

NÖVÉR



AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

Scientific and educational journal
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

39. ÉVFOLYAM 3. SZÁM • 2026. július 3.

A TARTALOMBÓL

Az Ebola-vírus okozta járványügyi vészhelyzet
népegészségügyi és ápolásszakmai vonatkozásai

Paradigmaváltás a reanimáció oktatásában – a 2025-ös
ERC-ajánlások hatása a BLS-oktatásra az egészségügyi
szakképzésben



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





MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI
SZAKDOLGOZÓI KAMARA

E-továbbképzések

Fejlődjön a saját ritmusában!

teljesen online • rugalmas • felhasználóbarát

A betegellátás dimenziói: esetek, kihívások, megoldások

Szakmacsoportok megjelenése a gyermekellátásban

Holisztikus megközelítés a nők egészségéért

Sürgész – Online 1.

Naprakész tudás a műtéti ellátásban

Az otthon, mint gyógyító tér. Integrált ápolási megoldások

Intézeti gyógyszerértékelési szakasszisztensek és asszisztensek

NŐVÉR – szakmai tudományos továbbképzés XII.

NŐVÉR – szakmai tudományos továbbképzés XIII.

NŐVÉR – szakmai tudományos továbbképzés XIV.

Előkészületben:

**Közforgalmú gyógyszerértékelési dolgozó
gyógyszerértékelési szakdolgozók jogszabályi
aktualitásai**

**Ápolásinnováció és Ápolásmenedzsment
– e-továbbképzés**

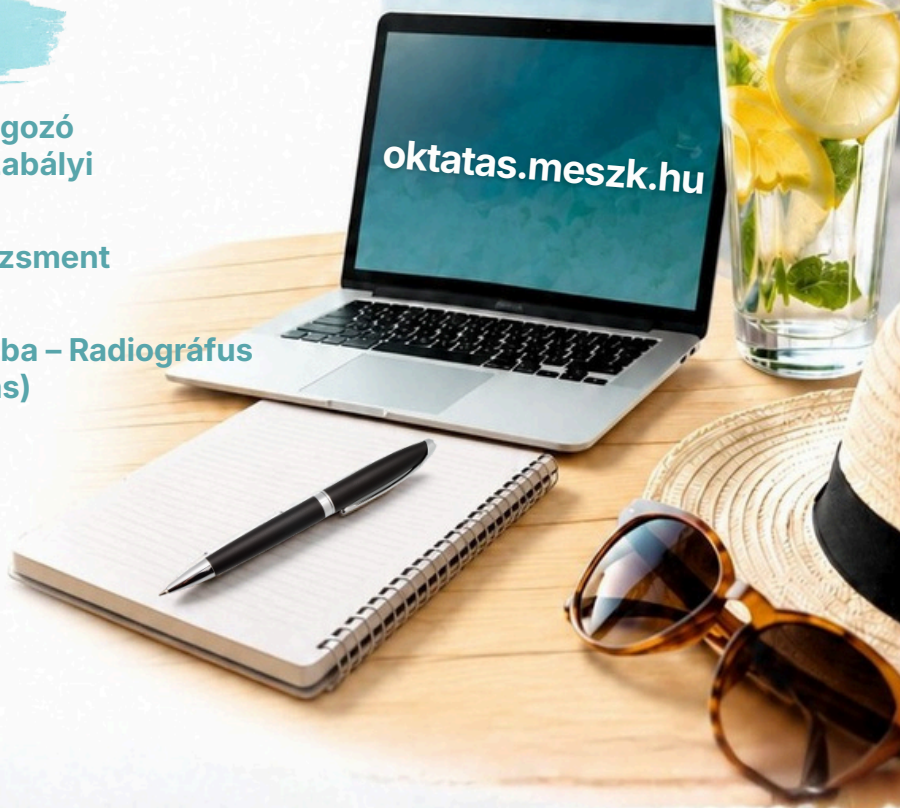
**Képalkotó Diagnosztikai Tudáspróba – Radiográfus
Szakmai Továbbképzés (távoktatás)**

SÜRGÉSZ Online II.



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(3):1–48.

TARTALOMJEGYZÉK

MAGYAR ÁPOLÁSTUDOMÁNYI TÁRSASÁG ROVATA

Rövid összefoglaló az egészségügyi válságot mélyítő ápolói krízishelyzetről és a lehetséges megoldási stratégia fő elemeiről3
Dr. habil. Oláh András PhD

EREDETI KÖZLEMÉNY

Kiegészítő kapcsolódó tünetek és munkahelyi tényezők vizsgálata az egészségügyben a felnőtt szak- és továbbképzés pályaképén keresztül 10
Fehér Sándor

Bethesda Gyermekkorházban dolgozó ápolók elégedettségének és támogatottságának keresztmetszeti, kvantitatív vizsgálata19
Nyergesné Závodi Edit, Simon Viktor, Halmi-Koczkó Dzsénifer Kata, Bornemissza Krisztina Antónia, Dr. Velkey György János PhD, Dr. Feith Helga Judit PhD, habil.

Hagyományos, komplementer és alternatív gyógymódok használata a ghánai sürgősségi ellátásban: demográfiai összefüggések27
Kozák Orsolya, prof. Dr. Nagy Zoltán Zsolt PhD, med. habil., DSc

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

Paradigmaváltás a reanimáció oktatásában – a 2025-ös ERC-ajánlások hatása a BLS-oktatásra az egészségügyi szakképzésben.35
Vizvári László

Az Ebola-vírus okozta járványügyi vészhelyzet népegészségügyi és ápolásszakmai vonatkozásai42
Sabjanics András, Dr. Meglécz Katalin

CONTENTS

COLUMN OF THE HUNGARIAN SCIENTIFIC SOCIETY OF NURSING

A Brief Summary of the Nursing Crisis Deepening the Healthcare Crisis and the Main Elements of the Potential Solution Strategy.3
András Oláh PhD, habil.

ORIGINAL ARTICLE

Investigation of Burnout-Related Symptoms and Workplace Factors in Healthcare Through the Career Path of Adult Specialized and Continuing Education. 10
Sándor Fehér

A Cross-sectional, Quantitative Study of job Satisfaction and Support Among Nurses at Bethesda Children's Hospital 19
Edit Nyergesné Závodi, Viktor Simon, Dzsénifer Kata Halmi-Koczkó, Krisztina Antónia Bornemissza, György János Dr. Velkey PhD, Helga Judit Dr. Feith PhD, habil.

Traditional, Complementary and Alternative Medicine Use in Ghanaian Emergency Care: The Role of Demographic Factors 27
Orsolya Kozák, Zoltán Zsolt Nagy, M.D., PhD., med. habil., D.Sc.

REVIEW ARTICLE

Paradigm Shift in Resuscitation Education – The Impact of the 2025 ERC Guidelines on BLS Training in Healthcare Vocational Education. 35
László Vizvári

Public Health and Nursing Professional Aspects of the Ebola Virus Epidemiological Emergency 42
András Sabjanics, Katalin Meglécz MD

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: Váreg 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

Karamánné prof. dr. habil. Pakai Annamária (PhD)

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. PhD. Valérie Tóthova (PhD)

A folyóirat szakmai támogatója



Helps. Cares. Protects.

**Lapunkat rendszeresen
szemlézi a megújult****www.observer.hu****NŐVÉR****AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA**

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

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

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

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

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

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

A szerkesztőség fenntartja a kéziratok megjelentetésének 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 közlési joga a Kiadót illeti.

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

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

MAGYAR ÁPOLÁSTUDOMÁNYI TÁRSASÁG ROVATA

Rövid összefoglaló az egészségügyi válságot mélyítő ápolói krízishelyzetről és a lehetséges megoldási stratégia fő elemeiről

Dr. habil. OLÁH András

ÖSSZEFOGLALÁS

A hazai ápolásügy krízishelyzetére tekintettel a Magyar Ápolástudományi Társaság kezdeményezésére és koordinálásával 2019-ben készült el a 64 szerző által jegyzett, 27 szakmai szervezet által támogatott „Javaslat nemzeti ápolásfejlesztési stratégia elemeire” című átfogó szakmai tanulmány magyar és angol nyelven. A tanulmány célja a hazai ápolásügy helyzetének nemzetközi tendenciákkal való összevetése, a főbb problémák beazonosítása és konkrét megoldási javaslatok megfogalmazása volt. A vitairatot az akkori érintett kormányzati tagoknak megküldtük, valamint online is közzétettük, bízva abban, hogy konszenzusos ápolásfejlesztési koncepció születhet belőle. Sajnálatos módon a tanulmány nem tudta betölteni célját, és más, az ápolói válság kezelését célzó ágazatirányítási stratégia sem készült, így 2026-ra az ápolói krízis tovább fokozódott. Az új kormány és az önálló egészségügyi minisztérium megalakulásának időszakában fontosnak tartom az ápolói krízishelyzet és megoldási stratégia fő elemeinek rövid összefoglalását.

Kulcsszavak: ápolásfejlesztési stratégia, ápolói krízis

A Brief Summary of the Nursing Crisis Deepening the Healthcare Crisis and the Main Elements of the Potential Solution Strategy

András OLÁH PhD, habil.

SUMMARY

In view of the crisis in domestic nursing, a comprehensive professional study titled 'Proposal for the Elements of a National Nursing Development Strategy' was prepared in 2019 in both Hungarian and English, initiated and coordinated by the Hungarian Society of Nursing Science, co-authored by 64 professionals, and supported by 27 professional organizations. The purpose of the study was to compare the state of domestic nursing with international trends, identify key problems, and formulate concrete proposals for solutions. The discussion paper was sent to the relevant government officials at the time and published online, with the hope that a consensus-based nursing development concept would emerge from it. Unfortunately, the study failed to achieve its purpose, and no other sectoral management strategy aimed at addressing the nursing crisis was developed, leading to a further escalation of the nursing crisis by 2026. In this period of the formation of the new government and the independent Ministry of Health, I consider it important to briefly summarize the main elements of the nursing crisis situation and the solution strategy.

Keywords: nursing development strategy, nursing crisis

Dr. habil. OLÁH András (PhD)
elnök, Magyar Ápolás-
tudományi Társaság
ORCID-azonosító:
0000-0002-1582-5385

Levelező szerző
(corresponding author):
Dr. habil. OLÁH András PhD
E-mail:
dr.olah.andras@gmail.com

Beérkezett: 2026. június 9.
Elfogadva: 2026. június 21.

8 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.39.0011> | www.eLitMed.hu

Rövid aktuális helyzetkép

Létszám

Általános vélekedés, hogy európai és világviszonylatban is jelentős, egyre növekvő mértékű ápolóhiány van. Ugyanakkor fontos alapvető tény, hogy az Európai Unió 27 tagállama közül 21 tagállam tudta

növelni 2012 és 2024 között az ezer lakosra vetített ápolói létszámát, és csupán 6 tagállamban csökkent ugyanezen időszak alatt az ápolói létszám. Magyarország a csökkenő ápolói létszámú tagállamok egyike, és hazánk számára ezen rossz eredmény jelentőségét tovább emeli, hogy a 6 csökkenő ápolói létszámú tagállam közül mindössze egyetlen tagállam van,

amelynek alacsonyabb az ezer lakosra vetített ápolói létszáma, mint Magyarországnak. Az Európai Unió tagállamainak átlagos ápolói létszámához képest Magyarországon 2012-ben 16 038 ápoló hiányzott, míg 2024-re már 28 522 főre emelkedett az EU-átlaghoz mért hazai ápolóhiány. Miközben tehát az EU-tagállamok túlnyomó részében érdemi fejlődés tapasztalható (például Romániában 5,22-ről 8,17-ra nőtt az ezer lakosra vetített ápolói létszám), tehát a nemzetközi jó gyakorlat létezik (az EU átlagában 7,89-ről 8,6-re nőtt az ápolók száma), addig Magyarországon az ápolóhiány egyre nő (6,22-ről 5,45-ra csökkent 2012 és 2024 között az ezer lakosra vetített ápolói létszám), és az évente kiképzett ápolók száma töredéke az adott évben nyugdíjba vonulók/pályaelhagyók számának (2026-ban mindössze körülbelül 275 fő ápoló végez az egész országban középfokú nappali képzésben). Mindez azért is drámai helyzet, mert releváns nemzetközi kutatások hosszú ideje igazolták, hogy 1 ápoló korlátozott számú beteget tud biztonságosan ellátni, például sebészeti területen 5 betegért tud felelni, ezenfelül minden egyes beteg 7%-kal növeli a mortalitás kockázatát (Aiken et al., 2002; Balogh, 2025; OECD, 2012; OECD & European Commission, 2024).

Ki kell mondani: a hazai ápolásügy irányítását, fejlesztését és működését teljesen új – ugyanakkor nemzetközileg már kipróbált, bevált – alapokra kell helyezni. Az egészségügyi ellátás alapvető működőképességét biztosító ápolói létszám megtartása és utánpótlása, valamint az egészségügyi ellátás minőségét alapvetően meghatározó minőségi ápolás biztosítása érdekében az ápolói krízis megoldását kiemelt kormányzati prioritássá kell emelni. Ennek részeként átfogó, kormányzati ciklusokon átvívelő, 12 éves átfogó ápolói stratégiát kell megalkotni és végrehajtani, biztosítani kell a megfelelő kompetenciákkal bíró ápolásirányítás egyenrangú helyét és teljes hatáskörét az egészségügyi minisztériumban, valamint garantálni kell a minisztériumon belül és más minisztériumok területein (kiemelten: felsőoktatás, szakképzés/felnőttképzés, kutatás-fejlesztés, EU-források, költségvetés) is az ápolói krízis megszüntetéséhez szükséges döntések meghozatalát és végrehajtását.

Alapvető szempont: nem lehet az ápolói krízist kezelni a megfelelő stratégiai/taktikai/operatív szervezeti szintek kialakítását mellőzve, a kellő létszámú, speciális szakmai, tudományos, oktatási, informatikai, fejlesztési szakértői tudást mellőzve, a megfelelő módszertant és a nemzetközi jó gyakorlatokat figyelmen kívül hagyva, a középfokú és felsőfokú ápolóképzés részleges, nem együtt történő átalakításával, valamint a hatásköri listák/minimumlétszámok/tanulói létszámok/képzési finanszírozási rendszer együttes, egyidejű szabályozása nélkül.

Végzettségi szint

Az alacsony ápolói létszám mellett az ápolói végzettségek megoszlása is romló tendenciát mutat. Drasztikusan csökken az egészségügyi ellátás működtetésének gerincét jelentő jól képzett középfokú ápolói végzettségű ápolók létszáma, míg a képzetlen, segédápolói személyzet aránya egyre inkább előtérbe kerül. Mélyebb elemzés fő adataként kiemelhető, hogy a MESZK felnőttápolási tagozatában megközelítőleg 30 000 fő ápoló és körülbelül 11 000 fő ápolói végzettség nélküli ápolást segítő munkatárs szerepel (ezen sajnálatosan magas segédápolói aránynál is súlyosabb a helyzet, mert ezen adat nem tartalmazza az egészségügyi végzettség hiányában kamarai tagsággal nem rendelkező, azonban segédápolói feladatkörben foglalkoztatott munkavállalók jelentős számát), akik között a felsőfokú végzettségű ápolók aránya is kritikusan alacsony, alig 12%-uk rendelkezik legalább diplomás ápoló/BSc-ápoló végzettséggel, és ők is elsősorban a menedzsment területén tevékenykednek, nem közvetlenül a betegágy mellett (azaz a betegágy melletti BSc-ápolókon keresztül elérhető halálozáscsökkentési, kórházi fertőzés és egyéb szövődmenycsökkentési és további fontos eredmények elérése szempontjából szerepük hazánkban nem jelentős). A középfokú végzettségű ápolói közösség mellett a főiskolai/BSc végzettségű ápolói kar is válságos helyzetben van – elsősorban az évtizedek alatt sem megadott BSc-ápolói hatáskörök, és a felsőfokú végzettségüket érdemben elismerő javadalmazásuk hiánya okán –, évente kevesebb, mint 300 BSc-ápoló szerez oklevelet az országban, akiknek csak a töredéke nappali munkarendű, azaz új ápoló a rendszerben. A probléma, a kihagyott társadalmi lehetőség jelentőségét jól szemléltetik a korábbi közleményeinkben is számos alkalommal idézett nemzetközi tudományos eredmények, köztük a *Lancet*-ben megjelent azon közlemény, amely szerint a BSc-ápolói létszám 10%-os növelése 7%-kal csökkentheti a halálozást meghatározott ellátási feltételek mellett, illetve azokban az intézményekben, ahol az ápolók 60%-a rendelkezett BSc végzettséggel, és ápolónként átlagosan 6 pácienszt láttak el, ott közel 30%-kal kisebb volt az elhalálozási arány, mint azokban a kórházakban, ahol az ápolók 30%-a rendelkezett csak BSc végzettséggel, és ápolónként átlagosan 8 pácienszt láttak el. A szakdolgozóhiány más területeket is érint, miközben egyes területeken irreális mértékű a túlképzés (például gyógytornász, dietetikus), és a problémát fokozza, hogy számukra az indokolt számú státusz/munkakör sem került kialakításra. A tisztánlátást és a transzparenciát nehezíti, hogy 2018 és 2025 között nem került közzétételre a jogszabályi kötelezettség ellenére az egészségügyi ágazati humánerőforrás helyzetének (adatköreit tekint-

ve nem megfelelően informatív) éves beszámolója, amelynek vonatkozásában új fejleményként az utóbbi hónapokban a 2023-as és 2024-es beszámoló utólagosan közzétételre került (Aiken et al., 2014; Balogh, 2025; MESZK, 2026; Oláh et al., 2019; Oláh et al., 2022; Oláh et al., 2025).

Képzés

A képzés színvonala nem megfelelő, szakmailag hiányos, általános képzési dokumentumok, a szakmaiságot nem biztosító vizsgáztatási gyakorlat (szakmailag nem megfelelő vizsgáztatók, gyenge minőségű vizsgafeladatok, az elégtelen tudás ellenére sikeres vizsgateljesítés), az oktatói előírások hiánya (szakmai végzettség/gyakorlat), az oktatási infrastruktúra hiánya, a tanulók valós egészségügyi ellátásban töltött gyakorlatainak hiánya, alacsony a megfelelő minőségű szakmai tankönyvek száma (Oláh et al., 2012). A felsőoktatásban a Magyar Akkreditációs Bizottság szakmai meg nem felelés miatti elutasító döntése ellenére is indulnak ápolói, egészségtudományi képzések. Emellett a hallgatói létszám és a finanszírozás maximalizálása érdekében jelentős, szakmailag nem támogatható eltéréssel be lehet kerülni ugyanarra a szakra a felsőoktatásban (az egyik egyetemen már 168 ponttal, míg a másik egyetemen csak 418 ponttól). Ez egyben azt is jelenti, hogy akár elégséges érettségi átlaggal is elérhetők az egészségtudományi képzések. További probléma, hogy mára már előzetes ápolói végzettség és munkatapasztalat nélkül is felvételre kerülhetnek az előzetes ismeretek beszámítására alapozott alacsonyabb óraszámú levelező képzésre a jelentkezők. Jelentős felsőoktatási problémát jelentenek továbbá a középfokú oktatás béreihez és az egészségügyi ágazat szakdolgozói béreihez mérten is alacsony felsőoktatási oktatói bérek. A fentiekből adódóan sem a középfokú, sem a felsőfokú ápolóképzés nem felel meg a vonatkozó EU-direktívának, miközben ez a sajátos „magyar út” a végzettek számának érdemi emelését sem vonta maga után, és erősen kétségessé teszi nemhogy a hatáskörbővítés biztonságos megvalósíthatóságát, az ápolók által elérhető ellátásminőségi/épegészségügyi eredmények elérését, az ápolásinformatikai, ápolásdokumentációs fejlesztések bevezethetőségét, hanem mára már az alapvető ápolási feladatok elvárható minőségű ellátását is. A szociális ágazat szociális ápoló és gondozó képzése tovább súlyosbítja az ápolói terület krízisét, ugyanis ezen végzettségű szociális szakemberek úgy látnak el egészségügyi tevékenységet, hogy nem teljesítik az egészségügyi törvény vonatkozó előírásait (MESZK, 2025; Oláh & Balogh, 2025; Oláh et al., 2025).

Visszatekintve az elmúlt évek személyesen is megtapasztalt nehézségeire, a szakdolgozói és azon

belül az ápolói képzési rendszer ágazatirányítási hiányának fontos körjelzője, hogy a kiterjesztett hatáskörű ápoló MSc képzés hazai kezdeményezése, kidolgozása és jogszabályi elhelyezése, valamint 2016-ban a BSc-ápolók majdani hatáskörbővítését lehetővé tevő konkrét képzési kompetenciáinak közel 30 évvel a képzés elindítását követően a képzési jogszabályban történő rögzítésére az ágazatirányítástól független, jelentős ellenállásba ütköző egyéni kezdeményezésünk és feladatellátásunk eredményeként kerülhetett sor (Oláh & Máté, 2012; Oláh et al., 2015; Perkó et al., 2022). Az ágazatirányítási oldal részéről pedig a 2017-től elindult kiterjesztett hatáskörű ápolói MSc-képzéshez is csak 2025-ben került jogszabályban rögzített hatásköri lista kiadásra, és a mai napig sem kerültek érdemben megadásra a nemzetközi gyakorlatnak megfelelő BSc/MSc ápolói kompetenciák, nem biztosított a felsőfokú végzettségű ápolók foglalkoztatásának finanszírozási háttere (például alapellátás) (Oláh, 2017a, 2017b).

Irányelvek, továbbképzések, hatáskör

Hiányoznak a szakdolgozói irányelvek (különösen az ápolói területen, ahol mindössze két irányelv van, amelyek mind szakmailag, mind módszertanilag hibásak), a megfelelő javadalmazás mellett hatáskörbővítést eredményező licencek, valamint nem megfelelő a kötelező továbbképzések rendszere és szakmai tartalma.

Az egyes végzettségek esetében évtizedek óta nincs jogszabályban rögzített hatásköri/kompetencia lista, ahol az utóbbi időszakban készült (ápolás), ott a köztestület/szakmai szervezetek megfelelő bevonása nélkül készült rossz jogszabály. Általános érvényű probléma, hogy Magyarországon még ma is nehéz azt láttatni, hogy ápolói létszám nem azokra a feladatokra lesz és nem azzal a bérrel, amelyekre az orvos kollégák egyes szakterületeken szívesen és azonnal foglalkoztatnának hivatalosan ápolókat. Ez az út valójában a tartós és egyre fokozódó ápolóhiány útja. Mégis, egyes orvosi területek számos esetben döntően a saját szemszögükből nézik az ápolók ügyét: Mit adhatnak az egyes területeken az ellátó orvosnak az ápolók, milyen az ideális ápoló (végzettsége, bére és tevékenységi köre) az adott terület orvosa szempontjából. A jövő egészségügyében szakítani kell azzal a káros gyakorlattal, hogy egyes, hivatalosan átadni nem kívánt orvosi hatásköröket a gyakorlatban ápolóknak kell ellátniuk (megfelelő képzés, jogi védelem, bérezés hiányában és a saját meglévő feladataikon túlmenően), illetve ma már kiemelt szempontnak kell lennie, hogy mit ad a társadalomnak, a páciensnek az ápolói szerepkör nemzetközi mintáknak megfelelő megadása, valamint a ma ápolói krízisében helye

lehet annak a megközelítésnek is: mit tehetnek az egyes területek orvosai annak érdekében, hogy segítsek megmenteni az ápolói hivatást.

Azokban az országokban *reális az ápolói létszám növekedése*, ahol az orvosi terület *valódi partneri, egyenrangú viszonyt* alakított ki az ápolói hivatás képviselőivel, illetve a „*feltettebb*” kompetenciák és anyagi javak átadására is hajlandóságot mutatott *kellő időben* (azaz, amikor még volt kinek, mert még volt megfelelő létszámú és képességű ápoló) az ápolók számára, ami miatt *az adott ápolói munkakör vonzó, értelmiségi pályává vált* (akár a középfokú képzést is vonzóbbá téve), és így a fiatalok, pályamódosítók *hajlandóvá váltak ápolóvá válni*. Persze ennek hátterében általában nem az ápolói hivatás felemelésének elvont, nemes gesztusa áll elsősorban, hanem sokkal inkább az orvoshiány szokott ide vezetni, ami miatt szükségszerűen átengedésre kerülnek bizonyos (kizárólag a betegbiztonságot és a magas minőséget nem veszélyeztető, sőt mindezeket elősegítő területeken) kompetenciák, illetve oka lehet a hatalmas hozzáférési hiány, vagy az, hogy egy adott feladatra az adott társadalom kevesebbet tud/kíván költeni, mint amennyibe az orvos általi ellátása kerülne.

