

NŐVÉR



AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

Scientific and educational journal
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

39. ÉVFOLYAM 1. SZÁM • 2026. február 27.

A TARTALOMBÓL

Post partumban lévő epilepsziás anyák alvásminőségének hatása az életmód egyes elemeire és a szoptatásra

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Etikai Kódexe



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





MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI
SZAKDOLGOZÓI KAMARA

E-TOVÁBBKÉPZÉSEK

teljesen online • rugalmas • bárholnan elvégezhető • gyors • felhasználóbarát

Jelenleg elérhető:

Naprakész tudás a műtéti
ellátásban –
Online továbbképzés

Az otthon, mint gyógyító tér.
Integrált ápolási megoldások

Intézeti gyógyszerügyi
szakasszisztensek és asszisztensek

NŐVÉR –
szakmai tudományos továbbképzés XI.

NŐVÉR –
szakmai tudományos továbbképzés XII.

NŐVÉR –
szakmai tudományos továbbképzés XIII.

NŐVÉR –
szakmai tudományos továbbképzés XIV.

4

ÚJ E-TOVÁBBKÉPZÉSÜNK
HAMAROSAN INDUL !

www.oktatas.meszk.hu



Kövessen bennünket!

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, 2026;39(1):1–40.

TARTALOMJEGYZÉK

ÁPOLÁSTÖRTÉNET

Az ápolói gyakorlat „evolúciója” – I. rész 3
Sövényi Ferencné, Perkó Magdolna

EREDETI KÖZLEMÉNY

Post partumban lévő epilepsziás anyák
alvásminőségének hatása az életmód
egyes elemeire és a szoptatásra..... 13
*Máté-Póhr Kitty, Marosfalvi Viktória, Dr. habil. Pakai Annamária,
Dr. Karácsony Ilona*

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNYEK

A fogászati félelem és szorongás lélektana,
megelőzése és kezelése 19
Gulyás Judit

A változókor hatása a szájegészségre 26
Schuller Anikó, Dr. Németh Anikó PhD

ÁPOLÁSETIKA

Megújult a MESZK Etikai Kódexe:
Iránytű a modern egészségügyi környezethez 31
Viziné Molnár Anna

Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
Etikai Kódexe 35

CONTENTS

NURSING HISTORY

The "Evolution" of Nursing Practice – Part I 3
Ferencné Sövényi, Magdolna Perkó

ORIGINAL ARTICLE

Impact of Sleep Quality in Postpartum
Mothers with Epilepsy on Selected Lifestyle Factors
and Breastfeeding 13
*Kitty Máté-Póhr, Viktória Marosfalvi, Annamária Pakai PhD habil,
Ilona Karácsony PhD*

REVIEW ARTICLES

The Psychology, Prevention, and Management
of Dental Fear and Anxiety 19
Judit Gulyas

The Impact of Menopause on Oral Health 26
Aniko Schuller, Aniko Nemeth PhD

NURSING ETHICS

New HCHP Code of Ethics:
A Guide to the Modern Healthcare Landscape 31
Anna Viziné Molnár

Code of Ethics – Hungarian Chamber
of Healthcare Professionals 35

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

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

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

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

A kiadvány megjelenését gondozza:

LITERATURA MEDICA
ANNO 1990

LifeTime Media Kft. egészségügyi divíziója

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

Főszerkesztő/editor-in-chief

Dr. Hirdi Henriett Éva (PhD)

Szerkesztők/editors

Dr. Németh Anikó (PhD)

Dr. Papp Katalin (PhD)

Szerkesztőbizottság/editorial board

Arany Ida

Dr. Balogh Zoltán (PhD)

Prof. Dr. Betlehem József (PhD)

Dr. Fedineczné Vittay Katalin

Jakab Judit

Dr. habil. Oláh András (PhD)

Dr. Pápai Tibor (PhD)

Dr. Papp László (PhD)

Dr. Rajki Veronika (PhD)

Sövényi Ferencné

Szobota Livia

Tóth Andrea

Dr. Tulkán Ibolya (PhD)

Nemzetközi szerkesztőbizottság/ international editorial board

Prof. Dr. OiSaeng Hong (PhD)

Prof. PhDr. Valérie Tóthova (PhD)

A folyóirat szakmai támogatója



Helps. Cares. Protects.

Lapunkat rendszeresen
szemléli a megújult

www.observer.hu

NŐVÉR**AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A lapban megjelent valamennyi cikk közzéi joga a Kiadót illeti.

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

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

Az ápolói gyakorlat „evolúciója” – I. rész

SÖVÉNYI Ferencné, PERKÓ Magdolna

ÖSSZEFOGLALÁS

Jelen kézirat az ápolói gyakorlat és tudásanyag fejlődéstörténetét tekinti át az ókortól a modern, intézményesült képzés kialakulásáig. A szerzők bemutatják az ápolás „evolúcióját”, amelynek során a tevékenység a kezdeti, tapasztalati úton átadott családi önellátástól a keresztény rendi ápoláson keresztül eljutott a tudatosan felépített világi hivatásig. A közlemény külön figyelmet szentel a magyarországi vonatkozásoknak, bemutatva, miként váltotta fel a hagyományalapú „betanítást” a szakszerű, elméleti alapokon nyugvó ápolóképzés.

Kulcsszavak: ápolástörténet, ápolóképzés, ápolási gyakorlat

The “Evolution” of Nursing Practice – Part I

Ferencné SÖVÉNYI, Magdolna PERKÓ

SUMMARY

The present manuscript reviews the evolutionary history of nursing practice and knowledge from antiquity to the emergence of modern, institutionalized education. The authors present the „evolution” of nursing, a process through which the activity progressed from initial, experience-based family self-care through Christian religious orders to a consciously structured secular profession. The publication devotes special attention to the Hungarian context, demonstrating how tradition-based „on-the-job training” was replaced by professional nursing education rooted in theoretical foundations.

Keywords: history of nursing, nursing education, nursing practice

Levelező szerző

(corresponding author):

SÖVÉNYI Ferencné

E-mail:

sovenyi.ferencne39@gmail.com

Beérkezett: 2025.05.31.

Elfogadva: 2025.10.08.



| Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.39.0001> | www.eLitMed.hu

„A vállamra telepedő évek során rájöttem, hogy nincs új a Nap alatt; ha örömet akarunk, a jót kell utánoznunk, az igazat kell újratereimtenünk, a szépet újraálmodnunk. És meg kell osztanunk titkainkat. Szét kell szórunk aranyainkat, mert igazán csakis az a miénk, amit másokba átültettünk, másokkal megértettünk, elfogadtattunk.” (Tar Károly)

Visszatekintés

Tar Károly nagy igazságot tartalmazó gondolatait a következő sorokban a széles értelemben vett ápolási gyakorlat „fokozatos változásával” kötik össze.

Az ápolás, a másokkal való törődés, az ókor kezdetétől a XIX. század utolsó néhány évtizedéig elsősorban mint „segítő” foglalkozás létezett. Ebből törvényszerűen következett, hogy a hangsúly csaknem kizárólag a cselekvésen volt.

Kezdetben az ápolás elsajátítása hagyományon alapuló – „így szoktuk csinálni” – módszerrel történt, tehát, akik az ápolás területén terveztek munkát végezni, nem képzéssel, hanem példákön át készültek fel a feladatokra.

Az önálló ápolói tudás – mint például az orvosi vagy más akadémiai ismeretanyag – még sokáig nem létezett. Csak a XIX. század vége felé vált intézményessé az ápolószemélyzet képzése. Az elméleti tudásanyag jelentős része, elsősorban csak az orvostudomány mindenkorai gyakorlatából táplálkozott.

Az ápolói gyakorlat szinterei a történetek tükrében

Tényként szögezhetjük le: az „ápolói tudás az ápolási gyakorlatában realizálódik”. Ennek fejlődési folyamatát, főbb jellemzőit, sarokpontjait így összegezhettük.

Az ősi, hagyományos ápolás az egész társadalom felé irányult, színtere az önellátás, a család és a közösség volt. Az akkori, ősi „tudás” megfigyelésen, tapasztalaton alapuló, empirikus és szájról szájra terjedő ismeret volt. Az ápolás irodalma a „szakmai gyakorlat autonóm zónája” kifejezéssel írja le.

A középkorban honosodott meg, erősen a kereszténységhez kötődő *rendi ápolás*, a kolostorokhoz kötődő gyakorlati tevékenységként, zárt világban működött és speciális csoportokra irányult, például szegényekre, árvákra, katonákra, betegek, tehát az ápolói szakmai gyakorlat területe itt behatárolódott, de a „képzés magvai” már megjelennek.

A betegápoló szerzetesek és a diakonisszák tevékenysége kapcsán már beszélhetünk emberbaráti indíttatású ápolói hitvatástudatról.

Hazánkban a XVIII-XIX. század fordulóján kezdett különválni a szerzetesi és a világi ápolás. II. József egészségügyi intézkedései támogatták a szerzetesek gyógyító tevékenységét, de már hangsúlyt helyeztek a világi ápolók szakmai felkészítésére is. Az egészségügy ebben az időszakban súlyos ápolóhiánnyal küzdött, amelyet csak fokozott a szabadságharc kitörése.

Az ápolás harmadik nagy „történelmi” rendszere, a *gyógyító típusú ápolás*. Kialakulása az ápolói szerep változásán keresztül valósult meg. Valójában az európai modern orvostudomány legális létrehozása (azaz annak gyakorlóinak oktatása) és egyéb intézményeinek kialakulása, változása hozta létre az ápolás „*betegközpontú és feladat-orientált*” gyakorlatát. Ezzel a betegközpontú ápolás csorbát szenved. Itt az ápolói szerep jelentősen változott, az elméleti és gyakorlati ismeret nagyrészt az orvoslásból táplálkozott.

A világi ápolás, az ápolás gyakorlatának alapjai

A jelenlegi ápolási gyakorlatról, annak különböző vetületeiről, a világi ápolás megteremtője, *Florence Nightingale (1820–1910)* tevékenysége méltatása nélkül szakszerűtlen cselekedet lenne, hiszen ő az origó. Kisugárzása, hatása az egész világon – így a magyar honban is – érvényesült (**1. ábra**).

Munkásságának örök érvényű lenyomata a *Notes on Nursing* műve olyan, mint magányos fa a sivatagban, de a világ legtöbb könyvtárában megtalálható. „*Feljegyzések az ápolásról*”, valójában ez az ápolás első

1. ábra: A Nightingale-féle ápolóképzési rendszer széles körű elterjedését bemutató térkép az első 50 évben (1860–1910) (Stewart & Austin, 1962)



TABLE OF CONTENTS.	
VENTILATION AND WARMING	8
FEEDING OF INFANTS	14
FEEDING MANAGEMENT	20
TOOTH	22
VARIETY	23
TAKEING FOOD	24
WHAT FOOD IS	29
BED AND BEDDING	43
LAUNDRY	47
CLEANLINESS OF ROOMS AND WARD	48
PERSONAL CLEANLINESS	50
CLEANLINESS BODY AND APPAREL	54
CLEANLINESS OF THE FACE	59
CARETAKING	71
APPENDIX	77

2. ábra: Florence Nightingale *Notes on Nursing: What it is and what it is not* című könyvének borítója (Dover Publications, 1969; az eredeti mű kiadási éve: 1859)

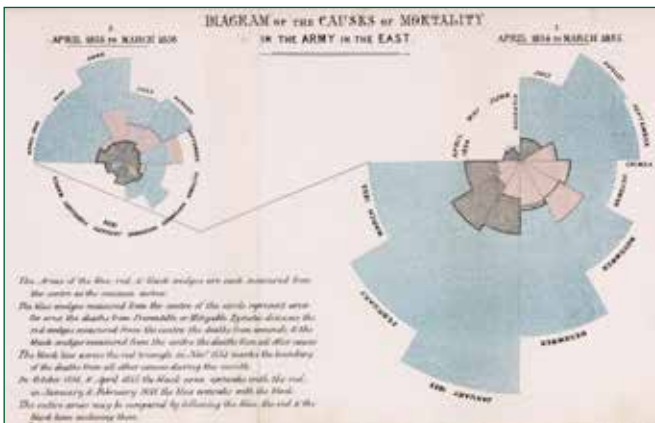
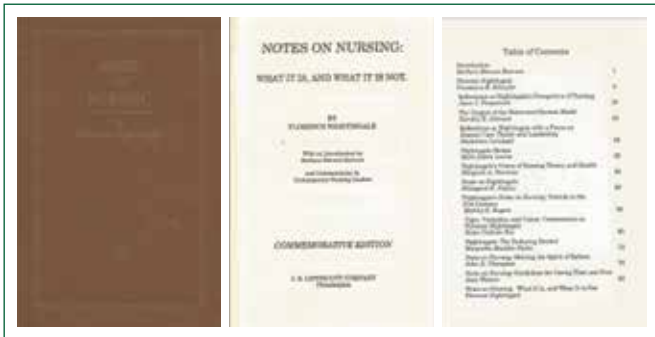
tankönyve (**2. ábra**). Az eredeti angol kiadás tartalomjegyzéke szemléletesen tükrözi az ápolás gyakorlatáról vallott nézeteit.

A *Lippincott Company* saját működése két évszázados ünneplése alkalmából egy „*emlékkiadással*” leperte meg a világ ápolóit. Ápoláselméleti neves szakembereket kértek fel, hogy emlékezzenek, hogyan hatott saját életútjukra Nightingale munkássága. A kiadvány tartalomjegyzéke nevesíti az emlékezőket és az általuk kiemelt „*Nightingale*”-emlékeket (**3. ábra**).

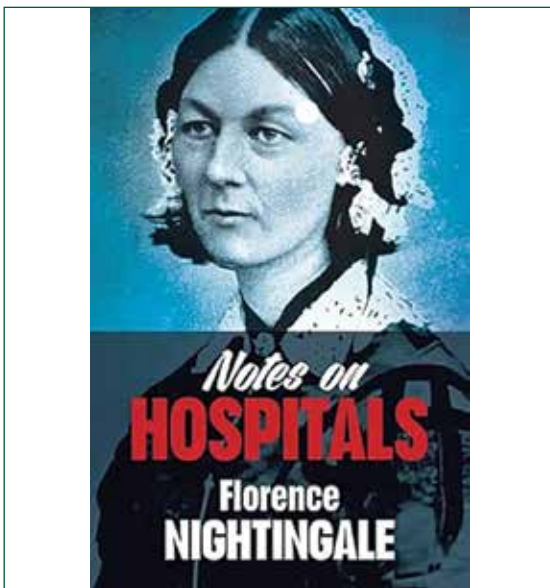
A visszaemlékezők méltatásaiból így rajzolódik ki Florence Nightingale nagysága: Florence Nightingale-t a legenda, jelkép, ikon, pionír, leader, innovátor fogalmakkal illetik.

Legnagyobb tettének tartják, hogy a rendi és diakóniai ápolás mellett lerakta a világi ápolás alapjait, megteremtette a tanult ápolók rendjét, megalapozta és segítette az ápolói elit kialakulását.

3. ábra: Florence Nightingale Notes on Nursing című műve emlékkiadásának (Commemorative Edition) borítója és tartalomjegyzéke (J. B. Lippincott Company)



4. ábra: Florence Nightingale „rózsadiagramja” vagy poláris diagramja, amely a brit hadsereg halálozási okait illusztrálja, 1858. (Forrás: Wikimedia Commons)



5. ábra: Florence Nightingale Notes on Hospitals (Feljegyzések a kórházról) című művének borítója (2015-ös kiadás; az eredeti mű kiadási éve: 1859)

Írásos feljegyzéseiben kirajzolódnak előttünk az ápolás nagy alrendszerai: az ápolási gyakorlat, az oktatás, a képzés és a kutatás.

Megteremtette a *betegápolás etikai alapjait*. Az ápolónőktől kiemelkedő szakmai tudás mellett erkölcsi tisztaságot is követelt. *Hivatássá emelte az ápolói munkát*. Működésének eredményeképpen óriási változás következett be a gyógyászatban és a kórház világában.

Külön érdekékként kell értékelni, hogy az ápolás területén szerzett gyakorlati tapasztalatait írásos formában megjelenítette, így „*taníthatóvá – tanulhatóvá*” tette. Létrehozott egy *új tudományt, nevezetesen az ápolástant*.

Az emlékkiadvány tartalmazza „*Feljegyzések az ápolásról*” Florence Nightingale eredeti szavaival közkinccsá tett megállapításait.

Az ápolásról írt alpművében nem csupán a szakmai megállapításai korszakalkotók, hanem a statisztika területén nyújtott teljesítménye is egyedülálló. Könyvének függelékében már korcsoportok és területi eloszlás szerint összeállított táblázatban mutatta be Nagy-Britannia ápolói állományát. Nevéhez kötődik a kördiagram, új „*polaris diagram*” változatának megalkotása (**4. ábra**).

Ezen eredmények jelentőségét hűen tükrözi, hogy a hazai statisztikusszakma is felfigyelt rájuk. *Kármán Vera* például a Magyar Közgazdasági Társaság Statisztikai Szakosztályának statisztikatörténeti ülésén, 1969. január 30-án méltatta Florence Nightingale úttörő statisztikai munkásságát.

Florence Nightingale az ápolásról írt feljegyzésein túl könyvet írt a kórházakról is (**5. ábra**).

A *Feljegyzések a kórházról* írás értékét leghűebben az Orvosi Hetilapban dr. Markosovszky Lajos könyvismertetése igazolja (**6. ábra**).

„Miss Nightingale a nagyra és kicsinyre, az épületekre és az ápolásra egyaránt fordítja figyelmét, s életrevaló alapos intéseket ad. Így kiemeli például azon feltűnő különbséget, melyet ugyanazon vagy hasonló betegségeknel, különösen azok tartamára és kimenetelére nézve, különféle kórházaknál tapasztalhatni.” (Markosovszky, 1861)

„A Florence Nightingale története felhívja a figyelmet. Az ápolói és a kórházak világát nemcsak ápolói képességeivel, hanem statisztikai hozzájárulásával tudta átalakítani. Úttörője volt annak a gondolatnak, hogy a társadalmi jelenségeket meg lehet mérni és matematikai elemzés alá vonni.” (González, 2019)



6. ábra: Florence Nightingale munkásságának megjelenése a magyar orvosi szakirodalomban: részlet az Orvosi Hetilap 1861. május 5-i számából

A „gyógyító ápolás” hazai mérföldkövei a „betanítástól a megtanításig”

A világi kitekintés után nézzünk szembe a magyar viszonyokkal, amit röviden ma már így foglalhatunk össze: „*ápolók képzése a hat hónaptól a hat évig*”.

A korábbi időszakhoz képest az utóbbi két évszázadot az orvostudomány és hozzá törvényszerűen kapcsolódó kórházfejlődés nagyléptékűsége jellemezte és „*társutasként*” ott találjuk a „*gyógyító ápolás gyakorlatát*”.

Ebben az időben, a legtöbb kórházban, klinikán helyben „*tanították*” az ápolást végzőket.

A hazai ápolóképzés meghatározó mérföldköveként 1881-ben megalakult a *Magyar Vöröskereszt*. Az új szervezet kiemelt prioritásként kezelte a szakszerű nővérképzést: 1885-től a módszertani központnak számító *Vöröskereszt Erzsébet Kórházának Betegápolónői Intézete* adott otthont a tanfolyamoknak. A századfordulóra a hazai egészségügy már közel 500 képzett vöröskeresztes ápolónővel gazdagodott, az itt szerzett okleveleket pedig országszerte minden kórház elismerte.

A XX. század elején a Gondviselés Egyesület és a Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete szervezte – az akkori lehetőségek között – az ápolónők képzését.

A helyi szerveződések közül kiemelkedett a *Szent Rókus Kórházban működő Márta Betegápoló Egyesület*, („*Márták*”), amely belügyminiszteri jóváhagyással 1926. augusztus 31-én kezdte meg hivatalosan a működését. A *Révai nagy lexikona* (1935) a „*rendi közösségben élő világi ápolónői szervezetként*” írja le.

A „*Márták*” 22 évig dolgoztak a Rókus Kórházban. Ez idő alatt 350 nővér nem-

zetközileg is elismert betegápolói oklevelet szerzett. A szervezet feloszlása után is sokan a Szent Rókus Kórházban tovább dolgozhattak, munkájukat továbbra is a „*Márta-szellemben*” végezték. Nagyon szerették a kórházat, ahol dolgoztak. Ápolták a jó kapcsolatokat, nagyon sok közhasznú munkát végeztek. A „*Márták*” közül voltak, akik mint az „*egészségügy kiváló dolgozója*” mentek nyugdíjba.

E rövid válogatott visszatekintés tükrözi, hogy hazánkban az ápolónőképzésnek olyan „*sok gazdája*” volt, mondhatni nem is volt gazdája. Más országokkal ellentétben nálunk sokáig hiányzott az állami felelősség.

Az *első államilag is elismert* ápolónőképzés bölcsője a *debreceni Magyar Királyi Tisza István Tudományegyetem* volt. A Belklinikára élére 1921-ben *Csiky József egyetemi tanár* nyert kinevezést, aki kinevezése után nagy buzgalommal és hozzáértéssel szervezte meg az új klinika munkarendjét. Csiky célkitűzésének tekintette, hogy a klinikatelepet jól képzett, saját nevelésű ápolónőkkel lássa el, mivel a rendelkezésre állók nagyobb része képzésben nem, vagy alig részesült. Ezért kezdetben az ápolónők részére csak „*helyi*” tanfolyamokat indított.

A tudományegyetem szervezetén belül működött az „*első államilag felügyelt*” ápolónőképző, majd később az *OKI felügyelete alatt Ápolónő- és Védőnőképző Intézet*. A Rockefeller Alapítvány támogatásával 1926-ban létesített Magyar Királyi Országos Közegészségügyi Intézet – állami megbízásból – közel másfél évtizeden át irányította az ápolónő- és védőnőképzést és formálta azok gyakorlatának fejlődését.

A kezdeti „*állami felelősség jelképeként*” fogható fel a Magyar Királyi Népjóléti és Munkaügyi Minisz-



7. ábra: Betegápolás tankönyve. (Forrás: <https://www.antikvarium.hu/konyv/a-betegapolas-tankonyve>)



8. ábra: Dr. Joóné Tarr Mária *Elméleti és gyakorlati betegápolástan* című tankönyvének borítója (1944-es kiadás; az eredeti mű 1934-ben jelent meg)



9. ábra: Első modern jogszabály a betegápolási szakképesítésről. Magyar Közlöny 1946;139:7-8.



10. ábra: P. A. Barhas Betegápolás (1947) című műve magyar fordításának borítólapja. (Forrás: ESZK/ETI Könyvtár)

térium a hazai viszonyokhoz adaptált *A betegápolás tankönyve*, amely 1924-től mint hivatalos tankönyv került bevezetésre (**7. ábra**).

A Tudományegyetem Testvéreképző Intézetében oktatott dr. Joóné Tarr Mária „tanító testvér”, aki egy évtizeddel később – nemzetközi tapasztalattal és tanácsadással – egy modern, ápolónő által írt ápolástankönyvvel ajándékozta meg a magyar ápolást és a leendő ápolónőket (**8. ábra**). Itt már olvashatunk a modernebb iskolai demonstrációs teremről és a mintakórteremről.

