenodo.894620>
- Susánszky, É., Konkoly Thege, B., Stauder, A., Kopp, M. (2006). A WHO jól-lét kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 247–255.
- Susánszky, A., Ádám, Sz. (2022). Munka-család konfliktus alakulása a 18-40 évesek körében. *Kapocs*, 5(1), 63–69.
- Zsigmond, E., Kriszbacher, I., Dér, A., Bujtor, A., Bethlehem, J., Karamánné Pakai, A. (2010). Wellness állapot demográfiai jellemzők tükrében. *Nővér*, 23(2), 4–15.

AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

# Gyermekbetegek ellátása során alkalmazott hosszú távú centrális vénás kanül (port-a-cath) speciális ápolási kérdései

STREHÓ Virgínia

## ÖSSZEFOGLALÁS

**Céltűzés:** Magyarországon évente körülbelül 250-300 új daganatos gyermek beteg diagnosztizálása történik. A hosszú távú kezelés miatt hosszú távú vénás hozzáférés (port-a-cath) szükséges, ezzel elkerülhető a perifériás vénák gyakori szúrása. Ezek a katéterek használatosak a kemoterápiában, citosztatikus hígító kezelésben, valamint palliatív helyzetekben. A port-a-cath javítja az életminőséget. A vizsgálat célja a biztonságos betegellátás elősegítése egységes irányelvek kialakításával.

**Módszer:** Elsősorban a 2018–2023 közötti időszakban megjelent szakirodalmi publikációk és irányelvek felhasználása történt, egységes eljárásrendek, protokollok keresése a port-a-cath ellátásával kapcsolatban.

**Eredmények:** A vizsgálat során kiderül, hogy a korszerű ellátásban eltérések, hiányosságok mutatkoznak ezeknek az eszközöknek az ápolásával kapcsolatban, ami a katéterrel összefüggő szövődmények kialakulásához vezethet (például: CLABSI).

**Következtetés:** A biztonságos betegellátás és a szövődmények elkerülése érdekében az ápolóknak tisztában kell lennie a fontosabb definíciókkal és a helyes eljárás menetével, amihez szükség van egységes irányelvekre.

**Kulcsszavak:** port-a-cath, gyermek hematoológia, ápolás, CLABSI, ANTT

The Special Nursing Issues of Long-term Central Venous Cannula (port-a-cath) in Pediatric Care  
Virgínia STREHÓ

## SUMMARY

**Objective:** Approximately 250-300 new paediatric cancer patients are diagnosed in Hungary every year. Due to the long-term treatment and to avoid frequent piercing of peripheral veins, long-term venous access (port-a-cath) is needed. These catheters are used in chemotherapy, cytostatic dilution therapy and palliative situations. Port-a-cath improves quality of life. The purpose of the study is to promote safe patient care by developing uniform guidelines.

**Method:** I primarily used publications and guidelines published between 2018-2023, searching for uniform procedures and protocols related to the provision of port-a-cath.

**Results:** The examination revealed that in modern care there are discrepancies and deficiencies in the care and management of these devices, which can lead to the development of catheter-related complications (e.g. CLABSI).

**Conclusion:** To provide safe patient care and to avoid complications, nurses need to be aware of important definitions and the correct procedure, which requires uniform guidelines.

**Keywords:** port-a-cath, paediatric haemato-oncology, nursing, CLABSI, ANTT

STREHÓ Virgínia BSc ápoló,  
műtéti szakasszisztens,  
Heim Pál Országos Gyermek-  
gyógyászati Intézet központi  
műtő, SE-INK Gyermekosztály

**Levelező szerző**  
(corresponding author):  
STREHÓ Virgínia  
e-mail: streho95@gmail.com

**Beérkezett:** 2024. február 3.  
**Elfogadva:** 2024. június 5.

| Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.37.0014> | [www.eLitMed.hu](http://www.eLitMed.hu)

## A port-a-cath általános tudnivalói

A gyermek betegeket figyelembe véve, a daganatos betegségek a második helyen állnak a vezető halálokok körében. A krónikus betegségben szenvedő