Mindezekből következőleg, ha nem sikerül bérrel és hatáskörrel annak ellenére „azonnali” intézkedésként „*felemelni*” az ápolókat, hogy most éppen nem oldják meg azonnal egyes ellátási területek problémáit, akkor lassan, végérvényesen *nyugdíjba vonulnak a korábbi korszaltípus nagyobb létszámú jól képzett ápolói*, miközben az ápolóképzés már évtizedek óta válságban van (mind létszám, mind képzés minősége szempontjából). Az ápolók esetében ma már a nagyfokú létszámcsökkenés miatt nemcsak az a kérdés, hogy mit jelent az el látásban (a páciensek és az orvosok számára) az ápolók azonnali hatáskörbővítése/béremelése, hanem az, hogy melyek lehetnek a *drámai helyzetben lévő ápolói terület megmentéséhez szükséges védett, pozitív diszkriminációs, ösztönző, segítő körülmények*.

Bérrendszer, munkaterhelés, ápoló-beteg arány, ápolásinformatika, ápolási eszközök

Nincs ápolói, szakdolgozói életpályamodell, az ápolói, szakdolgozói foglalkoztatási és bérrendszer nem megfelelő (szakdolgozói foglalkoztatási keretek kizárólag hátrányos módosítása az egészségügyi szolgálati jogviszony bevezetésével, 2020. évi C. Eszjtv.), *rossz munkakörülmények*, ápolói túlterhelés (például beteg- és ápolóbiztonsági okból *vállalhatatlan ápoló-beteg arány*, alapvető ápolási/biztonsági eszközök *hiánya*). Hazánkban az ápolói létszámra vonatkozó *minimalkövetelmények* – 60/2003. (X. 20.) ESzCsM-rendelet – változtatásai következtében egyes kórházi osztályokon *mára már jelentősen alacsonyabb az előírt*

ápolói létszám az 1990-es években előírt ápolói létszámhoz képest (és még ezen alacsonyabb létszám betartása is *komoly nehézségekbe ütközik*), ami *súlyos betegbiztonsági kockázatot és irreális ápolói munkaterhelést eredményezett*, miközben az *ágazati irányításban nem került stratégiai szintre az ápolás irányítása és a válság kezelése* (Balogh, 2025; Oláh, 2019; Sövényi, 1994).

Az ápolók *tehermentesítését* ténylegesen csak a *kellően körültekintő szakmaisággal és módszertannal eszközölt informatikai fejlesztések szolgálják* (és még a megfelelő informatikai fejlesztések is dokumentációs tehernövekedést fognak okozni, ha az addigiakban papíralapon hiányosan ellátott, vagy hiányzó dokumentálási gyakorlatot vált ki a digitális dokumentáció ellenőrzött bevezetése), amelyek bevezetéséhez megfelelő létszámú, képzettségű, motivált kollégák esetében lehet vállalkozni. Hazánkban ugyanakkor a végletekig túlterhelt, alacsony létszámú ápolói kar helyzetét súlyosbítja, hogy *módszertanilag, szakmailag hibás, jelentős munkaidőt felemészítő, az elvárt funkcióját be nem töltő ápolási dokumentációs gyakorlat mellett hiányoznak az ápolásinformatikai szoftverek/eszközök*, rendkívül *súlyos problémát* jelent, hogy az intézmények részéről *elavult, jogdíjak megfizetése nélküli, jogellenes ápolói informatikai adatbázisok*, valamint *saját készítésű, szakmaiatlan, hibás ápolói adatbázisok használatára kerülhet sor országosan* (és *nincs olyan szervezeti egység, amely mindezek súlyát képes lenne felismerni, kezelni*), illetve megfigyelhetők a *releváns egészségügyi informatikai szakértői tudást kizáró, nem megfelelő ápolói informatikai fejlesztések az ápolásirányítás részéről* (például ÁTR, e-lázip, ápolási modul stb.). A *sikeres egészségügyi digitális átállás megkezdése nem korlátozódhat az ápolókra* (például az orvos által kézzel a lázlapra felírt gyógyszerelés, feladatfelrendelés, szóbeli utasítás, illetve a HIS-be nem strukturált adatként történő szabad-szavas orvosi információ rögzítés mellett), és a *fejlesztés nem korlátozódhat a komplex ápolásinformatika kis részére kiterjedő, nem megfelelő informatikai fejlesztésre*. Fontos egy modern, az egész kórházi betegellátásra kiterjedő *megfelelő informatikai infrastruktúra* (például minimális szinten nem lehet kérdés az internetelés, a megfelelő minőségű szerver, asztali számítógép, nyomtatási rendszer), a *modern, strukturált adatokon nyugvó egészségügyi felhővel* (EESZT) jól együttműködő, *modern medikai rendszer* (strukturált adatok, kellő mértékben egységesített adatkörök azonos profilú osztályokon, magas szintű szolgáltatások, például integrált figyelmeztető és riasztórendszerek stb.) és *annak integráns részeként a modern ápolási* (ma már inkább szakdolgozói, például dietetikus, gyógytornász is) *modul* (és *szakszerű adatbázisainak*), valamint a *modern dashboard* (hazánkban: lázip) *biztosítása* ahhoz, hogy a betegágy melletti *ápolási tevékenység rögzítése (ÁTR) is működőképes legyen*. Ezen komplex

kérdés kezelése nem lehet független az egészség-informatikai terület egészétől, nem történhet meg az ápolás, és azon belül a nemzetközileg is releváns ápolásinformatikai szakértői tudás megfelelő, tartós bevonása nélkül mind a fejlesztés, mind az üzemeltetés időszakában. Ugyanakkor az ápolásinformatikai fejlesztések a betegellátás minőségének fejlesztése mellett az ápolók, az ápolásirányítás érdekérvényesítő képessége szempontjából is fontos terület, hiszen az ápolás során képződő strukturált adatok lehetnek azok az objektív tényadatok (értő, szakmai elemzési rendszer mellett), amelyekkel az ápolásirányítás érdemben tud érvelni az ápolói létszám, az ápolók képzettségi szintje, az ápolói bérezés, az alkalmazott eszközök köre és minősége, a protokollok tartalma és végsősoron az ápolásra fordítandó költségkeret emelése vonatkozásában mind helyileg, mind országosan. Amíg az ápolás minőségi és költségbefolyásoló komponensei láthatatlanok (nem is beszélve a megfelelő ápolásfinanszírozás bevezetésének fontosságáról), addig a nagy létszámú ápolói karral kapcsolatos költségoptimalizálás útjáról nehéz letérnie a mindennapi finanszírozási problémákkal küzdő intézményeknek (Oláh et al., 2023).

Ápolásvezetés

Ahogy az az ápolói krízis fentiekben összefoglalt objektív mutatóiból is következik, az eddigiekben az egészségügyért felelős minisztériumban és háttérintézményeiben stratégiai vezetői szinten nem volt kellő mértékben és megfelelő hatáskörökkel az ápolási terület irányítása biztosítva, az egészségügyi intézményekben az ápolási igazgatói kompetenciák jelentősen sérültek (ápolási igazgatói kiszolgáltatottság, a szakdolgozókat érintő munkáltatói jogkör megvonása stb.), az ágazatirányítás nem képviselte érdemben/eredményesen az ápolói, szakdolgozói szempontokat sem ágazaton belül, sem a többi minisztériumhoz tartozó területeken (kiemelten: közép- és felsőoktatás keretrendszere/képzési kínálata/szabályozó dokumentumainak tartalma/a képzettek létszáma és első megoszlása/képzési kompetenciái stb.). A szakdolgozói szakmai köztestület, szakmai szervezetek nem rendelkeznek a jól működő egészségüggyel rendelkező országok rendszereiben biztosított hatáskörökkel, érdemi szakmai egyeztetési lehetőségekkel.

Az ápolói krízis megoldására irányuló stratégia főbb elemei

Azonnali (első 100 nap, első fél év) intézkedési lehetőségek

a) *Bérfejlesztés* (kiemelt pillérek: orvosi bértáblához rögzített béremelés, munkaviszony hosszát elis-

merő bérkategóriák visszaállítása, kiemelt ápolói bér közép- és felsőfokon).

b) A *hiányszakmák* (kiemelten az ápoló) tekintetében: a *pályaelhagyó szakemberek „HAZAvárunk Program”*-jének (például egyszeri nagy összegű belépési támogatás más ágazatok mintájára, atipikus munkavégzés) bevezetése, illetve szak- és felnőttképzésben/felsőoktatásban a *nélkülözhetetlen ösztönző komponensek* (például ösztöndíj, pályaaorientáció, rugalmas foglalkoztatási keretek) biztosítása.

c) Az ápolástámogató rendszer tekintetében a *releváns* ápolásszakmai/ápolásinformatikai *fejlesztők*, *szakmai köztestület ismételt bevonásával átfogó vizsgálat* elrendelése, a *rendszer kiterjesztésének* az EU-forrás visszafizetési kötelezettségének kockázatával nem járó mértékű átütömezése a *létszámhiányos, idősödő ápolói kar túlterhelésének csökkentésére*, a feltárt hiányosságok mentén a *szükséges fejlesztések körének meghatározása és kivitelezése*.

d) Az egészségügyi ellátás alapvető működőképességét biztosító ápolói létszám megtartása és utánpótlása, valamint az egészségügyi ellátás minőségét alapvetően meghatározó *minőségi ápolás biztosítása* érdekében az ápolói krízis megoldásának kiemelt kormányzati prioritássá emelése.

e) A *hazai* ápolásügy irányításának, fejlesztésének és működésének teljesen új – ugyanakkor nemzetközileg már kipróbált, bevált – alapokra helyezése. A *szervezeti keretek* kialakítása:

- Szimbolikus értelemben is fontos *első lépésként* az országos főápolói munkakör visszaállítása.
- Olyan *további szervezeti fejlesztések bevezetése*, amelyek egyaránt *biztosítják* az egészségügyi minisztériumon belül (államtitkárságok, háttérintézmények, állami egészségügyi intézmények) és a *további minisztériumokhoz tartozó területeken* (kiemelten: felsőoktatás, szakképzés/felnőttképzés, kutatásfejlesztés, EU-források, költségvetés) is a *megfelelő vezetői szintű szakmai szakértői kompetenciát*, valamint az ápolói és szakdolgozói krízis megoldásához szükséges *döntések* ápolásirányítás által *koordinált meghozatalát és/vagy végrehajtását*. Biztosítani szükséges az ápolói krízis megoldásához szükséges intézményi/humán erőforrás hátteret, szakmai, módszertani fejlesztési, irányítási, adminisztratív területen egyaránt.
- A *szervezeti keretek kialakításánál* a fentiekből adódóan az alábbi elemek egy részének vagy egészének alkalmazása szükséges: a mintegy 130 000 fős *szakdolgozói karhoz* kapcsolódó önálló államtitkárság, nemzetközi minta alapján önálló ápolásfejlesztési törvény, ápolói krízis intervenciók *kormánybiztosi/miniszteri biztosi feladatkör, módszertani és fejlesztési intézet*, a nemzetközi jó gyakorlatok szerint *megegyeztetett*

szakmai kamarai hatáskörök, a szükséges szakmai testületek, egyeztető fórumok létrehozása.

f) Átfogó, kormányzati ciklusokon átfutó, 12 éves időintervallumú ápolói stratégia megalkotásának és végrehajtásának elrendelése a megfelelő irányítási, szakmai, módszertani, jogszabályi háttér biztosítása mellett.

g) Helyzetfelmérés: Meg kell ismerni az ápolói krízis kezelésének nemzetközi jó gyakorlatát. Emellett hazai viszonylatban tiszta helyzetet kell teremteni a szakdolgozói alapadatok tekintetében, majd elemezni szükséges vármegyei és országos szinten a valós szakdolgozói demográfiai adatokat, valamint a szakképzési adatokat. Mindezek mellett a szakmai köztestület/szakmai szervezetek eddigiekben elkészült meghatározó szakmai előterjesztéseinek megismerése és elemzése.

h) Az ápolói, szakdolgozói krízishelyzet és megoldása témakörben az egészségügyi minisztérium rövid helyzetértékelésének közzététele, és a szakmai köztestülettel/szakmai szervezetekkel történő egyeztetésének megkezdése.

Az ápolói krízis megoldási stratégia elemei az azonnali intézkedések pontban összefoglalt körén túlmutatóan

a) A személyi minimumfeltételek újraszabályozása (létszám, középfokú és felsőfokú szakdolgozók aránya) 12 éves időintervallumban, jogszabályilag előre rögzítve az előírt minimális létszámok fokozatos növelésének kötelező időpontjait (a nemzetközi jó gyakorlatok és módszertan hazai adaptálásával), többek közt a betegellátás minőségének fejlesztése, a szövődmények, az ápolási napok számának és a költségek csökkentése érdekében. Az ápolói létszám közelítése az EU átlagértékéhez; a középfokú végzettségű ápolói kar és a BSc/MSc ápolók létszámának emelése, a BSc/MSc ápolók arányának megduplázása; a nemzetközileg javasolt érték közelítése a beteg/ápoló arány és a képzett ápolók arányának vonatkozásában.

b) Az évente kiképzendő egészségügyi szakdolgozói irányszám, és a hiányszakmák pontos körének meghatározása középfokú, BSc-MSc szinten 12 éves időintervallumban.

c) Az egészségügyi szakdolgozók középfokú és felsőfokú képzésében azon finanszírozási modell bevezetése, amely lehetővé teszi, hogy a képzőintézmények fennmaradása érdekében ne legyen szükség és lehetőség az állami források terhére indokolatlan területeken aránytalan túlképzést végezni.

d) A minőségi képzés alapját a szakdolgozói hatásköri listák nemzetközi jó gyakorlatok alapján történő kidolgozása jelentheti, melyek alapján meg lehet határozni a képzések szakmai tartalmát/személyi/tárgyi feltételeit.

e) Az egészségügyi szakdolgozói középfokú képzések tekintetében országosan egységes, részletesen szabályozott képzési felépítés és tartalom (például tantárgyak/ismeretkörök elméleti/tantermi gyakorlati/klinikai gyakorlati képzés óraszám, tartalma; központi vizsgafeladatbank biztosítása, központi szakmai vizsga bevezetése; oktatói és vizsgáztatói szakmai követelmények megerősítése, a vizsgaközpontok egészségügyi szakképzési feltételeinek és azok ellenőrzésének szigorítása). A középfokú és felsőfokú képzések tartalmi, hatásköri összehangolása, a beszámítási kereteinek egységes kialakítása, a központi szabályozás szükséges mértékű erősítése a felsőoktatási autonómia keretei között. Biztosítani kell a vonatkozó EU-direktívának megfelelő ápolóképzést, a megfelelő középfokú/BSc/MSc ápolói létszámot, arányt, feladatmegosztást, és az ápolói humán erőforrás-krízis megoldásához szükséges képzési és ágazatirányítási kereteket.

f) Az egészségügyi szakdolgozói képzésben résztvevők számára központilag vizsgára való felkészülést segítő interaktív és projektfeladatbankok, tankönyvek elkészítése és közzététele.

g) Az előzetesen megszerzett tudás beszámításának módszertani kidolgozása és országosan egységes bevezetése érdekében validációs központ létrehozása (korábbi szakképesítések aktuális képzéseknek való megfeleltetése, egységes beszámítás/megfeleltetés – a szakmaiatlan beszámítások megszüntetése).

h) Az alap- és működési nyilvántartás anomáliáinak kezelése (kiemelten: pontatlanságok felszámolása, szakma/szakmairányonkénti lekérdezés; a betegágy mellett dolgozók valós létszámának kimutatása stb.).

i) A kötelező szakmacsoportos és szabadon választható továbbképzési rendszer megújítása (kiemelten: releváns szakmai tartalommal, megfelelő gyakorisággal, az elméleti/gyakorlati tudás szinten tartását és fejlesztését érdemben biztosító, a hatáskör megtartását és bővítését is támogató továbbképzések biztosítása).

j) A középfokú és a felsőfokú végzettségű szakdolgozók folyamatos szakmai fejlődésének és jövőbelük növelésének elősegítése hatáskörbővítő licencképzések kialakítása.

k) Az egészségügyi szakképzésben oktatók szakmai és pedagógiai továbbképzési programjainak kidolgozása.

l) Az irányelvfelkészítés rendszerének átalakítása és működőképessé tétele (néhány fős szakmai kollegiumi tagozat nem képes a 40 000 fős ápolói kar irányelvfelkészítési és egyéb feladatait ellátni). Ápolásszenzitív indikátorrendszer bevezetése, és az adatok alapján az ápolói létszám/végzettségi mix, alkalmazott eszközök, tevékenység kivitelezési protokollok fejlesztése. Ehhez szorosan kapcsolódva indokolt az ápolástudományi műhelyek erősítése, ápolás-

tudományi módszertani és fejlesztő központ kialakítása, amely egyedülálló módon betegellátási, új ápolási eljárások/eszközök bevezetéséhez kapcsolódó *hatékonyágelemzési, ápoláskutatói, termékfejlesztési, irányelv- és protokollfejlesztési, szakdolgozói informatikai fejlesztési* törekvéseket is képes lehet támogatni. Ebből adódóan jelentős mértékben hozzájárulhat a hazai tudásbázisok K+F kapacitásának erősítéséhez és nemzetközileg is magas színvonalú kutatási eredmények létrejöttéhez.

m) A *speciális ellátási környezetet nyújtó transitionál care (TC – átmeneti ellátás) bevezetése* azon páciensek számára, akik számára nem szükséges az akut kórházi forrásokat biztosítani, de továbbra is 24 órás

orvosi, ápolói vagy egyéb egészségügyi szolgáltatást igényelnek (kardiológiai, posztoperatív rehabilitáció, komplex orvosi ellátás, tüdőgyógyászati ellátás, onkológiai és fájdalommenedzsment, komplex sebkezelés) gyógyulásuk vagy rehabilitációjuk során. A transitionál care ellátási modell segítségével csökkenthető a rehospitalizáció és az újbóli egészségügyi ellátás generálta költségek.

Érdekeltségek: A szerzőnek nincsenek érdekeltégei.

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

Irodalomjegyzék

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987–1993. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T., Sermeus, W., & RN4CAST consortium (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet (London, England)*, 383(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Balogh, Z. (2025). Humánerőforrás-krízis az egészségügyi szektorban: okok és következmények. In K. Zsófia, K. Csaba, O. Éva, & A. Péter (Szerk.), *Humán tőke, társadalmi-gazdasági fejlődés: Kulcskérdések Magyarországon* (249–255. o.). Magyar Nemzeti Bank – ELTE TáTK.
- Magyar Egységügyi Szakdolgozói Kamara. (2026). A fekvő- és a járóbeteg szakellátás, az alapellátás, valamint az egészségügyi szak- és felnőttképzés helyzetképe és megoldási javaslatok: Szakdolgozói nézőpontból. MESZK. https://meszk.hu/wp-content/uploads/sites/7/2026/05/MESZK_Helyzetkep_es_javaslatcsomag.pdf
- OECD. (2012). *Health at a glance: Europe 2012*. OECD Publishing.
- OECD & European Commission. (2024). *Health at a glance: Europe 2024: State of Health in the EU cycle*. OECD Publishing.
- Oláh, A. (szerk.). (2012). Az ápolástudomány tankönyve. Budapest: Medicina Könyvkiadó. <https://dtk.tankonyvtar.hu/xmlui/handle/123456789/12902>
- Oláh, A. (szerk.). (2017a). Elemzés készítése az alapellátásban dolgozó ápolók képzésének, kompetenciáinak nemzetközi gyakorlatáról. Országos Közegészségügyi Intézet. <https://efop180.antsz.hu/attachments/article/331/20-07-08%20-%20BV.1.4.pdf>
- Oláh, A. (szerk.). (2017b). Összefoglaló elemzés készítése az alapellátás szempontjából a hazai szakdolgozói képzésekről, a fejlesztési irányok meghatározásával. Országos Közegészségügyi Intézet. <https://efop180.antsz.hu/attachments/article/332/20-07-08%20-%20BV.1.5.pdf>
- Oláh, A. (2019). Összefüggések az ápolói létszám, az ápolók végzettsége és az egészségügyi ellátás minősége között [Konferencia-előadás/prezentáció]. Magyar Egység-gazdaságtani Társaság (META) ülés, 2019. május 28.
- Oláh, A., & Balogh, Z. (2025). A Magyar Egységügyi Szakdolgozói Kamara szakképzési feladatellátásának első öt éve. *Nővér*, 38(6), 4–11.
- Oláh, A., & Máté, O. (2012). Felnőtt aneszteziológiai, intenzív és sürgősségi szakápoló hatásköri listák összefoglalása. In: *Hatásköri listák* (pp. 99–117).
- Oláh, A., Barczy, E., Fullér, N., Kerti, E., Kis, T., Saxné Fruh, K., Szebeni-Kovács, G., Vizvári, L., Hirdi, H. É., Babonits, T., Úveges, P., Sövényi, F., & Balogh, Z. (2025). Az egészségügyi ágazat szak- és felnőttképzési fejlesztési koncepciója. *Nővér*, 38(6), 12–29.
- Oláh, A., Barczy, E., Kerti, E., Kis, T., & Balogh, Z. (2022). A magyarországi egészségügyi képzés sajátosságai és a szakdolgozói helyzetkép. <https://dtk.tankonyvtar.hu/xmlui/handle/123456789/14757>
- Oláh, A., Fullér, N., Máté, O., Zrínyi, M., Vajér, P., Karamánné Pakai, A., Kis, T., Pusztai, D. E., Várady Horváth, Á., Márton, M., Pap-Szekeres, A., Aradán, A., Radnai, B., Bugarszki, M., Minya, T., Boncz, I., Sövényi, F., Sharon, T. A., Ujváriné Siket, A., ... Betlehem, J. (2019). *Javaslat Nemzeti Ápolásfejlesztési Stratégia elemeire: Vitairat*. Egység-Akadémia, 10(Supplement), 1–81.
- Oláh, A., Máté, O., Betlehem, J., & Fullér, N. (2015). Advanced Practice Nurse (APN) MSc képzés bevezetése Magyarországon. *Nővér*, 28(2), 3–10.
- Oláh, A., Zrínyi, M., Fullér, N., Balogh, Z., Kádár, M. K., Kis, T., & Szebeni-Kovács, G. (2023). Az ápolói munkaterhelés és ápolási intenzitás komplex mérésének lehetőségei a magyarországi Ápolástámogató Rendszer kialakításához kapcsolódó fejlesztések keretében. *Nővér*, 36(2), 23–30.
- Perkó, M., Sövényi, F., Fedineczné Vittay, K., Kis, T., Szebeni-Kovács, Gy., & Oláh, A. (2022). Ápolástörténet: Elhivatottságtól a hivatásig. Az ápolás, az ápolásügy és az ápolóképzés története Magyarországon. <https://dtk.tankonyvtar.hu/xmlui/handle/123456789/14759>
- Sövényi, F. (1994). Az ápolásfejlesztés koncepcionális elemei: Vitaanyag (1994. március). *Nővér Supplementum*, 1–22.

EREDETI KÖZLEMÉNY

Kiégéshez kapcsolódó tünetek és munkahelyi tényezők vizsgálata az egészségügyben a felnőtt szak- és továbbképzés pályaképén keresztül

FEHÉR Sándor

ÖSSZEFOGLALÁS

Összefoglalás: A vizsgálat célja az egészségügyi szakdolgozók körében a kiégéshez kapcsolódó tünetek és munkahelyi tényezők feltárása, valamint a szakképzés, továbbképzés és a magasabb szakirányú végzettség szerepének vizsgálata a kiégés megelőzésével összefüggésben.

Anyag és módszer: 2024 ősze és 2025 áprilisa között a felnőtt egészségügyi szakképzésben részt vevők körében anonim, online kérdőíves felmérés készült, amelyet félig strukturált interjúk egészítettek ki. A vizsgálat saját összeállítású kérdőívet alkalmazott, mivel a kutatás egyszerre irányult a munkavégzés jellemzőire, a munkavégzéssel összefüggő fizikai és mentális panaszokra, valamint a szak- és továbbképzéssel kapcsolatos tapasztalatokra a kiégés megelőzése, felismerése és kezelése szempontjából. A kérdőív nem validált diagnosztikai mérőeszközként, hanem leíró, feltáró jellegű kutatási eszközként szolgált.

Eredmények: Az online kérdőívet 225 fő töltötte ki. A válaszadók körében magas arányban jelentek meg a munkaterheléshez, érzelmi kimerüléshez és fizikai panaszokhoz kapcsolódó tünetek. A magasabb szakirányú végzettség megszerzését a résztvevők csak mérsékelten kapcsolták össze kedvezőbb munkafeltételekkel, alacsonyabb terheléssel vagy egzisztenciálisan optimálisabb munkakörrel. A szak- és továbbképzésekben a stresszkezeléssel, megküzdési stratégiákkal és a kiégés megelőzésével kapcsolatos tartalmak a válaszadók tapasztalatai szerint korlátozott mértékben jelennek meg. **Következtetések:** A vizsgált mintában a kiégéshez kapcsolódó tünetek és kockázati tényezők jelentős arányban voltak jelen. Az eredmények alapján indokolt a munkahelyi támogatórendszerek erősítése, valamint a stresszkezeléssel és a kiégés megelőzésével kapcsolatos tartalmak hangsúlyosabb megjelenítése a szak- és továbbképzésekben.