A második világháború után a szakszervezet sürgetésére, legelőször az „általános betegápolási szakképesítést” a maga komplexitásában szabályozták. Nem az ápolói gyakorlat fontossága miatt. A sürgettetés oka elsősorban a „megszüntetni a régít”, a rendi ápolókat mielőbb kiszorítani a kórházakból.

Dr. Molnár Erik népjóléti miniszter már 1946. június 17-én kihirdette az 5.800/1946.NM. számú rendeletét az általános betegápolási szakképesítésről.

Szinte hihetetlen, de néhány hónap alatt egy nagyon modern és szakszerű jogszabály készült el. E rendelet „történelmisége” a preambulumban van. Mint látható, a felhatalmazó törvénycikk a Közegészségügy rendezéséről szóló 1876. XIV. tc., ekkor éppen 70 éves (**9. ábra**).

A régebben használt könyveket gyorsan pótolták egy oroszról fordított „betegápolás” könyvvel (**10. ábra**).

Az egészségügy az 1950. december 16-án létesített Egészségügyi Minisztériummal kapott önállóságot és lett gazdája a magyar egészségügynek, benne az ápolóképzésnek is azzal, hogy önálló szakoktatási osztály létesült. Az első feladatok között szerepelt az egységes tananyagok biztosítása. Ez volt a „barna könyvek” időszaka (**11. ábra**).

Azok a hatvanas évek, avagy a gyógyító típusú ápolás megalapozása

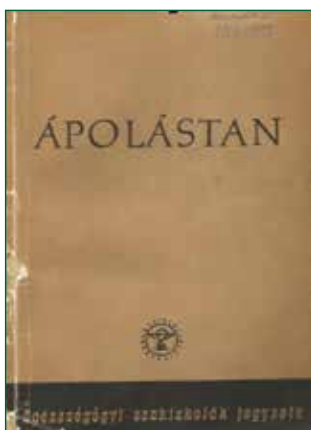
A második világháború után számtalan területen, éveken át „*ex lex*” helyzet alakult ki, mert a régi már nem, az új pedig még nem működött. De, mint előzetesen láttuk, ez alól kivétel volt az ápolóképzés szabályozása.

Az orvosi rendtartás területén azonban még éveknek kellett eltelnie az újraszabályozásig, amelyre végül az orvosi rendtartásról szóló 1959. évi 8. számú törvényerejű rendelet kiadásával került sor (**12. ábra**).

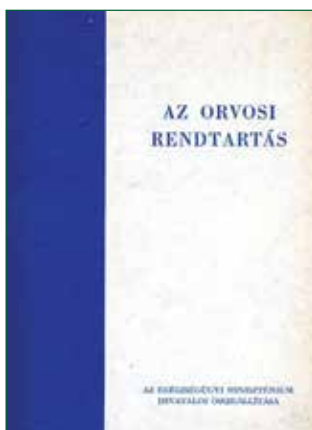
Megjelent az 1/1960. (Eü. K. jan. rk.) Eü. M. számú utasítás az orvosi rendtartás végrehajtásával kapcsolatos eljárási szabályokról. Az utasítás 3. számú melléklete tételesen meghatározta az „*orvosi oklevéllel nem rendelkező egészségügyi dolgozók*” (például ápolók, műtősnők) által – megbízás alapján – végezhető orvosi ténykedéseket. Nevezhetjük ezt az első „*licenyszerű*” szabályozásnak is. A kialakított helyzet sürgette az ápolóképzés újraszabályozását is (**13. ábra**).

Ezt követően az ápolók képzésének ügye, újjászervezése folyamatosan napirenden volt. Egyik központi kérdés volt a „*csak szakiskolák*” oktatási rendszerbe illesztése, felsőszinten, amire akkor a szakmapolitikai hajlandóság megvolt. A minisztérium készülve erre a tervre, nagyon modern dokumentumokat adott ki. Ezek hasznosultak, de az iskolák viszont továbbra is az oktatási rendszeren kívül rekedtek és úgynevezett „*szakiskolákként*” működtek, hozott iskolai végzettségi szintre szakmai végzettséget építettek.

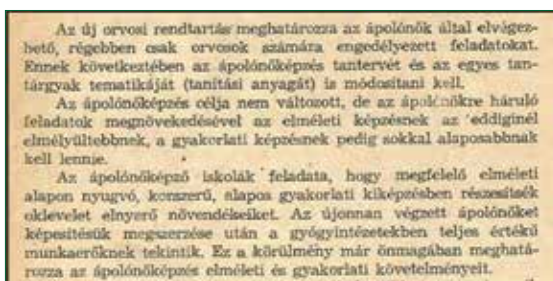
A kialakított modell, a klasszikus „*duális képzés*”, azaz „*egy iskola egy kórház*” volt. Mint ismeretes, a duális képzés az egyik leggyorsabb és leghatéko-



11. ábra: Ápolástan, Egészségügyi Minisztérium Szakoktatási Osztálya



12. ábra: Orvosi Rendtartás, Egészségügyi Minisztérium, 1961



13. ábra: Az ápolónőképzés tanterve és tematikája. Egészségügyi Minisztérium Középfokú Tanintézetek Osztálya. Medicina Könyvkiadó

nyabb eszköz a minőségi munkaerő hiányának kezelésére, erre a második világháború veszteségeinek mielőbbi pótlásakor nagy szükség volt.

Az ápolóképzés rendszerét egységesítették a szakképesítésenként kidolgozott működési szabályzatok és a hozzájuk tartozó tantervek, amelyek jogszabályi keretek között rögzítették a pontos szakmai fogalmakat. A szakoktatók egymás között csak a „*híres négyes fogatként*” emlegették ezt a meghatározó dokumentumegyüttest (**14-15. ábra**).

A tanterv felépítésében a fokozatosság és a folyamatosság érvényesült, a képzési idő eltérő volt. Naplapi képzést hetekben (104 hét akkori heti 48 órával), a munka melletti képzést években (három év) határozták meg (**16. ábra**).

Az ápolóképzés fizikai környezetének hármas egysége: a tanterem, a demonstrációs terem és – az ápolóképzés „szívét” képező – tanítókórterem volt.

A demonstrációs terem fogalmát és eszközigényét az 1962-es ápolónőképzés tanterve definiálta, amelynek teljes szövegét a **17. ábra** szemlélteti.

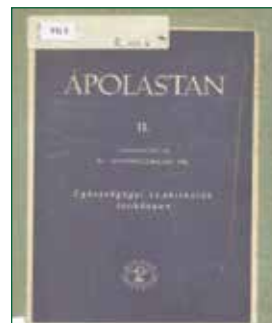
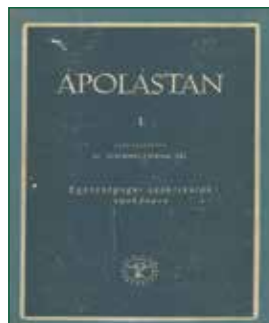
Az ápoló-utánpótlás nevelésében fontos az egészségügyi intézmények, gyakorlóterületek szerepvállá-

lása. A magas színvonalú gyakorlati képzés alapvető feltétele, hogy a képzőhely technikai, tárgyi felszereltsége megfeleljen az adott szakképesítés oktatásához, valamint legyen olyan szakmai végzettséggel és gyakorlattal rendelkező szakember, aki a szakképzési törvény előírásai alapján gyakorlati oktatóként részt vesz a jelöltek képzésében. Fontos az is, hogy a gyakorlati oktató rendelkezzen az oktatáshoz, a gyakorlati tudás átadásához szükséges pedagógiai felkészültséggel.

Az ápolóképzés tantervében kiemelt szerepet kapott a tanítókórterem nagyon részletes és pontos leírása és az egyes műszakok „feltételezett” feladatainak tételes felsorolása (**18. ábra**).

És egy különlegesség: A sikeres képesítővizsgát az egységes országos nyilvántartásba vett oklevéllel hitelesítették. Ennek birtokában a végzett ápolónak kötelező volt elhelyezkedni és másfél évet „*kötelező szakmai gyakorlati címen*” ápolói munkakörben eltölteni abban az egészségügyi intézetben, ahova a minisztérium vezényelte (**19. ábra**).

Az ápolás tevőleges gyakorlatára szakmailag nagyon felkészített, felelős ápolók „*tömegesen*” jelentek meg a kórházakban és a másfél éves kötelező szakmai gyakorlat alatt szoros kötődés alakult ki a munkahellyel. Valójában itt lettünk ápolók!



14-15. ábra: A „négyesfogat” (Medicina Könyvkiadó, 1961-62)

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

A MUNKA MELLETTI ÁPOLÓNÓKÉPZÉS TANTERVE	
A képzési idő: 3 év	
A képzés hároméves időtartama (156 hét) alatt az oktatásra fordítható idő 136 hét. Hetenkénti oktatási elfoglaltság $3 \times 3 = 9$ óra, amely összesen 1224 óra tantervi időt jelent.	
A képzés tantervének évenkénti megoszlása:	
I. év: előkészítő szak	
elméleti-gyakorlati szak	38 hét
oktatási szünet	6 hét
	52 hét
II. év: elméleti-gyakorlati szak	
oktatási szünet	46 hét
	6 hét
	52 hét
III. év: elméleti-gyakorlati szak	
oktatási szünet	44 hét
képesítő előkészítő és vizsga	4 hét
	52 hét

16. ábra: Az ápolónőképzés tanterve és tematikája. – Az Egészségügyi Minisztérium Középfokú Tanintézetek Osztályának kiadványa (Medicina Könyvkiadó)

Demonstrációs terem	
A gyakorlati oktatás alapfeltétele a szükséges berendezéssel és felszereléssel ellátott, megfelelő nagyságú demonstrációs terem.	
Ideális állapot esetén az ápolónőképző iskolában a kórházi osztálynak megfelelő helyiségekben gyakorolnának a növendékek. Ezek a demonstrációs egységek körteremből, előkészítő helyiségből, tálalóból és ápolási eszközökkel felszerelt, kiöntővel ellátott WC-ből állnának. Az egység körterme négy-hatágyas lehetne s benne a körtermi berendezésen kívül táblát és jegyzetelésre alkalmas ülőbútort kellene elhelyezni.	

17. ábra: Az ápolónőképzés tanterve és tematikája (1962) – Az Egészségügyi Minisztérium Középfokú Tanintézetek Osztályának hivatalos kiadványa (Medicina Könyvkiadó)

Nevelő, szakoktató vagy egészségügyi tanár?

Az egészségügyi szakképzés történetében ez a három fogalom „váltakozással és eltérő tartalommal”, de végighúzódik.

Egyik központi kérdés volt: „Ki tanítson”? A kezdeti lépések ma már szinte hihetetlennek tűnnek. Az egyik minisztériumi felmérés szerint kezdetben a szakiskolák igazgatói, nevelői (akkor ez volt a hi-

vatalos megnevezésük) legtöbbször csak négyéves középiskolát végzett és nagyon kevesen rendelkeztek érettségivel, nem is szólva a főiskolai vagy egyetemi végzettségről.

Az egységes „egészségügyi szakiskolai” hálózat fokozatos kialakításával párhuzamosan a szakképzés feltételrendszerének megteremtése folyamatosan napirenden volt. Az egységet az egészségügyi miniszter 22/1961. (Eü.K.12.) Eü. M. számú utasítása az egészségügyi szakiskolák működési szabályzatáról a 3. § a nevelők feladatkörét részletesen határozza meg (**20. ábra**).

Az ötvenes évek elején, az állami egészségügyi szakképzés kialakításának kezdeti időszakában, négybetes „gyorstalpaló” pedagógiai továbbképző tanfolyamokat szerveztek azok számára, akik az egészségügyi szakiskolákban nevelőként alkalmazásra kerültek. Feladatuk elsősorban az ápolástan oktatása, a kórházi gyakorlat vezetése és az orvos oktatók által tanított tárgyak „korrepetálása” volt.

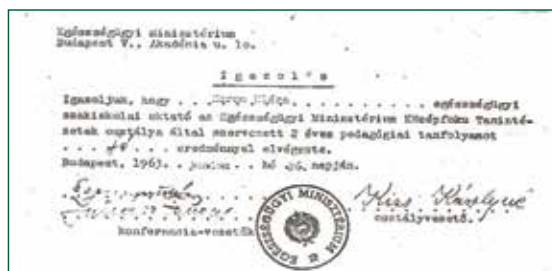
Az 1960-as évektől az Egészségügyi Minisztérium kétéves pedagógiai tanfolyamot szervezett részükre, és több alkalommal kezdeményezte, de eredmény nélkül, a tanárképzést (**21. ábra**). Később az ETI kapta feladatul a szakoktatóképzést, és mintegy másfél évtizedig működte.

Tanítókórterem	
Az elméleti alaptárgyak megtanulása, a klinikai tárgyak ismeretanyagának és az ápolási műveleteknek az elajátítása veti meg az alapot az önálló munkára nevelést célzó tanítókórtermi gyakorlatnak. A tanítókórterembe kerülő növendékeknek már valamennyi ápolási feladatot elméletben és gyakorlatban egyaránt ismerniük kell.	
A tanítókórtermi gyakorlatok lefolytatását a 553/24/1954. Eü. M. II 2. rendelet írja elő. A rendelet előírását azigordon követni kell ahhoz, hogy a növendék önálló munkára való nevelését ténylegesen megvalósíthassuk. A tanítókórtermi gyakorlat az első nagy próbája a megfelelő képzés eredményességének, mert csak az a növendék állja meg itt a helyét, akinek ápolástanai előkészítése megfelelő volt.	
A tanítókórtermi gyakorlat csak abban az esetben felel meg a céljának, ha a győgyintézet a kórházi főnökeket, a tanítókórtermi oktatónővér kivételével, kivonja a tanítókórtermi részből.	
Tanítókórtermi gyakorlatra csak az a növendék osztható be, aki az ápolástan teljes anyagának kollektívumát és az alkalmazott gyógyszerstan írásbeli vizsgáját sikeresen letette. Ha a növendék valamelyik vizsgán nem felelt meg, akkor először csak „kis klinikai gyakorlatra” osztható be; tanítókórterembe csak a sikeresen megismételt vizsga után kerülhet.	
A tanítókórtermi gyakorlat ideje alatt a növendékek az ápolástan gyakorlati vizsgára kötelezően előírt beavatkozásokat ismételtten önállóan végzik el. A szükséges beavatkozásokat a növendék a saját körtermében vagy körtermen részében fekvő betegekben hajtja végre. Ennek érdekében a tanítókórtermi gyakorlat ideje alatt a délelőtti és délutáni munkabeszakítást legalább két ízben kell felfüggesztetni. Minden növendéknek legalább egy heti éjjeli szolgálatot kell teljesítenie a belgyógyászati és sebészeti osztályon; éjjeli szolgálatukat egyszerre töltik le, és utána kapják meg szabad- és alvónapjukat.	
A tanítókórteremben a növendékek vizitfüzetet és ápolási lapot vezetnek. A lázlap vezetése — jobbak és szűkebb szempontjából — országosan egységes módon történik; a leletek beírásakor és az adatok kitöltésénél a „formáírás” használata kötelező.	
A tanítókórtermi osztályrész munkáját a vezetőnővendék irányítja; az iskolai, illetőleg a kórházi oktatónővér csak oktató és ellenőrző feladatokat végez.	

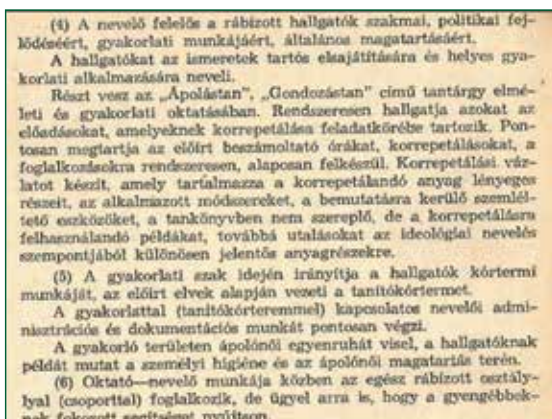
18. ábra: Részlet az ápolónőképzés 1962-es tantervéből és tematikájából: a tanítókórterem kialakításának leírása (Egészségügyi Minisztérium, Medicina Könyvkiadó)



19. ábra: Iratminta, amely alapján kötelező volt a minisztérium által kijelölt intézményben másfél éves szakmai gyakorlatot letölteni. (Forrás: Sövényi Ferencné sz. Korom Klára magángyűjteménye)



21. ábra: Igazolás pedagógiai tanfolyam elvégzéséről. (Forrás: Sövényi Ferencné sz. Korom Klára magángyűjteménye)



20. ábra: Szövegrészlet az egészségügyi szakiskolák 1961-es működési szabályzatából (Egészségügyi Minisztérium Közfokú Tanintézetek Osztálya; Medicina Könyvkiadó)

Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet

Az intézet, mint „az ETI” fogalomként maradt meg, annak ellenére, hogy a létesítésétől számítva közel hat évtizede számtalan név- és feladatváltozáson ment keresztül.

Tevékenységi köre a fenntartó elvárásainak megfelelően formálódott, bővült, de mindig az egészségügyi szakdolgozók képzésének, továbbképzésének bázisaként működött és fokozatosan vált az egészségügyi szakképzés módszertani központjává.

Kiemelt feladata volt, a saját képzésein

túl, az egészségügyi szakképzés fejlesztésének koordinálása, az egészségügyi szakképzést segítő szolgáltatások nyújtása, valamint a szakképzésben az oktatók, a kórházakban a vezető ápolók felkészítése pedagógiai, valamint vezetési ismeretekben bekövetkező változásokhoz való alkalmazkodásra.

Ma már kevesen tudják, hogy a későbbi – kezdetben egyetlen egészségügyi főiskola – egyes szakjainak alapjai itt honosodtak meg, mondhatjuk itt volt a „bölcső” (22. ábra).

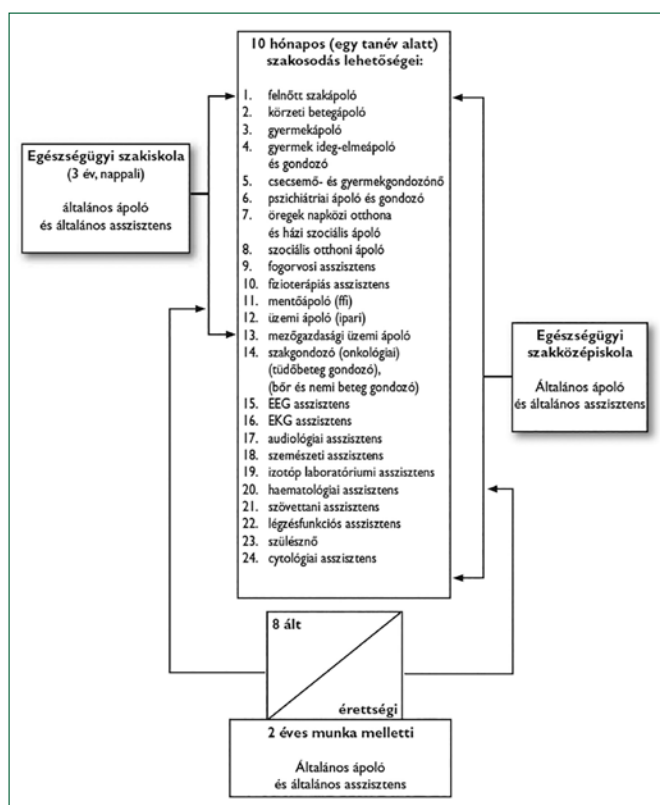
Áttörés vagy kompromisszum? Az ápolóképzés iskolarendszere

Az 1975. évet az egészségügyi szakképzés különös éveként emlegettük, hiszen az ápolóképzés a régen vágyott oktatási rendszerbe illeszkedése megtörtént, de nem a tervezett felsőfokú, hanem a középfokú szinten. Mi okozta a csalódást? Érdemes megismerni az előzményeket.

Az egészségügyi miniszter 7/1964 számú határozata így rendelkezett: „Létre kell hozni az egészségügyi szakközépiskolai és felsőfokú szakiskolai hálózatot úgy, hogy az egészségügyi középfokú képzés be-



22. ábra: Az egészségügyi felsőoktatás egyes alapszakjainak lerakása



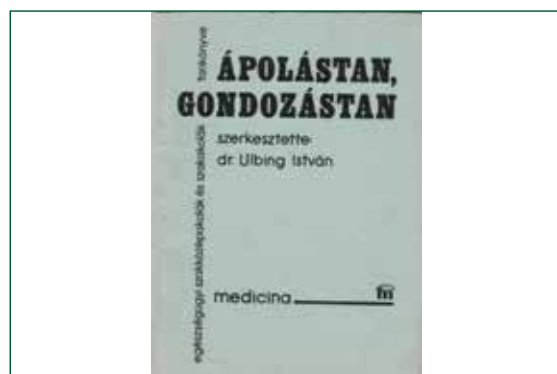
23. ábra: Egységes képzési célú, de különböző szintű és típusú szakképzés, valamint a végzettek szakosodási lehetőségei. (Nóvér 2007;20(1) szám)

illeszkedjék általános oktatási és iskolarendszerünkbe. ... A betegség mellett működő, továbbá nagy önállóságot igénylő munkakörökben dolgozók képzését felsőfokú szakiskolai képzéssel kell biztosítani, ki kell dolgozni azokat a követelményeket, feltételeket, amelyeket teljesítve az eddigi rendszerrel képzettek elnyerhetik a felsőfokú szakiskolai képesítést. ... A szakközépiskolában

munkakörökben felügyelettel dolgozhattak egy előírt szakképesítés megszerzéséig. Ezért nevezték drága munkaerőnek.

Államilag jóváhagyott, egységes tankönyv az általános ápoló és általános asszisztens képzéshez (24. ábra).

Később megjelent és két kötetre bővült a könyv



24. ábra: Az Ápolástan, gondozástan című tankönyv borítója; szerkesztette: dr. Ulbing István. Medicina Könyvkiadó; 1977



25. ábra: Az Általános ápolástan-gondozástan 1. és az Ápolástan-gondozástan 2. kötetek borítója; szerkesztette: Dr. Bokor Nándor. Medicina Könyvkiadó; 1994



és több változatlan kiadás után a legnagyobb tartalmi változás az volt, hogy itt már megjelentek az ápolási gyakorlat és elmélet új fogalmai (25. ábra).

Az ápolásoktatásunk kétszintű, de az ápolás gyakorlata egységes. Így ugyancsak ebben az időben készült el a felsőoktatás önálló ápolástankönyve is, amely már szintén tartalmazta az ápolás új megközelítését, új fogalmait. Nagy hiányt pótol, több kiadást is megért (26. ábra).

Ezek a tankönyvek indították útjára az ápolási gyakorlatról és elméletéről való másként gondolkodást.

Folytatjuk...