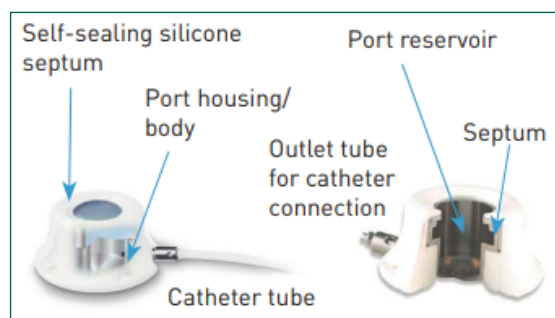
gyermekek esetén az implantált vasculáris hozzáférési eszközök (IVAD) – port-a-cath – nélkülözhetetlenek a kezeléshez. Ezek az eszközök olyan centrális vénás katéterek, amelyekkel elkerülhetők az ismételt perifériás vénás punkciók, továbbá kisebb a kockázat

a katéterrel összefüggő fertőzésekre. Rendelkezésre állnak különböző vascularis implantátumok, annak függvényében, hogy mi a diagnózis, a beteg életkora és a hozzáférési követelményeknek miként felel meg (Bawazir & Banoon, 2020).

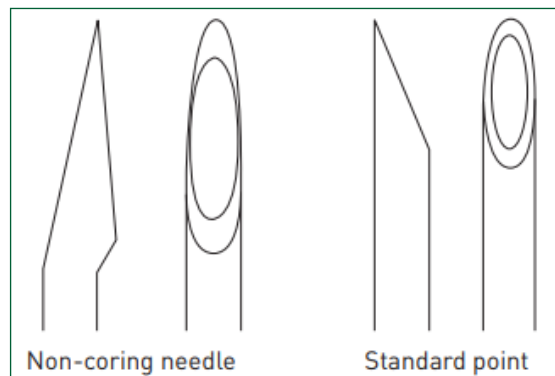
Dr. Szalai Márta 2016-ban kiadott könyve részletes leírást ad az onkológiai felnőtt betegeknél alkalmazott portok áttekintéséről, amelyet a gyermekápolásban ma is alapul vesznek. Az implantált portok (**1. ábra**) két fő eleme a „port” (portal) és a „katéter” (catheter) szó együtteséből tevődik össze. A port-a-cath (egy- vagy kétkamrás) egy özáró szilikonréteggel (septum) rendelkező dobból áll. A port készülhet műanyagból, rozsdamentes acélból, de akár titánból is. A dobhoz csatlakozó katéter pedig szilikonból vagy poliuretánból készül (Szalai, 2016).

Az implantált port alacsonyabb fertőzési rátával rendelkezik, jobb testképet nyújt, a kanül belépési helyét nem kell gondozni, ha nincs használatban, és azoknál a gyerekeknél ideális, akiknek nincs tűfóbiájuk. Ahhoz, hogy bármiféle terápiát indítsunk vagy invazív eljárást kezdeményezhessünk, a bőrt is és a gumimembránt is erre a célra kifejlesztett speciális tűvel (Huber-tű) kell átszúrni (Ujhelyi, 2019).

**1. ábra:** Beültetett port részei. (Forrás: Wynne, 2021)



**2. ábra:** Különbségek a non-coring és standard tűk között. (Forrás: Wynne, 2021)



### Rövidítések jegyzéke

ANTT = (aseptic non touch techniuie) érintésmentes technika
BJN = British Journal of Nursing
CDC = (centers for disease control and prevention) betegségmegelőzési és járványügyi központok
CLABSI = (central line-associated bloodstream infection) katéterrel összefüggő véráramfertőzések
CRT = (catheter related thrombosis) katéterrel összefüggő thrombosis
CVAD = (central venous access devices) centrális vénás hozzáférési eszközök
CVC = (central venous catheters) centrális vénás kanül
HIT = (heparin-induced thrombocytopenia) heparin által kiváltott thrombocytopenia
INS = Infusion Nurses Society
IV = (intravenous) intravénás
IVAD = (implanted venous access device) implantált vascularis hozzáférési eszközök
ONS = Oncology Nursing Society
PAC = port-a-cath