Kulcsszavak: stressz, kiégés, egészségügyi szakdolgozók, szakképzés, továbbképzés

Investigation of Burnout-Related Symptoms and Workplace Factors in Healthcare Through the Career Path of Adult Specialized and Continuing Education

Sándor FEHÉR

SUMMARY

Our Summary: The aim of the study is to explore burnout-related symptoms and workplace factors among healthcare professionals, and to examine the role of vocational training, further training and higher professional qualifications in the prevention of burnout.

Material and method: Between autumn 2024 and April 2025, an anonymous, online questionnaire survey was conducted among adult healthcare professionals, supplemented by semi-structured interviews. The study used a self-compiled questionnaire, as the research simultaneously focused on the characteristics of work, physical and mental complaints related to work, and experiences related to vocational and further training in terms of the prevention, recognition and treatment of burnout. The questionnaire did not serve as a validated diagnostic measuring instrument, but as a descriptive, exploratory research tool.

Results: The online questionnaire was completed by 225 people. The respondents reported a high rate of symptoms related to workload, emotional exhaustion and physical complaints. The participants only moderately associated obtaining a higher professional qualification with more favourable working conditions, lower workload or an existentially more optimal job. According to the respondents' experiences, content related to stress management, coping strategies and burnout prevention is presented to a limited extent in vocational and further training.

Conclusions: A significant proportion of symptoms and risk factors related to burnout were present in the sample examined. Based on the results, it is justified to strengthen workplace support systems and to give more emphasis to content related to stress management and burnout prevention in vocational and further training.

Keywords: stress, burnout, healthcare professionals, vocational training, further training

FEHÉR Sándor mentőápoló, szociális és mentálhigiénés szakgondozó, szakoktató BSc, csecsemő- és gyermekápoló
ORCID-azonosító:
0009-0009-2474-0920

A cikk alapjául szolgáló dokumentum: Diplomamunka. Dunaújvárosi Egyetem, Tanárképző Központ, Szakoktató alapszak, 2025.

Levelező szerző
(corresponding author):
FEHÉR Sándor
E-mail: fsandor23@gmail.com

Beérkezett: 2026. február 8.
Elfogadva: 2026. május 29.



Bevezetés

A kiégés (burnout) napjaink egyre gyakrabban emlegetett jelensége, amely elsősorban a segítő és szolgáltató szakmákban dolgozókat érinti, különösen azokban a hivatásokban jelenik meg, ahol a munkát magas szintű stresszfaktor jellemzi (Maslach & Leiter, 2016). A kiégési szindróma kialakulásában egyéni, intézményi és társadalmi tényezők egyaránt szerepet játszanak. „*A burnout a krónikus, emocionális megterhelések, stresszek nyomán fellépő fizikai, mentális kimerülés állapota, amely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár*” (Fekete, 1991). A kockázatot növelik a munkaszervezési hiányosságok, így a hosszú munkaidő, a pihenés és a rekreáció hiánya, az állandó szoros kontroll, valamint az elismerés és a társadalmi és anyagi megbecsülés elégtelensége, továbbá a túlterhelés és a fokozott személyi felelősség (Maslach & Leiter, 2016; Győri et al., 2023). A több műszakos munkarend, az éjszakai műszak, az ügyeleti rend, valamint a túlóra kiemelt stresszfaktorként jelenik meg az ellátórendszerben (Győri et al., 2023). A szakdolgozók munkaterhelését és pszichés megterhelését jelentős mértékben befolyásolják a szervezeti és infrastrukturális feltételek. A több munkahely vállalása gyakran rendszerszintű kényszermegoldásként jelenik meg, amely hosszú távon kedvezőtlen hatással lehet a munkavállalók mentális egészségére. A szakdolgozók és az ellátottak közötti egyensúly eltolódása közvetlen hatást gyakorol az ellátás minőségére és a megbízhatóságra (Győri et al., 2023). Mindemellett a szakdolgozók gyakran végeznek olyan tevékenységeket, amelyek meghaladják szakmai kompetenciájuk határait, például a betegszállítás, kiegészítő logisztikai feladatok vagy fizikai terheléssel járó munkák (Győri & Perpék, 2021). A mátrixrendszerű munkaszervezés, amely egy szervezeti egységen belül több területet átfogó munkavégzést jelent, az intézményeken belül és kívül is egyre gyakoribb, és további alkalmazkodást kíván meg a szakdolgozóktól, ezáltal fokozva a mentális megterhelést (Dall’Ora et al., 2020). A hatékony megküzdési stratégiák hiánya vagy nem adaptív alkalmazása tovább súlyosbíthatja, és felgyorsíthatja az érzelmi kimerülés folyamatát (Lazarus & Folkman, 1984; Maslach & Leiter, 2016). Az elmúlt évek egészségügyi reformjai főként gazdasági szempontokon alapultak, és az ágazatban napjainkra jelentős problémához vezetett, hogy a humán erőforrás kérdése háttérbe szorult, ami a kiégés szindrómát tovább súlyosbítja. A szakmai, erkölcsi és anyagi megbecsülés komplexitásának sérülése növeli a kiégés kockázatát, valamint a pályamódosítást és a pályaelhagyást (Győri et al., 2023). Ezen gondolat mentén az egészségügyi ellátórend-

szben dolgozók kiégése nem csupán az érintettek „magánügye”, mert befolyásolja a műhibák és a szövdmények előfordulásának gyakoriságát (Dall’Ora et al., 2020). Az egészségügyi szakdolgozók kiégésének következményei nemcsak az egyénre, hanem a társadalomra és a gazdasági rendszerekre is jelentős hatást gyakorolnak (Shah et al., 2021). A pályaelhagyás a szakmai utánpótlás csökkenéséhez, a minőségi betegellátás romlásához és az államra háruló többletköltségekhez vezet, ami a szakma felhígulását is előidézhetheti. Mivel az egészségügyi szakdolgozók alkotják az ellátórendszer gerincét, pótlásuk időigényes és összetett feladat, ezért a kiégés prevenciója, felismerése és kezelése ösztársadalmi érdek. A szakirodalom szerint a kiégés kezelésében két fő beavatkozási terület különíthető el, a munkakörülmények módosítása és az egyén támogatása új megküzdési stratégiák kialakításával (Maslach, 2003). Ennek mentén fontos feltárni, hogy mely egyéni, munkavállalói tényezők járulnak hozzá a kiégéshez, mekkora hányadát érinti a kiégés jelensége, valamint, hogy a felismerést követően milyen lehetőségek állnak rendelkezésre a probléma kezelésére és megelőzésére. Kiemelt jelentőségű, hogy a munkahelyi környezet biztosít-e támogatást, meghallgatást és hatékony beavatkozási lehetőségeket. A szak- és továbbképzés kulcsszerepet tölthet be a kiégés megelőzésében és kezelésében, mivel kötelező jellege révén lehetőséget teremt arra, hogy az elsajátított ismeretek akadálytalanul és tudatosan beépüljenek az egyének mindennapi szakmai szemléletébe (Maresca et al., 2022).

Éppen ezért kiemelt fontossággal bír, hogy célzottan, átláthatóan és kellő számban jelenjen meg a szakmacsoportos továbbképzés rendszerében. A témával kapcsolatos ismeretek bővítése, a tünetek korai felismerésének képessége, valamint a megküzdési stratégiák elsajátítása hozzájárulhat a mentális egészség megőrzéséhez, a munkavállalók hosszú távú pályán maradásához és végső soron a betegellátás minőségének fenntartásához is (Lazarus & Folkman, 1984). A fentiek alapján a kutatás célja az egészségügyi szakdolgozók körében megjelenő, kiégéshez kapcsolódó tünetek és munkahelyi tényezők vizsgálata. Ennek keretében az első hipotézis a munkavégzés során átélt munkahelyi stressz következtében megjelenő fizikai és mentális tünetek feltárására irányul. A második hipotézis arra a feltételezésre épül, hogy a magasabb vagy célzott szakirányú végzettség megszerzésének lehetősége hozzájárulhat a meglévő mentális és fizikai terhelés csökkentéséhez, valamint hosszú távon kiegyensúlyozottabb szakmai és egzisztenciális feltételek eléréséhez. A harmadik hipotézis arra irányul, hogy a felnőtt szak- és továbbképzés rendszere a szakmai, elméleti, gyakorlati és erkölcsi ismeretek átadásán túl tartalmaz-e olyan

megküzdési stratégiákat, módszereket és technikákat, amelyek a fokozott pszichés terheléssel járó munkakörök esetében elősegítik a kiégés megelőzését, felismerését és kezelését. A kutatás eredményei hozzájárulhatnak a kiégéshez kapcsolódó tünetek, munkahelyi tényezők és képzési tapasztalatok árnyaltabb értelmezéséhez, valamint a megelőzést és kezelést támogató szakmai és szervezeti javaslatok megfogalmazásához. A kiégéshez kapcsolódó tünetek empirikus értelmezését és a vizsgálat módszertani kereteit a tanulmány Anyag és módszer fejezete részletezi.

Anyag és módszer

A kutatás fő célcsoportját a felnőtt szakképzésben részt vevő egészségügyi szakdolgozók alkották. A vizsgálat a kiégéshez kapcsolódó tünetek, a munkavégzéssel összefüggő munkahelyi és egyéni tényezők, valamint a fizikai és mentális panaszok feltárására irányult. A vizsgálat kiterjedt a munkahelyi stresszel összefüggő munkakörülményekre, a magasabb szakirányú végzettséggel és az egzisztenciális előrelépéssel kapcsolatos válaszadói tapasztalatokra, valamint a pályaelhagyással összefüggő kockázati tényezők feltárására. A felnőtt szakképzésben részt vevő szakdolgozók bevonásával került sor annak vizsgálatára, hogy a szak- és továbbképzési rendszer milyen szerepet tölt be a kiégés megelőzésében, felismerésében és kezelésében, különösen a megküzdési stratégiák fejlesztése szempontjából. A kvantitatív vizsgálat során saját összeállítású, 19 tételből álló online kérdőív került alkalmazásra, mivel a kutatás több tématerület együttes vizsgálatára irányult. A kérdőív 12 zárt feleletválasztós kérdést, valamint 7, ötfokú Likert-skálán értékelt, saját összeállítású állítást tartalmazott, a válaszok 1–5 közötti skálán kerültek rögzítésre. A kérdőív nem validált diagnosztikai mérőeszközként, hanem leíró, feltáró jellegű kutatási eszközként szolgált. Az adatgyűjtés négy budapesti és négy vidéki szakképzési centrum felnőtt egészségügyi szakképzéseiben részt vevő válaszadók körében történt. A vizsgálatot két fő egészségügyi szakdolgozóval készített félig strukturált interjú egészítette ki. Az interjúk célja az I. hipotézishez kapcsolódóan a kiégés folyamatának mélyebb megértése volt, különös tekintettel az egyéni megélésekre, a kiváltó tényezőkre és a következményekre. Az interjúalanyok kiválasztása önkéntesség és anonimitás alapján történt. A beválasztás során szempont volt, hogy az interjúalanyok többéves egészségügyi tapasztalattal rendelkezzenek, és személyesen is érintettek legyenek a kiégés valamely formájában. A félig strukturált interjú lehetőséget biztosított az előre meghatározott témák mentén történő irányított beszélgetés-

re, miközben teret engedett az egyéni nézőpontok megjelenésének. Az I. hipotézishez kapcsolódóan a válaszadói csoportok között leíró statisztikai összevetéseket is végeztem a munkahelyi tényezők és a fizikai panaszok előfordulásának vizsgálata érdekében. A vizsgálat önkéntes és anonim részvétellel zajlott, a válaszadók előzetes tájékoztatást kaptak a kutatás céljáról és az adatok kezeléséről, az adatgyűjtés a hatályos adatvédelmi előírások betartásával történt. Az adatgyűjtés 2024 őszétől 2025 április végéig zajlott.

A kérdések a munkavégzéssel összefüggő munkahelyi tényezőkre, a terhelési és stressztényezőkre, a munkavégzéssel összefüggő fizikai és mentális panaszokra, valamint a szakmai pályával, a magasabb szakirányú végzettség elérésével és a szak- és továbbképzésben való részvétellel kapcsolatos attitűdökre irányultak. A jelen vizsgálatban a kiégés nem klinikai diagnózisként kerül értelmezésre, és nem bináris változóként jelenik meg, hanem a mentális és fizikai tünetek, valamint a munkavégzéssel összefüggő munkahelyi tényezők együttes jelenléte és mértéke alapján kerül meghatározásra.

Az adatfeldolgozás Microsoft Excel program segítségével történt. A kérdőíves felmérés során kapott válaszok összesítése és elemzése leíró statisztikai módszerekkel valósult meg. Az egyes kérdések esetében gyakorisági megoszlásokat, százalékos arányokat, valamint Likert-skálás kérdések esetén súlyozott átlagokat számítottam. Az eredményeket táblázatok és diagramok formájában szemléltettem. A vizsgálat célja nem reprezentatív statisztikai következtetések levonása vagy statisztikai bizonyítás volt, hanem a vizsgált jelenségek, válaszadói mintázatok, tendenciák és lehetséges kapcsolódások leíró bemutatása, valamint a megfogalmazott hipotézisek feltáró jellegű értelmezése a kapott adatok alapján. A tanulmány egy nagyobb terjedelmű diplomamunka empirikus kutatásán alapul, amely több hipotézis leíró elemzésére is kiterjedt.

A vizsgálat alapját képező hipotézisek

H1: A felnőtt egészségügyi szakképzésben részt vevő szakdolgozók körében az állandósult és megnövekedett munkahelyi stressz hatására kialakuló fizikai és mentális tünetek olyan mértékben vannak jelen, hogy a kiégéshez kapcsolódó tünetek és kockázati tényezők a válaszadók legalább egynegyedénél megfigyelhetők.

H2: A magasabb szakirányú végzettség megszerzése a dolgozók többségénél elérhetővé teszi, akár kevesebb havi munkaidővel, a szakmailag kiegyensúlyozottabb, mentálisan, fizikálisan, valamint egzisztenciálisan optimálisabb munkakör elérését.

H3: Az egészségügyi szakdolgozók nagyobb hányadának képzése, valamint kötelező szakmai továbbképzése tartalmaz olyan stresszkezelő módszereket, ismereteket és technikákat, amelyek elősegítik, hogy a pályaelhagyás és a kiégés ne következzen be.

A vizsgálati minta bemutatása

A kvantitatív vizsgálatban 225 fő, felnőtt egészségügyi szakképzésben részt vevő hallgató, szakdolgozó vett részt online kérdőív kitöltésével, amelyet két fő egészségügyi szakdolgozóval készített félig strukturált interjú egészített ki. A minta 88%-a (198 fő) nő és 12%-a (27 fő) férfi volt, az átlagéletkor 40 év. Az iskolai végzettség tekintetében a minta széles spektrumot fedett le az alapfokú végzettségtől az egyetemi végzettségig, amelyek közül a középfokú szakképesítés fordult elő legnagyobb arányban, 38% (86 fő). A válaszadók többsége aktív egészségügyi munkavégzést folytatott, elsősorban fekvőbeteg-ellátásban vagy egyéb klinikai területen. A résztvevők 77%-a (176 fő) teljes munkaidőben dolgozott, és 71%-a (159 fő) egy munkahelyen végezte munkáját. A munkarend tekintetében a 12 órás váltott műszak fordult elő legnagyobb arányban, 50% (112 fő). A minta 55%-a (123 fő) végzett éjszakai vagy készenléti szolgálatot.

Eredmények

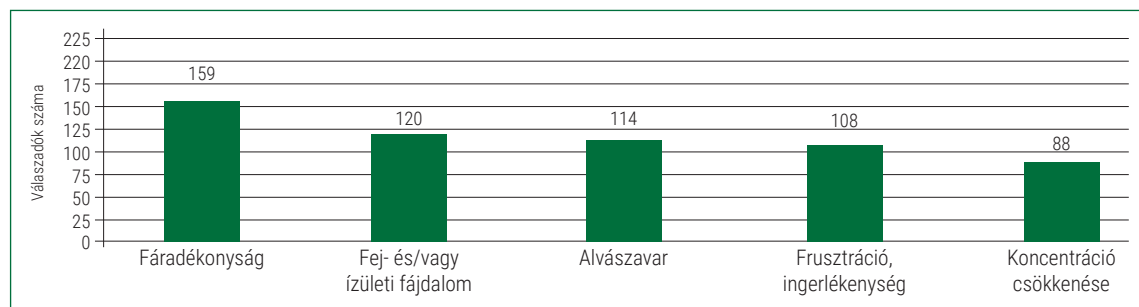
Az I. hipotézis vizsgálata

Az első hipotézis szerint a felnőtt egészségügyi szakképzésben részt vevő szakdolgozók körében az állandósult és megnövekedett munkahelyi stressz hatására kialakuló fizikai és mentális tünetek olyan mértékben vannak jelen, hogy a kiégéshez kapcsolódó tünetek és kockázati tényezők a válaszadók legalább egynegyedénél megfigyelhetők. A munkahelyi terhelésre vonatkozó Likert-skálás állítások alapján megfigyelhető, hogy a válaszadók körében a túlterheltség érzete kifejezetten jellemző, amit a vonatkozó állítás súlyozott átlaga (3,73) is alátámaszt. A frusztrációval kapcsolatos állítás átlaga 3,04, míg a munkavégzés közbeni megszakításokra vonatkozó állítás átlaga 3,02 volt, ami szintén a fokozott stresszterhelés jelenlétére utal. Ezzel szemben a munkáltatói megbecsülés megítélése kifejezetten alacsony értéket mutatott, átlaga 1,84, és a jövedelemmel való elégedettség is alacsony maradt, átlaga 2,24, az eredményeket az **I. táblázat** foglalja össze. A vizsgálat azt is mérte, hogy a vá-

I. táblázat: A munkavégzés közbeni jellemvonások eloszlása (N = 225)

A vizsgált állítások	Skála értékei (Fő)					Súlyozott átlag
	1	2	3	4	5	
A munkám egyre több erőfeszítést követel a megnövekedett rám rótt feladatok miatt.	23	11	53	55	83	3,73
Egyre frusztráltabb vagyok a munkám során.	53	32	41	49	50	3,05
Gyakran félbeszakítanak, és sokszor nem tudok egy munkafolyamatot befejezni.	53	32	49	39	52	3,02
Erőfeszítéseimért és teljesítményemért megkapom a megérdemelt megbecsülést és elismerést a munkáltatómtól.	104	85	20	9	7	1,84
Erőfeszítéseimért és teljesítményemért számomra megfelelő fizetést, jövedelmet kapok.	88	54	43	21	19	2,24

laszadók az elmúlt két hónapban legalább heti két alkalommal tapasztalták-e az alábbi 14 fizikai és mentális tünet valamelyikét: gyomorfájás, fej- és/ vagy ízületi fájdalom, menstruációs zavarok, mellkasi fájdalom, szédülés, ájulásérzés, étvágycsökkenés vagy habzsolás, problémák a szexuális együttlét során, székrekedés vagy gyakori széklet, emésztési zavarok, fáradékonyság, koncentrációképesség csökkenése, frusztráció-ingerlékenység, alvászavar. Az eredmények alapján a válaszadók 70,6%-a (159 fő) számolt be fáradékonyságról, 53,3%-a (120 fő) fej- és/vagy ízületi fájdalomról, 50,6%-a (114 fő) alvászavarról, 48%-a (108 fő) frusztrációról és ingerlékenységről, míg 39,1%-a (88 fő) koncentrációcsökkenésről. Az eredményeket az **1. ábra** szemlélteti. A válaszadók mindössze 15,5%-a (35 fő) jelezte, hogy a felsorolt panaszok közül egyet sem tapasztalt, vagyis a minta 84,5%-a esetében legalább egy, a kiégéshez kapcsolódó tünet jelen volt. A munkahelyi támogatás és megelőzés tekintetében a válaszadók 70,2%-a (158 fő) jelezte, hogy munkahelyén nem áll rendelkezésre megfelelő szakember a pszichés terhelés kezelésére. A munkavégzéssel összefüggő problémák munkáltató felé történő jelzése esetén a válaszadók 41,7%-a (94 fő) szerint ugyan megtörténik a meghallgatás, azonban érdemi megoldás nem születik, míg 8% (18 fő) tapasztalata szerint még meghallgatásra sem kerül sor, amit a **II. táblázat** részletesen szemléltet. Az I. hipotézishez kapcsolódó további leíró adatösszevetések során a munkahelyi problémák érdemi megoldásának hiánya mellett a fizikai panaszok magasabb átlagos előfordulása volt megfigyelhető. A válaszadók 41,7%-a (94 fő) jelezte, hogy a munkahelyi problémák ugyan meghallgatásra kerülnek, de érdemi megoldás nem történik, és ebben a csoport-

1. ábra: A kiegészítéshez kapcsolódó leggyakoribb tünetek előfordulása a vizsgált mintában

ban átlagosan öt különböző fizikai panasz előfordulását jelölték meg. A felsorolt 14 tünet közül 87 fő legalább hat tünetet jelölt meg. A munkarenddel összefüggésben is hasonló tendencia rajzolódott ki. Az éjszakai vagy készenléti munkarendben dolgozók aránya 54,6% (123 fő) volt, és ebben a csoportban szintén átlagosan öt különböző fizikai panasz fordult elő, amint azt a **2. ábra** szemlélteti. A leíró adatok alapján az érdemi munkahelyi támogatás hiánya és a rendszertelen munkarend mellett a fizikai panaszok gyakoribb megjelenése volt megfigyelhető.

Összességében megállapítható, hogy a minta döntő többségénél egyszerre van jelen a fokozott munkahelyi terhelés, az alacsony megbecsültségérzés, valamint több, a kiegészítéshez kapcsolódó fizikai és mentális tünet. Mivel a válaszadók azon aránya, akiknél a kiegészítéshez kapcsolódó tünetek és kockázati tényezők együttesen is megjelennek, meghaladja a hipotézisben megfogalmazott egynegyedes küszöbértéket, az első hipotézis a vizsgált minta adatai alapján alátámaszthatónak tekinthető.

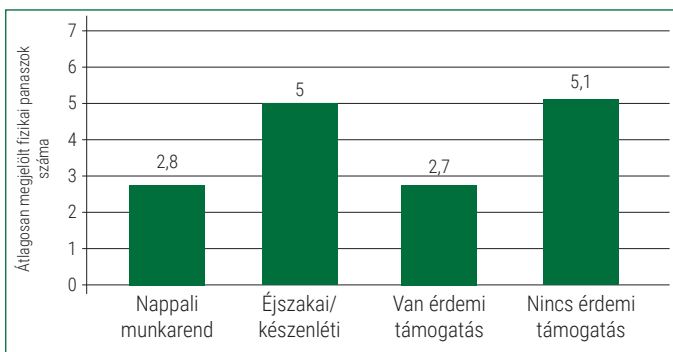
A II. hipotézis vizsgálata

A vizsgálat azt elemezte, hogy a válaszadók többsége szerint van-e kapcsolat a magasabb szakirányú végzettség megszerzése, valamint a kedvezőbb munkafeltételek, az alacsonyabb mentális és fizikai terhelés, illetve az egzisztenciálisan optimálisabb munkakör lehetősége között. A „kiegyensúlyozottabb és optimálisabb munkakör elérését biztosítaná számomra” állítással kapcsolatban a válaszadók súlyozott átlaga (3,11) volt, ami mérsékelten kedvező viszonyulást jelez. Az egyetértés mértéke azonban nem volt kifejezetten magas.

A „kevesebb havi munkaidővel egzisztenciálisan optimálisabb munkát” állítás esetében a súlyozott átlag

II. táblázat: Munkahelyi támogatás a megelőzés tekintetében (N = 225)

A munkahelyi tényezők	Gyakoriság (fő)	Százalék (%)
Nem áll rendelkezésre megfelelő szakember.	158	70,2
Meghallgatásra sor kerül, de érdemi megoldás nem történik.	94	41,7
Nem történik meghallgatás.	18	8

2. ábra: Fizikai panaszok átlagos előfordulása munkarend és munkahelyi támogatás szerint

lag (2,88) volt. Ez arra utal, hogy a válaszadók csak mérsékelten kapcsolták össze a magasabb szakirányú végzettség megszerzését a kedvezőbb munkaidő-beosztás vagy az egzisztenciálisan előnyösebb munkavégzés lehetőségével.

A „csökkenne a rám eső mentális teher a jelenlegi munkakörömben” állítás súlyozott átlaga (2,52) volt, ami azt jelzi, hogy a válaszadók többsége nem tekintette a magasabb szakirányú végzettséget a jelenlegi munkakör mentális terhének csökkentésére alkalmas tényezőnek.