26. ábra: Ápolástani alapismeretek főiskolai jegyzetek borítója; szerkesztette: Nosza Magdolna

Irodalomjegyzék

- Balogh, Z. (2017). Kétszáz éve született Kossuth Zsuzsanna, Magyarország első főápolója. *Nővér*, 30(1), 4–5. Arcanum Digitális Tudománytár
- Doba, É. (2015. május 12.). *Florence Nightingale – a lámpás hölgy*. Új Akropolisz Kulturális Közhasznú Egyesület. Új Akropolisz
- Florence Nightingale*. (2005. május 12). Múlt-kor történelmi magazín
- Florence Nightingale*. (é. n.). In *Wikipédia*. https://hu.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale
- González, L. (2019. október 4). *Women in technology: Florence Nightingale*. Gradiant.
- Hantos, J. (1981). *A Magyar Vöröskereszt 100 éve: Emberiség háborúban és békében*. Akadémiai Kiadó.
- Kapronczay, K. (1994). Janny Gyula és a magyar vöröskereszt nővéreképzés. *Orvosi Hetilap*, 135(38), 2097–2099.
- Kapronczay, K., & Szemkeő, E. (é. n.). A betegápolás szervezése a szabadságharc idején. *Orvostörténeti Közlemények*. Medicina Könyvkiadó.
- Kertész, E. (1976). *A lámpás hölgy: Florence Nightingale élettörténete*. Móra Könyvkiadó.
- Markusovszky, L. (1861). Miss Nightingale a kórházokról. *Orvosi Hetilap*, 5(18), 353–355.
- Nightingale, F. (1969). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. Dover Publications. (Eredeti mű kiadási éve: 1859).
- Nightingale, F. (1992). *Notes on nursing: What it is, and what it is not* (Commemorative ed.). J. B. Lippincott Company. (Eredeti mű kiadási éve: 1859).
- Nightingale, F. (1858). *Diagram of the causes of mortality in the army in the East* [Grafikon]. Wikimedia Commons.
- Osváth, Zs. (1959). *Florence Nightingale*. Medicina Könyvkiadó.
- Révai, M. J. (szerk.) (1935). *Révai nagy lexikona: Az ismeretek enciklopédiája* (21. kötet). Révai Testvérek Irodalmi Intézet Rt.
- Sövényi, F.-né, Perkó, M., & Fedineczné Vittay, K. (2018). Ahogy elkezdődött... (Ápolástörténetünk egy kis szelete, amelyről már csak a kevéske, megsárgult dokumentum mesél...) 2. rész. *Nővér*, 31(1), 3–16.
- Sövényi, F.-né, Perkó, M., Fedineczné Vittay, K., & Boros, K.-né. (2018). A Florence Nightingale-érdemem története és magyar vonatkozásai. *Nővér*, 31(2), 3–11.
- Sövényi, F.-né, Perkó, M., Fedineczné Vittay, K., & Boros, K.-né. (2018). A Florence Nightingale emlékéremmel kitüntetett magyar ápolók életútja. *Nővér*, 31(4), 3–8.
- Sövényi, F.-né. (2019). A múlt megértése segíthet a jövő alkotásában: Hogyan volt, van, és hogyan tovább: „orvosi ténykedések és ápolás”. *Nővér*, 32(3), 3–14.
- Sövényi, F.-né, Perkó, M., Fedineczné Vittay, K., & Gál, M. (2020). Az első állami ápolónőképző iskola alapításának története. *Nővér*, 33(3), 4–19.
- Sövényi, F.-né, Fedineczné Vittay, K., & Tóth, I. (2023). Az ápolásirányítás kialakulása és fejlődésének mérföldkövei Magyarországon, különös tekintettel az országos főnővéri tisztségre. *Nővér*, 36(4), 3–23.
- Sövényi, F.-né, Csóka, M., & Perkó, M. (2025). 50. jubileumát ünnepli a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar – Ahogy elkezdődött! Újpest, Erkel utca 26. Ha a falak mesélni tudnának! *Nővér*, 38(5), 3–16. DOI: 10.55608/nover.38.0098
- Stewart, I. M., & Austin, A. L. (1962). *A history of nursing*. G. P. Putnam's Sons.

EREDETI KÖZLEMÉNY

Post partumban lévő epilepsziás anyák alvásminőségének hatása az életmód egyes elemeire és a szoptatásra

MÁTÉ-PÓHR Kitti, MAROSFALVI Viktória, DR. HABIL. PAKAI Annamária, DR. KARÁCSONY Ilona

ÖSSZEFOGLALÁS

Célkitűzés: A post partum időszak különösen érzékeny élethelyzet az epilepsziával élő édesanyák számára, mivel az újszülött ellátásából fakadó alvásmegvonás, a hormonális változások és a fizikai terhelés együttesen növelhetik a rohamkockázatot. A romló alvásminőség nemcsak a neurológiai stabilitást befolyásolhatja, hanem az anyai életmód több területén is kedvezőtlen változásokat idézhet elő. Kutatásunk célja annak feltárása volt, hogy az epilepsziával élő édesanyák esetében milyen kapcsolat figyelhető meg a rohamok előfordulása, az alvásminőség, az életmódbeli szokások és a szoptatási attitűd között.

Vizsgálat módszere: Vizsgálatunkban 20, epilepsziával gondozott, egy évnél fiatalabb gyermeket nevelő édesanya vett részt. A félig strukturált interjúkat saját szerkesztésű kérdéssorral és az Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS) alkalmazásával egészítettük ki.

Eredmények: Eredményeink azt mutatták, hogy a rohamokkal érintett anyák szignifikánsan rosszabb alvásminőségről számoltak be ($p=0,008$), és ez a különbség a gyermekágy első hat hónapjában még kifejezettebb volt ($p=0,002$). A csökkent alvásminőség negatívan befolyásolta a személyi higiéne fenntartását ($p=0,010$), valamint kedvezőtlenül hatott a szoptatáshoz való viszonyulásra is ($p=0,021$).

Következtetés: Az epilepsziával élő édesanyák post partum ellátása során kiemelt figyelmet igényel az alvásminőség nyomon követése, a rohamkockázat csökkentése, valamint a szoptatási folyamat személyre szabott támogatása. Különösen fontos a kockázati tényezők felismerése és az adekvát intervenciók alkalmazása.

Kulcsszavak: epilepszia, post partum időszak, alvásminőség, személyi higiéne, szoptatás, életmód

Impact of Sleep Quality in Postpartum Mothers with Epilepsy on Selected Lifestyle Factors and Breastfeeding

Kitti MÁTÉ-PÓHR, Viktória MAROSFALVI, Annamária PAKAI PHD HABIL, Ilona KARÁCSONY PHD

SUMMARY

Purpose: The postpartum period presents unique challenges for mothers living with epilepsy, as the combined effects of sleep deprivation, hormonal changes, and increased physical and emotional demands may elevate seizure susceptibility. Impaired sleep quality can have consequences not only for neurological stability but also for key aspects of maternal lifestyle. This study aimed to explore the associations between seizure occurrence, sleep quality, personal hygiene, nutritional habits, and breastfeeding attitudes among postpartum women with epilepsy.

Methods: Twenty mothers with a verified diagnosis of epilepsy, each caring for an infant under one year of age, participated in this cross-sectional qualitative study. Data collection consisted of semi-structured interviews, a self-developed questionnaire, and the Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS).

Results: Mothers who experienced seizures reported significantly poorer sleep quality than those who did not ($p=0.008$), with an even stronger association observed within the first six postpartum months ($p=0.002$). Declining sleep quality was significantly associated with reduced capacity to maintain personal hygiene ($p=0.010$) and more negative breastfeeding attitudes ($p=0.021$).

Conclusion: Postpartum mothers with epilepsy represent a vulnerable group requiring targeted support. Sleep disruption and seizure activity may negatively influence self-care and breastfeeding attitudes, underscoring the importance of continuous monitoring and personalized guidance within nursing and health visitor services. These findings highlight the need for enhanced postpartum care strategies to mitigate seizure-related risks and promote optimal maternal well-being.

Keywords: epilepsy, postpartum period, sleep quality, breastfeeding, maternal lifestyle

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

MAROSFALVI Viktória

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

DR. KARÁCSONY Ilona adjunktus, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Alapozó, Szülésznői és Védőnői Intézet, Védőnői és Prevenció Tanszék

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

Béérkezett: 2025. december 5.
Elfogadva: 2026. január 20.

Bevezetés

Az epilepszia a világ egyik leggyakoribb krónikus neurológiai betegsége, amely jelentős életminőség-romlást okozhat, különösen a reprodukív korú nők esetében. A betegség lefolyását és a rohamok előfordulását számos biológiai, hormonális és életmódbeli tényező befolyásolja, és ezek közül a várandósság és a szülést követő időszak kiemelt jelentőséggel bír. Az epilepsziával élő nők körében a terhesség és a post partum időszak a rohamgyakoriság változásával járhat együtt, amelynek egyik meghatározó faktora az alvásmintázat módosulása (Birnbaum et al., 2020).

A gyermekágyas időszak természetes velejárója az alvásmegvonás, az éjszakai ébredések és a fokozott fizikai-pszichés megterhelés, amelyek önmagukban is károsíthatják a neurológiai stabilitást. A nemzetközi szakirodalom kiemeli, hogy a csökkent alvásmennyiség és az alvás töredezettsége rohamprovokáló tényező lehet az epilepsziával élő nők számára (Toprani et al., 2022). A rohamaktivitás növekedése a post partum első hat hónapjában a legkifejezettebb (Christensen et al., 2015). A hormonális változások, a szoptatással járó megterhelés és a mindennapi gondozási feladatok tovább növelik ennek a sérülékeny csoportnak a kockázati profilját (Danielsson et al., 2018). A rohamok jelenléte azonban nemcsak az anyai egészségre és neurológiai státuszra van hatással, hanem az életmód több területére is. A személyi higiéné fenntartása a post partum időszakban általánosságban is megnehezülhet, ugyanakkor az epilepsziával élő édesanyák esetében ez még inkább sérülékeny terület lehet, részben a fokozott fáradékonyság, részben a rohamokkal kapcsolatos félelmek miatt (Vanya et al., 2016). A szoptatáshoz való viszonyulásra ugyancsak jelentős hatást gyakorolhat a betegség és annak kezelésével kapcsolatos aggodalom, illetve a rohamok szoptatás alatti bekövetkezésétől való félelem (Birnbaum et al., 2020). Ugyanakkor a gyógyszeres kezelés és a rohamkontroll stabilitása a szoptatás sikerességének egyik meghatározó tényezője (Unal et al., 2020).

A hazai szakirodalom mindezek ellenére kevés adatot közöl az epilepsziával élő édesanyák post partum életmódjának sajátosságairól. A nemzetközi tanulmányok alapján azonban feltételezhető, hogy a rohamok gyakorisága és az alvásminőség romlása szoros kapcsolatban áll a személyi higiénével, a táplálkozási szokásokkal, valamint a szoptatásra irányuló attitűddel (Pennell et al., 2020; Sveberg et al., 2015).

A védőnői ellátás szempontjából mindez különösen releváns, hiszen a védőnők azok a szakemberek,

akik a leggyakrabban és a legközvetlenebb módon találkoznak az epilepsziával élő édesanyákkal a post partum időszakban. Feladatuk nemcsak a fizikai állapot monitorozása, hanem az alvásminőség, a rohamkockázat, a szoptatási nehézségek, valamint az életmód egyéb aspektusainak támogatása is (Meador et al., 2020).

Kutatásunk célja annak feltárása volt, hogy az epilepsziával élő édesanyák esetében milyen kapcsolat figyelhető meg a rohamok jelenléte, az alvásminőség, az életmódbeli szokások és a szoptatási attitűd között a post partum időszakban. Vizsgálatunk eredményei hozzájárulhatnak ahhoz, hogy a védőnői és ápolói gyakorlat személyre szabottabb, hatékonyabb támogatást nyújthasson ennek a különösen sérülékeny csoportnak.

Anyag és módszer

A kutatás keresztmetszeti, kvalitatív vizsgálati elrendezésben készült, amelynek célja az epilepsziával élő édesanyák post partum időszakban tapasztalt alvásminőségének, életmódbeli szokásainak és szoptatási attitűdjének feltárása volt. A vizsgálat 2023 szeptemberéig és 2024 februárja között zajlott, online adatfelvételi módszer alkalmazásával. A kutatásban 20, epilepsziával diagnosztizált édesanya vett részt ($n=20$), akik egy évnél fiatalabb gyermeket neveltek. Beválasztási kritérium volt a 18. életév betöltése, igazolt epilepszia diagnózis, legalább egy, 12 hónapnál fiatalabb gyermek gondozása, magyar nyelvű kommunikációs készség, önkéntes részvétel. Kizárási kritérium volt minden olyan állapot vagy betegség, amely a rohamaktivitást a vizsgálati kérdésektől függetlenül jelentősen befolyásolhatta volna, valamint a hiányos vagy értékelhetetlen adatlap.

Az adatgyűjtés online kérdőív és félig strukturált interjú formájában történt.

Az alkalmazott eszközeink a saját szerkesztésű kérdőív, amelynek kérdéskörei az alábbiak: demográfiai adatok (életkor, családi állapot, iskolai végzettség), betegségre és rohamgyakoriságra vonatkozó információk, az alvásminőségre, személyi higiénéire és táplálkozási szokásokra irányuló kérdések, és szoptatással kapcsolatos tapasztalatok. Továbbá az Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS) magyar nyelvre adaptált változata, amely a szoptatáshoz való attitűd mérésére szolgál (17 állítással). Félig strukturált online interjút készítettünk (49 kérdés), amely mélyebb betekintést adott az édesanyák személyes élményeibe, a rohamokkal kapcsolatos megélésekbe és a post partum időszak kihívásaiba.

A kérdőív anonim módon volt kitölthető, az interjújuk pedig a résztvevők előzetes beleegyezésével

kerültek rögzítésre. A kvantitatív adatok feldolgozása az SPSS 26.0 statisztikai programmal történt.

Az elemzés során leíró statisztikákat, független mintás t-próbát és korrelációs számítást alkalmaztunk, a szignifikanciaszintet $p < 0,05$ értékben határozva meg. A kvalitatív adatok tematikus elemzése kézi kódolással valósult meg. A kódolási folyamat négy lépésben zajlott: szöveg szerinti átolvasás, kezdeti kódok képzése, kategóriák kialakítása, témák azonosítása és értelmezése.

A kvantitatív és kvalitatív eredményeket összehangoltan értékeltük, hogy komplex képet kapjunk az epilepsziával élő édesanyák post partum életminőségéről. A vizsgálat önkéntes részvételen alapult, a résztvevők anonimitása és adataik bizalmas kezelése biztosítva volt. A kutatás minden tekintetben megfelelt az etikai előírásoknak, és a résztvevők tájékozott beleegyező nyilatkozatot tettek.

Eredmények

A vizsgálatban részt vevő 20, epilepsziával élő édesanya válaszai alapján egyértelmű összefüggések rajzolódtak ki a rohamok előfordulása, az alvásminőség, a személyi higiéné és a szoptatási attitűd között. A minta demográfiai és anamnesztikus jellemzői változatos képet mutattak, ugyanakkor a post partum időszak sajátosságai minden résztvevőnél meghatározó szerepet játszottak.

Demográfiai adatok

A megkérdezettek átlagéletkor 31,6 év ($SD=4,98$). A legfiatalabb 20 éves, a legidősebb 41 éves volt. Az édesanyák fele (50%-a) egyetemet végzett. Az édesanyák másik fele a következő eloszlásban végzett iskolát: OKJ 1 fő (5%), középiskola 2 fő (10%), szakiskola 2 fő (10%), érettségi 2 fő (10%), gimnázium 2 fő (10%), főiskola 1 fő (5%). A lakóhelyi eloszlás szerint az interjúalanyok közül 11 fő (55%) él városban, 9 fő (45%) pedig faluban. Az édesanyák közül 7-en (35%) egygyermekesek, 10-en (50%) kétgyermekesek, 3-an (15%) pedig háromgyermekesek. A legkisebb gyermekek ($n=20$) átlagéletkora 7,95 hónap volt. A legfiatalabb 2 hónapos, a legidősebb 12 hónapos volt. A megkérdezettek közül 18 fő (90%) házas, 2 fő (10%) pedig élettársi kapcsolatban él.

Az epilepszia betegség jellemzői, rohamok előfordulása

A gondozottak közül 4 fő (20%) havi szinten, 5 fő (25%) fél évente, 11 fő (55%) évente jár epilepszia-gondozásra. A kezelések eloszlásáról a következő-

képpen nyilatkoztak: 18 fő (90%) gyógyszeres kezelést kap, 1 fő (5%) egyéb eljárásban részesül, például elektródás beültetés, 1 fő (5%) pedig nem kap semmilyen kezelést sem. Az interjúalanyok közül 10 főnek (50%) vannak rohamai, 10 főnek (50%) pedig nincsenek. A válaszadók közül 5 főnek (50%) volt havonta roham, míg 1 főnek (10%) hetente, 1 főnek (10%) fél évente, 3 főnek (30%) pedig évente. A rohamok tünetei a következőképpen oszlottak meg: 14 főnek járt eszméletvesztéssel, további 14 főnek remegéssel és/vagy rángatózással, 7 főnek pedig egyéb más tünetekkel, például beszédképtelenség, hátrafele szült nyak. A rohamokat kiprovokáló tényezők közül az alvásmegvonást említette 10 fő (42%), a stresszt és az elektronikai eszközök használatát pedig 7 fő (29%) mondta mindkét esetben. Az édesanyák közül 14 főnek (70%) nem volt roham a gyermekágyi időszakban, míg 6 főnek (30%) igen.

Rohamok és alvásminőség

A megkérdezettek közül 11 fő (55%) elégedett volt az alvásával a szülést követő hat hónapon belül, míg 9 fő (45%) nem volt elégedett. Az édesanyák 10%-a 1 és 5 óra között tud aludni egy nap, míg a 90%-a 6 és 10 óra között. A 20 fő közül 6-an (30%) nyilatkoztak azt, hogy nagyon, 6-an (30%) azt, hogy közepesen, 8-an (40%) pedig azt, hogy kevésbé érzik magukat kipihentnek. A válaszadók közül 14-en (70%) azonnal el tudnak aludni lefekvés után, 5-en (25%) nem, és 1 főnél (5%) pedig változó, hogy mikor alszik el. Az édesanyák közül 1 fő (5%) egyszer sem szokott felébredni éjszaka, 12 fő (60%) 1 és 4 alkalom között ébred fel, 5 fő (25%) 5-6 alkalommal ébred fel, míg 2 főnél (10%) egyéni okok miatt történik az ébredés, például éjszakai szoptatások miatt. Az interjúalanyok közül 6 fő (30%) reggel, már ébresztő előtt ébren szokott lenni, 9 fő (45%) ébresztőre kel, 2 fő (10%) vegyesen, ébresztő előtt és ébresztőre is szokott kelni, míg 3 fő (15%) egyéni okok miatt, például a kisgyermek miatt kel fel reggel. Az édesanyák közül 11 fő (55%) úgy érzi, elegendő alszik ahhoz, hogy ellássa a mindennapi feladatait, míg közülük 9 fő (45%) nem érzi úgy. A válaszadók közül 14 fő (70%) érzett napközben álmoságot, míg 6 fő (30%) nem érzett. Ebben a kérdéskörben az alvásminőségre ható tényezőket vizsgáltuk 8 kérdéssel, amelyek összesítése után, a maximálisan elérhető pontszám 15 volt. Összesítés után az átlag 5,4 lett ($SD=3,07$). A minimumérték 1, a maximumérték 10.

A kutatás egyik legmarkánsabb eredménye, hogy a rohamokkal érintett édesanyák szignifikánsan rosszabb alvásminőségről számoltak be, mint azok, akik a vizsgálati időszakban nem tapasztaltak rohamot.

Az alvászminőség romlása és a rohamok jelenléte szignifikánsan összefügg ($p=0,008$). Külön kiemelendő, hogy ez az összefüggés a szülést követő első hat hónapban még erőteljesebbnek bizonyult, amikor az éjszakai ébredések és a fizikai terhelés a legintenzívebb ($p=0,002$).

Személyi higiéné

A személyi higiénét a mellápolásra, tisztálkodásra, tiszta ruha használatára és az intim higiéniére vonatkozó kérdésekkel vizsgáltuk meg. Ebben a témakörben az első kérdés a szoptatás utáni mellápolásra vonatkozott, amelyben a válaszadók közül 10 fő (50%) azt nyilatkozta, hogy semmilyen módon nem ápolta a melleit, 8 fő (40%) azt nyilatkozta, hogy megmosta, 1 fő azt (5%), hogy kenőccsel ápolta, 1 fő azt (5%), hogy meg is mosta, illetve kenőccsel is kezelte a melleit. Az édesanyák közül 2 fő (10%) minden alkalommal fejte melleit a szoptatások után, 2 fő (10%) naponta/naponta többször fejte, további 2 fő (10%) ritkán fejte, és 14 fő (70%) soha nem fejte a melleit. Az interjúalanyok közül 15-en (75%) naponta minimum egyszer megfürödtek, míg 5-en (25%) naponta több alkalommal is. A válaszadók közül 20-an (100%) használtak testi higiéniére, 13-an (65%) arcápolásra, 14-en (70%) fogápolásra, 5-en (25%) intim higiéniére alkalmas tisztálkodási szereket. A személyi higiéné fenntartása a post partum időszakban általánosságban is nehezített, de a rohamokkal érintett anyák esetében további terhelő tényezők figyelhetők meg.

A kutatás eredményei azt mutatták, hogy a rohamot átélő édesanyák körében a személyi higiéné ellátottsága szignifikánsan kedvezőtlenebb volt a rohammentes anyákhoz képest ($p=0,010$).

A leggyakrabban érintett területek a testápolás (napi tisztálkodás gyakorisága), szájhigiéné, intim higiéné, mellápolás (szoptató édesanyák esetében).

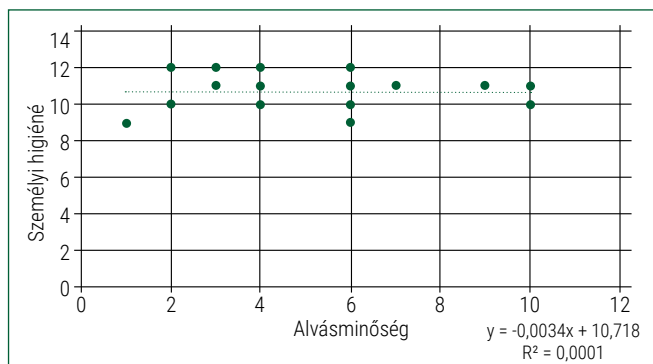
A résztvevők beszámolója alapján a higiéné romlásának fő oka a fokozott fáradtság, az időhiány és a rohamok miatti bizonytalanságérzés volt.

Az alvászminőség és a személyi higiéné mutatója között nem igazolódott szignifikáns kapcsolat ($r=0,011$, $p=0,963$) (1. ábra).

Táplálkozási szokások

A táplálkozással kapcsolatos kérdőíves adatok elemzése nem mutatott szignifikáns kapcsolatot sem a rohamok jelenlétével, sem az alvászminőséggel ($r=0,003$, $p=0,989$).

1. ábra: Alvászminőség és a személyi higiéné átlagértékeinek összehasonlítása ($n=20$)



Ez arra utal, hogy bár az epilepsziával élő édesanyák táplálkozása egyénileg eltérhet, a rohamok és az alvászminőség nem gyakoroltak mérhető hatást ezekre a szokásokra a vizsgálati mintában.