A Huber-tű (non-coring tű, **2. ábra**) egy olyan speciális tű, amit arra terveztek, hogy megakadályozza a dob szilikonmembránjának sérülését. Soha nem szabad a szabványos injekciós tűt használni, mert fennáll a veszélye annak, hogy a septum egy kis darabja eltörik és véletlenül a betegbe kerül. A non-coring vagy Huber-tűt a szakirodalomban Gripper-tűnek is nevezik. Ezek a tűk a hagyományosokhoz képest nyitott, kúpos végűek, a hagyományos tűk oldalukon nyílással rendelkeznek. A tű végén található 45 fokos szög akadályozza meg, hogy a szilikonból vagy akár a bőrből egy darabot kihúzzon. Mindezek mellett a Huber-tűk biztonsági tűk is, amelyek segítenek megelőzni a tűszúrásos sérüléseket, és a kórokozók vérrel történő terjedését (Wynne, 2021).

A tű kiválasztása során figyelembe kell venni a dob mélységét és a behatolási helyet borító szövet vastagságát. A tűk hossza 16 mm és 32 mm között van, és úgy tervezték, hogy áthaladjon a septumon a tartályba. Ha a tű rövid, előfordulhat, hogy nem éri el eléggé a tartályt, ami a beteget az extravasatio és az infiltratio veszélyének teszi ki. Extravasatio során a gyógyszer véletlenszerűen a környező szövetekbe szivároghat, ami súlyos sérülést okozhat, ha például kemoterápiát alkalmaznak. Ha a Huber-tű túl hosszú, az károsítja a port septumintegritását, csökkentve annak élettartamát, illetve a túlzott mozgás a tű meggörbülését vagy eltörését okozhatja. A megfelelő

túhosszt befolyásolja a beteg testsúlyának változása. Fogyás esetén a bőr alatti zsír és a bőr elvékonyodik, ezért rövidebb türe lesz szükség a porterózió elkerülése érdekében. Ezzel szemben, ha a beteg súlya nő, akkor hosszabb non-coring tű alkalmazására van szükség (Wynne, 2021).

Leggyakrabban előforduló szövődmények a hosszú távú állandó katéterrel rendelkező betegek esetén a pneumothorax, a haemothorax, a haematoma, a katéterrel összefüggő véráramfertőzések (későbbiekben CLABSI) és a katéterrel összefüggő thrombosis (későbbiekben CRT). Gyermek betegek esetén a katéterek cseréjét, javítását, eltávolítását általános érzéstelenítésben végzik, ezért rájuk ezek az események nagyobb hatással vannak. Fontos megjegyezni, hogy a szakirodalom tanulmányozása esetén szignifikáns különbségek vannak a gyermek és a felnőtt betegek között (életkor, alapbetegség, az ápolás folyamata, a kórokozó típusa, eloszlása). Mindezen ismeretlen tényezők akadályozzák a felnőttkori CLABSI-ra vonatkozó irodalmi adatok jelentős mennyiségének gyerekekre történő elkülönítését (Johansen et al., 2021).

Amennyiben a port megfelelően van gondozva és karbantartva, akár évekig is használható (Ujhelyi, 2019). Jelen célzott irodalmi kutatás szándéka, hogy felhívja a figyelmet a port-a-cath ápolásával kapcsolatos hiányosságokra és javaslatot tesz ezek kiküszöbölésére.