A „mentálisan és/vagy fizikálisan könnyebb munkakör elérését biztosítaná számomra” tétel esetében a súlyozott átlag (2,75) volt. Ez szintén arra utal, hogy a válaszadók jelentős része nem gondolta úgy, hogy egy magasabb szakirányú végzettség önmagában kevésbé megterhelő munkakör elérését biztosítaná. Ugyanakkor a középtérkéhez közeli átlag azt is jelzi,

hogy a válaszadók egy része látott ebben lehetőséget. Az eredményeket a **III. táblázat** foglalja össze.

Az eredmények összességében arra utalnak, hogy a vizsgált mintában a válaszadók csak mérsékelten kapcsolták össze a magasabb szakirányú végzettség megszerzését a mentális és fizikai terhelés csökkenésével, valamint az egzisztenciálisan kedvezőbb munkakör elérésével. Mindezek alapján a II. hipotézisben megfogalmazott, a válaszadók többségére vonatkozó feltételezés a vizsgált minta súlyozott átlagai szerint nem tekinthető alátámasztottnak.

A III. hipotézis vizsgálata

A III. hipotézishez kapcsolódóan a vizsgálat azt elemezte, hogy a válaszadók szerint a szakképzés és a szakmacsoportos továbbképzések rendszere tartalmaz-e olyan stresszkezelő módszereket, megküzdési stratégiákat és kiégés megelőzésével kapcsolatos ismereteket, amelyek elősegíthetik a pályán maradást és a kiégés megelőzését.

A szakképzés tematikájának vizsgálata során az „ismereteket tartalmaz, amelyek által a munkám során jelentkező problémákat könnyebben tudom kezelni” állítás súlyozott átlaga (3,14) volt, ami mérsékelten pozitív viszonyulásra utal.

Ugyanakkor a „motivációs módszereket tartalmaz, amelyek segítenek a stressz hatékony kezelésében” állítás esetében a súlyozott átlag (2,47), míg a „viselkedési módokat, technikákat, értékeket, szerepeket, viszonyulási módokat tartalmaz, amelyek elősegítik a pályán maradást” állításnál (2,60) volt. A „tartalmaz olyan ismereteket, módszereket, amelyek segítségével megelőzhető, felismerhető és kezelhető a kiégés (burnout)” tétel súlyozott átlaga (2,55) volt. Ezek az értékek összességében arra utalnak, hogy a szakképzés tematikájában a stresszkezelés, a megküzdési stratégiák és a kiégés megelőzésével kapcsolatos tartalmak csak korlátozott mértékben jelennek meg.

A szakmacsoportos továbbképzések vonatkozásában az „olyan kurzusok, amelyek által a munkám során jelentkező problémákat és a stresszt hatékonyabban tudom kezelni” állítás súlyozott átlaga (2,61) volt. A „tartalmaz viselkedési módokat, technikákat, értékeket, szerepeket, viszonyulási módokat, amelyek elősegítik a pályán maradást” tétel átlaga (2,48), az „önfejlesztő tréningeket tartalmaz” állításé (2,50), míg a „kommunikációs módszereket tartalmaz, amelyek segítenek a

III. táblázat: A magasabb szakirányú végzettség várható hatásainak megítélése (N = 225)

A vizsgált állítások	Skála értékei (fő)					Súlyozott átlag
	1	2	3	4	5	
Kiegyensúlyozottabb és optimálisabb munkakörnyezetet, munkakört.	45	26	61	46	47	3,11
Kevesebb havi munkaidővel számomra egzisztenciálisan optimálisabb munkát.	60	31	49	46	39	2,88
Csökkenne a rám eső mentális teher a jelenlegi munkakörömben.	78	41	50	22	34	2,52
Mentálisan és/vagy fizikálisan könnyebb munkakör elérését biztosítaná számomra.	67	34	53	30	41	2,75

IV. táblázat: A szak- és továbbképzési tartalmak stresszkezeléssel és a kiégés megelőzésével kapcsolatos megítélése (N = 225)

Az állítás tartalma (tematika szerint)	Szakképzés súlyozott átlag	Továbbképzés súlyozott átlag
Munkavégzés során jelentkező problémák és stressz kezelése	3,14	2,61
Stresszkezelést segítő módszerek (motiváció / kommunikáció)	2,47	2,62
Pályán maradást segítő viselkedési és megküzdési módok	2,60	2,48
Kiégés megelőzését, felismerését segítő tartalmak	2,55	2,50

stressz hatékony kezelésében” állításé (2,62) volt. Ezek az értékek szintén a skála középértéke alatti tartományba estek, ami arra utal, hogy a továbbképzési rendszerben ezek a tartalmak nem jelennek meg kellő hangsúllyal.

A szakképzés és a szakmacsoportos továbbképzések kérdései nem szó szerint azonos állításokat tartalmaztak, azonban tematika szempontjából összevethetőek voltak, ezért az összehasonlítást ezen az alapon a **IV. táblázat** foglalja össze. A célzott, kifejezetten a kiégés megelőzésével, felismerésével vagy kezelésével foglalkozó szakmacsoportos továbbképzések vonatkozásában a válaszadók 26,2%-a (59 fő) jelezte, hogy találkozott ilyen kurzussal, míg 39,1%-a (88 fő) nem találkozott ilyennel. A válaszadók 34,6%-a (78 fő) azt jelölte meg, hogy nem tudja, mert nem szokta áttekinteni a teljes továbbképzési kínálatot, valamint nem keres célzottan ilyen képzéseket.

Az eredmények összességében arra utalnak, hogy sem a szakképzés, sem a szakmacsoportos továbbképzések rendszere nem tartalmaz kellő mértékben

olyan stresszkezelő módszereket, megküzdési stratégiákat és a kiegész megelőzését célzó ismereteket, amelyek érdemben hozzájárulhatnak a pályán maradás és a kiegész megelőzésének támogatásához.

Mindezek alapján a III. hipotézisben megfogalmazott, a szakdolgozók nagyobb hányadára vonatkozó feltételezés a vizsgált minta súlyozott átlagai és válaszarányai szerint nem tekinthető alátámasztottnak.

A két félig strukturált interjú vizsgálata

A két interjú elemzése összhangban áll a kvantitatív kérdőíves vizsgálat eredményeivel. Mindkét interjúalany több munkahelyen, váltott műszakban és készenléti rendszerben dolgozott, tartós mentális és fizikai túlterhelés mellett. A kiegész folyamata mindkét esetben fokozatosan alakult ki, amelyet alvászavar, testi panaszok, érzelmi kimerülés, a betegektől való érzelmi eltávolodás és a szakmai motiváció csökkenése jellemezett. A munkahelyi problémák jelzése a munkáltató irányába nem vezettek eredményre, és az élethelyzeti változtatások sem bizonyultak elegendőnek a folyamat megállításához. Az interjúkban elhangzottak alapján hatékony, tudatos megküzdési stratégiák fejlesztésének lehetőségei nem álltak rendelkezésre.

Mindkét esetben a folyamat pályaelhagyáshoz vezetett, és az egyik interjúalanyánál szakember segítségének igénybevétele is szükségessé vált. Az egyik beszámoló szerint a tartós túlterhelés olyan mértékű mentális kimerüléshez vezetett, hogy egy súlyos állapotú beteg ellátása során a helyzetet már nem tudta érzelmileg megfelelő módon kezelni, amit utólag a kiegész figyelmeztető jeleként értelmezett.

Az interjúk alapján a kiegész nem átmeneti túlterhelésként, hanem olyan folyamatként jelenik meg, amelyben a nem megfelelően működő vagy hiányzó megküzdési stratégiák mellett a tartós munkahelyi stressz súlyos pszichoszomatikus következményekhez és végső soron a szakmai pálya elhagyásához vezethet (Kovács et al., 2008). Az interjúk eredményei összhangban állnak a kvantitatív kérdőíves vizsgálat megállapításaival, és kiegészítik az első hipotézis leíró értelmezését.

Megbeszélés

Az első hipotézis vizsgálati eredményei azt mutatják, hogy a vizsgált mintában a kiegészhez kapcsolódó tünetek nagy arányban vannak jelen. A kérdőíves adatok alapján a válaszadók döntő többségénél megjelent legalább egy, a kiegészre jellemző fizikai vagy mentális tünet, és sok esetben ezek halmozott for-

mában fordultak elő. Ez összhangban áll Maslach kiegészmodelljével, amely szerint a tartós érzelmi kimerülés a kiegész központi eleme, és gyakran testi tünetekkel is együtt jár (Maslach & Leiter, 2016). Hazai vizsgálatok is hasonló tendenciákat írnak le az egészségügyi dolgozók körében (Kovács et al., 2008; Ádám et al., 2006). A felmérés egyik kulcsfontosságú eredménye, hogy a válaszadók jelentős része váltott műszakban, illetve éjszakai vagy készenléti munkarendben dolgozik, ami tartós túlterheléshez vezethet. A saját mért eredmények alapján ezzel párhuzamosan a fáradékonyság, az alvászavar és a koncentrációsökkenés magas aránya is megfigyelhető. Ezt megerősítik azok a szakirodalmi megállapítások, amelyek szerint a regeneráció hiánya és a tartós biológiai ritmuszavar a kiegész kialakulásának fontos kockázati tényezői (Stauder & Konkoly Thege, 2006; Maslach & Leiter, 2016). A kérdőíves adatok alapján különösen figyelemre méltó, hogy a válaszadók közel fele arról számolt be, hogy munkahelyi problémáit ugyan meghallgatják, de érdemi megoldás nem történik. Ezzel párhuzamosan ebben a csoportban nagyobb arányban jelentek meg a kiegészhez köthető testi panaszok, ami arra utal, hogy a szervezeti támogatás hiánya nemcsak pszichés, hanem kifejezett pszichoszomatikus következményekkel is jár. Ez összhangban áll azokkal a kutatásokkal, amelyek szerint a kontroll elvesztése és a szervezeti támogatás hiánya összefüggésbe hozható az érzelmi kimerüléssel és a testi tünetek megjelenésével (Erős & Szabó, 2020). A második hipotézis vizsgálata alapján a magasabb szakirányú végzettség megszerzése a válaszadók megítélése szerint nem eredményez egyértelműen kedvezőbb munkakörülményeket, alacsonyabb terhelést vagy jobb egzisztenciális helyzetet. Ennek hátterében meghatározó tényező, hogy a hazai egészségügyi rendszerben az adott munkakörön belül nincs érdemi, végzettséghez igazított differenciálás, szemben a német és a holland gyakorlattal, ahol a többszintű ápolói rendszer a végzettségi szintekhez eltérő kompetenciákat és feladatköröket rendel (Maier et al., 2017). Így a végzettség növekedése többnyire nem jár együtt a munkaterhelés csökkenésével vagy a munkakör tartalmi átalakulásával.

Ez jól illeszkedik ahhoz a szakirodalmi megközelítéshez, amely szerint a kiegész alakulását nem önmagában az egyéni kompetenciaszint, hanem elsősorban a munkaköri struktúra és a szervezeti környezet határozza meg (Schaufeli & Enzmann, 1998). További fontos szervezeti tényező, hogy a vezetői pozíciók korlátozott száma és a munkarendből fakadó terheléshez képest alacsonyabb anyagi megbecsülés együttesen jelentősen beszűkítik a szak-

mai előrelépés lehetőségeit. Így mindezek egyénre vonatkoztatott védőhatása korlátozott mértékű marad. A harmadik hipotézis vizsgálata során kapott eredmények arra mutatnak rá, hogy sem a szakképzés, sem a szakmacsoportos továbbképzések nem biztosítanak megfelelő mértékben olyan ismereteket, amelyek a stresszkezelést és a kiégés megelőzését hatékonyan támogatják. Továbbá a továbbképzési rendszerben a válaszadók jelentős része nem keres tudatosan, célirányosan a kiégéssel kapcsolatos képzéseket, holott ezek a kurzusok kulcsszerepet tölthetnének be az egyéni megküzdési stratégiák fejlesztésében, különösen azért, mert a szakmacsoportos továbbképzések kötelező jellege lehetőséget adna arra, hogy ezek az ismeretek rendszeresen és célzottan eljussanak a szakdolgozókhoz. Ez különösen problematikus annak fényében, hogy a szakirodalom a megküzdési stratégiák szerepét kulcsfontosságúnak tekinti a kiégés megelőzésében és lefolyásának befolyásolásában (Lazarus & Folkman, 1984; Salavecz, 2008).

A saját eredmények alapján a tudatos, adaptív megküzdési stratégiák hiánya a vizsgált mintában fontos kockázati tényezőként értelmezhető. A félig strukturált interjúk eredményei összhangban állnak az első hipotézis leíró értelmezésével. Az interjúalanyok beszámolóí alapján a kiégés folyamata fokozatosan, évek alatt alakul ki a munkáltatói támogatás hiánya mentén, és nemcsak a teljesítményt, hanem a szakmai identitást és a betegellátáshoz való érzelmi viszonyt is súlyosan érinti (Fekete, 1991). Az egyik interjúban megjelenő, a szakmai identitást veszélyeztető gondolati fordulat különösen szemléletesen mutatja meg, hogy a tartós kimerülés milyen mértékű belső elidegenedéshez vezethet. Mindkét esetben a folyamat vége pályaelhagyás lett, ami jól illeszkedik a kvantitatív eredmények által kirajzolt tendenciákhoz. Ez összhangban áll azokkal a nemzetközi és hazai adatokkal, amelyek szerint a kezeletlen, előrehaladott kiégés gyakran a pálya elhagyásához és tartós egészségromláshoz vezet (Maslach & Leiter, 2016). Összességében a jelen vizsgálat eredményei megerősítik, hogy a kiégés az egészségügyi szakdolgozók körében nem elszigetelt jelenség, hanem a munkaszervezés, a terhelés, a szervezeti támogatás és az egyéni megküzdési stratégiák hiányából fakadó komplex probléma.

Javaslatok

A vizsgálat eredményei alapján, véleményem szerint, elengedhetetlen a kiégés intézményi szintű, szervezett keretek között történő kezelése és megelőzése. Ennek részeként indokolt lenne intézményi

pszichológus, mentálhigiénés szakember bevonása, valamint irányított csoportos és egyéni terápiás lehetőségek, továbbá rekreációs programok biztosítása a szakdolgozók számára (Fekete, 1991). Ennek érdekében szükséges az egzisztenciális viszonyok rendezése, a pályaelhagyás csökkentése, valamint a humán erőforrás megerősítése és stabilizálása. Ezek célja a mentális teher csökkentése, a megküzdési stratégiák erősítése és a kiégés korai szakaszban történő felismerése és kezelése (Ónody, 2001). A kutatás eredményei alapján szükségesnek tűnik a hazai egészségügyi rendszerben a végzettséghez kötött, munkakörön belüli differenciált feladat- és felelősségmegosztás feltételeinek kidolgozása és fokozatos bevezetése, a nemzetközi gyakorlatok (például Németország és Hollandia) mintájára (Maier et al., 2017). Ez hozzájárulhatna a szakmai terhelés arányosabb elosztásához, a kompetenciák hatékonyabb kihasználásához, valamint a motiváció és a pályán maradás erősítéséhez.

Indokolt lenne olyan több elemből álló kompenzációs rendszer kialakítása, amely figyelembe veszi a vezetői és hivatali munkarendben dolgozó szakdolgozók kieső műszakpótlékait, megnövekedett szervezési és mentális terhelését, valamint felelősségi szintjét.

Ennek részeként javasolható a vezetői felelősségi pótlék korrekciója, kieső pótlékkompenzáció, kompetencia- és végzettségalapú bérkiegészítés, valamint mentális terhelési pótlék bevezetése.

A szakképzésben és a szakmacsoportos továbbképzések rendszerében az eredmények tükrében indokolt, hogy a kiégés témaköre hangsúlyosabban és rendszerszerűbben jelenjen meg. Fontos, hogy a továbbképzési rendszer online felületén a kiégéssel kapcsolatos kurzusok kiemelt, könnyen hozzáférhető módon legyenek elérhetők azok számára is, akik nem tekintik át rendszeresen a teljes továbbképzési kínálatot. A kutatás eredményei alapján indokoltnak tűnik, hogy a szakdolgozók szakmacsoportos továbbképzéseiben a szabadon választható kurzusok mellett meghatározott arányban kötelező jelleggel is megjelenjenek a kiégés megelőzésével, felismerésével és kezelésével foglalkozó célirányos továbbképzések. Ez elősegíthetné, hogy a témához kapcsolódó ismeretek ne kizárólag az egyéni érdeklődés vagy keresési aktivitás függvényében jussanak el a szakdolgozókhoz, hanem szervezettebb és szélesebb körben hozzáférhető formában épüljenek be a továbbképzési rendszerbe. Emellett szükséges, hogy az intézményi keretek között megvalósuló továbbképzések során is nagyobb hangsúlyt kapjanak a stresszkezeléssel és a kiégés megelőzésével foglalkozó tartalmak.

Összességében a kiégés megelőzése és kezelése az új szemléleti modell alapján nem kizárólag az egyéni megküzdési stratégiák fejlesztésére épül, hanem a munkahelyi, képzési és szervezeti feltételek tudatos alakítását is magában foglalja. Napjaink egészségügyi munkaerőhelyzetét és a vizsgálat eredményeit figyelembe véve a kiégés megelőzése,

korai felismerése és rendszerszintű kezelése az egészségügyi pálya egyik legsürgetőbb szakmai feladata.

Anyagi támogatás: A kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekeltségek: A szerzőnek nincsenek érdekeltiségei.

Irodalomjegyzék

- Ádám, S., Gyórfy, Zs., Susánszky, É., Purebl, G., & Kopp, M. (2006). Kiégés (burnout) szindróma az orvosi hivatásban. *Hippocrates*, 8(2), 113–117. <https://hippocrateslap.hu/uploads/ujtag/2006-2/Kieges-burnout-szindróma-az-orvosi.pdf>
- Dall’Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: A theoretical review. *Human Resources for Health*, 18(1), Article 41. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
- Erős, M. A., & Szabó, É. (2020). A kiégés és a munkahelyi értékeltség összefüggései a versenyszférában. *Alkalmazott Pszichológia*, 20(3), 7–26. <http://ap.elte.hu/wp-content/uploads/2021/05/1-1.pdf>
- Fekete, S. (1991). Segítő foglalkozások kockázatai: Helyfeszítési szindróma és burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica*, 6(1), 17–29.
- Győri, Á., & Perpék, É. (2021). Szakmai munkakörülmények, kiégés és mobilitás a szociális és fejlesztő szakemberek körében. *Socio.hu Társadalomtudományi Szemle*, 11(3), 20–38. <https://doi.org/10.18030/socio.hu.2021.3.20>
- Győri, Á., Perpék, É., Huszár, Á., & Balogh, K. (2023). Milyen egyenlőtlenségekkel szembesülnek a humán foglalkozások a munkakörülmények terén? A munkahelyi stresszorok változása Magyarországon 2006 és 2020 között. *Statistikai Szemle*, 101(12), 1051–1083. <https://doi.org/10.20311/stat2023.12.hu1051>
- Kovács, M., Hegedűs, K., Kopp, M., & Skrabski, Á. (2008). Az egészségügyi dolgozók életminősége, testi és lelkiállapota. In: M. Kopp (szerk.). *Magyar lelkiállapot 2008* (335–340. o.). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Maier, C. B., Aiken, L. H., & Busse, R. (2017). *Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation* (OECD Health Working Papers No. 98). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/a8756593-en>
- Maresca, G., Corallo, F., Catanese, G., Formica, C., & Lo Buono, V. (2022). Coping strategies of healthcare professionals with burnout syndrome: A systematic review. *Medicina*, 58(2), 327. <https://doi.org/10.3390/medicina58020327>
- Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189–192. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01258>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Ónody, S. (2001). Kiégési tünetek (burnout szindróma) keletkezése és megoldási lehetőségei. *Új Pedagógiai Szemle*, 51(5), 80–85. <https://ofi.oh.gov.hu/tudastar/kieges-tunetek-burnout>
- Salavecz, Gy. (2008). Munkahelyi stressz és egészség. In: M. Kopp (szerk.). *Magyar lelkiállapot 2008: Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban* (288–297. o.). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781003062745>
- Shah, M. K., Gandrakota, N., Cimiotti, J. P., Ghose, N., Moore, M., & Ali, M. K. (2021). Prevalence of and factors associated with nurse burnout in the US. *JAMA Network Open*, 4(2), e2036469. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36469>
- Stauder, A., & Konkolý Thege, B. (2006). Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 203–216. <https://real.mtak.hu/58534/>

EREDETI KÖZLEMÉNY

Bethesda Gyermekkorházban dolgozó ápolók elégedettségének és támogatottságának keresztmetszeti, kvantitatív vizsgálata

NYERGESNÉ ZÁVODI Edit, SIMON Viktor, HALMAI-KOCZÓ Dzsénifer Kata, BORNEMISSZA Krisztina Antónia, DR. VELKEY György János PhD, DR. FEITH Helga Judit PhD, habil.

ÖSSZEFOGLALÁS

Célkitűzés: Az ápolók munkahelyi elégedettsége, pszichés terhelése és szervezeti támogatottsága jelentősen befolyásolja az ellátás minőségét, a betegbiztonságot és a munkaerő megtartását, ezért vizsgálatuk kiemelt jelentőségű. Jelen kutatás célja a Bethesda Gyermekkorház ápolóinak munkahelyi elégedettségének, terheltségének és támogatottságának elemzése.

Vizsgálat módszere: 2025. június 12. és augusztus 1. között keresztmetszeti, kvantitatív kérdőíves vizsgálatot végeztünk. A 216 fős ápolói állományból 195 fő vett részt (90,3%). Az elemzéshez khi-négyzet-próbát és Cramer-féle V-együtthatót alkalmaztunk.

Eredmények: A válaszadók 67,4%-a fizikai vagy lelki túlterheltségről számolt be, ugyanakkor 73,0%-uk elégedett volt munkájával. A vezetői támogatás, a munkahelyi légkör és a megbecsültség érzése szignifikáns kapcsolatot mutatott a munkával való elégedettséggel ($p < 0,001$). A kiégés és a regenerációs képesség között szintén szignifikáns összefüggés volt kimutatható.

Következtetés: Az ápolói elégedettséget elsősorban a pszichoszociális és szervezeti tényezők határozzák meg. A támogató munkahelyi környezet és a pozitív szervezeti légkör fontos szerepet játszik az ápolók hosszú távú megtartásában.

Kulcsszavak: ápolói elégedettség, szervezeti támogatás, munkahelyi légkör, munkaerő-megtartás

A Cross-sectional, Quantitative Study of job Satisfaction and Support Among Nurses at Bethesda Children's Hospital

Edit NYERGESNÉ ZÁVODI, Viktor SIMON, Dzsénifer Kata HALMAI-KOCZÓ, Krisztina Antónia BORNEMISSZA, György János DR. VELKEY PhD, Helga Judit DR. FEITH PhD, habil.

SUMMARY

The purpose: Nurses' job satisfaction, psychological burden, and organizational support significantly influence quality of care, patient safety, and workforce retention, making their assessment an important institutional priority. This study aim is to analyze job satisfaction, workload, and perceived organizational support among nurses at Bethesda Children's Hospital.

Methods: A cross-sectional quantitative survey was conducted between June 12 and August 1, 2025. Of the 216 nurses employed at the institution, 195 participated (response rate: 90.3%). Data were analyzed using Pearson's chi-square test and Cramer's V coefficient.

Results: Overall, 67.4% of respondents reported physical or emotional overload, while 73.0% were satisfied with their work. Managerial support, workplace atmosphere, and perceived appreciation were significantly associated with job satisfaction ($p < 0.001$). A significant relationship was also identified between burnout and resilience.

Conclusion: Nurses' job satisfaction is primarily influenced by psychosocial and organizational factors. Supportive leadership and a positive workplace environment play an important role in long-term nurse retention.

Keywords: nurse satisfaction, organizational support, workplace atmosphere, workforce retention

NYERGESNÉ ZÁVODI Edit
ápolási igazgató, Semmelweis
Egyetem Doktori Iskola,
Egészségtudományi Tagozat,
Budapest; Bethesda Gyermek-
kórház, Budapest

SIMON Viktor oktatási
koordinátor, Semmelweis
Egyetem Doktori Iskola,
Egészségtudományi Tagozat,
Budapest; Bethesda Gyermek-
kórház, Budapest

HALMAI-KOCZÓ Dzsénifer Kata
oktatási asszisztens, Bethesda
Gyermekkorház, Budapest

BORNEMISSZA Krisztina Antónia
szociológus, Pázmány Péter
Katolikus Egyetem Bölcsészet-
és Társadalomtudományi Kar,
Budapest

DR. VELKEY György János PhD
főigazgató, Bethesda Gyermek-
kórház, Budapest

DR. FEITH Helga Judit PhD,
habil. tanszékvezető főiskolai
tanár, Semmelweis Egyetem
Egészségtudományi Kar,
Társadalomtudományi Tanszék,
Budapest

Levelező szerző
(corresponding author):
DR. FEITH Helga Judit
E-mail:
feith.helga@semmelweis.hu

Beérkezett: 2026. június 5.
Elfogadva: 2026. június 21.