Szoptatási attitűd (IIFAS)

Az édesanyák közül 9-en (45%) szoptattak, míg 11-en (55%) nem. Azok közül, akik nem szoptattak, 6 fő (67%) nyilatkozta azt, hogy gyógyszerek miatt nem tud szoptatni, míg 3 fő (33%) a tejtermelés be nem indulására hivatkozott. A maradék 2 fő nem nyilatkozott arról, hogy miért nem szoptat. A szoptatási attitűd felmérésére egy IIFAS-kérdőívet használtunk, amelyben 17 állítás volt, ezekre 1 és 5 közötti értéket kellett a válaszadóknak megadni, attól függően, hogy valamivel egyetértettek (5) vagy nem értettek egyet (1). A szoptatáshoz való viszonyulás (IIFAS-pontszám) és a rohamok előfordulása között szignifikáns negatív kapcsolat mutatkozott. A rohamokkal érintett édesanyák nagyrészt bizonytalanabb, kevésbé pozitív attitűdöt képviseltek ($p=0,021$). Az interjúk során többen kiemelték a félelmüket a szoptatás közbeni esetleges rohamtól, a kétségeiket az antiepileptikumok szoptatás melletti biztonságosságával kapcsolatban, a túlzott fáradtságot, mint akadályozó tényezőt.

A kvantitatív eredmények és a kvalitatív megjegyzések összhangja megerősíti, hogy az epilepsziával élő édesanyák szoptatási attitűdjét erősen befolyásolja az állapotuk stabilitásával kapcsolatos bizonytalanság.

Megbeszélés

A vizsgálat eredményei alapján elmondható, hogy a rohamok jelenléte rontja az alvászminőséget, a rosszabb alvászminőség és rohamaktivitás együtt jár a személyi higiéné csökkenésével, a táplálkozási szo-

kásokat a rohamok és az alvásminőség nem befolyásolták szignifikánsan, a rohamok a szoptatási attitűd romlásával is összefüggést mutattak. Ezek az összefüggések kiemelik, hogy az epilepsziával élő édesanyák post partum támogatása komplex, többdimenziós megközelítést igényel. A vizsgálat eredményei jól illeszkednek ahhoz a nemzetközi szakirodalmi összképhez, amely szerint az epilepsziával élő nők post partum időszaka a rohamkockázat növekedésével, az alvásminőség romlásával és az életmódbeli szokások többdimenziós sérülékenységevel jár együtt. A rohamok gyakoriságának növekedése a szülés utáni hónapokban széles körben dokumentált jelenség (Pennell et al., 2020; Sveberg et al., 2015), amelyben az alvásminőség csökkenése központi szerepet tölt be. Eredményeink megerősítik ezt az összefüggést: a rohamot tapasztaló édesanyák szignifikánsan rosszabb alvásminőségről számoltak be, különösen a post partum első hat hónapjában, amikor az alvásmegvonás a legkifejezettebb.

A vizsgálat továbbá rávilágított arra, hogy az alvásminőség romlása és a fokozott rohamaktivitás a személyi higiéné fenntartását is kedvezőtlenül érinti. A szakirodalom szerint az epilepsziával élők körében a fokozott fáradékonyság és a rohamokkal kapcsolatos bizonytalanság csökkentheti a mindennapi önellátási készségek hatékonyságát (Vanya et al., 2016), ami vizsgálatunkban is megmutatkozott. A résztvevők beszámolója alapján a higiénés rutinok romlásának elsődleges okai nem motivációhiányra, hanem fizikai és pszichés kimerültségre vezethetők vissza.

A szoptatási attitűddel kapcsolatos eredmények fontos gyakorlati következtetéseket hordoznak a védőnői és ápolási ellátás számára. Nemzetközi vizsgálatok igazolják, hogy az epilepsziával élő édesanyák gyakran kételkednek abban, hogy antiepileptikumok szedése mellett biztonságosan szoptathatnak (Birnbaum et al., 2020), és sok esetben tartanak a szoptatás közben bekövetkező rohamtól. A mi eredményeink is arra utalnak, hogy a rohamok előfordulása negatívan befolyásolja a szoptatáshoz való viszonyulást, amit a kedvezőtlenebb IIFAS-értékek is tükröznek. Ugyanakkor a rohamkontroll stabilizálása és a gyógyszeres terápia megfelelő beállítása jelentősen javíthatja a szoptatás sikerességét (Unal et al., 2020).

A táplálkozási szokások tekintetében nem mutatkozott szignifikáns eltérés a rohamot tapasztaló és rohammentes anyák között. Ez összhangban áll azokkal a kutatásokkal, amelyek szerint a táplálkozás kevésbé érzékeny terület a post partum rövid időszakában, és nagyobb mértékben függ az anya megszokott életvitelétől, mint a rohamaktivitás alakulásától (Christensen et al., 2015).

A vizsgálat eredményei több gyakorlati következtetést fogalmaznak meg a védőnői és ápolói ellátás számára. Az alvásminőség monitorozása és az alvásminőség változásainak nyomon követése alapvető fontosságú az epilepsziával élő édesanyák esetében, hiszen ezek a jelek korai indikátorai lehetnek a rohamkockázat növekedésének (Toprani et al., 2022). A szakembereknek támogatniuk kell az anyákat az alvási rutinfegyelem kialakításában, a tehermentesítő stratégiák alkalmazásában és a megfelelő segítség igénybevételében.

Szintén kiemelt terület a szoptatás támogatása. A szakirodalom alapján az antiepileptikumok többsége kompatibilis a szoptatással (Birnbaum et al., 2020), azonban az anyák bizonytalansága gyakran csökkenti a szoptatási hajlandóságot. A védőnők edukációs szerepe ezért meghatározó: világos, bizonyítékalapú információkat kell nyújtaniuk a gyógyszeresedés és a szoptatás kapcsolatáról, valamint kezelniük kell a rohamokkal kapcsolatos félelmeket.

Összességében kutatásunk rávilágít arra, hogy az epilepsziával élő édesanyák post partum támogatása komplex szemléletet igényel. A fiziológiai, pszichés és életmódbeli tényezők szoros összefonódása miatt a védőnőknek és ápolóknak átfogó, személyre szabott megközelítést kell alkalmazniuk. A rohamkockázat monitorozása, az alvásminőség javítására irányuló intervenciók, a higiénés rutinok erősítése és a szoptatás támogatása mind hozzájárulhatnak az anyai jóllét és a biztonságos gyermekgondozás megvalósításához.

A vizsgálat eredményei egyértelműen rávilágítanak arra, hogy az epilepsziával élő édesanyák post partum időszaka több szempontból is sérülékenyebb, mint az egészséges édesanyáké. A rohamok előfordulása szoros összefüggést mutatott a csökkent alvásminőséggel, amely a gyermekgondozás első hónapjaiban volt a legkifejezettebb. A romló alvásminőség nemcsak a neurológiai stabilitást veszélyeztette, hanem a mindennapi életvezetést is befolyásolta, különösen a személyi higiéné fenntartásának nehézségein keresztül.

A szoptatási attitűd romlása szintén összefüggésbe hozható a rohamokkal és az alvásminőség csökkenésével. Bár a táplálkozási szokások nem mutattak szignifikáns eltérést, a higiénés rutinok és a szoptatáshoz való hozzáállás érzékenyen reagált a post partum terhelésekre és a betegség instabilitására.

A kutatás eredményei hangsúlyozzák, hogy a rohamkockázat nyomon követése, az alvásminőség monitorozása, a higiénés nehézségek korai felismerése, a szoptatási bizonytalanságok feltárása és oldása kulcsfontosságú feladat a védőnői és ápolói gyakorlatban.

A személyre szabott támogatás, a bizonyítékalapú edukáció, valamint a pszichés és gyakorlati segítség egyaránt hozzájárulhat az epilepsziával élő édesanyák biztonságos post partum időszakához. A kutatás eredményei további vizsgálatok alapjául szolgálhatnak, különösen az alvásminőség javítását célzó intervenciók és az epilepsziával élő anyák szoptatási támogatásának hatékonysága terén.

Szerzői munkamegosztás: M. V., M. P. K.: Irodalomkutatás, a kézirat megszövegezése. K. I., M. P. K.,

K. P. A.: A vizsgálat megtervezése. M. V.: Adatok gyűjtése. M. P. K., K. I., M. V., K. P. A.: Statisztikai elemzés. 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.

Anyagi támogatás: A kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalomjegyzék

- Birnbaum, A. K., Meador, K. J., Karanam, A., Brown, C., May, R. C., Gerard, E. E., ... Pennell, P. B. (2020). Antiepileptic drug exposure in infants of breastfeeding mothers with epilepsy. *JAMA Neurology*, 77(4), 441–450. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2019.4443>
- Christensen, J., Pedersen, H. S., Kjaersgaard, M. S., Parner, E. T., Vestergaard, M., Sørensen, M. J., ... Hammer Bech, B. (2015). Apgar-score in children prenatally exposed to antiepileptic drugs: A population-based cohort study. *BMJ Open*, 5, e007425. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007425>
- Danielsson, K. C., Borthen, I., Gilhus, N. E., & Morken, N. H. (2018). The effect of parity on risk of complications in pregnant women with epilepsy: A population-based cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97, 1006–1014. <https://doi.org/10.1111/aogs.13391>
- Meador, K. J., Pennell, B. P., May, R. C., Brown, C., Baker, G., Bromley, R., ... Thomas, S. V. (2020). Effects of periconceptional folate on cognition in children of women with epilepsy: NEAD study. *Neurology*, 95(8), e729–e740. <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000010153>
- Pennell, B. P., French, J. A., May, R. C., Gerard, E. E., Kalayjian, L., Penovich, P., ... Meador, K. J. (2020). Changes in seizure frequency and antiepileptic therapy during pregnancy. *The New England Journal of Medicine*, 383, 2547–2556. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001468>
- Sveberg, L., Svalheim, S., & Taubøll, E. (2015). The impact of seizures on pregnancy and delivery. *Seizure*, 28, 35–38. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2015.02.020>
- Toprani, S., Meador, K. J., Robalino, C. P., Brown, C. A., Matthews, G. A., Gerard, E. E., ... Pennell, P. B. (2022). The effect of epilepsy on sleep quality during pregnancy and postpartum. *Neurology*, 99(15), e1584–e1597. <https://doi.org/10.1212/WNL.000000000000200959>
- Unal, C., Tanacan, A., Fadiloglu, E., Portakal, O., & Bekşac, M. (2020). Effect of anti-epileptic drugs on first trimester screening test results. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 59(6), 835–837. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2020.05.015>
- Vanya, M., Devosa, I., Szok, D., & Bártfai, G. (2016). Epilepsziával szövődött terhesség preconceptionalis és perinatalis kihívásai. *Orvosi Hetilap*, 157(31), 563–568. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30443>
- Vitturi, B. K., Cabral, F. B., & Cukiert, C. M. (2019). Outcomes of pregnant women with refractory epilepsy. *Seizure*, 66, 251–257. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2018.12.020>
- Yu Huang, C., Mei Dai, Y., Min Feng, L., & Li Gao, W. (2020). Clinical characteristics of pregnant women with epilepsy in China. *Annals of Palliative Medicine*, 9(4), 2442–2447. <https://doi.org/10.21037/apm.2020.03.07>

SZABADON VÁLASZTHATÓ ELMÉLETI TOVÁBBKÉPZÉSI PONT SZERZÉSI LEHETŐSÉG

Kedves Olvasóink!

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

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

Üdvözléssel: A NŐVÉR Szerkesztősége

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

A fogászati félelem és szorongás lélektana, megelőzése és kezelése

GULYÁS Judit

ÖSSZEFOGLALÁS

A fogászati félelem és szorongás jelentősen növekvő előfordulást mutat az elmúlt évtizedekben. Az említett jelenségek nagy terhet róhatnak a fogászati szakemberekre és pácienseikre, determinálva ezzel a fogászati együttműködést és a kezelések sikerességét, kimenetelét. Több szakirodalom civilizációs jelenségeként tartja számon, hiszen már olyan páciensek is tapasztalhatják, akik még korábban sosem kapcsolódtak fogászati ellátással, érintve itt akár a klasszikus kondicionálást, utánzást vagy modellkövetést. Nem beszélve a saját, múltbéli negatív tapasztalatok relevanciájáról a fóbia vagy szorongás kialakulásában, progressziójában.

Gyors felismerésük adekvát cselekvési lehetőséget nyújt a pszichológiai ismeretekkel rendelkező fogászati szakember számára, csökkentve ezzel a páciens és saját diszkomfortját, amely tényező a burn-out szindróma etiológiájában is szerepet kap. A jelenségek szempontjából releváns rizikótényezőket, hajlamosító faktorokat, korábbi meghatározó tapasztalati elemeket könnyen kiszűrhetjük, amely lehetőséget teremthet a prevencióra.

Kulcsszavak: fogászati félelem, szorongás, odontophobia, megelőzés, pszichológia

The Psychology, Prevention, and Management of Dental Fear and Anxiety

Judit GULYÁS

SUMMARY

The prevalence of dental fear and anxiety has shown a marked increase over recent decades. These phenomena impose a considerable burden on both dental professionals and their patients, fundamentally influencing treatment cooperation, success, and overall outcomes. Several studies conceptualize dental anxiety as a phenomenon of modern civilization, as it may also appear among individuals who have never previously encountered dental care. Such cases may be linked to mechanisms of classical conditioning, imitation, or observational learning. Furthermore, personal negative dental experiences play a crucial role in the development and progression of dental fear or phobia.

Early recognition of these conditions enables the psychologically informed dental professional to take appropriate action, thereby reducing discomfort for both patient and clinician- an aspect also relevant to the etiology of burnout among dental practitioners. The identification of relevant risk factors, predisposing conditions, and significant prior experiences provides an opportunity for effective prevention and early intervention strategies.

Keywords: dental fear, anxiety, odontophobia, prevention, psychology

GULYÁS Judit dentálhigiénikus (BSc), pszichológushallgató, szakmai tanár, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport
ORCID-azonosító:
0009-0006-1076-2924

Levelező szerző
(corresponding author):
GULYÁS Judit
E-mail: gulyas.judit@szte.hu

Beérkezett: 2025. október 30.
Elfogadva: 2026. január 22.

 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.39.0003> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

Turbulencia a repülőn? Az autó meghibásodása vezetés közben? Időpont a fogászatra? Habár korábbi emlékeink, hiedelmeink és a média szerepvállalása nagyban befolyásolja, hogy miként gondolunk az első három kérdés kimenetelére, sok esetben hasonló eredetű fiziológiai, kognitív, affektív vagy viselkedéses változásokat regisztrálhatunk az érintett egyénen vagy akár saját magunkon.

A félelem, szorongás vagy akár fóbia kifejezések nemcsak a laikus számára összemosódó fogalmak, sokszor szakmai beszámolókbán, publikációkban is kihívás, hogy hogyan differenciáljuk a definíciókat és jelenségeket. Ennek oka, hogy mindhárom etiológiájában a kontrollvesztés, bizonytalanság, bejósolhatatlanság fontos szerepet töltenek be.

A fogászati félelmet és szorongást sokszor a XX-XXI. századi társadalom civilizációs jelenségeként emlegetik, amelynek kialakulásában valóban kima-

gasló szerepe lehet a szociokulturális hatásoknak is. A jelenség komoly kihívást okozhat egy fogászati kezelés kapcsán, mind a páciens, mind a fogászati team tagjai számára.

Félelem, szorongás és fóbia, ezek fogászati vonatkozásai

A félelem egy fizioiógias stresszválasz valamilyen észlelt veszélyre, veszélyhelyzetre, amelyben a kiváltó tényező könnyen azonosítható, például tű vagy a turbina hangja (Skaret & Soevdsnes, 2005). *Ekman és munkatársai* (1999) szerint a hat emberi alapérzelem közül a félelem az egyik, amely meghatározó (volt) az evolúció szempontjából is. Kulcsa az egyén szubjektív észlelése. Az adaptív félelmi válasz előmozdíthatja az analitikus gondolkodást és szemléletet, fokozott figyelmet és aktivitást eredményezhet (Schwarz & Clore, 1983). A félelem azonban nemcsak egydimenziós, hanem egy érzelmi válasz szindrómaként értelmezhető (Armfield, 2010).

A szorongás centrumában szintén a félelmi válasz áll, de ha behaviorista, viselkedéstanulmányozó nézőpontból szemléljük, az inger-válaszreakció viszony aránytalan, az egyén viselkedése sokszor túlzó, irreális. Itt az állapot egy vélt vagy elővételezett stimulushoz köthető (Armfield, 2010). Heurisztikáinkat, gondolati folyamatainkat és tudásunkat alkalmazva képesek vagyunk az inger jelenlétének hiányában is következtetni a jelenre vagy a jövőre. Ennek mentén jellemzők az egyénre a katasztrofizáló gondolatok, a borús felfogás vagy a negatív öninstrukciók az önkontrollban. Eredménye lehet elégtelen megküzdés, diszkomfort vagy kellemetlenség (Skaret & Soevdsnes, 2005).

A fóbia egy mentális zavar, amely pszichiáter vagy pszichológus által diagnosztizálható, és meghatározott kritériumokkal rendelkezik a legtöbb klinikai diagnosztikai és klasszifikációs rendszerben, például a DSM-ben is (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM). Kulcseleme az intenzív, észszerűtlen és sokszor okatlan szorongás és a fluktuáló, hullámzó, önmarcangoló üss-vagy-fuss válasz. A DSM rendszerében az *odontophobia* vagy *dentophobia* egy speciális kontextusban értelmezhető, perzisztens fóbia (Armfield & Heaton, 2013; Cianetti et al., 2017; Paiva et al., 2025; Skaret & Soevdsnes, 2005).

A fenti jelenségek behatárolása egyfajta kontinuum mentén működhet, amelynek elején az enyhe félelem, végén pedig a súlyos, debilizáló vagy elbutító fóbia áll (Armfield & Heaton, 2013; Cianetti et al., 2017).

Ha a fogászati páciens egyáltalán nem vagy nem úgy kooperál, ahogyan az adekvát lenne, viselkedés-

kezelési problémáról is beszélhetünk. Ennek legfontosabb kockázati tényezője a félelem és szorongás. A fogászat kapcsán regisztrálható stresszválasz háttere multifaktoriális, nagyon sokszor a fájdalomtól való félelem és az annak való kitettség áll. Emellett kiemelendő a sérüléstől és vértől való félelem. Sokszor vannak jelen kora gyermekkori, negatív tapasztalatok vagy a klasszikus kondicionálás, amelynek értelmében a gyermek képes úgy átvenni a jelenséget környezetétől, hogy még sosem volt fogászat. Befolyásolhatják kialakulását és előfordulását szociodemográfiai tényezők (életkor, nem – női felülreprezentáltság, iskolázottság, szociális státusz), a fogászat látogatásának gyakorisága, hiedelmek és az orális állapot. Továbbá ki kell emelni az első fogászati találkozás meghatározó szerepét, a gyermek személyiségét és a szülők fogászati félelmét. A jelenség bázisa kontrollhiány vagy kontrollvesztettség és a bejósolhatatlanság. Érdekességként, az érintett pácienseknél sokszor megfigyelhető a magasságtól és a repüléstől való félelem (l.: *The Seattle System*, 3. pont), és sokszor mentális komorbiditással is számolnunk kell (Armfield, 2010; Armfield & Heaton, 2013; Cianetti et al., 2017; Skaret & Soevdsnes, 2005).

A fogászati helyzet egyedisége, hogy egy, a páciens számára általában ismeretlen egyén egy idegen környezetben, fehér köpenyben az intim szférájában, sőt a szájában dolgozik. A fekvő, alárendelt, kiszolgáltatott helyzetben a páciens nem látja, hogy mi történik, csak érzi és hallja azt. Hiába informálják, a folyamat közben sokszor csak a saját gondolataira hagyatkozhat. Ez önmagában egy rendkívül bizonytalan helyzet. Sokszor azonban ehhez még hozzátársul a zsidbadás érzése, a fájdalom, az orális diszkomfort, fáradtság vagy az esetleges korábbi saját vagy külső tapasztalatok a fogászati ellátások kapcsán. Ha mindehhez még azt is hozzávesszük, hogy az ember egy társadalmilag determinált lény és sokszor az okoz kellemetlenséget, hogy milyennek látnak minket mások, akkor a szakember várható vagy vélt megítélése is sok terhet ró a páciens elméjére (Armfield & Heaton, 2013). Embert próbáló szituáció – mindkét fél számára.

A szájhigiénés szokások és a fogászati látogatások frekvenciája nagyban összefüggenek az élnhatékonysággal, koherenciaérzettel és saját sebezhetőségünk észlelésével. Kiemelkedően fontos, hogy az egyén hogyan értékeli a fogászati helyzetet: vajon az kontrollálhatatlan, kiszámíthatatlan, esetleg veszélyes? Ez a kognitív veszélyeztetettség séma alapja, ami a fogászati félelem egy fontos prediktora, előrejelzője (Carillo-Díaz et al., 2015).

A helyzet súlyosbodása könnyen eredményezheti, hogy a páciens saját mentális és fizikális tünetei miatt

nem megy el a fogászatra, ami csökkenti a korai diagnosztika és kezelés esélyeit. Ennek következtében nemcsak a félelem és szorongás, hanem orális állapota, betegsége is progrediál, amely már invazívabb, idő-, energia- és pénzigényesebb kezeléseket indikál. Szakirodalmi evidenciák vannak arra vonatkozóan, hogy az érintett alanyok DMFT-indexe (DMF-T: egy, a World Health Organization [WHO] által felállított fogászati mérőszám, amely alkalmas egy adott populáció orális egészségének leírására), parodontális (fogágyi) állapota és szájhygiénéje jóval rosszabb képet tár elénk szemben a kontrollcsoporttal. Beszámolóikból kiderül, hogy körükben alacsonyabb az életminőség, gyakoribb a táppénz és magasabb a munkanélküliség (Apró & Németh, 2021; Armfield & Heaton, 2013; Skaret & Soevdsnes, 2005). Könnyen felismerhető a folyamat jellegzetes motívumaiból, hogy a páciens egy örögi körbe kerül a mentális jelenségek és a szájüregi állapot kölcsönhatásában (Apró & Németh, 2021; Armfield, 2010, 2013; Armfield & Heaton, 2013; Carillo-Díaz et al., 2015; Silveira et al., 2021). Sok esetben ilyenkor a negatív élmények dominálnak, értve itt a fogászati érzéstelenítés nehézségeit, komplikációit, az elhúzódó kezeléseket, a hangosabb műszerek, eszközök és a már említett invazívabb eljárások alkalmazását. A páciens ebben a kontextusban könnyen a negatív tényezőket társítja a fogászathoz, és ez csak fokozza a bázist képező félelem és szorongás mértékét, megerősítve ezzel az elkerülő attitűdöt (Armfield & Heaton, 2013). Ennek óriási szerepe lehet már a gyermekfogászati prevencióban is, ezért fontos, hogy a szülők, pedagógusok, nevelők edukációját időben, adekvátan végezzük, hiszen a gyermekkori rendszeres szűrés, a problémák mihamarabbi kiszűrése és kezelése fontos tényezőket eliminál a fogászati félelem, szorongás vagy fóbia etiológiájából, tekintve, hogy ezek nagyon sokszor gyermekkori traumá(k)ból fakadnak (Carillo-Díaz et al., 2015).

Az elkerülő, passzív attitűd, már ha a páciens egyáltalán eljut a rendelőbe, a fogászati team számára jelentős emocionális és fizikális fáradtságot hozhat, komoly stresszor. Az expozíciót tekintve felvetődik a kiégés veszélye, amely egyéni és társadalmi szintű felelősséget, megfontolt prevenciót, monitorozást vagy adekvát intervenciót követel a fogászati szakma tagjaitól (Armfield & Heaton, 2013).