## Módszer

A port-a-cath ápolásával kapcsolatos információk összegyűjtésére célzott irodalmi kutatást végeztem. Publikusan elérhető online adatbázisokon kerestem szakmai irányelveket és ajánlásokat, amelyek a port-a-cath ápolására vonatkoznak. A kereséshez a Pubmed, ScienceDirect és a Google Scholar segítségével végeztem célzott irodalmi kutatást. A felhasznált kulcsszavak között szerepelt a port-a-cath, chemoport, pediatric hematology-oncology és a central venous. Elsősorban a 2018–2023 közötti időszakban megjelent szakirodalmi publikációkat és irányelveket használtam fel, ugyanakkor kulcsfontosságú szakirodalmi közleményt nem zártam ki abban az esetben, ha korábban publikálták. El kell ismerni, hogy vannak olyan ellentmondásos gyakorlati kérdések, amelyek nem rendelkeznek egyértelmű bizonyítékokkal az ajánlások megfogalmazásához, de léteznek olyan gyakorlatok, amelyek egyértelműen szabványosíthatók a bonyolult, költséges és szükségtelen eljárások csökkentése érdekében. A vizsgálat célja többek között, a hiányosságok feltárása mellett, a biztonságos betegellátás elősegítése az ápolók számára.

## Eredmények

### A port-a-cath folyadékkal történő feltöltése és öblítése

A kutatás során a port-a-cath sajátos ápolási feladatai között egységes eljárásrendet kerestem a kanülök folyadékkal történő ellátására. Több irányelv mellett számos kutatás is készült arról, mivel kell átöblíteni, illetve feltölteni a portokat. A szakirodalmak között szignifikáns eltérés mutatkozik a heparin és 0,9%-os NaCl alkalmazásáról. *Gerçeker* és munkatársai (2018) által végzett vizsgálatuk során arra a következtetésre jutottak, hogy az ápolók felkészültsége, szakképzettsége mellett a kanül öblítésének is fontos szerepe van. A manuálisan elkészített és egyszer használatos előretöltött öblítőfecskendőket összehasonlították (10 ml 0,9%-os NaCl). Az utóbbi egy prospektív, randomizált vizsgálatban hatékonyabbnak találták CLABSI-arányok csökkentésében (*Gerçeker et al.*, 2018). Bár az elzáródás tekintetében nincs szignifikáns különbség, kisebb elzáródás volt megfigyelhető az egyszer használatos előretöltött öblítőfecskendőket használó csoportban (*Gerçeker et al.*, 2018). Ennek oka lehet a vizsgált betegek alacsony száma. Ezzel szemben az Infusion Nurses Society (INS), Oncology Nursing Society (ONS) és Centers for Disease Control and Prevention (CDC) irányelvei a 10–20 ml 0,9%-os NaCl használatát javasolja 10 egység/ml heparinnal az elzáródás csökkentése érdekében. A pozitív nyomású (nyomás alatt történő) lezárásban mindkét tanulmány egyetértett.

Szignifikáns eltérés mutatkozik abban is, hogy a portokat többhetes használaton kívüli időszakban milyen időközönként és mivel kell átöblíteni. A CDC négy-nyolc hetet, ellenben a legtöbb gyártó csak négy hetet javasol öblítésre. A gyártói javaslatokból nem derült ki, milyen korábbi kutatásból származnak. Az ONS 100 egység/ml heparint javasol havonta vagy hat-nyolc hetente és minden használat után 5 ml-t. Más tanulmányok eredményei szerint a portok havi karbantartása túlzott, kényelmetlen és költséges is a páciensek számára. Ezáltal klinikai vizsgálatok javasolják a ritkább öblítést, mert ez a betegek számára biztonságos az érintésmentes technikával (ANTT) szemben. A port-a-cath ápolásának vizsgálata során egyértelmű válasz nincs a hazai szakirodalmak és kutatások között, milyen eszközök és lépések szükségesek a port eléréséhez a biztonságos betegellátás érdekében. Ezzel szemben *Wynne* klinikai útmutatója (2021) egy táblázatban összesíti a szükséges lépéseket.