Bevezetés

Az ápolók munkahelyi jólléte, elégedettsége és szakmai elköteleződése az egészségügyi ellátórendszerek fenntarthatóságának és a betegellátás minőségének alapvető feltétele. A nemzetközi szakirodalom egyértelműen alátámasztja, hogy az ápolói kiégés és elégedetlenség nemcsak az egyéni jóllétet veszélyezteti, hanem közvetlen hatással van a betegbiztonságra, az ellátás minőségére és a munkaerő megtartására is (Dutra & Guirardello, 2021; Li et al., 2024; Liu & Aunguroch, 2018).

Az ápolói kiégés globális méreteket öltött. A nemzetközi adatok szerint az ápolók körében a kiégés prevalenciája az elmúlt évtizedben folyamatosan emelkedett: a globális átlag 30,0% és az elmúlt években szignifikáns növekedést mutatnak (Kim et al., 2023). Az Egyesült Államokban a kiégés miatt távozó ápolók aránya 2008 és 2018 között 17%-ról 31,5%-ra emelkedett (Shah et al., 2021). A Covid-19-pandémia tovább súlyosbította a helyzetet: egy friss metaanalízis szerint a pandémia alatt az ápolók körében az általános kiégés prevalenciája 59,5%, az érzelmi kimerültség 36,1%, a deperszonalizáció 32,4%, míg a csökkent személyes teljesítmény 33,3% volt (Fekih-Romdhane et al., 2025). Hat európai országban végzett átfogó felmérés szerint az ápolók 26,0%-a tapasztalt magas szintű kiégést, 40%-a elégtelen munka-magánélet egyensúlyt, és 33,0%-a tervezte munkahelyének elhagyását (Aiken et al., 2024). A kiégés és az elégedetlenség következményei messze túlmutatnak az egyéni szinten. Egy átfogó szisztematikus áttekintés és metaanalízis kimutatta, hogy az ápolói kiégés szignifikánsan összefügg az alacsonyabb betegbiztonsági kultúrával, a gyakoribb nosocomialis fertőzésekkel, gyógyszeres hibákkal, betegek elesésével, valamint az alacsonyabb betegelégedettséggel (Li et al., 2024). A munkahelyi környezet minősége közvetlenül befolyásolja az ápolók által értékelt ellátás minőségét, a munkahelyi hiányzást és a fluktuációt (Dutra & Guirardello, 2021; Liu & Aunguroch, 2018). A legfrissebb vizsgálatok szerint az ápolók munkahelyelhagyásának fő okai a kiégés és érzelmi kimerültség (26,0%), az elégtelen létszám (21,0%), valamint a családi kötelezettségek (18,0%) (Muir et al., 2024).

Bár a fizikai túlterheltség és az elégtelen létszám egyértelműen hozzájárulnak a kiégéshez, a nemzetközi irodalom egyre inkább hangsúlyozza a pszichoszociális tényezőket, különösen a szervezeti támogatás, a vezetői támogatás, a munkahelyi légkör és a megbecsültség érzésének szerepét az ápolók jóllétében és elköteleződésében (Bond et al., 2025; Larsman et al., 2024; Naegle et al., 2023; Pahlevan Sharif et al., 2018). A szervezeti támogatás érke-

lése kapcsolatban áll a munkahelyi elégedettséggel: a támogató szervezeti légkör növeli az elégedettséget, míg az elégedettség erősíti a támogatás észlelését (Larsman et al., 2024). A Covid-19-pandémia alatt végzett vizsgálatok egyértelműen igazolták, hogy a magasabb szintű észlelt szervezeti támogatás szignifikánsan alacsonyabb kiégési és szorongási szintekkel járt együtt (Reitz et al., 2021).

A vezetői támogatás különösen kritikus: a transzformációs vezetés közvetlenül és közvetve is – a strukturális felhatalmazáson keresztül – pozitívan befolyásolja az ápolók elköteleződését és megtartását (Conroy et al., 2023; Montenegro Méndez et al., 2025). A pozitív munkahelyi légkör, a pszichológiai biztonság és a nyílt kommunikáció szignifikánsan összefügg a magasabb munkahelyi elégedettséggel, az alacsonyabb fluktuációs szándékkal és a jobb betegbiztonsági mutatókkal (Cho et al., 2023). A megbecsültség érzése különösen erős védőfaktor: bizonyul: azok az ápolók, akik úgy érzik, hogy munkahelyük értékeli őket, feleannyira hajlamosak a kiégésre, mint azok, akik nem érzik magukat megbecsültnek (Porta et al., 2026).

A megfelelő feltöltődés és regeneráció kulcsfontosságú védőfaktor a kiégés ellen. A kutatások szerint azok az ápolók, akik képesek regenerálódni szabadnapjaik alatt, szignifikánsan alacsonyabb kiégési arányokat mutatnak, míg a regeneráció hiánya jelentősen növeli a kiégés kockázatát (Dall’Ora et al., 2020).

A pályakezdő ápolók támogatása és megtartása különösen kritikus kérdés. A nemzetközi szakirodalom egyértelműen alátámasztja, hogy a strukturált rezidens ápolói programok (nurse residency programs – NRP) hatékonyan javítják a pályakezdő ápolók megtartását, elégedettségét és szakmai kompetenciáját (Asber, 2019; Eckerson, 2018; Mohamed & Al-Hmamat, 2024). Ezek a programok általában 12-24 hónapos időtartamúak, és mentorálást, szakmai fejlesztést, valamint pszichoszociális támogatást nyújtanak az ápolói pályára való átmenet során (Eckerson, 2018; Vázquez-Calatayud & Eserverri-Azcoiti, 2023). A rezidensprogramokban részt vevő pályakezdő ápolók körében az első éves megtartási arány 74-100% között mozog, ami jelentősen meghaladja a hagyományos orientációs programok eredményeit (Asber, 2019; Rosenfeld & Glassman, 2016). A programok nemcsak a megtartást javítják, hanem csökkentik a stresszt és a kiégést is: egy vizsgálat szerint a mindfulness-alapú intervenciók beépítése a rezidensprogramba szignifikánsan csökkentette a kiégést és a stresszt az első hat hónapban (Koh et al., 2023). A gyermekkorházakban működő rezidensprogramok különösen fontosak, mivel a pályakezdő ápolók számára a gyermekellátás speciális

kihívásokat jelent (Vázquez-Calatayud & Eseverri-Azcoiti, 2023).

Magyarországon az ápolói munkaerőhiány és fluktuáció régóta ismert probléma (Papp et al., 2019; Tömö et al., 2026). A nemzetközi trendek alapján feltételezhető, hogy a magyar ápolók is hasonló kihívásokkal szembesülnek (Németh & Tóth, 2025), mint külföldi kollégáik, azonban a helyi szervezeti kultúra, vezetési gyakorlatok és támogatási rendszerek sajátosságai miatt elengedhetetlen az intézményspecifikus adatok gyűjtése és elemzése.

A jelen keresztmetszeti vizsgálat célja a Bethesda Gyermekkórházban dolgozó ápolók munkahelyi elégedettségének, terheltségének és támogatottságának átfogó felmérése volt, különös tekintettel a nemzetközi irodalom alapján meghatározó pszichoszociális és szervezeti tényezőkre (Aiken et al., 2024). A vizsgálat több szempontból is hiánypótló: Magyarországon kevés intézményi szintű, átfogó vizsgálat áll rendelkezésre az ápolók munkahelyi elégedettségéről, a gyermekorhási ápolók pedig speciális kihívásokkal szembesülnek az ellátás érzelmi terheltsége és összetettsége miatt. Emellett a Bethesda Gyermekkórházban közel három éve működik az országban elsőként bevezetett rezidens diplomás ápolói program (Nyergesné Závodi et al., 2023), amely hatékonyságának értékeléséhez elengedhetetlen az ápolói elégedettség és támogatottság alapállapotának ismerete. A vizsgálat eredményei így az intézményi fejlesztési stratégiák megalapozásához és a rezidensprogram jövőbeli longitudinális hatásvizsgálatához egyaránt kiindulópontot nyújthatnak.

Anyag és módszer

Keresztmetszeti, kvantitatív kérdőíves vizsgálatot végeztünk 2025. június 12. és 2025. augusztus 1. között a Bethesda Gyermekkórházban. A vizsgálatot az intézmény etikai bizottsága jóváhagyta (2025/12/ Bethesda). A vizsgálatban való részvétel önkéntes és anonim volt.

A vizsgálat célpopulációját a Bethesda Gyermekkórházban dolgozó összes ápoló alkotta. A 216 fős ápolói állományból 195 fő töltötte ki a kérdőívet, ami 90,3%-os válaszadási arányt jelent. A vizsgálatba bevontuk mindazokat az ápolókat, akik a vizsgálat időpontjában aktív munkaviszonyban álltak az intézménnyel, függetlenül a munkakörüktől, beosztásuktól vagy a munkaviszonyuk időtartamától. Kizárási kritérium nem került meghatározásra.

Az adatgyűjtés papíralapú, önkitöltős kérdőívvel történt, amelyet a feldolgozás során digitális formában egységesítettünk. A kérdőív összesen 53 kérdést tartalmazott: 50 zárt és 3 nyitott kérdést. A zárt kérdések eltérő válaszformátumokkal szere-

peltek; egy részük 5 fokozatú Likert-skálán került mérésre. A kérdőív az alábbi témaköröket vizsgálta: szociodemográfiai és foglalkozási jellemzők (életkor, nem, családi állapot, legmagasabb iskolai végzettség, munkakör, intézményben eltöltött idő, szakmai tapasztalat), munkahelyi elégedettség, fizikai és lelki terheltség, munkahelyi légkör, vezetői támogatás, kollegiális támogatás, orvos-ápoló kapcsolat, szakmai fejlődési lehetőségek, munkahelyi megbecsültség érzése, kiegészítő jelei, regenerációs képesség, valamint hosszú távú elköteleződés és fluktuációs szándék. A nyitott kérdések lehetőséget biztosítottak a válaszadóknak arra, hogy szabadon megfogalmazzák a munkahelyi kihívásokkal, fejlesztési javaslatokkal és a munkahely pozitív aspektusaival kapcsolatos véleményüket.

Az elemzéshez egyes változókat kategorizáltunk vagy összevontunk. A munkával való elégedettséget három kategóriába soroltuk: elégedett (4–5 pont), semleges (3 pont) és elégedetlen (1–2 pont). Hasonló módon kategorizáltuk a válaszadók által megélt a) vezetői támogatást (magas: 4–5 pont; alacsony: 1–3 pont), b) a munkahelyi légkört (támogató/positív, időnként feszült, de kezelhető, folyamatosan stresszes), c) a kiegészítő jelenlétét (igen/nem) és d) a regenerációs képességet (képes feltöltődni/nem képes feltöltődni).

A statisztikai elemzést IBM SPSS Statistics 25 szoftverrel végeztük. A leíró statisztikai elemzés során a kategorikus változókat gyakoriságokkal és százalékos megoszlásokkal, a folytonos változókat átlaggal és szórással jellemeztük. A változók közötti összefüggések vizsgálatára keresztábra-elemzést és Pearson-féle khi-négyzet (χ^2) -próbát alkalmaztunk. A kapcsolat erősségének jellemzésére a Cramer-féle V-együtthatót használtuk, amelyet az alábbiak szerint értelmeztünk: 0,10 alatt elhanyagolható, 0,10–0,20 gyenge, 0,20–0,40 közepes, 0,40 felett erős kapcsolat. A 2×2-es keresztábrák esetében a Phi (ϕ) együtthatót számítottuk. Amennyiben a khi-négyzet-próba feltételei nem teljesültek, Fisher-féle egzakt próbát alkalmaztunk. A statisztikai szignifikancia szintjét $p < 0,05$ -ben határoztuk meg.

Eredmények

A válaszadók szakmai háttere heterogén képet mutatott: 42,8%-uk több mint 20 éve dolgozik az ápolói pályán, míg 42,0%-uk legfeljebb három éve van jelen az intézményben, ami a fluktuáció és a hosszú távú elköteleződés egyidejű jelenlétére utal. A legnagyobb kihívást a fizikai és lelki túlterheltség jelentette, amelyet a válaszadók 67,4%-a jelzett. Ennek ellenére a válaszadók 73,0%-a teljesen vagy többnyire elégedettnek vallotta magát a munkájá-

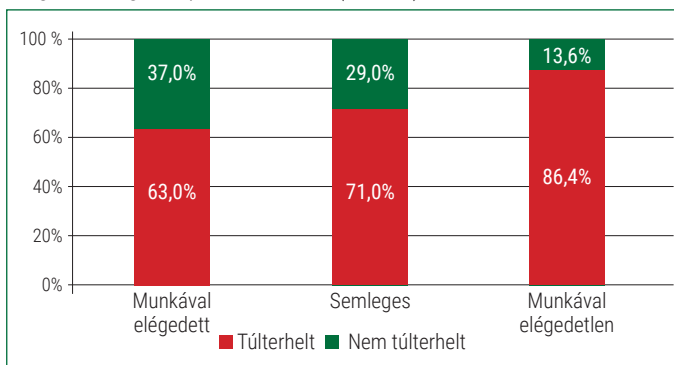
val. A munkahelyi légkört a többség (45,0%) támogatóként jellemezte, míg 27,7% időnként feszültnek, de kezelhetőnek értékelte. Az orvos-ápoló kapcsolatot a válaszadók kétharmada (67,5%) partneri viszonyként élte meg. Az ápolók 80,0%-a megbecsültnek érzi magát, 74,0%-uk lát szakmai fejlődési lehetőséget, és közel 90,0%-uk számíthat kollegiális segítségre.

A fizikai, lelki túlterheltség, illetve a munkával való elégedettség közötti kapcsolat vizsgálata során a túlterheltség nagyobb arányban fordult elő az elégedetlen ápolók körében (86,4%), mint az elégedett munkavállalók között (63,0%). A Pearson-féle khi-négyzet-próba nem mutatott szignifikáns összefüggést ($p=0,085$), azonban a lineáris tendencia szignifikánsnak bizonyult ($p=0,029$), amely a változók közötti irányított kapcsolat lehetőségére utal. A vizsgált változók közti kapcsolat gyenge erősségűnek bizonyult (Cramer-féle $V=0,161$). Az eredmények alapján a túlterheltség és a munkával való elégedettség között egy mérsékelt, azonban irányában következetes összefüggés áll fenn. Mindezek arra engednek következtetni, hogy a munkával való elégedettséget más pszichoszociális tényezők szintén jelentősen befolyásolhatják (1. ábra).

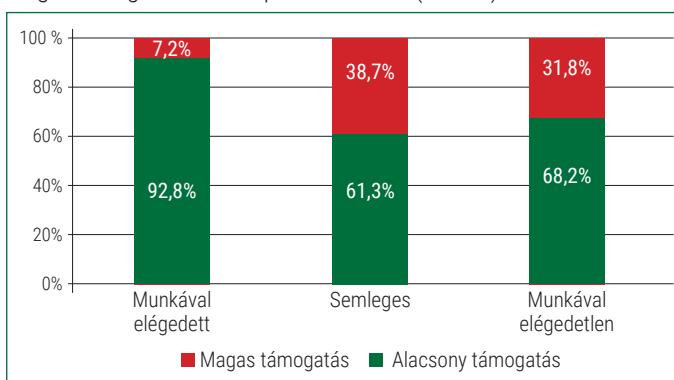
A szervezeti tényezők közül a vezetői támogatás és a munkával való elégedettség között szignifikáns kapcsolat volt kimutatható ($\chi^2=24,802$; $df=2$; $p<0,001$). A munkával elégedett ápolók döntő többsége (92,8%) magas mértékű vezetői támogatást érzékelt. Az elégedetlen ápolók esetében viszont jóval kisebb arányban jelent meg a magas szintű vezetői támogatás (68,2%). Az látható az eredmények alapján, hogy a vezetői jelenlét, a támogatás, illetve a munkával való elégedettség között szoros összefüggés áll fenn (Cramer-féle $V=0,360$) (2. ábra).

A kiégés, illetve a regenerációs képesség vizsgálata szignifikáns összefüggést tárt fel ($\chi^2=16,659$; $df=1$; $p<0,001$). A feltöltődni képes ápolók többsége (89,4%-a) nem mutatta a kiégés jeleit, és csupán 10,6%-uk számolt be erről. Ezzel szemben a regenerálódni nem képes ápolók körében kedvezőtlenebb arányok mutatkoztak, mivel a regenerálódni nem képes ápolók magasabb arányban (34,8%) jelezték a kiégést. A kapcsolat erőssége közepes volt (Cramer-féle $V=0,295$). Az eredmények tehát arra utalnak, hogy a regenerációs képesség és a kiégés között elentétes irányú összefüggés áll fenn.

1. ábra: A túlterheltség megoszlása a munkával való elégedettségi csoportok szerint (N=195)



2. ábra: A vezetői támogatás megoszlása a munkával való elégedettségi csoportok szerint az ápolók körében (N=195)



A munkahelyi légkör, illetve a munkával való elégedettség között szignifikáns, mérsékelt erős kapcsolat volt kimutatható ($\chi^2=70,763$; $p<0,001$; Cramer-féle $V=0,433$). Az elégedett ápolók többsége (56,6%) támogató, továbbá pozitív légkörről nyilatkozott, azonban az elégedetlenek körülbelül fele (45,5%) folyamatosan stresszes munkahelyi környezetről számolt be. Ezek alapján elmondható, hogy a kedvezőbb munkahelyi légkör magasabb munkával való elégedettséggel jár együtt, míg a negatívabb környezet az alacsonyabb elégedettségi szintekhez kapcsolódik.

A kollegiális támogatás és a kiégés között nem volt kimutatható statisztikailag szignifikáns összefüggés ($\chi^2=2,543$; $df=2$; $p=0,280$). A leíró adatok alapján ugyanakkor látható, hogy a kiégést nem tapasztaló ápolók magasabb arányban érzékelték, hogy mindig számíthatnak kollégáik segítségére (74,4%), mint a kiégést megéltők között (68,4%). A kollegiális támogatás alacsony mértéke nagyobb arányban jelent meg a kiégést tapasztalók körében (5,3% vs. 1,3%). A kapcsolat erőssége gyengének bizonyult (Cramer-féle $V=0,114$). Fontos, hogy az eredmények értelmezésekor figyelembe kell venni, hogy egyes kategóriák alacsony elemszáma korlátozhatja a következtetések megbízhatóságát.

A munkahelyi megbecsültség és a munkával való elégedettség között szignifikáns, mérsékelt erősségű kapcsolat volt kimutatható ($\chi^2=57,930$; $df=6$; $p<0,001$; Cramer-féle $V=0,389$). Az elégedett ápolók nagyobb többsége pozitívan értékelte a munkahelyi megbecsültséget (38,4% teljes mértékben, 55,1% inkább megbecsültnek érezte magát). Azonban ezzel szemben az elégedetlen ápolók körében túlnyomó arányban jelent meg a megbecsültség hiánya (50,0% inkább nem, 13,6% egyáltalán nem). A magas szintű megbecsültség azonban ritkábban fordult elő (9,1% teljes mértékben, 27,3% inkább igen). A semleges megítélésű csoport egyfajta átmeneti mintázatot mutatott. Az eredmények alapján az a következtetés vonható le, hogy a megbecsültség alacsonyabb szintje alacsonyabb munkával való elégedettséggel jár együtt (3. ábra).

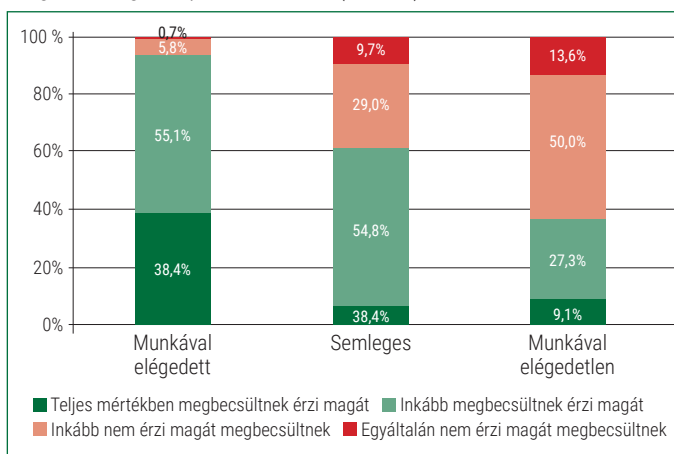
Összességében a megvizsgált változók és kapcsolatuk alapján, a munkával való elégedettség szorosabban kötődik a pszichoszociális tényezőkhöz (mint például a munkahelyi megbecsültséghez, a munkahelyi légkörhöz és a vezetői támogatáshoz), mint a fizikai túlterheléshez. E tényezők mindeközben az ápolók jóllétével szintén összefüggést jeleznek, főképp a kiegész, illetve a regenerációs képesség tekintetében.

Megbeszélés

A vizsgálat eredményei alapján a Bethesda Gyermekkorházban dolgozó ápolók munkával való elégedettségét elsősorban pszichoszociális és szervezeti tényezők határozzák meg. Bár a fizikai és lelki túlterheltség széles körben jelen van, annak hatása az elégedettségre csak mérsékeltnek bizonyult, és önmagában nem magyarázza annak alakulását. Ez az eredmény összhangban van a nemzetközi szakirodalommal, amely szerint a kiegész és az elégedetlenség hátterében elsősorban a munkahelyi környezet és a szervezeti tényezők állnak, nem pedig kizárólag a munkaterhelés (Muir et al., 2024; Shah et al., 2021).

A vezetői támogatás szignifikáns kapcsolatot mutatott a munkával való elégedettséggel, kiemelve annak meghatározó szerepét az ápolók jóllétében. Eredményeink megerősítik *Larsman és munkatársai* longitudinális vizsgálatának megállapításait, miszerint a szervezeti támogatás és a munkával való elégedettség között kölcsönösen erősítő kapcsolat áll fenn (Larsman et al., 2024). *Specchia és munkatársai* szisztematikus áttekintése szerint a transzformációs vezetési stílus a legerősebb pozitív korrelációt mu-

3. ábra: A megbecsültség megoszlása a munkával való elégedettségi csoportok szerint (N=195)



tatja az ápolók elégedettségével, míg *Montenegro Méndez és munkatársai* metaanalízise alátámasztja, hogy a hatékony vezetés védőfaktoraként működik a kiegész szemben (Montenegro Méndez et al., 2025; Specchia et al., 2021). *Labrague és munkatársai* vizsgálata szerint a transzformációs vezetés alatt dolgozó ápolók magasabb munkaelégedettségről és alacsonyabb pályaelhagyási szándékról számolnak be (Labrague et al., 2020). Vizsgálatunkban a munkahelyi légkör és az elégedettség között erős kapcsolatot találtunk, ami megfelel a nemzetközi eredményeknek. *Caricati és munkatársai* szerint a munkahelyi légkör és a szakmai elköteleződés együttesen határozzák meg az ápolók elégedettségét (Caricati et al., 2014). *Dutra és Guirardello* vizsgálata kimutatta, hogy a kedvező munkahelyi környezet magasabb elégedettséggel, jobb biztonsági klímával és kevesebb elmaradt ápolási tevékenységgel jár együtt (Dutra & Guirardello, 2021). *Han és munkatársai* amerikai vizsgálata szerint az autonómia hiánya, a túlzott munkaterhelés és a kollégák támogatásának elmaradása szignifikánsan csökkentik az elégedettséget (Han et al., 2015).

A kiegész és a regenerációs képesség közötti szignifikáns közepes összefüggés arra utal, hogy a megfelelő feltöltődés védőfaktoraként jelenik meg. A feltöltődni képes ápolók 89,4%-a nem mutatta a kiegész jeleit, míg a feltöltődni nem képesek körében ez az arány csak 65,2% volt. *Pi és munkatársai* metaanalízise szerint az ápolók körében magas szintű akut és krónikus fáradtság figyelhető meg, míg a műszakok közötti regeneráció alacsony vagy közepes mértékű (Pi et al., 2025). *Li és munkatársai* vizsgálata igazolta, hogy a fizikai aktivitás és a regenerációs élmények – különösen a pszichológiai leválás és a relaxáció – szignifikánsan csökkentik a kiegész (Li et al., 2025).