A fogászati félelem és szorongás klasszifikációja

Számtalan klasszifikációs rendszer ismert a szakirodalomban, íródjon az bármelyik szakterületnek. Esetünkben a klasszifikáció, a prevenció és intervenció mindig multidiszciplináris tudást és készségeket igényel.

Egy fogászati szakember számára ugyanis elengedhetetlen az alapvető pszichológiai tájékozottság és egy kevés viselkedéstudományi jártasság.

A *The Seattle System* (Locker et al., 1999) négy fő típust különböztet meg a jelenséggel küzdő páciensek tipizálásában.

1. Egyének, akik félnek egy specifikus ingertől

Esetükben könnyen azonosítható a félelem konkrét objektuma, például injekció, hangok, szagok, látvány vagy egy fogászati fájdalom emlékképe.

2. Egyének, akik félnek egy orvosi, egészségügyi katasztrófától

A félelem arra irányul, hogy a páciens félti életét és tart egy lehetséges egészségügyi krízistől kezelése kapcsán, például szívinfarktus, fulladás, allergia.

3. Generalizált fogászati szorongók

Ezen páciensektől van néhány gyakran hallott mondat; ilyen például: „Az egész fogászat szörnyű!”, „A kezelés előtt már aludni sem tudtam az idegességtől!”

Számukra a szorongás tárgya általában mondhatni indifferens, a lényeg, hogy álljon valami a fókuszában, ami kezelésükkel kapcsolatos (például szakember megítélése a viselkedéséről és orális állapotokról, kezelés kimenetele, sikeressége, saját szorongásuk kezelhetősége, megküzdésük). Sokszor félnek a repüléstől, víztől és magasságtól is. Ezen pácienscsoport gyakran arról számol be a kezelés végére, hogy mind mentálisan, mind fizikálisan teljesen kimerült.

4. Egyének, akik nem bíznak a fogászati szakemberben

Nem érzik a szakember részéről sem kontrolláltnak saját kezelésüket, anamnézisükben sokszor drámaian rossz fényben tüntetnek fel egy korábbi fogászati szolgáltatót. Ők gyakran szarkasztikus megjegyzésekkel, vicces álrúhába öltöztetve illetik a szakember munkáját, annak anyagi vonzatát, attitűdjét. Igyekeznek ezen szilárd fellépéssel kompenzálni belső bizonytalanságukat, vészjelzéseiket.

Tünettan, klinikai manifesztáció

A páciensen indirekt és direkt jelek figyelhetők meg főként három dimenzióban; fiziológiai (emelkedett arousal vagy szervezeti éberségi állapot: fokozott szívverés, emelkedett vérnyomás, szapora légzészám), viselkedéses és kognitív (szűkülő gondolkodás és figyelem, romló memória-előhívás, negatív gondolatok) (Armfield, 2010; Paiva et al., 2025; Skaret & Soevdsnes, 2005). Az egyén aggodalmat, indulatosságot, idegességet, lehangoltságot és veszélyeztetettséget érezhet és ez kihat a körülötte lévő világ észlelésére, percepciójára (Armfield, 2010).

I. táblázat: A kontroll biztosításának lehetséges módjai. Armfield & Heaton (2013) és az American Academy of Pediatric Dentistry (2024) nyomán (a szerző saját munkája)

Technikai megnevezése	Lényege	Alkalmazási köre
Mondd-mutasd-csináld!	Folyamat ismertetése elméleti síkon. Demonstráció az eszközről, tevékenységről. Végrehajtás.	Mindenkinél alkalmazható ellenjavallat nélkül, főként gyermekeknek készült.
Magyarázd-kérdezd-mutasd-csináld!	Fokozottabb a kooperáció, mint a mondd- mutasd-csináld-nál. Külön teret adunk a páciens esetleges kérdéseinek megvitatására.	Főként felnőtteknél.
Szünetek beiktatása	Mivel a páciens nem mindig meri jelezni, értelmes előre betervezett szüneteket is beiktatni szorongó pácienseknél. A tervezett szüneteket ismertessük előre!	Mindenkinél.
Saját jelrendszer alkalmazása	Közös, általában kézjelzés a kommu- nikációra a munkafolyamat alatt, például bal kéz felemelése → STOP!; bal mutatóujj mutatása → nyálszívás!	Jelhasználat adaptálása az egyén igé- nyeinek, állapotának megfelelően, ennek mentén mindenkinél alkalmazható.

Prevalencia, előfordulás

Armfield és Heaton (2013) szerint a fogászati kon-
textusban értelmezhető félelem és szorongás min-
den harmadik egyénből egyet érint. A fogászati fő-
bia előfordulása a fiatalabbaknál magasabb, míg a kor
előrehaladta fordítottan arányos a fobia előfordulásá-
val, prevalenciájával, de előfordulása ekkor sem elha-
nyagolható (Skaret & Soevdsnes, 2005). A fiatalabb
gyermekeknél a prevalencia extrém kiugrást mutat,
amelynek egyik oka sokszor a gyermek maladaptív,
éretlen megküzdésében keresendő (Cianetti et al.,
2017). Silveira és munkatársai (2021) munkájá-
ban az előfordulás igen széles palettán mozog (42–
50%), azonban a fentebb részletezett multifaktoriális
etiológiát látva ez nem meglepő.

Fogászati szakemberek szerepe
a megelőzésben, kezelésben

Skaret és Soevdsnes (2005) munkájukban felvázol-
ják, hogy sokszor, főként az északi államokban, a
higiénikusok az elsők, akik találkoznak ezen pacien-
túrával is. Fontos, hogy a fogászati megelőzés ne csak
a fogászati népbetegségek prevenciójára irányuljon,
hanem törekedjünk az egyes pszichoszomatikus kór-
képek, félelem, szorongás vagy fobia kialakulásának
megelőzésére is pácienseink körében. A jelenségek-
kel történő harc egyéni és kollektív szinten determi-
nált munkavégzésünk és annak hatékonysága érde-
kében, a lehető legjobbat adva ezzel pácienseinknek.
Armfield és Heaton (2013) három fő lépésben hatá-
rozza meg azt, hogy hogyan is érdemes jelen problé-
mákhoz viszonyulnunk:

1. Felismerni a páciens aggodalmait és szorongá-
sát.
2. Megismerni ezek alapjait, okait.
3. Kooperáció a pácienssel a szorongás csökkenté-
se és a kezelés érdekében.

Fontos, hogy a folyamatot mindvégig megfelelő
feed-back kövesse mind a páciens, mind a szakem-
ber részéről.

A prevenció és intervenció szempontjából elen-
gedhetetlen a jó kommunikáció, a megfelelő infor-
málás, az empátia és a türelem. Kiemelendő a bizal-
mi kapcsolat kiépítése, az aktív, bevonódó együtt-
működés és a kontroll biztosítása a páciens számára
(Armfield & Heaton, 2013; Kong et al., 2024). Az
I. táblázat összefoglalja, hogy a kontroll biztosítását
milyen technikákkal érhetjük el pácienseinknél.

Fontos a rapport, amely a szolgáltatásban lévő fe-
lek kölcsönhatására alkalmazott fontos, főként pszi-
chológia definíció. Jelentősége számunkra főként az
anamnéziszfelvételnél lehet, ahol kimagaslóan font-
tos, hogy kellemes, elfogadó, mégis objektív kontex-
tust biztosítsunk az együttműködésre (Armfield &
Heaton, 2013).

A félelem és szorongás detektálásához és méré-
séhez számos validált kérdőív vagy skála áll rend-
kezésünkre, ezekből néhány: *Dental Anxiety Scale*
(rövidítve: *DAS*) vagy annak módosított változata
(*M-DAS*), *Dental Fear Scale (DFS)*, *Dental Anxiety*
Inventory (DAI) vagy annak rövidített változata
(*DAI-S*), *Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C)*.
Gyermekek félelmének mérésére a *Children’s*
Fear Survey Schedule-Dental Subscale (CFSS-DS), a
Modified Child Dental Anxiety Scale (MCDAS) és a
Facial Image Scale (FIS) jó választás lehet (Armfield,

II. táblázat: Alkalmazható prevenció és intervenció technikák. Armfield & Heaton (2013) és az American Academy of Pediatric Dentistry (2024) nyomán (a szerző saját munkája)

Technika neve	Lényege
Figyelemelterelés	A páciens figyelme nem a stresszorra irányul, hanem egy teljesen más történetre, modellálásra vagy feladatra. Például VR szemüvegek, videóvetítés televízión keresztül, kéz-láb emelés, matematikai számolások. Lehetséges eredmények: csökkenő pulzus, vérnyomás, légzésszám és fájdalomérzékelés.
Pozitív megerősítés	Megerősíteni kívánt viselkedés jutalmazására.
Rekesz- vagy relaxációs légzés	Egyszerre lehetetlen hasból lélegezni és ott tenziót, feszülést is érezni. Milgrom et al. (2009): lassú, mély lélegzeteket kell venni, amelyek mindegyikét bent kell tartani 5 másodpercig; lassú kilégzés. Mindezek ismétlése 2-4 percen keresztül. Ackley (2003): a páciens lélegezzen annyira gyengén, hogy ha képzeletben egy toll van az orra alatt, az sem be-, sem kilégzésnél nem mozdulhat meg.
Progresszív izomrelaxáció	Relaxáció kialakulása az izomban egy feszítést követő elernyesztési fázissal. Javasolt: Adott izom 75%-os megfeszítése 5-10 másodpercig, majd 10 másodperces relaxáció. A technika alatt fokozott figyelemmel kell monitorozni az izom feszült, majd relaxált állapotát, annak érzését. Lehetséges eredmények: csökkenő pulzus, vérnyomás, légzésszám.
Vezetett imagináció	Képzeletbeli látogatás egy, a páciens számára kedves, biztonságot nyújtó, kellemes helyre, emlékébe.
Kognitív átstrukturálás	Lényege, hogy a páciens figyelmét nem el-, hanem rátereljük a fogászati tényezőre, azonban egy pozitív perspektívából. Fontos, hogy a negatív, katasztrofizáló gondolatokat azonosítsuk és jóval realisztikusabb, jelenre vonatkozó gondolatokkal, érzésekkel helyettesítsük azokat. Vezetéséhez tréning és szupervízió szükséges.
Szisztematikus deszenzitizáció	A páciens csak fokozatosan tesszük ki az ingernek. Minden kitettséget valamilyen relaxációs technika követ, és ezt fogja párosítani az ingerhez. Főként az injekcióktól való félelem leküzdésére hozták be a fogászatba.
Hipnózis	Módosult tudatállapotot idézünk elő, amelyben befolyásoljuk az egyén gondolatait, érzékelését, érzéseit és viselkedéseit. Ha nem jól alkalmazzuk, pont az ellenkezőjét érijük el vele! Alkalmazásához képzés, tapasztalat kell.
Hangkontroll	Lényege, hogy a figyelmet az ingerről a saját hangunkra vonjuk vagy azzal, hogy mélyen, határozottan instruáljuk a páciens, vagy azzal, hogy suttogva beszélünk hozzá.

2010; Armfield & Heaton, 2013). A páciens szorongásának vizsgálatához, rizikóelemzéshez alkalmazhatunk olyan kérdőíveket, leltárakat is, amelyek az adott egyén személyiségéből fakadó szorongást is képesek felmérni (például *STAI-T*) (Paiva et al., 2025). A kérdőívek alkalmazása azonban a klinikai környezetben idő-, tudás- és tapasztalat-, valamint energiaigényes, a páciensek pedig nem feltétlenül szeretik, ha kérdőívekkel, formálisan analizáljuk őket, így főként saját megfigyeléseinkre és a páciensek önbeszámolóira kell hagyatkoznunk (Armfield & Heaton, 2013; Silveira et al., 2021). Továbbá a szakirodalom felveti a fiziológiás válaszelemzést is, amely alapulhat például a nyálban regisztrálható kortizol szintjének mérésére (Cianetti et al., 2017).

Armfield és Heaton (2013) szerint az esetek ke-

zelése függ a szorongás és félelem mértékétől és az indokolt fogászati kezelés súlyosságától és akut jellegétől. A legadaptívabb szakemberi megküzdés, ha a páciens félelmét nem a fogászati székben, hanem az intézmény egy kellemesebb, azonban mégis kellően diszkrét helyiségében oldjuk, elimináljuk. Nonfarmakológiai megoldás lehet a figyelemelterelés, aromaterápia (narancs és levendula), a relaxáció vagy valamilyen kognitív-viselkedési intervenció (**II. táblázat**). Fokozottan féltő, szorongó pácienseinknél érdemes az időpont-egyeztetés kapcsán a délelőtti, reggeli időpontokat választani és amennyiben ez elősegítheti az alkalmat, kérhető a páciens számára egy biztonságos kísérő, hozzátartozó jelenléte. Fontos, hogy kétirányú kommunikációt alkalmazzunk, tiszteljük a páciens aggodal-

III. táblázat: Az explicit informálás tényezői. Armfield & Heaton (2013) nyomán (a szerző saját munkája)

Informálás típusa	Átadott információ jellege
Szenzoros	főként észlelési és érzékelési komponensek Mit fog érezni, érzékelni?
Procedurális	események, fázisok és főbb jellemzők a folyamatban, információk annak lefolyására, felépítésére vonatkozóan Mi fog történni? Mi vár rá?

mait és igényeit, monitorozzuk saját és páciensünk nonverbalitását. Armfield és Heaton (2013) felveti, hogy a megfelelő hangtónus és hangnem, annak tudatos alkalmazása egy úgynevezett *iatroszedatív eljárást* követhet ki, amelynek bázisa a megértés, bizalom és a biztonság kötéleke. Az explicit, egyértelmű informálás is kulcsfontosságú, ahol az információ átadásának formáit a **III. táblázat** mutatja be. Súlyosabb esetekben azonban a páciens fizikális, eszközös stabilizálása, medikáció, szedáció vagy akár a generális anesztézia is szóba jöhet. Ez a megoldás azonban csak a fogászati, akut tényező kezelésében lehet adaptív, nem választandó elsőként (Armfield & Heaton, 2013)!

A prevencióban nem elégséges csak a fájdalom megelőzése (például érzéstelenítő zselé, spray alkalmazása vagy injekció), menedzselése, sokszor ugyanis, a lokális anesztézia pont egy komoly félelmet kiváltó tényező lehet. Fontos, hogy a megelőzés részeként, gyanú esetén végezzünk rizikóelemzést (mentális zavaroknak való kitettség!) az anamnéziszfelvételt követően (Armfield, 2010; Armfield & Heaton, 2013).

Az intervencióban fontos, hogy visszahozzuk egyéneinket a mérhető jelenbe, oszlassuk el a katasztrofizált lehetséges jövő gondolatát. Ebben apró lépésekkel kell haladnunk a szolgáltatási cél felé, aktívan bevonva a páciens saját kezelésébe, an-

nak megtervezésébe. Ellenjavallott megoldás a gyakran páciensektől hallott: „*Minél kevesebb alkalommal, minél gyorsabban essünk túl rajta!*” Ez ugyanis a páciens határainak drasztikus feszegetésével és komplex kimerülésével járhat (Armfield, 2010; Armfield & Heaton, 2013).

Szarkasztikus, bizalmatlan páciens számára is a legjobb, ha visszaadjuk számára a kontrollt. Ezt elérhetjük informálással és engedélykéréssel az egyes kezelési vagy vizsgálati fázisok lefolytatásához. A kezelést végezhetjük akár úgy megítélésünk szerint, hogy a páciens egy kézi tükör háttérben tartásával figyelemmel követi, hogy mi történik a szájában (Armfield & Heaton, 2013).

Összegzés, szakmai javaslatok

A fentiekben számos megközelítésről szó esett, amely adaptív megküzdést tud kínálni egy szakember számára szorongó, féltő páciens esetében. Elhanyagolhatatlan azonban, hogy miképpen két páciens szája sem egyforma, úgy ezen metódusok sem standardizálhatók minden páciensre. Fontos, hogy működésünket tekintve széles palettával rendelkezünk, legyünk flexibilisek, proaktívak és ahogy fogászati szolgáltatásainkat is, úgy a jelen témára vonatkozó attitűdünket is mindig szabjuk az adott páciensre, individualizáljunk!

A prevenciót nem lehet elég időben elkezdni, fontos, hogy edukáljuk a szülőket arról, hogy a fogászati szocializáció a gyermek szempontjából hatványozottan fontos, ne csak akkor vigyék a gyermeket fogászatra, amikor fájdalom, nagyobb probléma van jelen, hiszen a gyermek ezt fogja társítani a fogászati környezethez.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekeltségek: A szerzőnek nincs érdekeltisége.

Irodalomjegyzék

- Ackley, D. C. (2003). Dental fear. Aren't you tired of it? *Dentistry Today*, 22(1), 96–102.
- American Academy of Pediatric Dentistry (2024). Behavior guidance for the pediatric dental patient. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 358–378. https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_behaviorguide.pdf
- Apró, Z., & Németh, A. (2021). Gyermekek temperamentumának és szülei fogászati félelmének hatása a saját fogászati félelmük kialakulására és mértékére. *Nővér*, 34(4), 10–17.
- Armfield, J. M. (2010). How do we measure dental fear and what are we measuring anyway? *Oral Health & Preventive Dentistry*, 8(2), 107–115.
- Armfield, J. M. (2013). What goes around comes around: revisiting the hypothesized vicious cycle of dental fear and avoidance. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 41(3), 279–287. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12005>
- Armfield, J. M., & Heaton, L. J. (2013). Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Australian Dental Journal*, 58(4), 390–407. <https://doi.org/10.1111/adj.12118>

- Carrillo-Díaz, M., Crego, A., Armfield, J. M., & Romero, M. (2015). Dental fear-related cognitive vulnerability perceptions, dental prevention beliefs, dental visiting, and caries: a cross-sectional study in Madrid (Spain). *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 43(4), 375–384. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12166>
- Cianetti, S., Lombardo, G., Lupatelli, E., Pagano, S., Abraha, I., Montedori, A., ... & Salvato, R. (2017). Dental fear/anxiety among children and adolescents. A systematic review. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 18(2), 121–130. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2017.18.02.07>
- Ekman, P., Dalglish, T., & Power, M. (1999). Basic emotions. *San Francisco, USA*. <https://www.paulekman.com/wp-content/uploads/2013/07/Basic-Emotions.pdf>
- Kong, X., Song, N., Chen, L., & Li, Y. (2024). Non-pharmacological interventions for reducing dental anxiety in pediatric dentistry: a network meta-analysis. *BMC Oral Health*, 24(1), 1151. <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04919-x>
- Locker, D., Liddell, A., Shapiro, D. (1999). Diagnostic categories of dental anxiety: a population-based study. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), 25–37. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00105-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00105-3)
- Milgrom, P., Weinstein, P., Heaton, L.J. (2009). *Treating fearful dental patients: a patient management handbook*. 3rd edn. Seattle, W A: Dental Behavioral Resources
- Paiva, A. C. F., Gallagher, J. E., Paiva, S. M., & Bendo, C. B. (2025). Dental fear and dental anxiety: bibliometric analysis of the 100 most frequently cited papers. *Acta Odontológica Latinoamericana*, 38(1), 246–255. <https://doi.org/10.54589/aol.38/1/59>
- Schwarz, N., & Clore, G. L. (1983). Mood, misattribution, and judgments of well-being: informative and directive functions of affective states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(3), 513–523. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.45.3.513>
- Silveira, E. R., Cademartori, M. G., Schuch, H. S., Armfield, J. A., & Demarco, F. F. (2021). Estimated prevalence of dental fear in adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*, 108, 103632. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2021.103632>
- Skaret, E., & Soevdsnes, E. K. (2005). Behavioural science in dentistry. The role of the dental hygienist in prevention and treatment of the fearful dental patient. *International Journal of Dental Hygiene*, 3(1), 2–6. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2004.00109.x>



Az ápolók felhatalmazása a jövő egészségügyének kulcsa

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

A Tanács bejelentette a 2026-os Ápolók Nemzetközi Napjának kiemelt témáját, amely „A mi ápolóink. A mi jövőnk. A felhatalmazott ápolók életüket mentenek” mottó köré épül. A választott irányvonal nem csupán egy ünnepi szlogen, hanem sürgető felhívás a döntéshozók felé: az ápolói munkaerőben rejlő életmentő potenciál csak akkor teljesezhet ki, ha az egészségügyi szakdolgozók valódi döntési jogkört, méltányos munkakörülményeket és vezetői szerepet kapnak.

A bejelentés rávilágít arra a kritikus helyzetre, amelyben a globális egészségügy jelenleg szembesül. A súlyos munkaerőhiány, a növekvő lakossági igények, valamint a klímaváltozás és a fegyveres konfliktusok okozta krízisek közepette az ápolók jelentik a rendszerek stabilitásának alapkövét. Ennek ellenére munkájuk elismerése és támogatása világszerte elmarad a kívánt szinttől. José Luis Cobos Serrano, az ICN elnöke hangsúlyozta, hogy hivatali idejének kulcsszava a „**felhatalmazás**” (empowerment). Ez a gyakorlatban a szakmai fejlődést gátló akadályok lebontását, a hangjuk felerősítését, valamint a tudásukhoz méltó erőforrások és döntési szabadság biztosítását jelenti.

A 2026-os kampány szerves folytatása az elmúlt évek stratégiájának, amely korábban az ápolás gazdasági erejére (2024) és az ápolói munkaerőbe való befektetés megtérülésére (2025) fókuszált. Az idei év újdonsága a hangsúly eltolódása az ápolók kezében lévő közvetlen erő felé, amellyel biztonságosabbá és hozzáférhetőbbé tehetik az ellátást mindenki számára.

Az ICN a nap alkalmából egy átfogó, bizonyítékokon alapuló jelentést is közread majd. Ez a dokumentum konkrét javaslatokat fogalmaz meg a kormányoknak a munkaerő toborzása és megtartása érdekében, kiemelve a méltányos bérezés, a folyamatos továbbképzés és a vezetői lehetőségek fontosságát. A jelentés célja, hogy az ápolók ne csupán végrehajtói, hanem aktív formálói legyenek az egészségügyi eredmények javítása és a bizalmon alapuló, személyközpontú alapellátás biztosítása során.

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

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

A változókori hatása a szájegészségre

SCHULLER Anikó, DR. NÉMETH Anikó PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

Hazánkban nem igazán jellemző a menopauzával kapcsolatos gondozás, így a változókori előtt álló nők többsége nincs tisztában a várható tünetekkel, elváltozásokkal, azok kezelési módjaival sem, nem beszélve a szájiüreget érintő, menopauzával összefüggésbe hozható elváltozásokról. A hormonális változások következtében számos fogászati probléma is felmerülhet, amelyek megnehezítik a mindennapi életet, rontják az életminőséget. Ilyenek például a szájszárazság, ízérzékelési zavarok, fogszuvasodás, szájiüregi fertőzések, fekélyek és az égő száj szindróma. Jelen tanulmány célja áttekinteni a változókori szájiüregre gyakorolt hatásait és felhívni a figyelmet a nők ez irányú tájékoztatásának fontosságára is.