A magyar irányelvek között a port-a-cath ápolásában hiányosságok mutatkoznak. A magyar szakirodalom – kiemelve a gyermekellátást – a portokat

**I. táblázat:** Audit eszköz a vascularis hozzáférési port kötözéséhez: érintésmentes technika. (Forrás: Conley et al., 2017)

Dátum	<input type="checkbox"/>
Személyzet kezdőbetűi	<input type="checkbox"/>
Bejegyzett nővér	<input type="checkbox"/>
Páciens kórlapszám	<input type="checkbox"/>
Kézhygiéna	<input type="checkbox"/>
Kesztyű	<input type="checkbox"/>
Nyissa ki az eszközöket a páciens jelenlétében a sterilitás megőrzése érdekében	<input type="checkbox"/>
Felület megtisztítása, felszerelés készítése	<input type="checkbox"/>
Aszeptikus technika, klórhexidin, dörzsölje a felületet 30 mp-ig	<input type="checkbox"/>
Legalább 30 mp-ig száradnia kell	<input type="checkbox"/>
Port fenntartása – az előkészítő helyet és a Huber-tűt nem érintjük	<input type="checkbox"/>
Kötés (steri-strip, tegaderm, bevágott lap)	<input type="checkbox"/>

általánosan a centrális kanülökhöz sorolja. A Tankórterem leírása alapján a heparinos Na és 0,9%-os NaCl javasolt (Pápai, 2018). A gyermekápolásban hangsúlyt kap a kanülök obszervációja és az ezzel kapcsolatos dokumentáció fontossága (Kovács & Szabó, 2020).

### A port-a-cath kötözése, kötécseréje

A kötözés és kötécseréje főbb kérdéseire a külföldi ajánlások között általános irányelvek vannak. A kutatáson alapuló bizonyítékok hiánya miatt szignifikáns eltérések mutatkoznak a vizsgáló- és a steril kesztyűk használata között. Az INS-szabvány a steril kesztyűk használatát javasolja. Az ONS és a CDC irányelvei a vizsgálókesztyűkét. Minden olyan eljáráshoz, amely során a kritikus területek érintése elkerülhetetlen, a steril kesztyű használata javasolt, ez az aszeptikus hozzáférés kulcsa (Conley et al., 2017). A DFCI projektcapata kifejlesztett egy audit eszközt a kötözés és kötécseréje nyomon követésére és az új technika, valamint a bizonyítékok elméleti alapjainak megerősítésére (I. táblázat). A legtöbb szabvány és irányelv – az ausztrál Department of Health, az INS, az ONS, a CDC – a 2%-os klórhexidint ajánlja 30 másodperces bőrradírozással és 30 másodperces száradási idővel. Ennek biztonságos betartására az ápolónők sajátos módszert – egy 30 másodperces vers vagy mondóka – dolgoztak ki, amely lehetővé teszi a megfelelő betegellátást. A páciensek bevonása is hatásosnak bizonyult, ezáltal az eljárás időtartama relevánssá vált számukra. A módszer betartásának legfontosabb eredménye ebben a

kis esetszámú kohorszvizsgálatban a CLABSI-ráták tartós csökkenése volt. A CDC arról számolt be, hogy a jól szervezett, az ellátást oktató, megfigyelő és értékelő programok kulcsfontosságúak a sikerhez. Arról is beszámolnak, hogy a fertőzések arányának csökkenése az aszeptikus ellátás szabványosítását követeli meg. A portokhoz való hozzáférés kritikus összetevőivel kapcsolatos fokozott tudatosság biztosította a betegek számára a legjobb gyakorlatot (Conley et al., 2017).

A kötszer csak a heg begyógyulásáig szükséges, a gyógyulást követően a portokat nem szükséges kötni. Amennyiben a Huber-tű szükségesnek bizonyul, az okkluzív kötés megválasztása szerepel az első helyen az átláthatóság érdekében (INS, ONS, CDC, ausztrál Department of Health, BJN). Ennek a kötésnek elég nagyoknak kell lennie, hogy lefedje a tűt és az egész nyílást (Wynne, 2021).

A magyar szakirodalom nem tesz különbséget a rövid és hosszú távú centrális kanülök kötözése, kötécseréje között a gyermekápolásban. A gyermekápolásban legtöbbször a felnőttellátásokat veszik alapul. A magyar irodalom is kiemeli az érintésmentes technika kulcsfontosságú szerepét, amelyre figyelni kell a kötécseréje alkalmával. A portokat nem szükséges kötni, csak abban az esetben, ha használatban vannak. Kötést akkor kell cserélni, ha az meglazulna, átázna vagy szennyeződne. A port beültetése után ajánlott az okkluzív kötés, amellyel a katéter külső része és csatlakozója is lefedhető (Ujhelyi, 2019). A hiányosságok a külföldi ajánlásokkal és további vizsgálatokkal kiküszöbölhetők.