A munkahelyi megbecsültség érzése vizsgáltkban az egyik legmeghatározóbb tényezőnek bizonyult. A munkahelyi megbecsültség és a munkával való elégedettség között szignifikáns, közepes erősgű kapcsolat volt kimutatható. Az elégedett ápolók 93,5%-a megbecsültnek érezte magát, míg az elégedetlenek körében ez az arány mindössze 36,4% volt. *Porta és munkatársai* pandémia alatti vizsgálata szerint a megbecsültség érzése felére csökkenti a kiégés esélyét (Porta et al., 2026). *Alahiane és munkatársai* vizsgálata kimutatta, hogy a felettesek általi elismerés a legjelentősebb hatással van az ápolók pszichés egészségére, életminőségére és elégedettségére (Alahiane et al., 2023). *Montgomery és munkatársai* intervenciós vizsgálata igazolta, hogy az elismerés és a vezetői bizalom növelése szignifikánsan javítja az elégedettséget és csökkenti a pályaelhagyási szándékot (Montgomery et al., 2026).

A kiégés prevalenciája tekintetében eredményeink kedvezőbbek a nemzetközi átlagnál. *Shah és munkatársai* amerikai vizsgálata szerint az állást elhagyó ápolók 31,5%-a jelölte meg a kiégést okként, míg *Muir és munkatársai* szerint a kiégés, az elégtelen létszám és a családi kötelezettségek a legfőbb pályaelhagyási okok (Muir et al., 2024; Shah et al., 2021). *Dall'Ora és munkatársai* elméleti áttekintése szerint a magas munkaterhelés, az alacsony kontroll és a hosszú műszakok következetesen összefüggnek a kiégéssel (Dall'Ora et al., 2020).

A Bethesda Gyermekkórházban a támogató munkahelyi légkör, a magas szintű vezetői támogatás és a kollegiális segítségnyújtás olyan szervezeti környezetet teremt, amely kedvező alapot biztosít a pályakezdő ápolók integrációjához és hosszú távú megtartásához. Ezt a támogató intézményi környezetet egészíti ki a közel három éve, tudomásunk szerint az országban elsőként bevezetett rezidens diplomás ápolói program, amely strukturált mentorálással, szakmai fejlesztéssel és pszichoszociális támogatással támogatja a pályakezdő ápolók beilleszkedését és hosszú távú elköteleződését.

A vizsgálat számos erőssége mellett bizonyos korlátok is mérlegelendők. Erősségeként említhető, hogy a kiemelkedően magas válaszadási arány (90,3%) az ápolói állomány szinte teljes körű részvételét biztosította, jelentősen erősítve az eredmények belső validitását. A kérdőív átfogóan, több dimenzió mentén vizsgálta az ápolói elégedettséget a fizikai terheléstől a szervezeti támogatáson át a megbecsültség érzéséig, lehetővé téve a tényezők differenciált elemzését. A vizsgálat egyedülálló kontextusban zajlott: a Bethesda Gyermekkórházban közel három

éve működik az országban elsőként bevezetett rezidens diplomás ápolói program, amely intézményi hatásainak értékeléséhez a jelen vizsgálat alapvető kiindulópontot nyújt. A korlátok között említendő a keresztmetszeti elrendezés, amely csupán asszociációk feltárását teszi lehetővé, az önkitöltős módszer válaszadói torzítási lehetősége, valamint az egyetlen intézményre korlátozódó mintavétel. Jövőbeli kutatások longitudinális elrendezésben, több intézmény bevonásával vizsgálhatnák a feltárt összefüggések stabilitását, valamint a rezidens ápolói program hosszú távú hatását az ápolói megtartásra.

Következtetések

A Bethesda Gyermekkórházban dolgozó ápolók munkával való elégedettségét elsősorban a vezetői támogatás, a munkahelyi légkör és a megbecsültség érzése határozza meg, míg a fizikai és lelki túlterhelés hatása mérsékelte. A regenerációs képesség védőfaktorként jelenik meg a kiégéssel szemben. Az intézményben erős közösségi kohézió és támogató szakmai kapcsolatok jellemzők, ugyanakkor a tartós túlterheltség intézményi szinten kezelendő kockázati tényező.

A szervezeti támogatás erősítése, a pozitív munkahelyi légkör fenntartása, valamint a megbecsültség és a mentálhigiénés erőforrások fejlesztése kulcsfontosságú az ápolók elégedettségének, elköteleződésének és hosszú távú megtartásának biztosításához. Jövőbeli kutatások longitudinális elrendezésben, több intézmény bevonásával vizsgálhatnák a feltárt összefüggések időbeli stabilitását és általánosíthatóságát.

Szerzői munkamegosztás: Ny. Z. E., S. V. és H.-K. D. K. hozzájárultak a kutatás valamennyi fázisához, beleértve a koncepció kialakítását, a kutatás-tervezést, az adatgyűjtést, az adatelemzést és a kézirat elkészítését. B. K. A. a statisztikai elemzésekben nyújtott szakmai támogatást. V. G. J. a kézirat szakmai ellenőrzésében, kritikai véleményezésében és a tudományos tartalom fejlesztésében vett részt. F. H. J., mint levelező szerző, a kutatás szakmai irányítását (témavezetés), valamint a kézirat véglegesítésének felügyeletét látta el. Az összes szerző a közlemény végleges változatát elolvasta és jóváhagyta.

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

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Irodalomjegyzék

- Aiken, L. H., Sermeus, W., McKee, M., Lasater, K. B., Sloane, D., Pogue, C. A., Kohnen, D., Dello, S., Maier, C. B. B., Drennan, J., & McHugh, M. D. (2024). Physician and nurse well-being, patient safety and recommendations for interventions: cross-sectional survey in hospitals in six European countries. *BMJ Open*, 14(2), e079931. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-079931>
- Alahiane, L., Zaam, Y., Abouqal, R., & Belayachi, J. (2023). Factors associated with recognition at work among nurses and the impact of recognition at work on health-related quality of life, job satisfaction and psychological health: a single-centre, cross-sectional study in Morocco. *BMJ Open*, 13(5), e051933. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051933>
- Asber, S. R. (2019). Retention Outcomes of New Graduate Nurse Residency Programs: An Integrative Review. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 49(9). https://journals.lww.com/jonajournal/fulltext/2019/09000/retention_outcomes_of_new_graduate_nurse_residency.8.aspx
- Bond, C., Jarden, R., Watson, A., & Jackson, D. (2025). Organisational Factors and Nurses' Well-Being in the Workplace: An Integrative Review. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.70333>
- Caricati, L., Sala, R. L., Marletta, G., Pelosi, G., Ampollini, M., Fabbri, A., Ricchi, A., Scardino, M., Artioli, G., & Mancini, T. (2014). Work climate, work values and professional commitment as predictors of job satisfaction in nurses. *J Nurs Manag*, 22(8), 984–994. <https://doi.org/10.1111/jonm.12079>
- Cho, H., Steege, L. M., & Arsenault Knudsen É, N. (2023). Psychological safety, communication openness, nurse job outcomes, and patient safety in hospital nurses. *Res Nurs Health*, 46(4), 445–453. <https://doi.org/10.1002/nur.22327>
- Conroy, N., Patton, D., Moore, Z., O'Connor, T., Nugent, L., & Derwin, R. (2023). The Relationship between Transformational Leadership and Staff Nurse Retention in Hospital Settings: A Systematic Review. *Journal of Nursing Management*, 2023(1), 9577200. <https://doi.org/https://doi.org/10.1155/2023/9577200>
- Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health*, 18(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
- Dutra, C. K. d. R., & Guirardello, E. d. B. (2021). Nurse work environment and its impact on reasons for missed care, safety climate, and job satisfaction: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 77(5), 2398–2406. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.14764>
- Eckerson, C. M. (2018). The impact of nurse residency programs in the United States on improving retention and satisfaction of new nurse hires: An evidence-based literature review. *Nurse Education Today*, 71, 84–90. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.003>
- Fekih-Romdhane, F., Harb, F., Al Banna, S., Obeid, S., & Hallit, S. (2025). Prevalence and risk factors of burnout symptoms among nurses during the COVID-19 pandemic: an updated systematic review and meta-analysis. *Hum Resour Health*, 23(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12960-025-01012-4>
- Han, K., Trinkoff, A. M., & Gurses, A. P. (2015). Work-related factors, job satisfaction and intent to leave the current job among United States nurses. *J Clin Nurs*, 24(21–22), 3224–3232. <https://doi.org/10.1111/jocn.12987>
- Kim, C.-J., Kim, M., Lee, G.-Y., Park, E., & Schlenk, E. A. (2023). Effectiveness of nurse-led interventions on medication adherence in adults taking medication for metabolic syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 32(15–16), 5328–5356. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.16589>
- Koh, C. S. L., Ong, K. K., Tan, M. M. L., & Mordiffi, S. Z. (2023). Evaluation of a graduate nurse residency program: A retrospective longitudinal study. *Nurse Education Today*, 126, 105801. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105801>
- Labrague, L. J., Nwafor, C. E., & Tsaras, K. (2020). Influence of toxic and transformational leadership practices on nurses' job satisfaction, job stress, absenteeism and turnover intention: A cross-sectional study. *J Nurs Manag*, 28(5), 1104–1113. <https://doi.org/10.1111/jonm.13053>
- Larsman, P., Pousette, A., & Törner, M. (2024). The impact of a climate of perceived organizational support on nurses' well-being and healthcare-unit performance: A longitudinal questionnaire study. *Journal of Advanced Nursing*, 80(12), 4921–4932. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.16188>
- Li, L. Z., Yang, P., Singer, S. J., Pfeffer, J., Mathur, M. B., & Shanafelt, T. (2024). Nurse Burnout and Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Network Open*, 7(11), e2443059–e2443059. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43059>
- Li, X., Zhang, T., Zhao, G., Li, J., & Chen, C. (2025). How does physical activity alleviate nurse job burnout? The important role of recovery experiences. *Front Public Health*, 13, 1658020. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1658020>
- Liu, Y., & Aungsuroch, Y. (2018). Factors influencing nurse-assessed quality nursing care: A cross-sectional study in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 74(4), 935–945. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.13507>
- Mohamed, Z., & Al-Hmamat, N. (2024). The effectiveness of nurse residency programs on new graduate nurses' retention: Systematic review. *Heliyon*, 10(5), e26272. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e26272>
- Montenegro Méndez, S., Laguía González, A., & Moriano León, J. A. (2025). Is Leadership a Resource? A Systematic Review of Its Role in Burnout and Engagement Among Nurses Within the JD-R Model. *Journal of Nursing Management*, 2025(1), 8853148. <https://doi.org/https://doi.org/10.1155/jonm/8853148>
- Montgomery, A. P., Travis, J. R., Stevens, J. B., Werthman, J. A., Carter, J. L., Polancich, S., & Patrician, P. A. (2026). Evaluating the WE CARE Program's Impact on Job Satisfaction and Intent to Leave. *J Adv Nurs*. <https://doi.org/10.1111/jan.70507>
- Muir, K. J., Porat-Dahlerbruch, J., Nikpour, J., Leep-Lazar, K., & Lasater, K. B. (2024). Top Factors in Nurses Ending Health Care Employment Between 2018 and 2021. *JAMA Network Open*, 7(4), e244121–e244121. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.4121>
- Naegle, M. A., Kelly, L. A., Embree, J. L., Valentine, N., Sharp, D., Grinspun, D., Hines-Martin, V. P., Crawford, C. L., & Rosa, W. E. (2023). American Academy of Nursing consensus recommendations to advance system level change for nurse well-being. *Nurs Outlook*, 71(2), 101917. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2023.101917>
- Németh, A., Tóth, R., (2025). Kiégés, egészségi állapot önértékelése és pszichoszomatikus tünetek vizsgálata pályakezdő ápolók körében – összefüggésben a munkahelyi társas támogatással. *NŐVÉR*, 38(5), 17–24.
- Nyergesné Závodi, E., Velkey, G. J., & Mikos, B. (2023). Központi diplomás ápolók PILOT programja a Bethesda Gyermekkórházban. *IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja*, 22(2), 33–35. <https://doi.org/10.53020/ime-2023-204>

- Pahlevan Sharif, S., Ahadzadeh, A. S., & Sharif Nia, H. (2018). Mediating role of psychological well-being in the relationship between organizational support and nurses' outcomes: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(4), 887–899. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.13501>
- Papp, M., Kőrösi, L., Sándor, J., Nagy, C., Juhász, A., & Ádány, R. (2019). Workforce crisis in primary healthcare worldwide: Hungarian example in a longitudinal follow-up study. *BMJ Open*, 9(7), e024957. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024957>
- Pi, R., Liu, Y., Yan, R., De, Z., Wan, Y., Chen, Y., He, Z., Liu, F., Wang, Y., & Li, S. (2025). Nurses' occupational fatigue level and risk factors: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 20(7), e0326519. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0326519>
- Porta, C. M., Linzer, M., Brown, R., Deubel, J. M., & Sullivan, E. E. (2026). Work Aspects Related to and Protective of Nurse Burnout During the Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Journal of Nursing Management*, 2026(1), 1851095. <https://doi.org/https://doi.org/10.1155/jonm/1851095>
- Reitz, K. M., Terhorst, L., Smith, C. N., Campwala, I. K., Owoc, M. S., Downs-Canner, S. M., Diego, E. J., Switzer, G. E., Rosengart, M. R., & Myers, S. P. (2021). Healthcare providers' perceived support from their organization is associated with lower burnout and anxiety amid the COVID-19 pandemic. *PLOS ONE*, 16(11), e0259858. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259858>
- Rosenfeld, P., & Glassman, K. (2016). The Long-term Effect of a Nurse Residency Program, 2005–2012: Analysis of Former Nurse Residents. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 46(6). https://journals.lww.com/jonajournal/fulltext/2016/06000/the_long_term_effect_of_a_nurse_residency_program.10.aspx
- Shah, M. K., Gandrakota, N., Cimiotti, J. P., Ghose, N., Moore, M., & Ali, M. K. (2021). Prevalence of and Factors Associated With Nurse Burnout in the US. *JAMA Network Open*, 4(2), e2036469–e2036469. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36469>
- Specchia, M. L., Cozzolino, M. R., Carini, E., Di Pilla, A., Galletti, C., Ricciardi, W., & Damiani, G. (2021). Leadership Styles and Nurses' Job Satisfaction. Results of a Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1552. <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/4/1552>
- Tömő, Z., Olteanu, L. L., Herczeg, V., & Beke, S. (2026). Egészségügyi szakdolgozók mentális statusának vizsgálata az általános jóllét, a depresszió és a kiégés tekintetében Békés és Hargita megyei mintán. *Orvosi Hetilap*, 167(14), 547–555. <https://doi.org/https://doi.org/10.1556/650.2026.33516>
- Vázquez-Calatayud, M., & Eserverri-Azcoiti, M. C. (2023). Retention of newly graduated registered nurses in the hospital setting: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(19–20), 6849–6862. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.16778>

A Magyarországi Otthonápolási és Hospice Egyesület,

a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület és

a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara

2026. október 15-16-án

az otthoni szakápolás 30 éves fennállásának és

a Hospice Világnap alkalmából

jubileumi, országos közös szervezésű szakmai konferenciát

rendez

Tudományos Otthonápolási Kongresszus

címmel és

„A szakma ereje az otthon biztonságában”

mottóval.

A rendezvény helyszíne:

Hotel Visegrád (Visegrád, Rév út 15)

EREDETI KÖZLEMÉNY

Hagyományos, komplementer és alternatív gyógymódok használata a ghánai sürgősségi ellátásban: demográfiai összefüggések

KOZÁK Orsolya, prof. dr. NAGY Zoltán Zsolt PhD, med. habil., DSc

ÖSSZEFOGLALÁS

Célkitűzés: Felmérni a hagyományos, komplementer és alternatív medicina használatát a ghánai sürgősségi osztályokon megjelenő betegek és hozzátartozók körében, valamint vizsgálni annak demográfiai összefüggéseit.

A vizsgálat módszere: Kérdőíves, keresztmetszeti felmérés négy ghánai oktatókórház sürgősségi osztályán. A saját szerkesztésű, angol nyelvű kérdőívet 523 válaszadó töltötte ki. Az adatokat leíró statisztikai módszerekkel elemeztük.

Eredmények: A válaszadók 57,6%-a használ hagyományos, komplementer vagy alternatív medicinát a kórházi ellátás mellett. A használat demográfiaiilag nagyrészt homogén: nem mutatott szignifikáns különbséget kórház ($\chi^2=4,47$; $p=0,215$), nem ($\chi^2=0,57$; $p=0,450$), életkor ($\chi^2=1,77$; $p=0,412$), iskolai végzettség ($\chi^2=3,47$; $p=0,482$), vallás ($\chi^2=5,97$; $p=0,113$) és biztosítási státusz szerint ($\chi^2=1,48$; $p=0,224$). Enyhe túlsúly figyelhető meg a tradicionalisták (72,2%) és a végzettséggel nem rendelkezők (63,4%) körében.

Következtetések: A hagyományos, komplementer és alternatív medicina használata jelentős és kulturálisan beágyazott, demográfiai tényezőktől nagyrészt független. Indokolt a biztonságos integráció támogatása oktatással, irányelvekkel és további kutatásokkal.

Kulcsszavak: komplementer terápiák, alternatív gyógyászat, afrikai hagyományos orvoslás, sürgősségi betegellátó osztály, Ghána

Traditional, Complementary and Alternative Medicine Use in Ghanaian Emergency Care: The Role of Demographic Factors

Orsolya KOZÁK, Zoltán Zsolt NAGY, M.D., PhD., Med. habil, D.Sc.,

SUMMARY

Purpose: To assess the use of traditional, complementary, and alternative medicine among patients and relatives presenting to emergency departments in Ghana and to examine possible demographic associations.

Methods: A questionnaire-based cross-sectional survey was conducted in the emergency departments of four Ghanaian teaching hospitals using a self-developed English questionnaire. In total, 523 respondents participated. Data were analyzed using descriptive statistical methods.

Results: Overall, 57.6% of respondents reported using traditional, complementary, or alternative medicine alongside hospital treatment. The use showed a largely homogeneous demographic distribution, with no significant differences by hospital ($\chi^2=4.47$; $p=0.215$), sex ($\chi^2=0.57$; $p=0.450$), age ($\chi^2=1.77$; $p=0.412$), education ($\chi^2=3.47$; $p=0.482$), religion ($\chi^2=5.97$; $p=0.113$), or insurance status ($\chi^2=1.48$; $p=0.224$). Slightly higher prevalence was observed among traditionalists (72.2%) and respondents without formal education (63.4%).

Conclusion: Use is substantial, culturally embedded, and largely independent of demographic factors, requiring attention in healthcare policy.

Keywords: complementary therapies, alternative medicine, african traditional, emergency medical services, Ghana

KOZÁK Orsolya okleveles ápoló, Semmelweis Egyetem, Idegsebészeti és Neurointervenciók Klinika, Központi Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály, Budapest; doktorandusz, Egészségtudományi Doktori Tagozat, Semmelweis Egyetem
ORCID-azonosító: 0000-0001-5927-7619

Prof. Dr. NAGY Zoltán Zsolt PhD, med. habil., DSc igazgató, Szemészeti Klinika, Szemészeti Klinikai Ismeretek Tanszéke, Semmelweis Egyetem, Budapest
ORCID-azonosító: 0000-0002-7330-0464

Levelező szerző

(corresponding author):

KOZÁK Orsolya

E-mail:

kozakorsolya96@gmail.com

Beérkezett: 2026. március 26.**Elfogadva:** 2026. június 19.

Bevezetés

Ghána egészségügyi rendszere az elmúlt évtizedekben jelentős fejlesztéseken esett át, ugyanakkor a sürgősségi betegellátó osztályok (SBO-k) továbbra is túlterhelt állapotban vannak a gyorsan növekvő lakosság, korlátozott kapacitások és a betegek késői érkezése miatt. E kihívásokhoz hozzájárul a hagyományos, komplementer és alternatív medicina (TCAM) széles körű, párhuzamos használata, amely a kulturálisan beágyazott gyakorlatok miatt gyakran kiegészíti a konvencionális sürgősségi ellátás igénybevételét. Ez a demográfiai és társadalmi-gazdasági kontextus – különösen az alacsony iskolázottságú csoportok körében – jelentősen megnehezíti az SBO-k hatékony működését és a rendszer fenntarthatóságát (Alhassan et al., 2016; Atakro et al., 2016; James et al., 2018; Kozák, 2022).

A hagyományos, komplementer és alternatív medicina szerepét a globális egészségpolitika szintjén is egyre inkább elismerik: a World Health Organization (WHO) 2025–2034 közötti globális hagyományos orvoslási stratégiája a minőség, a biztonság, a megfelelő használat és az egészségügyi rendszerekbe való integráció erősítését tűzi ki célul, bizonyítékon alapuló, innovatív és kulturálisan érzékeny megközelítésre építve. Ez szorosan illeszkedik a fenntartható fejlődési célok (sustainable development goals – SDG 3 – „egészség és jóllét”) keretébe, különösen az univerzális egészségügyi lefedettség (Universal Health Coverage – UHC, SDG 3.8) eléréséhez, amely a biztonságos, hatékony és megfizethető ellátáshoz való hozzáférést célozza – így a ghánai sürgősségi ellátásbeli TCAM-használat is globális népegészségügyi prioritásként értelmezhető. A stratégia vezetési, kutatási-adatgyűjtési, szabályozási-integrációs és partnerségi pillérei mentén támogatja a tagállamokat a TCAM biztonságos és hatékony beépítésében az ellátórendszerekbe, hozzájárulva az SDG-k, különösen az UHC-ra irányuló törekvések megvalósításához (World Health Organization, 2024, n. d.).

Tradicionális, komplementer és alternatív medicina a szubszaharai Afrikában

A szubszaharai Afrikában a tradicionális, komplementer és alternatív gyógyászat (TCAM) rendkívül elterjedt: a WHO szerint a fejlődő világ lakosságának mintegy 80%-a elsődleges egészségügyi igényei kielégítésére hagyományos medicinára támaszkodik, míg a szubszaharai betegek körülbelül 60-70%-a rendszeresen alkalmazza a konvencionális nyugati orvoslás mellett vagy helyett (World Health Organization, 2025; James et al., 2018). Ez a gyakorlat a generációkon átívelő hagyományos tudásra, helyi

Rövidítések jegyzéke

37MH = (37 Military Hospital) 37 Katonai Kórház
CCTH = (Cape Coast Teaching Hospital) Cape Coast Oktatókórház
HTH = (Ho Teaching Hospital) Ho Oktatókórház
NHIA = (National Health Insurance Authority) Nemzeti Egészségbiztosítási Alap
SATS = (South African Triage Scale) Dél-afrikai triázsskála
SBO = sürgősségi betegellátó osztály
SDG = (sustainable development goals) fenntartható fejlődési célok
TCAM = (traditional, complementary and alternative medicine) tradicionális/hagyományos, komplementer és alternatív gyógyászat
TTH = (Tamale Teaching Hospital) Tamale Oktatókórház
TEWS = (triage early warning score) korai triázspontszám
UHC = (universal health coverage) univerzális egészségügyi lefedettség
WHO = (World Health Organization) Egészségügyi Világszervezet

gyógynövényes készítményekre, spirituális gyógyító rituálékra, vallásos imára és öngyógyításra épül. A szakirodalom szerint a leggyakoribb TCAM-módszerek a biológiai alapú terápiák (elsősorban gyógynövényes kezelések), amelyeket a hitalapú gyógyítás (imádság, spirituális gyakorlatok) és a testlélek terápiák (masszázs, hagyományos csontkovács, relaxáció, meditáció) követnek (Tabi & Hodnicki, 2006; World Health Organization, 2013).

A TCAM-használat különösen magas szinten jellemző krónikus betegségeknél, mint például a hipertónia és a diabetes esetében, ahol a betegek körülbelül 60-70%-a alkalmaz valamilyen TCAM-módszert a konvencionális kezelés mellett, elsősorban a tünetek enyhítésére, a gyógyszerterápia mellékhatásainak csökkentésére vagy a különféle természetes gyógynövények hit szerinti hatására hivatkozva. A szülészeti és a gyermekvállalás területén a TCAM-használat szintén kifejezetten elterjedt: a betegek 25,5–67,5%-a (átlagosan 45,3%) a terhesség, a szülés vagy a puerperális időszak során kerül kapcsolatba hagyományos gyógyítókkal, alternatív gyógymódokkal vagy otthoni praktikákkal, gyakran a gyorsabb szülés elősegítése, a szövődmények megelőzése vagy a gyermek egészségének „erősítése” érdekében (James et al., 2018; World Health Organization, 2013).

A szakirodalmi áttekintések szerint a TCAM-használók jellemzően alacsonyabb szociális-gaz-

dasági és oktatási státuszhoz tartoznak, mint a TCAM-et nem alkalmazzók. Ezt a megállapítást egy olyan tanulmány tette, amely több, a szubszaharai Afrikában végzett, eltérő módszertanú vizsgálatot elemzett: a TCAM-használók összehasonlítva a nem TCAM-alkalmazókkal szignifikánsan gyakrabban rendelkeztek alacsonyabb jövedelemmel és alacsonyabb iskolai végzettséggel, miközben a gazdasági hátrányok is gyakrabban jellemzők voltak a TCAM-felhasználók körében (James et al., 2018).