Kulcsszavak: változókori, orális egészség, égő száj szindróma, tájékoztatás

The Impact of Menopause on Oral Health

Aniko SCHULLER, Aniko NEMETH PHD

SUMMARY

Menopause care is not really common in our country, so most women approaching menopause are unaware of the expected symptoms, changes, and their treatment methods, not to mention the changes affecting the oral cavity that may be related to menopause. Hormonal changes can cause a number of dental problems that make everyday life difficult and reduce quality of life. These include dry mouth, taste disturbances, tooth decay, oral infections, ulcers, and burning mouth syndrome. The aim of this study is to review the effects of menopause on the oral cavity and to draw attention to the importance of informing women about these issues.

Keywords: menopause, oral health, burning mouth syndrome, information

SCHULLER Anikó
dentálhigiénikus-hallgató,
Szegedi Tudományegyetem
Egészségtudományi és
Szociális Képzési Kar

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

Levelező szerző

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

Beérkezett: 2025. december 6.
Elfogadva: 2026. február 1.

| Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.39.0004> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

A nők életében több olyan időszak van – mint a pubertás, a menstruáció, a terhesség és a menopauza –, amikor a hormonok jelentősen változnak. Ezek a hormonális ingadozások nemcsak a szervezet működésére, hanem a szájiüreg egészségére is hatással vannak. A menopauza, vagyis a menstruáció végleges megszűnése egy természetes életszakasz, amely során a petefészkek hormontermelése visszafordíthatatlanul csökken. Ez a folyamat nemcsak a nemi szervek rendszerét érinti, hanem befolyásolja a csontok és a szájiüreg állapotát is (Suri & Suri, 2014). Számos kutatás foglalkozott már a menopauza és a szájiüreg, szájiápolás kapcsolatával. Általánosságban elmondható, hogy a nőket nem igazán tájékoztatják a menopauzával összefüggő, természetesen bekövetkező szájiüregi elváltozásokról, tünetekről és

azok kezelési lehetőségeiről, illetve a szájiüregi szűrések fontosságáról (Thomas et al., 2025), pedig ebben az életszakaszban jelentős szájiüregi változások következnek be. Az ösztrogénszint csökkenése miatt a nyálmirigyek működése is megváltozik, gyakori a szájszárazság, a nyál pH-értékének csökkenése. A csökkent nyáltermelés következtében ízérzékelési zavarok, fogszuvasodás, szájiüregi candidosis alakulhat ki, a szájnyalkahártya elvékonyodása és atrophija pedig hajlamosít a helyi mechanikai sérülésekre és fekélyekre, amelyek az életminőséget is jelentősen befolyásolhatják (Sharma et al., 2025). Magyarországon az 50 év feletti nők kevesebb mint 5%-a részesül menopauzával kapcsolatos gondozásban – jóval kevesebben, mint Európa más országaiiban vagy az Egyesült Államokban, ahol ez az arány 5-25% között mozog (Magyar, 2006), ezért kiemelten fontos ezen területtel is foglalkozni.

A változókör

A változókör a nő életének azon szakasza, amikor a petefészek reproduktív funkciója csökken, majd idővel teljesen elveszik, aminek következtében a menstruáció megszűnik. A menopauza akkor következik be, amikor a nő egy évig vagy annál hosszabb ideig nem menstruál. A petefészek ösztrogén-, progeszteron- és tesztoszteronhormonokat termel. A menopauzához közeledve egyre kevesebb ösztrogén termelődik, amely a nők testének megváltozott működését okozza. Ez a folyamat a legtöbb esetben fokozatosan és több év alatt zajlik le. A változókör jellemzői általában 45 és 55 év között jelentkeznek (British Menopausal Society, 2022).

A változókori tünetek enyhítése viszonylag új terület, amely csak nemrégiben került a kutatások középpontjába. Ennek történeti oka, hogy a XIX–XX. század fordulójáig a nők születéskor várható élettartama mindössze körülbelül 48 év volt, így a legtöbben nem éltek meg a változókort, vagyis a nemi hormonok termelődésének leállását. Későbbi demográfiai vizsgálatok azonban kimutatták, hogy ezek az alacsony átlagéletkorok nagyrészt a magas csecsemőhalandóságnak tudhatók be, tehát sok nő valójában elérhette a változókör időszakát, még ha az átlagéletkor ezt nem is tükrözte (Lancaster & King).

A menopauza igen gyakran emlegetett téma napjainkban, de fontos tisztázni, hogy ez a szó valójában az utolsó természetes menstruáció első napját jelenti (Ájus, 2022), ami után legalább egy évig nem lép fel újabb menses (British Menopausal Society, 2022). A „*változókör*” kifejezés ezzel szemben egy hosszabb időszakot foglal magában, amely általában 45 éves kor körül kezdődik és akár 60 éves korig is eltarthat. Ez idő alatt a nők szervezetében fokozatosan csökken a nemi hormonok termelődése, ami különböző testi és lelki tünetek formájában is megnyilvánulhat (Ájus, 2022).

A nők várható élettartama a XX. század során jelentősen megnövekedett, miközben a menopauza bekövetkezésének ideje alig változott, jelenleg is körülbelül az 50–51. életévre tehető (Magyar, 2006). Mivel Magyarországon a KSH 2024-es adatai alapján a nők átlagosan majdnem 80 évig élnek (KSH, 2024), így életük mintegy egyharmadát a menopauzát követő, hormonhiányos állapotban töltik. A változókör azonban nem egyetlen pillanat, hanem egy hosszabb folyamat, amely több szakaszra bontható: a menopauzát megelőző időszak a premenopauza (Magyar, 2006), a köztes, leginkább 50 ± 2 év, néhány éves periódus a perimenopauza (Ájus, 2022), ez a menopauza előtt közvetlenül zajló időszak, amikor a nőknél a menstruációs változások először jelent-

keznek, ritkábbá válik és a ciklusok meghosszabbodnak, míg az azt követő életszakasz a posztmenopauza (British Menopausal Society, 2022).

A premenopauza időszakában a petefészek működése fokozatosan visszaesik, ami együtt jár a női nemi hormonok – az ösztrogén és a progeszteron – termelésének csökkenésével. Ennek következtében a menstruációs ciklus először rendszertelenné válik, majd idővel teljesen megszűnik. A hormonhiány azonban nemcsak a menstruációs ciklusra hat, hanem a szervezet számos szervében és szövetében is érezhető változásokat idéz elő (Magyar, 2006). Előfordulhat kismencedei gyulladás, endometriosis, méhnyálkahártya-hyperplasia és polip, méhizomdaganat, cisztás emlőbetegség, emlőrák (Ájus, 2022). Fontos megemlíteni, hogy napjainkban egyre több nő lép be a menopauza állapotába nem természetes módon, hanem valamilyen nőgyógyászati műtét, illetve esetenként sugár- vagy kemo-terápiás kezelés következményeként (Nasser et al., 2022).

A perimenopauza időszakát elsősorban az ösztrogénszint fokozatos és egyre jelentősebb csökkenése határozza meg, amely számos testi és lelki tünet megjelenéséhez vezet. A hormonhiány következtében gyakoriak a hőhullámok, az éjszakai izzadás, a kipirulás és a vérnyomás ingadozása. Sok nő hangulatváltozásokat, fokozott szorongást, depressziót vagy alvászavarokat tapasztal ebben az életszakaszban (Nasser et al., 2022).

A hormonok visszaesése nemcsak a közérzetet befolyásolja, hanem hosszabb távon a szervezet több területén is változásokat idéz elő. A húgy- és ivarszervek hámjának sorvadása miatt gyakoribbá válnak a fertőzések és a gyulladások, jelentkezhet vizelettartási probléma, vizeleti nehézség, valamint hüvelyszárazság, ami fájdalmas együttléthez és a libidó csökkenéséhez vezethet. Emellett megindul a csonttömeg fokozott vesztese, amely csonttritkuláshoz vezet, és felgyorsul az érlemeszesedés folyamata is. Ennek következményeként a menopauzán áteső nők körében gyakoribbá válnak a szív- és érrendszeri betegségek, például a magas vérnyomás, az angina, a szívinfarktus vagy a stroke (British Menopausal Society, 2022).

A posztmenopauza időszakában már a teljes hormonhiány következményei kerülnek előtérbe, amelyek a szervezet több rendszerét is érinthetik. Ebben az életszakaszban gyakran alakul ki csonttritkulás, felgyorsul az érlemeszesedés, és megnő a szív- és érrendszeri betegségek – például a ritmuszavarok, az angina, a szívinfarktus vagy akár a szívelégtelenség – kockázata. Az agyi erek károsodása is gyakoribb, ami stroke-hoz vagy fokozatos szellemi hanyatláshoz vezethet (Ájus, 2022).

A hormonhiány következményeként a vasomotoros tünetek továbbra is fennállnak, sok nő tapasztal hőhullámokat, kipirulást, szívdobogásérzést és éjszakai izzadást. Ezek a panaszok a posztmenopauzában lévő nők mintegy kétharmadánál jelentkeznek, és gyakran hosszú évekig fennállhatnak. A tünetek a nők 20-25%-ánál legalább öt évig tartanak, és a páciensek 10-20%-a számára olyan mértékű kellemetlenséget okoznak, hogy a mindennapi életminőségüket is jelentősen rontják (Magyar, 2006). A posztmenopauzális nők körében a menopauzára jellemző tünetek nemcsak gyakrabban fordultak elő, hanem erőteljesebben is jelentkezhetnek. A premenopauzában lévő nők esetében leginkább a mentális kimerültség (49,5%), az ízületi és izomfájdalmak (48,5%), valamint az ingerlékenység (41,3%) voltak a legjellemzőbb panaszok. Ezzel szemben a posztmenopauzális csoportban a hőhullámok (42,2%), az ingerlékenység (48,2%), valamint a fizikai és szellemi fáradtság (53%) fordultak elő leggyakrabban, kiegészülve a fokozott irritációval (Ruchika, 2024). Hosszú távon viszont a csonttritkulás, valamint a különféle szív- és érrendszeri betegségek kockázatának növekedése a legjelentősebb következmény (Magyar, 2006).

Az emberi szervezet csontmennyisége nagyjából 35 éves korig növekszik, majd egy rövid, pár éves változatlan állapotot követően folyamatosan csökkenni kezd. Ezen csökkenése a csontnak a változókor időszakában jelentősen felgyorsul, ami magyarázza, hogy hatszor nagyobb gyakorisággal fordul elő csonttritkulásos állapot a nőknél, mint a férfiaknál. Magyarországon az osteoporosis a lakosság mintegy 9%-át érinti, amely megközelítőleg 600 ezer nőt és 300 ezer férfit jelent (Magyar Osteológiai és Osteoarthrológiai Társaság). A posztmenopauzában leggyakrabban előforduló csonttritkulásos törések a csigolyákat érintő (vertebralis) törések. Ezek tartós hátfájdalmat, mozgáskorlátozottságot, a testmagasság csökkenését, gerincdeformitást és az életminőség általános romlását okozhatják (Magyar, 2006). A csontvesztés kialakulásában több tényező is szerepet játszik: az ösztrogénhiány, a kalcium-anyagcsere zavara, a kalcitoninszint csökkenése, illetve a D-vitamin hiánya mind hozzájárulhatnak a folyamat előrehaladásához (Nasser et al., 2022). Kádár-Nagy és munkatársai (2014) szerint a dohányzó személyeknél ez a jelenség különösen hangsúlyos, hiszen a dohányzás fokozza a máj ösztrogénlebontó folyamatait.

Fontos megemlíteni, hogy az egyes változókorban jelentkező panaszok megjelenése és intenzitása személyenként eltérő, így lesznek olyanok, akik alig érzékelnek néhány jelet, míg mások ebben az időszakban jóval intenzívebb tüneteket tapasztalnak (Csopor, 2015).

Menopauza és a szájegészség

Annak ellenére, hogy a menopauza szervezetre gyakorolt hatásai jól dokumentáltak, a vele együtt jelentkező szájüregi panaszokról még mindig keveset tudunk. Az egészségügyi szakemberek feladata, hogy ezekkel a tünetekkel tisztában legyenek és időben felismerjék őket. Ez fontos ahhoz, hogy megfelelő diagnózist és kezelést tudjanak biztosítani a változókorban lévő nők számára (Ruchika, 2024).

A parodontális betegségek létrejöttének alapvető oka a dentális plakk jelenléte. Ugyanakkor a plakkból előforduló kórokozók önmagukban nem elegendők a betegség kialakulásához, a szervezet fogékonysága is döntő tényező. A hormonális változások – amelyek különösen jellemzők a női életciklus bizonyos szakaszaiban – jelentősen befolyásolják ezt a fogékonyságot. Ennek következtében pubertáskorban, terhesség alatt, fogamzásgátló használatkor és a posztmenopauzális időszakban a parodontium gyakran túlzott gyulladásos választ ad a dentális plakk jelenlétére (Jafri et al., 2015).

Ezek a hormonális ingadozások a szájüreg szöveteit is jelentősen befolyásolják, hiszen a szájnyálkahártyában és a fogínyben ösztrogén- és progeszteronreceptorok találhatók, ami alátámasztja, hogy a parodontális szövetek működése érzékeny a női nemi hormonok szintjére (Amar & Chung, 1994). Amikor a menopauza miatt csökken az ösztrogén mennyisége, az közvetlenül hat a szájüregre is (Matthews, 1992; Brace & McClauley, 1997). A szexuáliszteroid hormonok a sejtosztódást, a sejtek differenciálódását és növekedését egyaránt szabályozzák, közvetlen és közvetett mechanizmusokon keresztül. Az ösztrogén különösen jelentős a laphámsejtek érésének, valamint a kollagénrostok termelésének és szerkezeti épségének fenntartásában (Amar & Chung, 1994). Ennek okán a posztmenopauzális években bizonyos szájüregi problémák – például szájszárazság, ínyérzékenység, ínyvérzés, égő érzés a szájban vagy gyakoribb fogínybetegségek – gyakrabban fordulhatnak elő, emiatt fokozott odafigyelést igényel az orális egészség fenntartása (Matthews, 1992; Brace & McClauley, 1997).

Fontos megemlíteni az *égő száj szindróma* (burning mouth syndrome – BMS), amely leggyakoribb a posztmenopauzás nőknél, általános populációs prevalenciája körülbelül 1% (Jääskeläinen & Woda, 2017). A Nemzetközi Fejfájás Társaság úgy határozza meg, mint „... a szájon belüli égő vagy dysaesthesiás érzés, amely naponta több mint két órán át, több mint három hónapon keresztül ismétlődik, klinikailag nyilvánvaló ok-okozati elváltozások nélkül” (International Headache Society Classification Committee, 2013). A betegség különösen gyakran fordul elő az 50-70

év közötti, posztmenopauzális nők körében, és nem ritka, hogy a panaszok több évvel vagy akár évtizeddel a menopauza után kezdődnek. A BMS pontos háttere nem ismert, de feltételezhetően az orális nyálkahártya alatt futó idegek működészavara áll a tünetek mögött. Mivel ez nem jár látható elváltozásokkal, a szájúreg gyakran teljesen épnek tűnik, ami megnehezíti és késlelteti a diagnózis felállítását. A hormonális tényezők szerepe – bár a menopauzával való összefüggés ezt valószínűsíti – továbbra sem bizonyított. A tartós fájdalom jelentős életminőségromlást okozhat, mint például étkezési nehézségeket vagy társas helyzetek kerülését (Case Western Reserve University, 2013).

Egyik legjellegzetesebb tünete a szájúregben – elsősorban a nyelven – jelentkező, forrázáshoz hasonló égő érzés, amely akár hónapokon át fennállhat. A szindróma fennállását több, önmagában vagy együttesen jelentkező tünet is jelezheti, többek között: tartós, égő érzés a nyelv területén, szájúregi fájdalom látható fogászati eltérés nélkül, megváltozott vagy fémes ízérzet, szájszárazság. Ezek a panaszok étkezés közben átmenetileg enyhülnek. Jellemző még az égő érzés vándorlása a szájúregen belül (Mayo Clinic, 2023). Ezen betegség kezelése nagyon sokrétű, amelynek bemutatása meghaladja tanulmányunk kereteit.

Összegzés

Jelen áttekintésből is látszik, hogy a menopauza idején végbemenő hormonális változás jelentősen megváltoztatja a szájúreg állapotát is, és hajlamosít különböző szájúregi elváltozásokra, úgymint a szájszárazság, ínyp problémák, fogazat romlása vagy éppen az égő száj szindróma. A társas kapcsolatoktól való visz-

szahúzódás egyébként is gyakori jelenség az idősök körében, ami nagy veszélyt jelent, hiszen nem csak a külvilággal való kapcsolatuk gyérül, hanem sokan ritkábban keresik fel a fogorvost és kevésbé tesznek az orális egészségük fenntartásáért. Ennek oka lehet, hogy a fogvesztést természetesnek tekintik, a társadalmi izoláció csökkenti a megjelenéssel kapcsolatos elvárásokat, illetve anyagi nehézségek is szerepet játszanak. A kezeletlen problémák rágási és nyelési nehézségeket okozhatnak, ami beszűkült, egyhangú étrendhez és akár alultápláltsághoz vezet (Bársonyiné & Kis-György, 2020). Mindezek miatt fontosnak tartjuk már a premenopauzában a nők megfelelő egészségfejlesztését a várható orális elváltozásokkal kapcsolatban, és elengedhetetlen a kellő informálás az orális tünetek enyhítéséről és a fogorvos rendszeres felkeresésének fontosságáról is. Kifejezett hangsúlyt kell fektetni a rendszeres és alapos fogápolásra, a kiegészítő szájápolási eszközök (például fogselyem, szájuvhany, fogköztisztító kefe stb.) rendszeres használatára, illetve a fél évente történő fogászati ellenőrzésre is ebben az életkori szakaszban. Mindezek mellett a szájúregi tünetek enyhítése elengedhetetlen például bő folyadékfogyasztással (koffein, alkohol kerülése!), cukormentes rágóval, D-vitamin-, kalcium-, magnéziumpótlással, illetve gyógyteás öblögetéssel (zsálya, cickafark) (Shrivastava, 2024).

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

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincs érdekelségeik.

Irodalomjegyzék

- Amar, S., & Chung, K. M. (1994). Influence of hormonal variation on the periodontium in women. *Periodontology* 2000, 6, 79–87. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.1994.tb00028.x>
- Ájus, A. (2022). A változókori tünetekre alkalmazható gyógynövények természetesi kérdései Kosdon. Gyöngyös, Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem Károly Róbert Campus. <https://stud.mater.uni-mate.hu/88/1/749946860.pdf>
- Bársonyiné Kis, K., & Kis-György, R. (2020). *Időskor orális egészségviselkedése*. In: Orális egészség fejlesztése I. Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, 136–137.
- Brace, M., & McCauley, E. (1997). Oestrogens and psychological well-being. *Annals of Medicine*, 29(4), 283–290. <https://doi.org/10.3109/07853899708999349>
- British Menopausal Society (2022). *What is the menopause?* <https://thebms.org.uk/wp-content/uploads/2023/08/17-BMS-TfC-What-is-the-menopause-AUGUST2023-A.pdf>
- Case Western Reserve University (2013). *Burning Mouth Syndrome is often difficult to diagnose*. ScienceDaily. <https://www.sciencedaily.com/releases/2013/10/131023100957.htm>
- Csupor, D. (2015). *Fitoterápia: növényi szerek a gyógyászat-*

- ban: *Nőgyógyászati panaszokra ható növényi szerek*. Szeged, Szegedi Tudományegyetem Gyógyszerkémiai Intézet. In: Ájus A. (2022). A változókori tünetekre alkalmazható gyógynövények termesztési kérdései Kosdon. Gyöngyös, MATE Károly Róbert Campus. <https://books.google.hu/books?id=8xa3DwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=hu#v=onepage&q&f=false>
- International Headache Society Classification Committee (2013). The International Classification of Headache disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*, 33(9), 629–808. <https://doi.org/10.1177/0333102413485658>
- Jafri, Z., Bhardwaj, A., Sawai, M., & Sultan, N. (2015). Influence of female sex hormones on periodontium: A case series. *Journal of natural science, biology, and medicine*, 6(Suppl1), 146–149. <https://doi.org/10.4103/0976-9668.166124>
- Jääskeläinen, S. K., & Woda, A. (2017). Burning mouth syndrome. *Cephalalgia*, 37(7), 627–647. <https://doi.org/10.1177/0333102417694883>
- Kádár-Nagy, J., Segattó, E., Tihanyi, D., Párkányi, L., Vályi, P. (2014). *Nemi hormonok szerepe az orális egészség befolyásolásában*. In: Vályi, P. (szerk.) (2011). *Dentálhigiénikusok kézikönyve*: BSc szintű dentálhigiénikus képzés kézikönyve, 452–453. Szegedi Tudományegyetem. https://eta.bibl.u-szeged.hu/908/1/2011-0032_magyar.pdf
- Központi Statisztikai Hivatal (2024). *Magyar statisztikai évkönyv, Nemzetközi adatok*, 492–526. <https://www.ksh.hu/ksh-evkonyvek>
- Lancaster, J. B., King, B. J. (1992). An evolutionary perspective on menopause. In: Melby, M. K., & Lampl, M. (2011). *Menopause, A Biocultural Perspective. Annual Review of Anthropology*, 40, 53–70. <http://www.jstor.org/stable/41287719>
- Magyar, Z. (2006). A menopausás tünetegyüttes kezelésének gyakorlata a szakirodalmi adatok tükrében. *Gyógyszerészet*, 50(4), 215–221.
- Magyar Osteológiai és Osteoarthrológiai Társaság: *Az osteoporosis következtében nőkben kialakuló csonttörés primer prevenciójának finanszírozási eljárásrendje*. 15. melléklet a 31/2010. (V. 13.) EüM rendelethez. https://osteoporosis.hu/upload/osteoporosis/document/312010EuM1516.pdf?web_id=
- Matthews, K. A. (1992). Myths and realities of the menopause. *Psychosomatic Medicine*, 54(1), 1–9. <https://doi.org/10.1097/00006842-199201000-00001>
- Mayo Clinic (2023). *Burning Mouth Syndrome*. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/burning-mouth-syndrome/symptoms-causes/syc-20350911>
- Nasser, S., Kirchheiner, K., Mümüsoglu S., Köblös, K., Tóth, I., Hulscher, K., Papageorgiou, M., Dedeo, A., Gazdik, J. (2022). *Menopauza: a nőgyógyászati daganatok után*. ENGAGE & Mályvavirag Alapítvány. <https://malyvavirag.hu/sites/default/files/kiadvany/menopauza-a-nogyogyszati-daganatok-utan-2.pdf>
- Ruchika, G. (2024). *Management of Menopause: A guide for practitioners*. Singapore, Springer Nature Pte Ltd., 1–16. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-981-96-0239-1.pdf>
- Sharma, S., Krishnan, A., Mukherjee, A., Kumar, V. (2025). *Menopause and Oral Health*. In: Garg, R. (eds.). *Management of Menopause*. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-96-0239-1_7
- Shrivastava, S. (2024). Menopause and Oral Health: Clinical Implications and Preventive Strategies. *Journal of Midlife Health*, 15(3), 135–141. https://doi.org/10.4103/jmh.jmh_125_24
- Suri, V., & Suri, V. (2014). Menopause and oral health. *Journal of Mid-life Health*, 5(3), 115–120. <https://doi.org/10.4103/0976-7800.141187>
- Thomas, N., MSc, Peters, K., O' Reilly, K., Sousa, M. S., George, A. (2025). Oral Health Care Among Women in Perimenopause or Menopause: An Integrative Review. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 70(1), 17–31. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13668>

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

az alapellátásban dolgozók számára pontszerző továbbképzést szervez

Egészségügyi Szakdolgozók VI. Alapellátási Konferenciája

címmel.