### Megbeszélés

A kutatás során kiderült, hogy a port-a-cath katéterek folyadékkal történő feltöltésére irányuló eljárásrendek szignifikáns eltéréseket mutatnak. *Gerçekera* és munkatársai által végzett randomizált vizsgálatból kiderült, hogy további kutatásokra van szükség ezen új eszközök hatékonyságának felméréséhez. A biztonságos betegellátás és a CLABSI-k elkerülése érdekében az ápolók felkészültsége kiemelkedő szerepet játszik. Az egészségügyi személyzetnek tisztában kell lennie a főbb definíciókkal és az eljárás menetével. Ezekhez egységes irányelvekre és oktatásra van szükség. Kiderült továbbá az is, hogy a magyar szakirodalom sok helyen nem tesz különbséget a rövid és hosszú távú kanülök ellátásával kapcsolatban. A port-a-cath ellátására vonatkozó irányelvek hiányosak, ami a szövődmények kialakulásához vezethet.

Hiányosságok és szignifikáns eltérések vannak a kötözésben és kötécserében. Kutatásomból kiderült, hogy a portok kötése csak a porttű használata során szükséges, egyéb esetben a seb gyógyulását követően



**II. táblázat:** A port-a-cath hozzáféréssel kapcsolatos szabályok

Alkotóelem	Kritériumok	Szervezetek/kutatások
Kézhygiéna	Minden személynek kézhygiéniát kell végeznie, mielőtt hozzáférne a CVAD-hoz.	CDC, ONS, INS, BJN, Tankórt terem
Klórhexidin fertőtlenítő	A behelyezés helyén a bőrt 2%-os klórhexidinnel 30 másodpercig le kell dörzsölni, és legalább 30 másodpercig hagyni kell száradni.	CDC, ONS, INS, BJN, Tankórt terem (nincs adat, mivel kell fertőtleníteni a bőrt)
Minden CVAD-eljárás során szigorúan aszeptikus technikát kell alkalmazni	Nincs bizonyíték arra, hogy különbség lenne a fertőzések arányában a vizsgálókesztyűvel végzett és steril technika alkalmazásakor.	CDC, ONS, BJN
Kötés típusa	Nincs bizonyíték arra, hogy bizonyos kötszerek csökkentik a fertőzés kockázatát.	CDC, BJN
Tű stabilizálása	Minden porttűt kötéssel stabilizálni kell. A stabilizálás csökkenti a tű kimozdulását és a fertőzés kockázatát.	ONS, INS, BJN
Kanül öblítése	A portok öblítésével kapcsolatban ajánlott a heparinos NaCl, de ebben eltérések mutatkoznak.	CDC, ONS, INS, BJN, Tankórt terem, Gerçekera (2018)
Kanül hosszú távú feltöltése	A kanül hosszú távú feltöltésére vonatkozó adatokban eltérések mutatkoznak (négyhetente, négy-nyolc vagy hat-nyolc hetente, a legtöbb a négyhetes).	CDC, ONS, INS, BJN

ez elhagyható. A porttűk használata alatt a külföldi szakirodalmak a transzparens kötéseket preferálják a szűrési pont átláthatóságának érdekében. A külföldi szakirodalmakban kulcsfontosságú a kézfertőtlenítés mellett az érintésmentes aszeptikus technika alkalmazása. A kutatásból kiderül, hogy a megfelelő betegbiztonság érdekében lényegesen fontos az ápolónők számára egy bizonyítékokon alapuló egységes iránymutatás kialakítása.

A hazai szakirodalmak nem tesznek különbséget a rövid és hosszú távú CVC-k kötözése és kötéscseréje között. A rövid távú centrális kanülok ellátását veszik alapul. A hiányosságok feltételezhetően konfliktushelyzetet eredményeznek az ápolók körében, ami következképpen veszélyezteti a biztonságos betegellátást és a szövödmények kialakulását.