Ugyanakkor a kor, a nem, a lakhely és a vallási hovatartozás tekintetében inkonzisztens mintázatok figyelhetők meg a TCAM-felhasználók és nem felhasználók között: eltérő tanulmányok más-más irányban találtak asszociációt, ezért ezek a változók nem szolgálhatnak általános, megbízható prediktorokként a TCAM-használatra. A több vizsgálatot együttesen értékelő munka azonban egyértelműen kimutatta, hogy a szociális-gazdasági és oktatási státusz a szubszaharai régióban a legstabilabb meghatározója a TCAM-preferenciáknak, és erősen összefügg a szegényebb, kevésbé iskolázott csoportokkal (James et al., 2018).

A modern kórházi ellátás és a hagyományos gyógyítás párhuzamos igénybevétele ugyan kulturálisan elfogadott, de jelentős klinikai kockázatokat is magában hordoz. A betegek gyakran párhuzamosan használják a konvencionális gyógyszereket és a hagyományos készítményeket, ami növeli a gyógyszerkölsönhatások kockázatát. Emellett a hagyományos gyógyításba vetett bizalom miatt a kórházi ellátás gyakran későbbre tolódik, ami a betegállapot további súlyosbodásához vezethet. A hagyományos gyógyítás során alkalmazott terápiák hatása és biztonsága pedig gyakran hiányosan ellenőrzött, ami további klinikai kockázatot jelent a betegek számára. A ghánai, nigériai és kenyai tanulmányok szerint a TCAM-preferenciák erősen korrelálnak az alacsony iskolázottsággal, vidéki lakóhellyel és gazdasági hátrányokkal, miközben a fiatalabb generációk körében is magas (mintegy 60%) marad a TCAM-használat (James et al., 2018; Kretchy et al., 2014).

A hagyományos afrikai orvoslás gyakorlata Ghánában

Több kutatás készült a TCAM használatáról Ghánában, azonban egyik esetben sem mérték általánosan a populációban való alkalmazását, hanem

1. ábra: Tradicionális ghánai gyógyszerboltok, ahol helyi gyógynövények és kivonataik kaphatók



specifikus betegségekhez, csoportokhoz kötődtek a vizsgálatok. Egy egyetemi hallgatókat vizsgáló 2017-es ghánai kutatásban a hagyományos terápiák összprevalenciája 89,1% volt, ahol a résztvevők elsősorban gyógynövényalapú termékeket (67%), imagyógyítást (15%) és test-lélek terápiákat (11%) használtak, ezeket leggyakrabban patikákból (29%) vagy hitgyógyászoktól (26%) szerezték be; a TCAM-felhasználók gyakrabban keresztények voltak nem tudományos szakokon (Gyasi et al., 2017). Rákbetegek körében kiemelkedően magas, 73,5%-os TCAM-előfordulást figyeltek meg (Yarney et al., 2013). Egy másik vizsgálatban 46 interjúzott betegből 29 (63%) választotta a tradicionális gyógyítót, csontkovácsot csonttörés ellátása kapcsán (Aries et al., 2007). Hasonlóan, a Komfo Anokye Oktatókórházban hypertóniás betegek körében a TCAM prevalenciája 19,5% volt (Kretchy et al., 2014). Egy 2013-as vizsgálatban az Ashanti régióban lakók TCAM-használatát vizsgálták, ahol a prevalencia 86% volt, a felhasználók többsége (61%) nő volt, akik jellemzően csak alapfokú végzettséggel és egészségbiztosítással rendelkeztek (Gyasi et al., 2018).

Ghánában a TCAM nemcsak a hagyományos gyógyítók tevékenységét jelenti, hanem intézményesített formában is jelen van. A városi területeken specializált tradicionális gyógyszerboltok működnek, amelyek kizárólag helyi gyógynövényekkel és azok kivonataival kereskednek, ahogyan ez az **1. ábrán** látható. Ez a gyakorlat – beleértve a zooterápia

alkalmazását is – rávilágít arra, hogy a ghánai hagyományos orvoslás nem marginális jelenség a társadalom peremén, hanem a mindennapi egészségkultúra, a helyi gyógyítók munkája és a piaci infrastruktúra szerves része, amely a modern egészségügyi rendszerrel párhuzamosan, azt kiegészítve, társadalmilag legitimált formában funkcionál. A gyakorlat a WHO 2000-es specifikációi szerint hivatalosan a „traditional medicine” kategóriába tartozik, ám a ghánai CAM-szabályozás csupán a gyógynövénykészítményeket szabályozza, a rituális elemeket pedig teljesen figyelmen kívül hagyja (Ameade et al., 2025; World Health Organization, 2013).

A ghánai Egészségügyi Minisztérium a hagyományos medicinában rejlő potenciált felismerően 1991-ben létrehozott egy hagyományos gyógyászatot koordináló egységet, amely később a Tradicionális és Alternatív Gyógyászat Igazgatóság (Traditional and Alternative Medicine Directorate) néven kezdett el működni a minisztérium szervezeti keretében (Ministry of Health Ghana, 2005).

Anyag és módszer

Négy ghánai oktatókórház (37 Military Hospital, Cape Coast Teaching Hospital, Ho Teaching Hospital, Tamale Teaching Hospital) SBO-ján prospektív, kérdőíves keresztmetszeti kutatást végeztek. Az SBO-kon várakozó betegek és hozzátartozók kerültek bevonásra a mintába. A mintanagyságot G*Power 3.1 szoftverrel becsültük a kétmintás Wilcoxon–Mann–Whitney (U) próbához, a szoftverben megadott standardizált effektusparaméterrel ($d=0,3$), $p=0,05$ és 80% statisztikai erő mellett (kétoldali). A számított elemszám körülbelül 175–176 fő/csoport (összesen 350–352 fő); az 523 válaszadó ezt meghaladta. Az adatgyűjtés időtartama 2023 november 15-től 2024. június 15-éig tartott, összesen 523 anonim, önkéntes résztvevővel. A kérdőívet a kutató személyesen töltötte ki angol nyelven, helyi ápolók közreműködésével, akik szükség esetén tolmácsoltak a vonatkozó törzsi nyelvekre.

A saját szerkesztésű angol nyelvű kérdőívet a kutató szóban olvasta fel, papíralapú módon rögzítve a válaszokat, ami kulcsfontosságú volt az alacsony írástudású populáció bevonásához; kritikus állapotú betegek helyett hozzátartozók töltötték ki a kérdőívet a kutató felügyelete mellett.

A kérdőív célzott adatgyűjtő eszköz volt a TCAM használatának felmérésére a ghánai sürgősségi osztályokon várakozó betegek és hozzátartozók körében, különös tekintettel a demográfiai jellemzőkhöz viszonyított alkalmazási mintázatokra. Ez a módszer költséghatékony, gyors adatgyűjtést tesz lehetővé alacsony erőforrású környezetben, biztosítva

a reprezentativitást, miközben teljes anonimitást és tájékoztatáson alapuló beleegyezést alkalmaztunk a szubjektív torzítások kiküszöbölésére.

A felmérésbe 18 év feletti, kooperatív várakozók kerültek bevonásra, akik beszéltek angol vagy a helyi törzsi nyelvek valamelyikén, és szóban tájékoztatott beleegyezést adtak. A zavart tudatú, kritikus állapotú, valamint intoxikált (alkohol/drog befolyása alatt álló) egyének esetében, továbbá azoknál, akik önállóan nem voltak képesek a kérdőív megértésére vagy kitöltésére, nem történt kizárás; ezen személyek esetében a kérdőívet a hozzátartozók töltötték ki a beteg nevében.

A független változók közé tartoztak a demográfiai jellemzők – korosztályok (30 év alatti fiatalok, 30–44 éves középkorúak, 44 év feletti idősebbek), nem (férfi/nő), iskolai végzettség (formális végzettséggel nem rendelkező, alpfokú, alsó-középfokú, felső-középfokú, felsőfokú) és vallási hovatartozás (keresztény, muszlim, tradicionalista, nem vallásos) –, valamint a Nemzeti Egészségbiztosítási Alap (National Health Insurance Authority – NHIA) tagsági státusz. A függő változó a komplementer és alternatív medicina alkalmazása volt a kórházi sürgősségi ellátás mellett, beleértve az „igen/nem/bizonytalan” trichotóm válaszkategóriát és a specifikus módszereket (meditáció, gyógynövényes kezelés, vallási ima, holisztikus és hagyományos ellátás, önkezelés). Az összefüggések χ^2 -próbával lettek elemezve.

A statisztikai feldolgozás leíró analízist (frekvenciák, arányok) és keresztábrákat tartalmazott. A szignifikanciaszintet $p<0,05$ -ban határoztuk meg.

Vizsgálati helyszínek leírása

A vizsgálat a Ghána területén található négy regionális oktatókórház sürgősségi osztályain zajlott, amelyek földrajzi elhelyezkedését a **2. ábra** mutatja be Ghána térképén. A felmérések a következő regionális referenciaközpontokként működő intézményekben zajlottak: a 37 Military Hospitalban (Greater Accra régió, Accra), a Cape Coast Teaching Hospitalban (Central régió, Cape Coast), a Ho Teaching Hospitalban (Volta régió, Ho) és a Tamale Teaching Hospitalban (északi régiók: Northern, Savannah, North East, Upper East, Upper West, Tamale). E központok az ország egész területéről, valamint a szomszédos nyugat-afrikai országokból (Togo, Burkina Faso) is fogadnak betegeket a magas szintű szakellátás biztosítása érdekében.

Oktatókórházként mind a négy intézmény kulcs szerepet tölt be az orvostanhallgatók, rezidensek és egyéb egészségügyi szakemberek képzésében, együttműködve helyi egyetemekkel, miközben kutatási tevékenységet is folytatnak. Ez a multicentrikus

megközelítés biztosítja a vizsgálat országos reprezentativitását és diverzitását.

Etikai jóváhagyás: A kutatást a Ghana Health Service Etikai Bizottsága (a ghánai kutatóetika legmagasabb szintű kormányzati szerve), valamint a vizsgált négy oktatókórház helyi etikai bizottságai egyhangúlag jóváhagyták. Az összes adatgyűjtési és kutatási eljárás teljes mértékben megfelelt a ghánai egészségügyi intézmények etikai előírásainak, valamint az 1964-es Helsinki Nyilatkozat nemzetközi etikai standardjainak.

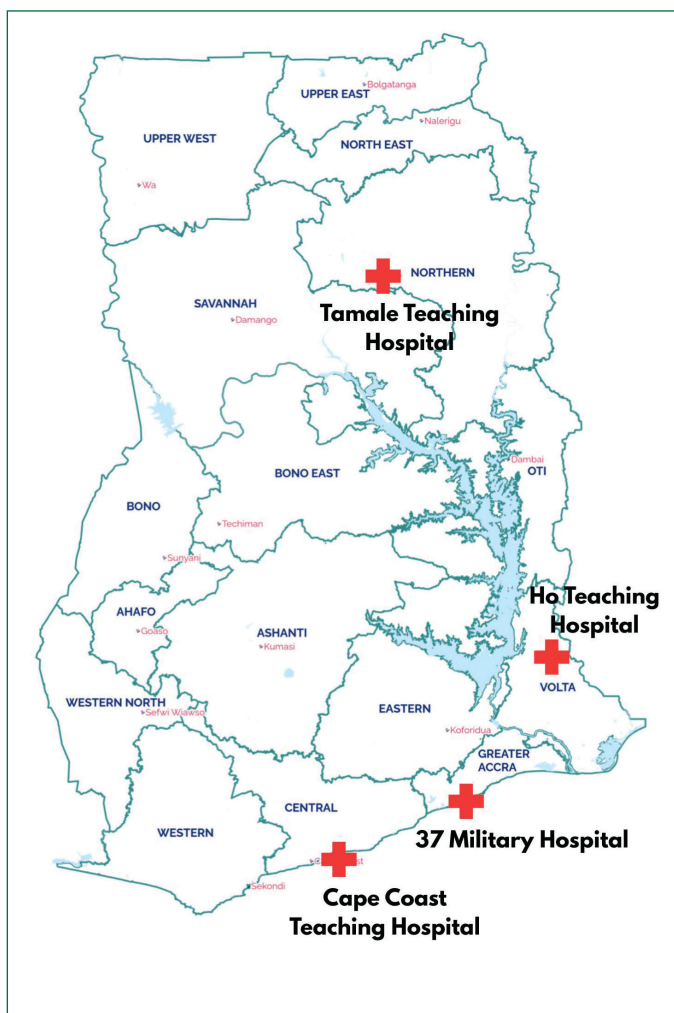
Eredmények

A vizsgálati időszakban összesen 523 beteg és hozzátartozó töltötte ki a kérdőívet a négy ghánai oktatókórház sürgősségi osztályán. A kitöltők kórház szerinti eloszlása a következőképpen alakult: a 37 Military Hospital (37MH) sürgősségi osztályán 147, a Cape Coast Teaching Hospitalban (CCTH) 56, a Ho Teaching Hospitalban (HTH) 106, míg a Tamale Teaching Hospitalban (TTH) 214 kérdőív került kitöltésre.

Az **I. táblázat** a hagyományos, komplementer és alternatív medicina használatát mutatja a különböző demográfiai csoportokban, feltüntetve mind a használók és nem használók százalékos arányát, mind a válaszadók számát. A teljes minta összesített adatai is szerepelnek mind százalékos, mind abszolút értékben; a következőkben az egyes demográfiai változók szerinti részletes bontás kerül ismertetésre.

A nem szerinti eloszlás a férfiak javára tolódott (55,1%, $n=288$), míg a nők aránya 44,9% ($n=235$) volt. A további elemzésekhez az életkor három kategóriába került besorolásra: fiatal korcsoport (30 év alattiak, $n=231$), középkorúak (30–44 év, $n=170$) és idősebb korcsoport (44 év felett, $n=122$). A résztvevők vallási hovatartozása tükrözi Ghána vallási sokszínűségét: a válaszadók 49,3%-a ($n=258$) kereszténynek, 46,5%-a ($n=243$) muszlimnak vallotta magát, 3,4% ($n=18$) tradicionális vallást követ, míg 0,8% ($n=4$) nem gyakorol vallást. A vizsgálatban résztvevők iskolai végzettség szerinti megoszlása a következőképpen alakult: a válaszadók 25%-a ($n=131$) nem rendelkezett formális iskolai végzettséggel, 18,4%-uk ($n=96$) alapfokú, 10,5%-uk ($n=55$) alsó középfokú, 17,8%-uk ($n=93$) felső középfokú, míg 28,3%-uk ($n=148$) felsőfokú végzettséggel bírt. A kérdőívet ki-

2. ábra: A vizsgálatban részt vett ghánai oktatókórházak elhelyezkedése Ghána közigazgatási régióinak térképén



töltők 85,1%-a ($n=445$) NHIA-egészségbiztosítással rendelkezett, míg 14,9%-a ($n=78$) a kitöltőknek nem volt biztosított.

A vizsgálat során felmérésre került, hogy az SBO-ra érkező betegek panaszai indokolták-e a sürgősségi ellátás igénybevételét. Az eredmények azt mutatták, hogy a megjelenők döntő többsége valóban akut ellátást igényelt: a teljes mintából mindössze 21 fő (4%) érkezett nem sürgős panasszal, míg 502 fő (96%) esetében a panasz sürgősségi ellátást igényelt. Ez arra utal, hogy a vizsgált intézményekben a sürgősségi osztályokat elsősorban a megfelelő ellátási szükségletnek megfelelően veszik igénybe.

Alternatív és komplementer egészségügyi ellátás igénybevétele

A vizsgálat során 523 válaszadó közül 301 fő (57,6%) nyilatkozott úgy, hogy igénybe vesz legalább egy TCAM ellátási formát a kórházi kezelés mellett,

I.táblázat A demográfiai változók eloszlása a hagyományos, komplementer és alternatív medicina (TCAM) használatának függvényében a ghánai sürgősségi osztályokon (százalékban, n=523). (Forrás: saját adatbázisból, saját számítások alapján)

Demográfiai változók	Demográfiai változók	TCAM-használó (%)	TCAM-et nem használó (%)	TCAM-használók száma
Nem	Férfi	59,0% (170)	41,0% (118)	170/288
	Nő	55,7% (131)	44,3% (104)	131/235
Korosztály	30 év alatti	58,9% (136)	41,1% (95)	136/231
	30–44 éves	53,5% (91)	46,5% (79)	91/170
	44 év feletti	60,7% (74)	39,3% (48)	74/122
Iskolai végzettség	Nincs formális végzettsége	63,4% (83)	36,6% (48)	83/131
	Alapfokú végzettségű	57,3% (55)	42,7% (41)	55/96
	Alsó-középfokú végzettségű	60,0% (33)	40,0% (22)	33/55
	Felső-középfokú végzettségű	55,9% (52)	44,1% (41)	52/93
	Felsőfokú végzettségű	52,7% (78)	47,3% (70)	78/148
Vallás	Keresztény	54,3% (140)	45,7% (118)	140/258
	Muszlím	59,3% (144)	40,7% (99)	144/243
	Tradicionális	72,2% (13)	27,8% (5)	13/18
	Nem vallásos	100% (4)	0%	4/4
Egészségbiztosítás	NHIA-biztosított	58,7% (261)	41,3% (184)	261/445
	Nem egészségbiztosított	51,3% (40)	48,7% (38)	40/78

míg 222 fő (42,4%) állítása szerint nem alkalmaz. A TCAM-et használók többsége több módszert is megnevezett, így a specifikus formák gyakorisága a következő arányban oszlott meg: gyógynövényes kezelés 32,7%, vallási imakezelés 18,7%, holisztikus ellátás 4,2%, hagyományos orvoslás 4,0%, meditáció 4,0%; emellett 24,5% saját felelősségű gyógyszeres önkezelést említett.

A kórházi eloszlás vizsgálata alapján a TCAM ellátási formák alkalmazásának aránya mérsékelt, de intézményenként eltérő mintázatot mutatott. A 37 Military Hospital esetében a válaszadók 53,7%-a (n=79), a Cape Coast Teaching Hospitalban 50% (n=28), a Ho Teaching Hospitalban 56,6% (n=60), míg a Tamale Teaching Hospitalban 62,6% (n=134) számolt be valamilyen TCAM igénybevételéről. A kórházak közötti különbség nem mutatkozott szignifikánsnak $\chi^2(3)=4,47$; $p=0,215$.

A nem szerinti elemzés kimutatta, hogy a férfiak 59,0%-a (n=170/288), a nők 55,7%-a (n=131/235) alkalmazott TCAM-et. A $\chi^2(1)=0,57$; $p=0,450$, tehát az eredmény nem szignifikáns a nemek tekintetében.

Korosztály szerint a fiatal korcsoportban (30 év alattiak) 58,9% (n=136), a középkorúaknál (30–44 év) 53,5% (n=91), valamint az idősebb korcsoportban (44 év felett) 60,7% (n=74) nyilatkozott úgy, hogy él TCAM-mel. A $\chi^2(2)=1,77$; $p=0,412$ alapján a korosztály sem tekinthető szignifikánsnak.

Iskolai végzettség szerinti bontásban a végzettséggel nem rendelkezők 63,4%-a (n=83), az alapfokú végzettségűek 57,3%-a (n=55), az alsó-középfokúak 60%-a (n=33), a felső-középfokúak 55,9%-a (n=52), valamint a felsőfokú végzettségűek 52,7%-a (n=78) alkalmazott ilyen ellátási formákat. A $\chi^2(4)=3,47$; $p=0,482$ eredmény alapján a kitöltők iskolai végzettsége sem mutat szignifikanciát.

A TCAM használatának demográfiai összefüggéseit vizsgálva vallási hovatartozás szerinti TCAM-igénybevétel aránya keresztényeknél 54,3% (n=140), muszlimoknál 59,3% (n=144), tradicionalistáknál 72,2% (n=13), nem vallásosoknál pedig 100% (n=4) volt, miközben a $\chi^2(3)=5,97$; $p=0,113$.

A vizsgálat során a résztvevők közül 445 fő (85,1%) rendelkezett NHIA-biztosítással, míg 78 főnek (14,9%) nem volt egészségbiztosítása. Az NHIA-biztosítottak közül 261 fő (58,7%) alkalmazott TCAM-et a kórházi kezelésük mellett, a nem biztosítottak közül pedig 40 fő (51,3%) számolt be TCAM igénybevételről. A biztosított státusz és a TCAM-használat közötti összefüggés khi-négyzet-próbával került elemzésre, amely nem mutatott statisztikailag szignifikáns eltérést: $\chi^2(1)=1,48$; $p=0,224$.

A demográfiai csoportok közötti különbségek χ^2 -próbával (függetlenségvizsgálat) értékelve nem érték el a statisztikai szignifikancia szintjét: a kórházak szerinti $\chi^2(3)=4,47$; $p=0,215$; a nem szerinti

$\chi^2(1)=0,57$; $p=0,450$; a korosztály szerinti $\chi^2(2)=1,77$; $p=0,412$; az iskolai végzettség szerinti $\chi^2(4)=3,47$; $p=0,482$; a vallási hovatartozás szerinti $\chi^2(3)=5,97$; $p=0,113$; valamint a biztosított státusz szerinti $\chi^2(1)=1,48$; $p=0,224$ – minden esetben nem szignifikáns.

Megbeszélés, következtetések

A vizsgálat eredményei szerint a ghánai sürgősségi osztályokon kezelt betegek és hozzátartozóik körében a hagyományos, komplementer és alternatív medicina használata magas, 57,6%-os arányt mutat, ami jól illeszkedik a ghánai népességben mért 70–86%-os értékekhez, valamint a szubszaharai afrikai régió általános TCAM-előfordulásához. A TCAM-et használók többsége (meditáció: 4,0%; gyógynövényes kezelés: 32,7%) a kórházi kezelés mellett párhuzamosan alkalmazza ezeket, miközben a panaszok 96%-a valóban sürgősségi ellátást igényelt, így az osztályok megfelelő kihasználtságát mutatja. A demográfiai bontások (kórház, nem, kor, iskolai végzettség, vallás, biztosítási státusz) mind nem szignifikáns különbségeket hoztak ($p>0,05$). Ez a mintázat megegyezik a regionális irodalommal, ahol a TCAM elterjedt a sürgősségi ellátásban is, kulturális, vallási és elérhetőségi okok miatt, jelentős demográfiai kötődés nélkül (Denu et al., 2024).

A Tamale Teaching Hospital SBO-ján kezelt betegek magasabb TCAM-alkalmazási aránya (62,6%) az északi régió hagyományaival magyarázható, míg az NHIA-biztosítás (85,1%) ellenére a használat független a pénzügyi helyzettől. A minta korlátai miatt – mivel kizárólag SBO-kon kezeltek és hozzátartozóik vettek részt a vizsgálatban – az eredmények nem reprezentatívak a teljes ghánai lakosságra nézve, hiszen sokan egészségükkel kapcsolatos probléma esetén egyáltalán nem keresik fel a kórházakat, hanem kizárólag TCAM-szolgáltatókat

vesznek igénybe. Ez alulbecsülheti a TCAM használatát, hiszen a felmérés során csak arról kapunk képet, hogy a sürgősségi ellátást igénybe vevők körében mennyire elterjedt a TCAM párhuzamos alkalmazása. A kutatás ezen korlátai miatt további felmérések szükségesek a teljes populáció TCAM-használati szokásainak pontosabb megértéséhez.

A TCAM alkalmazása a ghánai egészségügyben összhangban van a WHO Globális Hagyományos Orvoslási Stratégiájával (2025–2034), amely a bizonyítékalapú integrációt, biztonságot, szabályozást és együttműködést tűzi ki az egyetemes ellátás érdekében. Javaslatként klinikai irányelvek kidolgozását ajánljuk TCAM-barát protokollokkal, betegoktatási programokat a sürgősségi tünetek jobb felismerésére (különösen alacsony végzettségű, fiatal, vidéki csoportoknál), valamint hosszú távú kutatásokat a kórházi és a TCAM párhuzamos használat hatásairól. Emellett javasolt az NHIA-politikák felülvizsgálata a sebezhető csoportok hozzáféréseinek javítása érdekében, valamint a TCAM-szolgáltatók integrálása az egészségügyi rendszerbe (World Health Organization, 2025).

A gyakorlati jelentőség szempontjából az eredmények alátámasztják a TCAM-integrációt támogató klinikai irányelvek kidolgozásának, valamint a célzott betegoktatási programok bevezetésének szükségességét a sürgősségi ellátás hatékonyságának és a biztonságos egészségügyi együttműködésnek a javítása érdekében.

Szerzői munkamegosztás: K. O.: koncepció, statisztikai adatfeldolgozás, táblázatok és ábrák elkészítése, cikk összeállítása; N. Z. Zs.: koncepció, szakértés.