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

Szakmacsoportok:

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

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

Megújult a MESZK Etikai Kódexe: Iránytű a modern egészségügyi környezethez

VIZINÉ MOLNÁR Anna

ÖSSZEFOGLALÁS

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) megújított Etikai Kódexe a 2014-es szabályozást váltja fel, választ adva az egészségügy gyökeres átalakulására – így a technológiai fejlődésre, a digitális kommunikációra, a betegek megváltozott elvárásaira és a bővülő szakmai kompetenciákra. Az új kódex három pillére épül: az értékalapú szemléletre, a mindennapi gyakorlatot segítő iránymutatásokra (például a közösségi média és az adatbiztonság terén), valamint a közösségi értékek, így az együttműködés és a kollegiális bizalom megerősítésére.

Kulcsszavak: etikai kódexek, szakmai etika, egészségügyi szakdolgozók, ápolásetika, Magyarország

Code of Ethics – Hungarian Chamber of Healthcare Professionals
Anna VIZINÉ MOLNÁR

SUMMARY

The new Hungarian Chamber of Healthcare Professionals (HCHP) Code of Ethics updates the previous 2014 version to address changes in healthcare, including technological advancements, online communication, evolving patient expectations, and changes in professional competencies. The updated code introduces three core conceptual innovations: a value-based approach, practical guidance for specific situations (such as online communication and data security), and the reinforcement of community values like cooperation and collegiate trust.

Keywords: codes of ethics, professional ethics, healthcare professional, nursing ethics, Hungary

VIZINÉ MOLNÁR Anna
elnök, MESZK Etikai Kollégium

Levelező szerző
(corresponding author):
VIZINÉ MOLNÁR Anna
E-mail: meszk@meszk.hu

Beérkezett: 2025. december 11.
Elfogadva: 2026. január 3.

 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.39.0005> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

A korábbi Etikai Kódexünk 2014-ben készült, amely több, mint egy évtizeden át jól szolgált a szakdolgozói hivatás erkölcsi alapjait, és sok olyan értéket fogalmazott meg, amelyek ma is változatlanul érvényesek (MESZK, 2014). Ugyanakkor mindannyian látjuk, érezzük és tapasztaljuk, hogy az egészségügy világa az elmúlt években gyökeresen átalakult. A technológiai fejlődés, az online kommunikáció térnyerése, a betegek erősödő elvárásai, a szakdolgozói kompetenciák változása és a társadalmi környezet átalakulása mind olyan tényezők, amelyek az Etikai Kódex megújítását elkerülhetetlenné tették.

A célunk az volt, hogy olyan iránytűt adjunk a szakdolgozói kollektíva kezébe, amely a modern egészségügyi környezetben is egyértelmű eligazo-

dást nyújt. Olyan dokumentumot szerettünk volna alkotni, amely nemcsak szabályokat sorol fel, hanem értékeket is közvetít, és amelyben magunkra ismerhetünk, mint szakemberek, mint kollégák és mint emberek.

Az Etikai Kódex megújításának folyamata még az előző ciklus Etikai Kollégiumának tagjaival indult, majd ezt a munkát a 2024-ben megújult tagságú kollégium folytatta.

A 2025. év elején az Etikai Kollégium által elkészített, átdolgozott kódex tervezetét áttekintésére, véleményezésére és további módosítási javaslatok kidolgozására a MESZK Országos Elnöksége egy ad hoc bizottságot hozott létre. A bizottságban az Etikai Kollégium elnöke, két jogász végzettségű elnökségi tag és az Országos Etikai Bizottság elnöke is helyet kapott.

A kollégium és az ad hoc bizottság közös munkájának eredményeként elkészült, megújított etikai kódexet – a változások részletes követésével együtt – az országos elnökség megküldte a területi elnökök és a tagozatvezetők részére. Tőlük összesen 12 észrevétel és módosítási javaslat érkezett vissza.

Az Etikai Kollégium valamennyi beérkezett javaslatot megvizsgálta, a szükséges módosításokat átvezette, és minden beérkezett véleményre írásban válaszolt. Ennek eredményeként egy 34 oldalas, részletes munkaanyag készült.

Ezt követően az új Etikai Kódex a MESZK Országos Elnöksége elé került jóváhagyásra. A jóváhagyást követően a végleges dokumentumot az országos küldöttek számára is megküldték megismerés céljából.

A megújult Etikai Kódex célja

Az új Etikai Kódex célja, hogy korszerű, közérthető és a mindennapi gyakorlatban is alkalmazható útmutatást adjon minden egészségügyi szakdolgozó számára. Ezért három alapvető szemléleti újítást hoz:

1. Értékalapú szemlélet

A kódex nem csupán szabályokat sorol fel, hanem azokat olyan erkölcsi alapelvekhez köti, mint a méltóság, az autonómia, az igazságosság, a titoktartás és a szakmai felelősség. Ezáltal nemcsak „*mit kell tenni*”, hanem a „*miért kell így tenni*” kérdésre is választ ad.

2. Gyakorlati, helyzetekhez köthető iránymutatás szemlélete

Olyan helyzetekre is tartalmaz konkrét útmutatást, amelyek tíz éve még fel sem merültek. Például: az online betegkommunikáció, közösségi médiában való szakmai megjelenés és az adatbiztonsági kockázatok.

3. Közösségi értékek megerősítése

Az együttműködés, a kollegiális bizalom, a vezetői felelősség és a jóhiszemű jelzések védelme mind olyan elemek, amelyek korábban háttérben maradtak, ma viszont elengedhetetlenek. Sokkal erősebben épít a szakdolgozói közösség erejére.

Külön fejezet foglalkozik a vezetői felelősséggel, a jóhiszemű bejelentések védelmével, a megtorlás tilalmával és a pályakezdők mentorálásával. Ezek mind olyan elemek, amelyek eddig nem jelentek meg ilyen hangsúllyal.

Miért volt szükség a megújításra?

Elmondhatjuk, hogy a 2014-es Etikai Kódex egy olyan világra készült, ahol még nem volt jelen ilyen hangsúllyal az elektronikus dokumentáció, a közösségi média, a digitális betegkommunikáció és az egészségügyi technológiák rohamos fejlődése. A mai

környezetben még a jó szándékú szakmai megnyilvánulásaink is könnyen olyan platformokra kerülhetnek, ahol teljesen más kontextusban jelennek meg. Ezt a kockázatot a régi kódex egyszerűen nem tudta kezelni, hiszen akkoriban még nem is létezett ez a jelenség.

Ezzel párhuzamosan a szakdolgozói kompetenciák bővültek, a felelősségi körök erősödtek, és egyre több helyzetben van szükség tudatos, felelős etikai döntéshozatalra. A régi dokumentum sok helyen általánosan fogalmazott, az új kódex viszont konkrét, modern és gyakorlatias útmutatást nyújt.

A 2014-es és a 2025-ös Etikai Kódex közötti legnagyobb különbség az, hogy az új dokumentum már egy olyan egészségügyi világra reagál, ahol:

- a digitalizáció az ellátás minden területét átszövi,
- az adatvédelmi és titoktartási kérdések új dimenziókat kaptak,
- a szakdolgozói kompetenciák bővültek és differenciálódtak,
- a betegek sokkal tudatosabbak és informáltabbak,
- a közösségi média (pozitív és negatív módon is) beleszól a szakmánk percepciójába,
- a munkahelyi együttműködés, terhelés és felelősség új kihívásokat teremt,
- a szakdolgozói autonómia erősödött,
- a szakmai és emberi felelősség komplexebbé vált.

A régi kódex sok ponton kizárólag általános útmutatást adott. Az új kódex ezzel szemben már részletesen, gyakorlatorientáltan és a modern munkakörnyezethez igazítva fogalmazza meg az elvárásokat. Ma már nem elég csupán értékeket deklarálni, azokat konkrét, a jelenlegi valóságban érvényesíthető módon is meg kell jeleníteni.

A beteggel való kapcsolat korszerűbb, részletesebb szabályozást kapott

Az új dokumentum:

- a kiszolgáltatott betegek védelmét kiemelten kezeli,
- hangsúlyt ad a kulturális különbségek tiszteltének,
- részletezi a korrekt, érthető betegkommunikáció követelményeit,
- és külön szakasz foglalkozik az elhunytak iránti tisztelettel.

Az új kódex kiemeli, hogy a beteggel való kommunikáció során a szakdolgozónak mindig figyelembe kell vennie a beteg életkorát, mentális állapotát, szociális helyzetét és kommunikációs képességeit. Rögzíti, hogy a tájékoztatás világos, érthető és az adott beteg sajátos igényeihez igazított kell, hogy legyen. A kulturális és vallási különbségek figyelembe-

vétele révén a kódex elősegíti a méltányos és egyenlő bánásmód érvényesülését. Az elhunytak iránti tisztelet az emberi méltóság megőrzését hangsúlyozza még a halál bekövetkezte után is. A dokumentum egyértelmű iránymutatást ad arra, hogyan kezeljék a szakdolgozók a nehezen együttműködő vagy kiszolgáltatott pácienseket. Összességében ez a fejezet jelentősen hozzájárul a betegbiztonság és a bizalom erősítéséhez, miközben a szakmai felelősségvállalás és az etikai integritás magas szintjét képviseli.

Teljesen új elem: az online etika és közösségi média etikája

Ez az egyik legnagyobb újdonság a kódexben, amely részletesen tárgyalja:

- a beteggel való online kommunikáció határait,
- az adatvédelem online dimenzióit,
- a közösségi médiában történő szakmai megnyilvánulások kereteit,
- valamint a kollégák online tiszteletének követelményét.

A régi kódex idején még nem léteztek ezek a kihívások. Így tehát egy teljesen új, modern és szükség-szerű fejezetté vált a kódexben.

Az új szabályozás felismeri, hogy a digitális térben végzett megnyilvánulások ugyanúgy befolyásolják a szakma megítélését, mint a személyes kommunikáció. A kódex hangsúlyozza, hogy az online jelenlét felelősséggel jár, és a szakdolgozóknak minden platformon a hivatás méltóságát kell képviselniük. Külön figyelmet fordít arra, hogy a szakmai információk megosztása csak hiteles, ellenőrzött és etikus módon történhet. Rögzíti azt is, hogy a digitális térben tett megjegyzések vagy képek (akár magánprofilon is) hatással lehetnek a betegek bizalmára és a szakmai közösségre. A szabályozás célja, hogy segítséget nyújtson a szakdolgozóknak abban, hogyan tudnak biztonságosan, tudatosan és professzionálisan jelen lenni az online felületeken.

A kollegiális együttműködés erősítése

A megújított kódex:

- tiltja a megtorlást,
- védi a szakdolgozót, ha jóhiszeműen jelez problémát,
- részletesen foglalkozik a vezetők felelősségével,
- támogatja a hibák közös, konstruktív javítását,
- és hangsúlyossá teszi a pályakezdők mentorálását.

Ez a szemlélet jelentős előrelépés a szakmai kultúra erősítése szempontjából.

Külön kiemeli, hogy a szakdolgozók közötti együttműködés alapja a kölcsönös tisztelet és a nyílt

kommunikáció. Rögzíti, hogy a munkatársak közti konfliktusokat békés, átlátható módon kell rendezni, elősegítve ezzel a biztonságos és támogató munkakörnyezet kialakítását. A dokumentum hangsúlyozza az egymás szakmai kompetenciáinak elismerését, valamint azt, hogy a tudásmegosztás nemcsak lehetőség, hanem közös felelősség. A kollegiális támogatás kiemelt szerepet kap a nehéz szakmai helyzetekben is, amikor a csapat együttműködése közvetlen hatással van a betegellátás minőségére. A kódex arra ösztönzi a szakdolgozókat, hogy szakmai és emberi erőforrásként tekintsenek egymásra, és közösségként működjenek. Mindez hozzájárul ahhoz, hogy a szakmai közeg stabilabb, kiszámíthatóbb és hosszú távon megtartóbb legyen a szakdolgozók számára.

Mit jelent az új Etikai Kódex a gyakorlatban?

Az új Etikai Kódex nem csupán egy dokumentum. Ez a szakmai identitásunk megerősítése. Egy iránymutatás, amely akkor is kapaszkodót ad, amikor nehéz döntéseket kell hoznunk. Egy keretrendszer, amely segít abban, hogy a betegközpontú hozzáállásunk akkor is érvényesüljön, amikor a körülmények nem ideálisak. És egy közös etikai minimum, amely minden szakdolgozó számára egyenlően érvényes.

Meggyőződésünk, hogy a most megújított Etikai Kódex hosszú távon hozzájárul ahhoz, hogy a szakdolgozók társadalmi presztízse, szakmai megbecsültsége és hitelessége tovább erősödjön.

Az új kódex különösen nagy hangsúlyt fektet a szakmai felelősség és a kollegiális együttműködés értékeire, erősítve a közösségi felelősségvállalást. A részletes szabályozás a betegjogok védelmét is megerősíti, különös tekintettel a kiszolgáltatott és hátrányos helyzetű páciensekre. Újdonságként szerepel az online tér és a közösségi média használatának etikai keretrendszere, amely a digitális korban is biztosítja a szakma méltóságát és a betegek bizalmát. A kódex kiemeli a vezetők és mentorok szerepét, hangsúlyozva a példamutatást és a pályakezdők támogatását. Emellett ösztönzi a szakdolgozókat arra, hogy folyamatosan fejlesszék tudásukat és kompetenciáikat, követve a tudományos és technológiai fejlődést. Végül, a dokumentum hozzájárul a szakmai közösség etikai kultúrájának erősítéséhez, biztosítva, hogy minden döntésünk a betegek érdekeit és a társadalmi elvárásokat tükrözze.

Záró gondolatok

Az új Etikai Kódex tehát nemcsak egy dokumentum, hanem egyfajta megújulás is, annak a szakmai és emberi elkötelezettségnek a megerősítése, amely

az egészségügyi hivatás lényegét adja: *embert, értéket és felelősséget*.

Nem egy adminisztratív kötelezettség, hanem egy közösségi elköteleződés megerősítése. Azért alkottuk meg, hogy méltó legyen a hivatásunkhoz, és hogy minden szakdolgozó számára biztos háttérrel nyújtson a mindennapi döntésekben.

Hiszem, hogy ez a dokumentum egy olyan közös alap, amelyhez mindannyian bizalommal fordulha-

tunk. Egy olyan iránytű, amely segít megőrizni szakmánk lényegét ebben a gyorsan változó világban is: *hogy az ember, a beteg és a szakmai tisztesség minden döntésünk középpontjában álljon*.

Kérem Önöket, hogy tanulmányozzák át a jelen lapszámban közzétett megújított Etikai Kódexet, amelyet a MESZK Országos Küldöttközgyűlése 2025. december 10-én fogadott el 2026. január 1-jén történő hatályba lépéssel.

Irodalomjegyzék

MESZK (2014). A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Etikai Kódexe. *Nővér*, 27(3), 37–44.

Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Etikai Kódexe

Preambulum

Az erkölcsi alapelvek értelmezése

Az Etikai Kódex alapját olyan erkölcsi alapelvek képezik, amelyek általános érvényű, normatív irányelvekként határozzák meg a szakmai magatartás kívánatos formáit. Ezek az alapelvek nem konkrét előírások, hanem olyan belső iránytűként szolgáló értékek, amelyek segítik az egészségügyi szakdolgozót a helyes és felelős döntések meghozatalában, különösen etikai dilemmákkal terhelt helyzetekben.

Az erkölcsi alapelvek a hivatásgyakorlás során irányt mutatnak a következő értékek mentén:

- Az emberi méltóság tiszteletben tartása.
- A másik ember önrendelkezésének (autonómiájának) elismerése.
- A segítő szándék, jótekonyság és együttérzés.
- Az ártalom elkerülésének kötelessége.
- Az igazságosság és méltányosság érvényesítése.
- Az őszinteség, bizalom és titoktartás tisztelete.
- A szakmai felelősségvállalás és lelkiismeretesség.

Az Etikai Kódex ezekre az alapelvekre épül, és célja, hogy irányt mutasson a szakdolgozók számára akkor is, amikor a munkakörülmények nem ideálisak. Az erkölcsi alapelvek követése nem tökéletességet vár el, hanem a legjobb szándékú és etikailag megalapozott döntésre való törekvést, a beteg, a társadalom és a szakmai közösség iránti felelősség jegyében.

I. Az egészségügyi szakdolgozókra vonatkozó általános etikai szabályok

I.1. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Etikai Kódexe (továbbiakban: Etikai Kódex) az egészségügyi ellátás minden területén és szektorában végzett szakdolgozói tevékenységre vonatkozó etikai szabályait rögzíti.

Az Etikai Kódex az alapvető hivatásbéli etikai követelmények megfogalmazásával iránymutatásul szolgál az egészségügyi szakdolgozók számára az ápolás, a gondozás, az egészségügyi ellátás hivatás-szerű végzésében. Alapvető elvárásokat fogalmaz meg a betegekkel, hozzátartozóikkal és a betegellátásban részt vevő más személyekkel szemben kövendő etikus magatartásról. Emellett iránymutatást ad a más egészségügyi dolgozókkal való etikus viselkedésre vonatkozóan is.

I.2. Az Etikai Kódex védi az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő egyén, az egészségügyi ellátásban közreműködő vagy részt vevő további személy, valamint az egészségügyi szakdolgozó emberi méltóságát, jogainak tiszteletét.

Az Etikai Kódex célja, hogy elősegítse az egészségügyi szakdolgozókat övező közbizalom erősítését és megbecsülését, valamint, hogy őrkdjék az egészségügyi szakdolgozói tevékenység, mint hivatás erkölcsi tisztasága felett, védelmezze az egészségügyi szakdolgozókat hivatásuk gyakorlása során, elmarasztalja azokat, akik szakmájuk etikai szabályait megszegik. Az Etikai Kódex a benne foglaltak vétkes megszegése esetén alapul szolgál etikai eljárás lefolytatásához.

I.3. Az egészségügyi szakdolgozó köteles az Etikai Kódexben rögzített rendelkezéseket megismerni és olyan magatartást tanúsítani, amely megfelel az Etikai Kódex előírásainak. Az egészségügyi szakdolgozónak tudomással kell bírnia arról, hogy az Etikai Kódex nem adhat útmutatást minden lehetséges esettel kapcsolatban, így felelőssége, hogy etikai ítéletalkotása minden esetben az erkölcsi alapelveknek megfelelő módon történjen.

I.4. Az Etikai Kódex csak lényeges szakmai etikai elveket és szabályokat rögzít, nem foglalja írásba az egészségügyi szakdolgozóktól elvárható valamenyinyi erkölcsös magatartási formát. Ebből következik, hogy az egészségügyi szakdolgozónak nem csupán

az Etikai Kódex előírásait kell betartania, hanem az általános erkölcsi alapelvekből levezethető követelményeknek is meg kell felelnie.

I.5. A legfőbb erkölcsi törvény a beteg érdeke. Ezt az érdeket kell képviselnie az egészségügyi szakdolgozónak a társadalmi nyomás, az adminisztrációs kötelezettségek és a kereskedelmi érdekek ellenében is, függetlenül a tevékenység végzésének jogi kereteitől, az egészségügyi szolgáltató működési vagy tulajdoni formájától és fenntartásának módjától.

II. Az egészségügyi szakdolgozó személyéhez kapcsolódó alapvető etikai szabályok

II.1. Az alapvető etikai értékek, mint az emberi élet tisztelete, az emberi méltóság, a fájdalom enyhítése, az elesettek támogatása, igazságosság, méltányosság, a ne árts elve egyetemes etikai értékek, amelyeknek a tiszteletben tartása az Etikai Kódextól függetlenül minden egészségügyi szakdolgozó kötelessége.

II.2. Az egészségügyi szakdolgozó jogszerű és etikus eljárását nem befolyásolhatja olyan érdek vagy kényszer, amely ellentétes a beteg érdekeivel és az Etikai Kódexben foglaltakkal.

II.3. Az egészségügyi szakdolgozóknak példamutatóan és következetesen be kell tartania a veszélyhelyzetekre vonatkozó jogrend szabályait.

II.4. Az egészségügyi szakdolgozó munkáját hivatásként, önként, saját belső meggyőződése alapján, felelősségtudattal végzi. A hivatása gyakorlásával összefüggő egyéni, közösségi, továbbá társadalmi igényeket és szükségleteket (pl. betegedukáció, prevenció) a hatályos jogszabályok, a szakma szabályai, tudományosan megalapozott eljárásai és ezeken alapuló ismeretei alapján elégíti ki.

II.5. Az egészségügyi szakdolgozó köteles feladatait mindenkor munkavégzésre alkalmas állapotban végezni. Amennyiben fizikai, pszichés, egészségi állapota alapján munkára nem képes, azt haladéktalanul jelezni köteles a közvetlen munkahelyi felettesének. Az egészségügyi szakdolgozó, ha észleli, hogy más egészségügyi szakdolgozó nincs munkára képes állapotban, köteles erre a közvetlen munkahelyi felettese figyelmét felhívni.

II.6. Az egészségügyi szakdolgozó köteles törekedni arra, hogy mind munkavégzésében, mind pedig viselkedésében etikus magatartásával mindenki számára példát mutasson.

II.7. Az egészségügyi szakdolgozótól elvárt az önképzés igénye is, és az, hogy figyelemmel kísérje a szakterületének – technológiai, módszertani – fejlődését annak érdekében, hogy minél magasabb színvonalon végezze feladatait.

dését annak érdekében, hogy minél magasabb színvonalon végezze feladatait.

II.8. Az egészségügyi szakdolgozó nem használhatja fel sem szaktudását, sem helyzetét arra, hogy az általa egészségügyi ellátásban részesített beteggel való kapcsolatából személyes előnyt szerezzen. Ezen körbe értendő, hogy az egészségügyi szakdolgozó, vagy egyenes ági rokona, házastársa, élettársa nem köthet tartási, életjáradéki, öröklési, ajándékozási, haszonélvezeti, ingyenes használati, valamint kölcsönszerződést (a továbbiakban: előnyt biztosító szerződés) azzal a személlyel, akinek egészségügyi ellátásában részt vesz. E rendelkezés nem zárja ki, hogy olyan személy egészségügyi ellátásában vegyen részt, akivel az ellátást megelőzően előnyt biztosító szerződést kötött.

II.9. Az egészségügyi szakdolgozó nem folytathat olyan tevékenységet, magatartást, amely összeegyeztethetetlen hivatásának etikai normáival, szakmai szabályaival, vagy amely veszélyezteti az egészségügyi ellátást igénybe vevő személy iránti szakmai kötelezettségét, vagy az egészségügyi ellátásba, illetőleg az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézménybe vetett bizalmat.