Az irodalom kutatásával feltárt ismereteket, mint a kanülok gondozására és a kanülmanipulációkra javasolt irányelveket, a könnyebb áttekinthetőség céljából a **II. táblázatban** összegeztem.

## Következtetés

A szakirodalmak vizsgálata során azt találtam, hogy a portellátás kulcsa a CLABSI megelőzése. A szabványosítás és az irányelvek betartásának célja az, hogy a CLABSI-t minden betegterületről kiküszöböljék, ezáltal növelhető a hatékony betegellátás. A port-a-cathtel rendelkező betegekre gyakorolt kritikus hatás arra kényszeríti az ápolókat, hogy meghatározzák és alkalmazzák a legjobb gyakorlatot.

A hiányosságok és eltérések kiküszöbölése érdekében a továbbiakban javasolt:

- A kutatást kiterjeszteni a magyar ápolók tudá-

sának felmérésére a port-a-cath ápolásának speciális kérdéseit vizsgálva. Többek között fel tudják-e sorolni a szükséges eszközöket, lépéseket, mivel és mennyi folyadékkal kell a kanüloket feltölteni, mikor/hogyan/mivel kell kötözni a portokat, mire kell figyelni a port kötözésével, ellátásával kapcsolatban. Tanulmányaik során mikor találtak portok ellátásával?

– A külföldi irodalomban fellelhető eljárásrendeket, irányelveket át kell venni a magyar irodalomba és/vagy ki kell dolgozni egy egységes irányelvet a magyar ápolók részére a biztonságos betegellátás és a szövödmények elkerülése érdekében.

– A port szűrése és kötözése során a steril és nem steril technika fogalmainak tisztázása, ezt követően a folyamat helyes kivitelezése érdekében javaslom a DFCI projektcsapata által kifejlesztett megfigyelési lap bevezetését. Ez lehetővé teszi az ápolók számára a kritikus helyek azonosítását – például a tű nélküli csatlakozó vége, az előkészített port helye, a Hubertű alja és vége – és a pontos lépések betartását.

## Köszönetnyilvánítás

Köszönetem fejezem ki kutatásom témavezetéséért és publikációm szakmai mentorálásáért *dr. Páll Nikolettának*. Köszönöm a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Központi Műtőszolgálat vezetőjének, *Maklári-Klekner Katalinnak* és dolgozóinak támogatását és segítségét a kutatás maradéktalan elvégzésében.

**Érdekltségek:** A szerzőnek nincsenek érdekltségei.

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

## Irodalomjegyzék

- Bawazir, O., & Banoon, E. (2020). Efficacy and clinical outcome of the port-a-cath in children: a tertiary care-center experience. *World journal of surgical Oncology*, 18(1), 134–134. DOI: 10.1186/s12957-020-01912-w
- Conley, S. B., Buckley, P., Magarace, L., Hsieh, C., & Pedulla, L. V. (2017). Standardizing Best Nursing Practice for Implanted Ports: Applying Evidence-based Professional Guidelines to Prevent Central Line-Associated Bloodstream Infections. *J Infus Nurs*, 40(3), 165–174. DOI: 10.1097/nan.0000000000000217.
- Gerçeker, G., Sevgili, S. A., & Yardımcı, F. (2018). Impact of flushing with aseptic non-touch technique using pre-filled flush or manually prepared syringes on central venous catheter occlusion and bloodstream infections in pediatric hemato-oncology patients: A randomized controlled study. *Eur J Oncol Nurs*, 33, 78–84. DOI: 10.1016/j.ejon.2018.02.002
- Johansen, M., Classen, V., & Muchantef, K. (2021). Long-term IV access in paediatrics – why, what, where, who and how. *Acta Anaesthesiol Scand*, 65(3), 282–291. DOI: 10.1111/aas.13729
- Kovács, G., & Szabó, A. (2020). Gyermekkori akut leukémiák, lymphomák. In: Ujhelyi E. (ed.). *A korszerű gyermekellátás és -ápolás kézikönyve 2*. Budapest: Medicina Kiadó; p. 907–961.
- Pápai, T. (2018). A port-a-cath kanül és ápolási vonatkozásai. Retrieved from <https://tankorterem.wordpress.com/2018/10/09/a-port-a-cath-kanul-es-apolasi-vonatkozasai/>
- Szalai, M. (2016). *A felnőtt onkológiai szakápolás alapjai*. Budapest: SpringMed Kiadó.
- Ujhelyi, E. (2019). Centrális véna biztosítása. In: Ujhelyi E. (ed.). *A gyermekápolás elméleti és gyakorlati alapjai* Budapest: Medicina Könyvkiadó; p. 897–909.
- Wynne, D. (2021). Your clinical guide to implanted ports and non-coring needles. *British Journal of Nursing*, 30(Sup7), 1–7. DOI: 10.12968/bjon.2021.30.Sup7.1