II.10. Az egészségügyi szakdolgozónak szakmai tevékenysége során meg kell őriznie szakmai függetlenségét, egyéni haszon vagy bármely személyes előny szerzése nem ütközhet a szakmai függetlenséggel, az elfogulatlan szakmai munkavégzéssel. Az egészségügyi szakdolgozó nem fogadhat el semmilyen díjazást, juttatást és ajándékot azért, ha a hatáskörébe tartozó szakmai területeken más szolgáltató tevékenységének igénybevételére, valamely készítmény használatára, szakember felkeresésére ad tanácsot az ellátást igénybe vevő személynek.

II.11. Hatáskörébe és kompetenciájába nem tartozó szakmai területeken – különösen ideértve a szakorvosi, gyógyszerészeti hatáskört – az egészségügyi szakdolgozó nem adhat tanácsot, javaslatot más egészségügyi ellátásra, egészségügyi vagy egyéb szolgáltatások igénybevételére, gyógyszerek vagy gyógyhatású készítmények kipróbálására.

II.12. Amennyiben az egészségügyi szakdolgozó személyes érdekei ellentétesek a beteg, gondozására szoruló személy vagy az egészségügyi ellátásban részt vevő egyéb szereplő személyes érdekeivel, törekednie kell az egymással szemben álló érdekek szakma szabályai és az alapvető etikai elvek alapján történő közelítésére. A betegellátást nehezítő vagy korlátozó feloldhatatlan személyes érdekek ütközését az egészségügyi szakdolgozó köteles a szolgálati út betartásával a munkahelyi felettesének, a lehetőségéhez mérten mielőbb jelezni.

II.13. Az egészségügyi szakdolgozó nem létesíthet szexuális kapcsolatot azzal a személlyel, akinek

az egészségügyi ellátásban részt vesz. E rendelkezés nem vonatkozik az egészségügyi ellátás igénybevétele előtt már fennálló kapcsolatra, és nem tiltja az egészségügyi ellátás befejezése után ilyen kapcsolat kialakítását.

II.14. Az egészségügyi szakdolgozó nem használhatja fel választás, kinevezés vagy megbízás útján létesülő politikai, társadalmi funkcióját, tisztségét annak érdekében, hogy annak révén önmaga, közeli hozzátartozója, ismerőse, illetve munkahelye jogosulatlan előnyökhöz jusson.

II.15. Az egészségügyi szakdolgozónak olyan magatartást kell tanúsítani, amely a beteget és a hozzátartozóját, kísérőjét is arról győzi meg, hogy az egészségügyi ellátás minősége független bármilyen ellenszolgáltatástól, juttatástól, egyéni érdektől, előnytől.

II.16. Az egészségügyi szakdolgozó etikai kötelezettsége kiterjed az egészségügyi ellátás biztonságára is, ezért a szolgálati út betartásával jeleznie kell minden olyan körülményt, amely ezt veszélyezteti, ideértve az egészségügyi szolgáltatás személyi és tárgyi feltételeinek hiányosságait, munkatársai kritikus munkaterhelését, a munkaalkalmasság és munkabiztonság problémáit, valamint a környezetvédelmi előírások megsértését is.

II.17. A vezető beosztásban, az oktatás és képzés területein dolgozókra kiemelten vonatkoznak az etikus magatartás követelményei, mivel munkakörükhöz kapcsolódó tevékenységük irányadó és példamutató kell, hogy legyen a többi egészségügyi szakdolgozó számára.

III. Az egészségügyi szakdolgozó kapcsolata a betegekkel

III.1. Az egészségügyi szakdolgozó a lehetőséghez mérten mindenkor köteles biztosítani a beteg számára annak egészségi állapota által indokolt és hozzáférhető, a szakmai és etikai szabályoknak, irányelveknek és az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátást.

III.2. Az egészségügyi szakdolgozónak eljárása során kiemelt figyelemmel kell lennie az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátásra a hátrányos helyzetű betegek, különösen az életkoruk, testi vagy szellemi fogyatékoságuk, egészségi állapotuk, társadalmi-szociális helyzetük miatt kiszolgáltatott és/vagy csökkent érdekérvényesítő képességű személyek esetében.

III.3. Amennyiben az adott beteg ellátása, vagy maga a nyújtandó egészségügyi szolgáltatás az egészségügyi szakdolgozóban személyes vagy szubjektív indokból belső integritásválságot okoz (lelkiismereti ok),

a) foglalkoztatását megelőzően ezt a tényt közölnie kell leendő munkáltatójával,

b) adott esetben erről megfelelő időben tájékoztatnia kell a hozzá forduló beteget, valamint a közvetlen munkahelyi vezetőjét.

III.4. Az egészségügyi szakdolgozó nem tagadhatja meg a beteg ellátását annak vallási, világnézeti, szexuális beállítottsága miatt.

III.5. Amennyiben az ellátás megtagadásának nem áll fenn jogi és egyéb indoka, az egészségügyi szakdolgozó az ellátást nem utasíthatja vissza a saját egészségére állapotuknál fogva veszélyt jelentő betegek, így különösen a fertőző, vagy közvetlenül veszélyeztető magatartást tanúsító személyek egészségügyi ellátását. Ilyen esetekben köteles azonban a szakmai szabályoknak megfelelő óvintézkedések alkalmazására.

III.6. Az egészségügyi szakdolgozónak felelőssége, hogy azon betegekkel szemben is a szakma szabályainak betartásával, etikusan járjon el, akiknek az ellátása állapotuk, betegségük természete, szenvedése, lelki egyensúlyuk megbomlása, magatartásuk miatt nehezített, és/vagy fogvatartott, vagy hatósági intézkedés alatt áll.

III.7. Az egészségügyi szakdolgozó soha nem működhet közre a hatósági kényszerintézkedések végrehajtásában, vagy az intézkedés hatálya alatt álló személy ellenállásának leküzdésében, megtörésében, azonban joga van a saját védelmét biztosító megfelelő óvintézkedésekhez.

III.8. Az egészségügyi szakdolgozó személyes véleményét, különösen pedig világnézetét, vallási, filozófiai, politikai nézetét nem kényszerítheti a betegre, az egészségügyi ellátást nem teheti semmilyen értelemben sem ezektől, sem pedig a beteg világnézetétől, vallási, filozófiai, politikai nézetétől függővé.

Az egészségügyi dolgozót sem érheti hátrány vallási, világnézeti vagy politikai nézetei miatt. A beteg vagy hozzátartozója általi nyomásgyakorlás, megalázó bánásmód esetén a szakdolgozó – mint közfeladatot ellátó személy – a munkáltatójához fordulhat segítségért.

III.9. Az egészségügyi szakdolgozó köteles arra törekedni, hogy az egészségügyi ellátást befolyásoló kulturális és emberi tényezőket – úgymint a beteg vallása, szokásai és értékrendje, egészséggel és betegségekkel kapcsolatos nézetei, magatartása, kommunikációs képessége vagy nyelvismerete, halállal és a halottakkal kapcsolatos véleménye – értelmezni tudja, és azokat a lehetőségeihez mérten figyelembe vegye az ellátás során.

III.10. Az egészségügyi szakdolgozó köteles tiszteletben tartani az ellátásra, gondozásra szoruló személy önrendelkezése körében tett nyilatkozatát. Abban az esetben, amikor a beteg belátási képessége

ge jelentősen korlátozott, és állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, az egészségügyi szakdolgozó – a szabályozási keretek között – köteles úgy eljárni, hogy figyelemmel van arra is, hogy beavatkozása olyan formájú, vagy oly mértékű legyen, amit a beteg egy későbbi időpontban, nagyobb tudás birtokában, vagy észszerű reagáláshoz való képessége visszaszerzése után jóváhagyna és egyetértene vele.

III.11. Az egészségügyi szakdolgozó kommunikációja során köteles figyelemmel lenni a másik ember szellemi, pszichés, mentális állapotára, képességeire. Tartózkodnia kell az olyan magatartástól, amelynek során úgy kívánja az ellátására, gondozására szoruló személyt meggyőzni, hogy manipulálja, kényszeríti vagy becsapja.

III.12. Az egészségügyi szakdolgozónak tartózkodnia kell a szubjektív, értékítéletet megfogalmazó véleménye hangoztatásától, a beteg minősítésétől, címkézéstől. A szakdolgozó kizárólag a munkaköri feladataihoz tartozó keretek között adhat tanácsot vagy javaslatot a páciens magánéletével kapcsolatban.

III.13. Tájékoztatást csak olyan szakember adhat, illetve beleegyezést csak olyan szakember fogadhat el, aki kellő képzettséggel, tapasztalattal és illetékességgel rendelkezik ahhoz, hogy a beteg sajátos szempontjainak és érdekeinek megfelelő módon felvilágosítást adjon az egészségügyi ellátás lényegéről, a beavatkozásokkal és műveletekkel elérhető előnyökről, a lehetséges hátrányokról, a felmerülő kockázatokról és az esetleges alternatívákról.

III.14. A beteggel folytatott kommunikáció során az egészségügyi dolgozó nem terjedhet túl a jogi és szakmai normák alapján hatáskörébe tartozó információkon.

III.15. Az egészségügyi szakdolgozónak kompetenciáján belül törekednie kell arra, hogy ellenőrző kérdésekkel feltárja, hogy a beteg valóban tisztában van-e a szakdolgozó által végzendő beavatkozás, kezelés, egyéb javaslat részleteivel.

III.16. Abban az esetben, ha az egészségügyi szakdolgozóban felmerül annak gyanúja, hogy a tájékoztatásra jogosult személy a körültekintően végzett tájékoztatást nem értette meg, kérnie kell a beteg hozzájárulását ahhoz, hogy a tájékoztatást más jogosult személy is megkapja.

III.17. Az egészségügyi szakdolgozó nem állíthatja magáról, és nem keltheti annak látszatát, hogy olyan szakismeretek, egészségügyi ellátási lehetőségek birtokában van, amelyekkel valójában nem rendelkezik, vagy annak elvégzésére nem jogosult.

III.18. A titoktartás, a bizalmas adatok védelme összefügg az emberi méltósággal, a beteg magánélethez fűződő jogával. Az egészségügyi szakdolgozó

minden esetben köteles a beteg személyére, egészségi állapotára vonatkozó adatok bizalmas kezelésére. A titoktartási szabályok érvényesek mind az egészségügyi szakdolgozó különböző dokumentációs, adminisztrációs kötelezettsége teljesítése során, mind pedig a beteg közvetlen ellátásában részt nem vevő (akár egészségügyi szakellátásban dolgozó) személyekkel történő kommunikáció során is.

III.19. Az egészségügyi szakdolgozó minden esetben köteles figyelemmel lenni arra, hogy a különböző munkavégzéshez kapcsolódó (adminisztrációs, kommunikációs stb.) technológiák használata során a megfelelő technikai és szervezési feladatokat és intézkedéseket hajtsa végre (pl.: jelszavak használata, nyilvános, internetes közösségi platformok elkerülése) annak érdekében, hogy a páciensekre vonatkozó adatok, információk biztonságát garantálja.

III.20. Az egészségügyi szakdolgozó köteles tartózkodni az olyan magatartástól, amely sérti az elhunyt emlékét. A halál bekövetkezése után elvégzendő szakdolgozói beavatkozások és műveletek során a jogi és szakmai szabályok betartásán túl az elhunyt méltóságának tiszteletben tartása alapvető erkölcsi követelmény.

III.21. A betegnek és családjának világnézeti, vallási, etnikai, erkölcsi meggyőződése jelentős mértékben befolyásolhatja a halottak ellátásával kapcsolatos elvárásait, ezért az egészségügyi szakdolgozónak megfelelő időben és megfelelő módon informálnia kell ezekről annak érdekében, hogy az adott lehetőségek között segítse ezen személyiséghez fűződő jogok érvényesülését.

III.22. Az egészségügyi szakdolgozók az online térben tanúsított magatartásukkal is kötelesek megőrizni a szakmájuk méltóságát, a betegek bizalmát és a kollegiális viszonyokat. A közösségi média és más online platformok használata során az alábbi etikai elvek követendők:

a) Online betegkommunikáció

Az egészségügyi szakdolgozónak kerülni kell a beteggel való – nem az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó – személyes jellegű, informális online kapcsolattartást. Elektronikus úton történő szakmai kommunikáció esetén is biztosítania kell az adatvédelem, titoktartás és információbiztonság elveinek érvényesülését.

b) Közösségi médiában történtő megnyilvánulások

A szakdolgozó nem tehet közzé olyan bejegyzést, képet vagy videót, amely a betegek jogait sérti, az egészségügyi ellátás bizalmát aláássa vagy a szakma hitelességét rontja. A kollégák méltóságát és jó hírnevét online térben is tiszteletben kell tartani;

kerülni kell más szakdolgozók közösségi médiában történő nyilvános minősítését, lejáratását.

c) Szakmai tartalmak közzététele

Egészségügyi vonatkozású tartalmak (pl. TikTok, Instagram, YouTube videók) megosztása során a szakdolgozó köteles az etikus tájékoztatás, szakmai hitelesség és felelősség elvei szerint eljárni. Különösen tilos megtévesztő szenzációhajhász vagy a betegek kiszolgáltatottságát kihasználó tartalmak publikálása.

IV. Az egészségügyi szakdolgozó kapcsolata az egészségügyi ellátásban részt vevő többi személlyel

IV.1. Vezető beosztású egészségügyi szakdolgozó törekedjen beosztottjaival a korrekt munka-, emberi kapcsolat kialakítására, az együttműködésre, valamint tartsa meg a beosztásának megfelelő szakmai és emberi tekintélyét, ezzel elnyerve beosztottjai bizalmát.

IV.2. Vezető beosztású szakdolgozó hatalmával nem élhet vissza. Döntései meghozatalánál az észszerűség, a gazdaságosság, az igazságosság, valamint az egyenlő bánásmód elve kell, hogy érvényesüljön. Súlyos etikai vétségnek minősül, ha beosztottját és/vagy saját magát jogtalan előnyhöz juttatja vagy beosztottjának kárt okoz.

IV.3. Vezető beosztású egészségügyi szakdolgozó törekedjen más szervezeti egységekkel, szervezetekkel való együttműködésre, a feladatok ellátásához szükséges információk továbbítására, tartózkodva hatáskörének túllépésétől.

IV.4. Az egészségügyi szakdolgozó, különös tekintettel a vezető beosztású egészségügyi szakdolgozó, köteles tartózkodni a megtorlás bármely formájától olyan személyekkel – akár vezető, munkatárs vagy bárki mással – szemben, akik a betegellátáshoz kapcsolódó kérdésekben jóhiszeműen hangot adtak bármely felmerülő aggályuknak.

IV.5. Amennyiben a felmerülő konfliktusok konstruktív megoldása nem vezet eredményre, az egészségügyi szakdolgozó kollégáival vagy felettesével szemben felmerült problémáit elsősorban a szolgálati út betartásával kell, hogy tisztázza, és különös figyelmet kell, hogy fordítson arra, hogy az egészségügyi ellátást igénybe vevőktől és hozzátartozóiktól az ilyen problémákat távol tartsa.

IV.6. Az egészségügyi szakdolgozó köteles tartózkodni minden olyan magatartástól – idetartozik a fizikai és a lelki zaklatás, a visszaélések, a megfélemlítő bánásmód, az illetlen nyelvhasználat és gesztusok –,

amely negatívan befolyásolja a munkatársait munkájuk elvégzésében.

IV.7. Az egészségügyi szakdolgozónak erkölcsi felelősséget kell vállalnia az egészségügyi tanulmányokat folytatók gyakorlati oktatásában, és a pályakezdő szakdolgozók munkahelyi befogadásában, amelynek többek között a példamutató magatartásban, a szakdolgozó tudásának, a kompetenciájába tartozó ismereteinek átadásában, illetve a hallgatókkal, pályakezdő szakdolgozókkal való partneri bánásmódban kell megnyilvánulnia.

IV.8. A kollégák egymás között – mint egyenrangú személyek – szabadon megoszthatják a jó gyakorlatokról alkotott nézeteiket, rámutathatnak azok ellentéteire. Az egészségügyi szakdolgozóknak törekedni kell arra, hogy elismerjék saját és munkatársaik jogát ahhoz, hogy a saját, jóról alkotott koncepcióikat kövessék mindaddig, amíg ez nem veszélyezteti más személyek, különös tekintettel a betegek ellátását, jogos érdekeit.

IV.9. A betegek ellátása során az egészségügyi szakdolgozók kötelesek együttműködni. A kért véleményt, segítséget – lehetőségeikhez, kompetenciájukhoz, tudásukhoz és ismereteikhez mérten, feltételekhez nem kötötten – megadni kötelesek egymásnak.

IV.10. Az egészségügyi szakdolgozó, amennyiben más egészségügyi szakdolgozó tevékenységében szakmai hibát észlel, köteles erre az érintett egészségügyi szakdolgozó figyelmét felhívni, és minden tőle telhetőt megtenni azért, hogy a hibát a hiba elkövetője javítani tudja.

Amennyiben a szakmai hiba a betegbiztonságot veszélyezteti, ismétlődő jellegű, vagy az érintett szakdolgozó nem korrigálja azt, a hibát észlelő szakdolgozó köteles a szakmai felettesét tájékoztatni.

IV.11. Súlyos etikai vétségnek minősül, ha az egészségügyi szakdolgozó meglévő hozzáférési jogosultságait felhasználva, kollégái vagy más személyek személyes adataiba betekint, és a megismert adatokat tárolja, felhasználja vagy közli másokkal.

IV.12. Etikai vétség bárhol, bármely kommunikációs csatornán megtett, minden olyan alaptalan és bizonyíthatatlan információközlés, kifogásoló, lekicsinylő, elmarasztaló vagy hitelrontó kijelentés, amely alkalmas arra, hogy közvetlenül vagy közvetve rontsa az egészségügyi ellátásban részt vevő bármely más személy jó hírnevét, megingassa a belé vetett bizalmat.

IV.13. Az egészségügyi szakdolgozó köteles tartózkodni a bántó, sértő vagy akár bizalmaskodó magatartástól az ellátást igénybe vevő személyekkel, hozzátartozókkal folytatott kommunikáció során. Törekednie kell arra, hogy kompetenciájába tartozó

területeken, lehetőségeihez mérten tájékoztassa a hozzátartozókat, mind az ellátással, mint pedig az intézményi működéssel (pl. látogatási idő) kapcsolatos kérdésekben.

V. Az egészségügyi szakdolgozó kapcsolata az őt foglalkoztató egészségügyi intézménnyel

V.1. Az egészségügyi szakdolgozó köteles az őt foglalkoztató egészségügyi intézmény tulajdonát, berendezéseit rendeltetésszerűen és hatékonyan használni, ezeket óvni lopástól, elvesztéstől, jogosulatlan használatától vagy hozzáféréstől, megsemmisüléstől és gondatlan felhasználástól. Figyelemmel kell lennie arra, hogy az általa használt, betegellátásba bevont technológiák a betegek érdekében kerüljenek alkalmazásra, azok elvesztése, (akár véletlen) megrongálása, megsemmisülése a betegek ellátási érdekeit ne veszélyeztesse. Amennyiben az egészségügyi szakdolgozó észleli, hogy bárki ezen eszközöket, berendezéseket rongálja, köteles azt közvetlen munkahelyi felettesének jelezni, valamint lehetőségeihez mérten köteles a rongálás megakadályozására törekedni.

V.2. Az egészségügyi szakdolgozó nem használhatja fel az egészségügyi intézmény védett információit (pl. belső működési, működtetési információk, technológiai koncepciók, stratégiák) önös érdekből az egészségügyi intézményben végzett munkáján kívül, még akkor sem, ha ezeket az információkat ő maga hozta létre, vagy részt vett a létrehozásukban.

V.3. Az egészségügyi szakdolgozó köteles a munkavégzés során minden vonatkozó környezetvédelmi, egészségügyi és biztonsági előírást betartani, és ezek betartására a kollégái figyelmét felhívni. Köteles továbbá a nem biztonságos munkakörülményeket az egészségügyi intézmény belső szabályozójában megjelölt személynek, szabályozás hiányában közvetlen munkahelyi felettesének jelezni.

V.4. Beosztástól függetlenül, a szolgálati út betartásával mindenki köteles részt venni a minőség és a jogszabályi megfelelés befolyásolására alkalmas döntésekben és tevékenységekben. Az egészségügyi szakdolgozónak felelősséget kell vállalnia az intézményi minőségpolitikában lefektetett célok teljesüléséért.

V.5. A nyilvánosság felé közvetített vélemény, nyilatkozat, közlemény nem tartalmazhat semmi olyan információt, amely sérti az őt foglalkoztató intézmény jó hírnevét.

VI. Az egészségügyi szakdolgozó kapcsolata a tömegtájékoztatással, a nyilvánossággal

VI.1. Az egészségügyi intézményt, az intézményi ellátást érintő bármely sajtóközlemény kiadására, valamint a médiával való kapcsolattartásra kizárólag az egészségügyi intézmény felső vezetője vagy általa kijelölt személy jogosult. Az egészségügyi szakdolgozónak ismernie kell azon belső intézményi szabályokat és elvárásokat, amelyek leírják, hogy a különböző megkeresések (hatóságok, jogi képviselők, média stb.) esetén mit kell tennie.

VI.2. Az egészségügyi szakdolgozó a nyilvánosság felé bármely kommunikációs csatornán közvetített véleményének, nyilatkozatának, közleményének, publikált művének világosnak, tényszerűnek, elfogulatlanak és (tudományos) bizonyítékon alapulónak kell lennie. Az általa átadott információk nem keltethetnek sem alaptalan félelmet, sem alaptalan nyugtalanságot a társadalomban vagy egyes csoportokban, személyekben, és nem okozhatnak, nem ébreszthetnek megalapozatlan elvárásokat, reményeket.

VI.3. A nyilvánosság felé közvetített megjelenés (ideértve a hirdetést, reklámot is) során csak az aktuális cím, rang és beosztás használható. Nyugdíjas egészségügyi szakdolgozók a megszerzett cím és rang mellett utolsó beosztásukat a „nyugdíjas” vagy „nyugalmazott” jelzővel használhatják.

VI.4. Az egészségügyi szakdolgozó a közélettel kapcsolatos megjelenései során nem keltheti azt a benyomást, hogy az őt foglalkoztató egészségügyi intézmény nevében nyilatkozik vagy cselekszik.

VII. Záró rendelkezések

VII.1. A MESZK Etikai Kódexe nyilvános dokumentum, azt bárki megismerheti.

VII.2. A MESZK Etikai Kódexének megismerése, elveinek, szabályainak betartása a tagok számára kötelező érvényű.

VII.3. A MESZK Etikai Kódexét a MESZK Országos Küldöttközgyűlése fogadja el, és az elfogadását követő hónap első napján lép hatályba.

VII.4. A MESZK Etikai Kódexét a vonatkozó jogszabályok megváltozásakor, illetve tervezett módon évente, 60 nappal az első rendes Országos Küldöttközgyűlés előtt felül kell vizsgálni. A felülvizsgálatért a MESZK Etikai Kollégiumának elnöke felelős.



MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI
SZAKDOLGOZÓKÉRT
ALAPÍTVÁNY

ADÓSZÁM:
19345024-1-42

ADÓD 1% - KÉT JÓ ÜGY!

TÁMOGASD
A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓKAT!

BESZ

Budapesti Egészségügyi
Szakdolgozókért Alapítvány

BUDAPESTI EGÉSZSÉGÜGYI
SZAKDOLGOZÓKÉRT
ALAPÍTVÁNY

ADÓSZÁM:
18262218-1-42