Az Ápolók Nemzetközi Tanácsa (International Council of Nurses, ICN) idei globális kampányszlogenje: **„A mi ápolóink. A mi jövőnk.”** Ennek keretében az idei kampány az ápolás gazdasági erejét hangsúlyozza.

Az ezzel kapcsolatban publikált jelentés mélyreható elemzést kínál arról, hogy az ápolói munkaerőbe történő befektetés milyen hatással van nemcsak a populációk jóllétére, hanem a gazdasági növekedés fokozására is; ezáltal is erősítve az egészségügyi rendszereket.

A jelentés olyan bizonyítékokat gyűjt össze világszerte ismert közgazdászok és más tekintélyes szakértők részvételével, amelyek arra mutatnak rá, hogy az ápolók és az ápolóképzés hozzájárulása merre vezet a globális gazdasági növekedésben, megfe-

lelő befektetési szint mellett. A jelentés szerint a rossz egészség világszerte a bruttó hazai termék (GDP) 15%-ába kerül, és a szerzők összekapcsolják a rossz egészséget és az elégtelen egészségügyi ellátást a gazdasági jóléttel.

Hangsúlyozzák, hogy a kormányoknak azt kell felismerniük, hogy a befektetés az ápolókba nem költség, hiszen az egészségügybe való befektetés pénzt takarít meg, és szakértők szerint egy egészséges populáció akár 12 billió dollárral is növelheti a globális GDP-t, vagyis 8%-kal.

Az ICN arra ösztönöz minden ápolót, szakmai szervezetet, hogy használják ezt a jelentést annak érdekében, hogy növeljék befolyásukat a döntéshozók, munkaadók és politikusok felé, hogy mindenki profitálhasson az ápolók erejéből és az ebből származó gazdasági megtérülésekből.

(Forrás: <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/international-nurses-day-2024-report>)

Az Év Elhivatott Fialat  
Szakdolgozója 2023:

**PSÓRA KRISZTINA**

# MESZIK

# 2024

DÍJAK

KERESSÜK A KIEMELKEDŐ KOLLÉGÁKAT!

**HATÁRIDŐ: 2024.10.31.**

Részletek és ajánlólap:  
[www.meszk.hu](http://www.meszk.hu) | [www.hivatasunk.hu](http://www.hivatasunk.hu)

Év Kiváló  
Szakdolgozója

Év Kiváló  
Szakdolgozói  
Közössége

Év Elhivatott  
Fialat  
Szakdolgozója

## 2024

**LÉGY BÜSZKE TE IS A SZAKMÁNKRA**  
és tegyük láthatóvá a kiváló kollégák munkáját együtt!

Ha ismersz olyan szakdolgozó kollégát vagy szakdolgozói közösséget,  
akit munkája, elhivatottsága alapján kiemelkedőnek tartasz, jelöld őket kiemelt díjazásra!  
Díjátadó a MESZIK-gálán.

főbb  
mint **30**  
éve  
LITERATURA MEDICA  
ANNO 1888  
az orvostudomány  
szolgálatában



AZ ÉV  
ELHIVATOTT FIATAL  
SZAKDOLGOZÓJA  
2024

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