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

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalomjegyzék

- Alhassan, R. K., Nketiah-Amponsah, E., & Arhinful, D. K. (2016). A Review of the National Health Insurance Scheme in Ghana: What Are the Sustainability Threats and Prospects? *PLOS ONE*, 11(11), e0165151. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165151>
- Ameade, E. P. K., Attuquayefio, D. K., Gbogbo, F., Adusei-Sarkodie, J., Ofori, B. Y., Gbedema, S., & Adom, E. (2025). Animals traded for traditional medicine in Ghana: their

- zootherapeutic uses and implications for biodiversity conservation. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 21(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s13002-024-00717-5>
- Aries, M. J., Joosten, H., Wegdam, H. H., & van der Geest, S. (2007). Fracture treatment by bonesetters in central Ghana: patients explain their choices and experiences. *Tropical Medicine & International Health*, 12(4), 564–574. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2007.01822.x>

- Atakro, C. A., Ninnoni, J. P., Adatara, P., Gross, J., & Agbavor, M. (2016). Qualitative Inquiry into Challenges Experienced by Registered General Nurses in the Emergency Department: A Study of Selected Hospitals in the Volta Region of Ghana. *Emergency Medicine International*, 2016, 6082105. <https://doi.org/10.1155/2016/6082105>
- Denu, M. K., Buadu, M. A. E., Adrah, F., Normeshe, C. A., & Berko, K. P. (2024). Traditional complementary and alternative medicine (TCAM) use among PLHIV on antiretroviral medication. *AIDS Res Ther*, 21(1), 84. <https://doi.org/10.1186/s12981-024-00673-w>
- Gyasi, R., Buor, D., Adu-Gyamfi, S., Adjei, P. O.-W., & Amoah, P. A. (2018). Sociocultural hegemony, gendered identity, and use of traditional and complementary medicine in Ghana. *Women & Health*, 58(5), 598–615. <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1321608>
- Gyasi, R. M., Agyemang-Duah, W., Mensah, C. M., Arthur, F., Torkornoo, R., & Amoah, P. A. (2017). Unconventional medical practices among Ghanaian students: A university-based survey. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*, 7(1), 126–132. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jtcme.2016.06.002>
- James, P. B., Wardle, J., Steel, A., & Adams, J. (2018). Traditional, complementary and alternative medicine use in Sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMJ Global Health*, 3(5), e000895. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000895>
- Kozák, O. (2022). Triázápoló voltam Ghánában. *Orvosi Hetilap*, 163(29), 1168–1172. <https://doi.org/https://doi.org/10.1556/650.2022.HO2707>
- Kretchy, I. A., Owusu-Daaku, F., & Danquah, S. (2014). Patterns and determinants of the use of complementary and alternative medicine: a cross-sectional study of hypertensive patients in Ghana. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 14(1), 44. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-14-44>
- Ministry of Health Ghana. (2005). *Policy Guidelines on Traditional Medicine Development*. <https://www.moh.gov.gh/wp-content/uploads/2016/02/TRADITIONAL-MEDICINE-POLICY.pdf>
- Tabi, M. M., & Hodnicki, D. (2006). Use of traditional healers and modern medicine in Ghana. *International Nursing Review*, 53, 52–58. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2006.00444.x>
- World Health Organization (2013). *WHO Traditional Medicine Strategy*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/16362a42-6583-4601-a7da-d0ed6bc39108/content>
- World Health Organization (2024). *Global traditional medicine strategy 2025–2034*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cf37a4ad-4d27-4244-a7ee-001de39841ce/content>
- World Health Organization (2025). *Global traditional medicine strategy 2025–2034*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240113176>
- World Health Organization (n. d.). *Universal health coverage (UHC), SDG Target 3.8*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/universal-health-coverage>
- Yarney, J., Donkor, A., Opoku, S. Y., Yarney, L., Agyeman-Duah, I., Abakah, A. C., & Asampong, E. (2013). Characteristics of users and implications for the use of complementary and alternative medicine in Ghanaian cancer patients undergoing radiotherapy and chemotherapy: a cross-sectional study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 13(1), 16. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-13-16>

SZABADON VÁLASZTHATÓ ELMÉLETI TOVÁBBKÉPZÉSI PONT SZERZÉSI LEHETŐSÉG

Kedves Olvasóink!

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

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

Üdvözlettel: A NŐVÉR Szerkesztősége

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

Paradigmaváltás a reanimáció oktatásában – a 2025-ös ERC-ajánlások hatása a BLS-oktatásra az egészségügyi szakképzésben

VIZVÁRI László

ÖSSZEFOGLALÁS

A 2025-ben publikált európai reanimációs ajánlások jelentős szemléletváltást képviselnek az újraélesztés klinikai gyakorlatában és oktatásában. Az új irányelvek fókuszja egyre inkább a rendszerszintű működésre, a korai felismerésre, a magas minőségű kardiopulmonális újraélesztésre (CPR), a humán faktorokra, valamint a strukturált teammunkára helyeződik. A modern reanimációs szemlélet szerint a sikeres újraélesztés nem kizárólag algoritmusismeret kérdése, hanem komplex kompetenciák együttese, amely magában foglalja a kommunikációt, a döntéshozatalt, a vezetői képességét és a betegbiztonsági szemléletet is. A tanulmány célja a 2025-ös Európai Reanimációs Társaság (ERC) ajánlásainak oktatásmódszertani jelentőségének elemzése, különös tekintettel az alapszintű újraélesztés (BLS) oktatására az egészségügyi szakképzésekben és továbbképzésekben. A közlemény bemutatja a korszerű reanimációs oktatás módszertani alapelveit, a kompetenciaalapú vizsgáztatás lehetőségeit, valamint konkrét javaslatokat fogalmaz meg a BLS oktatására és értékelésére.

Kulcsszavak: reanimáció, kompetenciaalapú oktatás, szimulációalapú képzés, BLS, betegbiztonság, CPR-feedback, teammunka, humán faktorok

Paradigm Shift in Resuscitation Education – The Impact of the 2025 ERC Guidelines on BLS Training in Healthcare Vocational Education

László VIZVÁRI

SUMMARY

The European resuscitation guidelines published in 2025 represent a significant paradigm shift in both the clinical practice and education of resuscitation. The new recommendations increasingly emphasize system-level functioning, early recognition, high-quality cardiopulmonary resuscitation (CPR), human factors, and structured teamwork. According to the modern resuscitation approach, successful resuscitation is not solely dependent on algorithm knowledge but rather on a complex set of competencies that also includes communication, decision-making, leadership, and a patient safety-oriented mindset. The aim of this study is to analyze the educational and methodological significance of the 2025 recommendations of the European Resuscitation Council (ERC), with particular focus on the teaching of Basic Life Support (BLS) within healthcare vocational education and continuing professional training programs. The paper presents the methodological principles of modern resuscitation education, explores the possibilities of competency-based assessment, and formulates practical recommendations for the structuring, evaluation, and simulation-based teaching of BLS.

Keywords: resuscitation, competency-based education, simulation-based training, Basic Life Support (BLS), patient safety, CPR feedback, teamwork, human factors

VIZVÁRI László tagozatvezető,
Magyar Egészségügyi Szak-
dolgozói Kamara, Mentésügyi
Szakmai Tagozat

Levelező szerző

(corresponding author):

VIZVÁRI László

E-mail: vizvari.laszlo@gmail.com

Beérkezett: 2026. május 18.**Elfogadva:** 2026. május 22.

| Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.39.0015> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

A keringésmegállás ellátása az egészségügyi rendszer egyik legkritikusabb és legnagyobb felelősséggel járó feladata. A sikeres újraélesztés közvetlenül befolyásolja a beteg túlélését, neurológiai ki-

menetelét és hosszú távú életminőségét. Az elmúlt évtizedekben a reanimáció tudományterülete jelentős fejlődésen ment keresztül, amelynek eredményeként az újraélesztési ajánlások egyre inkább rendszerszintű betegbiztonsági szemléletet képviselnek.

A 2025-ös ERC-ajánlások (**1. ábra**) egyik legfontosabb üzenete, hogy az újraélesztés sikeressége nem kizárólag az egyéni technikai készségek függvénye (ERC, 2025a; ERC, 2025c). A túlélési esélyeket jelentős mértékben befolyásolja a korai segítségnyújtás, a strukturált kommunikáció, a magas minőségű CPR, a gyors döntéshozatal, valamint a teammunka minősége. Ez a szemlélet különösen fontos az egészségügyi szakképzés szempontjából, mivel a hagyományos, algoritmuscentrikus oktatási modellek sok esetben továbbra is izolált skillbemutatókra, frontális oktatási formákra és reprodukzív vizsgáztatásra épülnek.

A modern ajánlások ugyanakkor kompetenciaalapú, szimulációközpontú és objektív mérési rendszereket alkalmazó oktatási modellel támogatnak. Jelen tanulmány célja annak bemutatása, hogy a 2025-ös ERC-ajánlások milyen oktatásmódszertani változásokat tesznek szükségessé az egészségügyi szakképzésben.

A reanimációs oktatás szemléletváltása

A korábbi reanimációs oktatás elsősorban a technikai készségek standardizálására koncentrált. A hallgatók/tanulók (továbbiakban: hallgatók) feladata az algoritmusok helyes reprodukálása és az izolált technikai beavatkozások pontos kivitelezése volt. Ez a megközelítés hosszú időn keresztül megfelelő alapot biztosított az egységes újraélesztési gyakorlat kialakításához, ugyanakkor a modern klinikai környezet komplexitása új oktatási szemléletet tett szükségessé.

A 2025-ös ajánlások hangsúlyozzák, hogy a sikeres újraélesztés nem kizárólag technikai kérdés, hanem komplex humán és rendszerszintű folyamat (ERC, 2025b; Hunziker et al., 2011). A modern szemlélet szerint az ellátás sikerességét jelentős mértékben befolyásolják a humán faktorok, a kommunikáció, a vezetői képesség, a szerepkiosztás és a helyzetfelismerés.

Ennek következtében az oktatás fókuszja fokozatosan az algoritmusmemorizálásról a szimuláció, valamint az objektív teljesítménymérés irányába mozdult el. A korszerű reanimációs oktatás célja ma már nem csupán az, hogy a hallgató „ismerje” az algoritmust, hanem az, hogy valós klinikai helyzetekben is képes legyen gyorsan, biztonságosan és strukturáltan cselekedni.

A BLS szerepének újraértelmezése

Az alapszintű újraélesztés (BLS) ma már nem tekinthető pusztán technikai „*mellkaskompresszió és a*

Rövidítések jegyzéke

AED = automated external defibrillator
BLS = basic life support
CPR = cardiopulmonary resuscitation
CRM = crew resource management
ERC = European Resuscitation Council
HSBCA = hybrid simulation-based competency assessment
OSCE = objective structured clinical examination
SBA = simulation-based assessment

lélegeztetés oktatásának” (ERC, 2025a; Resuscitation Council UK, 2025). A korszerű BLS magában foglalja a korai felismerést, a gyors rendszeraktiválást (segélyhívást), a kommunikációt, a teammunkát, valamint a minőségbiztosított CPR-t.

A modern ajánlások kiemelt jelentőséget tulajdonítanak az agonális, gaspoló légzés felismerésének, a korai segítségnyújtásnak, a diszpécservezérelt CPR alkalmazásának, valamint az automata külső defibrillátor (AED) korai használatának.

A hangsúly egyre inkább a magas minőségű CPR-re helyeződik (ERC, 2025a, Yeung et al., 2014).

A jelenlegi ajánlások alapján a CPR minősége közvetlen összefüggést mutat a túlélési esélyekkel, ezért az oktatás során objektíven mérni kell a kompresszió mélységét, frekvenciáját, a teljes mellkasi felengedést és a megszakítások minimalizálását.

A korszerű oktatási környezetben egyre nagyobb szerepet kapnak:

- a közepes és a magas hűségű szimulátorok,
- a digitális kompressziómérő rendszerek,
- a valós idejű visszajelző eszközök,
- valamint a strukturált szimulációs gyakorlatok.

A modern szemlélet szerint a hallgatónak nem elegendő „*elvégeznie*” a CPR-t, hanem mérhető minőségű teljesítményt kell nyújtania.

A BLS-algoritmus változásai a 2025-ös ERC-ajánlások alapján

Az alapszintű újraélesztés célja továbbra is a keringésmegállás gyors felismerése, a korai segítségnyújtás, a magas minőségű kardiopulmonális újraélesztés megkezdése, valamint az automata külső defibrillátor mielőbbi alkalmazása. A folyamat a **2. ábrán** látható lépésekből áll.

1. ábra: ERC-ajánlás logója
(Forrás: URL1)



Helyszínbiztonság

A helyszínbiztonság ellenőrzése korábban is része volt a BLS algoritmusának, a modern ajánlások azonban sokkal nagyobb hangsúlyt helyeznek a veszélyfelismerésre és az ellátók biztonságára. A korszerű oktatásban a hallgatóknak gyors helyzetértékelési készséget kell kialakítaniuk, amely magában foglalja:

- a környezeti veszélyek felismerését,
- a fertőzéskontroll szempontjait,
- valamint a stresszhelyzeti döntéshozatalt.

A szemlélet alapja, hogy a segítő biztonsága az ellátás folyamatosságának előfeltétele.

Reakcióképesség vizsgálata

A reakcióképesség vizsgálatának technikája alapvetően nem változott, ugyanakkor a modern oktatásban a gyors és hatékony döntéshozatal került előtérbe. A hallgatóknak:

1. meg kell szólítaniuk a beteget,
2. majd óvatosan meg kell rázniuk a vállát.

A 2025-ös ajánlások hangsúlyozzák, hogy a túlzott bizonytalankodás és az elhúzódozó vizsgálat késleltetheti az életmentő beavatkozásokat (ERC, 2025a).

Segítségkérés

Az egyik legfontosabb szemléletbeli változás a korai rendszeraktiválás hangsúlyozása. A segítségkérés ma már nem egyszerű algoritmuselem, hanem önálló túlélést meghatározó tényező.

A modern oktatás során a hallgatóknak meg kell tanulniuk: a környezetében lévő konkrét személy megszólítását, egyértelmű utasításadást, valamint a closed-loop – strukturált visszajelzésen alapuló – kommunikáció alapjait.

Példa a specifikus segítségkérésre: „Ön, a kék pólóban! Hívja a 112-t, és hozzon AED-et!”

Példa a nem specifikus segítségkérésre: „Valaki hívjon mentőt!” – ez kevésbé hatékony, mivel csökkentheti a felelősségérzetet és késleltetheti a rendszeraktiválást.

Légzésvizsgálat

A légzés vizsgálata továbbra is a BLS egyik legkritikusabb pontja. A modern ajánlások kiemelten foglalkoznak az agónális légzés felismerésével (ERC,

2. ábra: A felnőttkori BLS-ellátás lépései az ERC 2025 ajánlása alapján. (Forrás: saját szerkesztés a European Resuscitation Council Guidelines 2025 alapján)



2025a), mivel ez gyakran megtévesztheti az ellátót és késleltetheti a CPR megkezdését, pedig itt még a túlélési ráta is jobb lehet!

A hallgatónak átjárható légutakat kell biztosítania, majd legfeljebb 10 másodpercig értékelnie kell a légzést. Figyelni kell a mellkaskitérésre, a légzési hangokra, valamint a levegőáramlására.

Mellkaskompresszió

A modern reanimációs oktatás egyik legnagyobb változása, hogy a CPR ma már objektíven mérhető teljesítménynek tekinthető (**3. ábra**) (ERC, 2025b).

A korszerű CPR fő paraméterei:

- kompressziós mélység: 5–6 cm,
- frekvencia: 100–120/perc,
- teljes mellkasi felengedés,
- minimális megszakítás.

A hangsúly ma már nem pusztán a technikai kivitelezésen, hanem a mérhető minőségen van.

3. ábra: A korrekt mellkaskompresszió kivitelezése felnőttkori újraélesztés során. (Forrás: saját szerkesztés a European Resuscitation Council [ERC] 2025 Basic Life Support ajánlásai alapján)



Lélegeztetés

A 30:2 arány nem változott, ugyanakkor a modern ajánlások sokkal nagyobb hangsúlyt helyeznek a kompressziók folyamatosságára és a megszakítások minimalizálására.

A hallgatóknak meg kell tanulniuk, hogy:

- a befúvás ne legyen túl hosszú,
- a mellkas emelkedjen-süllyedjen,
- és a ventiláció ne okozzon jelentős késedelmet a CPR folytatásában.

Ha a segélynyújtó képzett rá, a mellkaskompresszió mellett feltétlen javasolt a szájból szájba befúvásos lélegeztetés végzése!

- A statisztikák szerint cardialis eredetű keringésmegállások esetében az első 5–8 percben nincs különbség, de később a lélegeztetés hiánya egyértelműen negatívan befolyásolja a kimenetelt. (Túlélés: lélegeztetett + komprimált beteg 13,6%, nem lélegeztetett, csak komprimált beteg 7,7%.)

A korszerű szemlélet szerint a folyamatos perfúzió fenntartása kulcsfontosságú túlélési tényező.

AED alkalmazása

Az AED szerepe tovább erősödött a modern ajánlásokban. A hangsúly ma

már:

- az AED mielőbbi alkalmazásán,
- a minimális hands-off időn,
- valamint a sokk utáni azonnali CPR-folytatáson van.

Az oktatás során nem elegendő az AED technikai használatának bemutatása. A hallgatóknak teammunkában kell alkalmazniuk az eszközt, amely során kommunikálnak, szerepeket osztanak ki és biztonsági ellenőrzéseket végeznek.

A magas minőségű CPR oktatásának jelentősége

A CPR minősége az újraélesztés egyik legfontosabb túlélést meghatározó tényezője (Yeung et al., 2014). A nem megfelelő kompressziós mélység, a túl hosszú megszakítások vagy a nem megfelelő frekvencia jelentősen ronthatják a beteg túlélési esélyeit.

A modern reanimációs oktatás ezért adatvezérelt megközelítést alkalmaz. A korszerű CPR-feedback rendszerek lehetővé teszik:

- a kompressziós mélység objektív mérését,
- a frekvencia monitorozását,
- a CPR megszakításának időelemzését,
- valamint az azonnali visszajelzést az újraélesztő számára.

Az objektív teljesítménymérés jelentős előrelépést jelent a korábbi szubjektív, szemrevételezésen alapuló értékelésekhez képest (**4. ábra**).

Javasolt BLS-oktatási modell

A modern BLS-oktatás blended learning szemléletű, többszintű rendszerként működik, amely ötvözi az elméleti digitális tananyagokat, a skilltréninget, a szimulációt és a strukturált visszajelzést (ERC, 2025c; Cheng et al., 2018).

Első tanóra – elméleti alapok

A képzés első szakaszában célszerű rövid, interaktív oktatási formákat alkalmazni. Az oktatás során kiemelt hangsúlyt kell helyezni:

4. ábra: Laerdal CPRmeter 2 valós idejű CPR-visszajelző eszköz. (Forrás: URL2)



- a túlélési láncra,
- a morbiditási és mortalitási mutatókra,
- a keringésmegállás felismerésére,
- az agonális légzésre,
- a segítségkérésre,
- az AED szerepére,
- valamint a humán faktorokra.

Javasolt oktatási módszerek:

- interaktív előadás,
- videóelemzés,
- digitális kvíz,
- esetmegbeszélés.

Második tanóra – skilltréning

A gyakorlati oktatás központi eleme a magas minőségű CPR fejlesztése.

A skilltréning tartalma:

- a biztonságos helyszín megítélése,
- mellkaskompresszió,
- befúvás,
- AED használata,
- kompresszióváltás,
- feedback-rendszerek alkalmazása.

A gyakorlati oktatás során célszerű alkalmazni objektív CPR-feedback rendszereket.

Harmadik tanóra – teamalapú szimuláció

A modern reanimációs oktatás egyik legfontosabb eleme a szimulációalapú teamtréning.

A szimulációs gyakorlatok során a hallgatók:

- szerepkiosztásban dolgoznak,
- kommunikációs feladatokat oldanak meg,
- stresszhelyzetben működnek,
- valamint AED-integrált CPR-t végeznek.

Szenáriópélda: Egy 62 éves férfi a közterületen összeesik. A hallgatónak fel kell ismernie az eszméletlenséget, segítséget kell hívnia, meg kell kezdenie a CPR-t, AED-et kell alkalmaznia és kommunikálnia kell a segítőkkel.

A szimuláció során zavaró elemek is alkalmazhatók, például hangos környezet, bizonytalan hozzátartozó, időnyomás.

Negyedik tanóra – debriefing és reflektív tanulás

A strukturált debriefing a modern szimulációs oktatás egyik legfontosabb eleme (5. ábra) (Rudolph et al., 2008). A cél nem pusztán a hibák felsorolása, hanem a döntési folyamatok elemzése és a reflektív tanulás támogatása.

A debriefing fókuszterületei:

- CPR-minőség,
- kommunikáció,
- leadership,
- döntéshozatal,
- stresszkezelés.

Korszerű kompetenciamérés a reanimációs oktatásban

A 2025-ös ERC-ajánlások alapján a hagyományos, algoritmusreprodukcióra épülő skillvizsgák önmagukban már nem alkalmasak a valós klinikai működőképesség mérésére. A modern reanimációs oktatásban ezért egyre nagyobb szerepet kapnak a szimulációalapú kompetenciamérési rendszerek (ERC, 2025c; Cooper et al., 2010; Cheng et al., 2018).

A számos mérési metodika (például OSCE SBA) közül a jelen tanulmányban a hibrid szimulációalapú kompetenciamérés (HSBCA) alkalmazását mutatjuk be (6. ábra).

A HSBCA-rendszer lényege, hogy integrált módon értékeli:

- a technikai készségeket,
- a CPR objektív minőségét,
- a kommunikációt,
- a teammunkát,
- valamint a döntéshozatalt és leadershipet.

A rendszer ötvözi:

- a magas hűségű szimulációt,
- az objektív strukturált klinikai vizsgát (OSCE),
- az objektív CPR-feedback rendszereket,
- valamint a crew resource management (CRM) alapú teamértékelést.

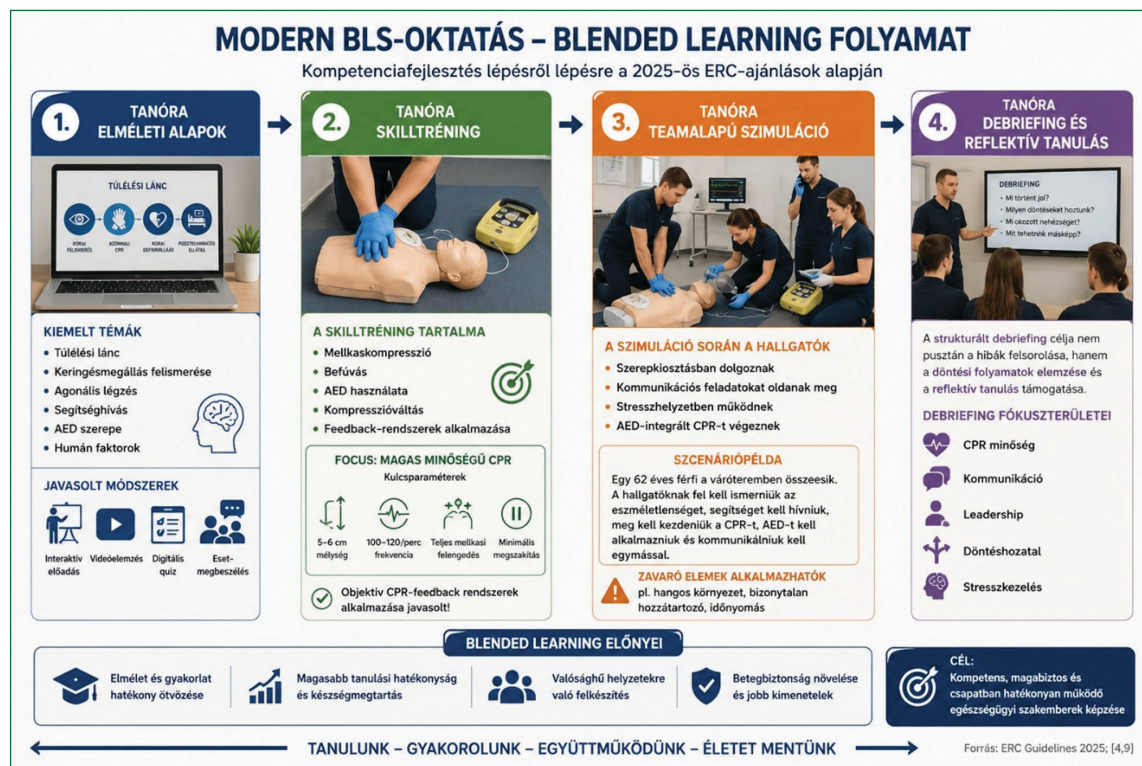
A HSBCA egyik legfontosabb előnye, hogy nem kizárólag azt vizsgálja, hogy a résztvevő „tudja-e az algoritmust”, hanem azt is, hogy képes-e kritikus helyzetben strukturáltan és biztonságosan működni (Cooper et al., 2010, Rudolph et al., 2008, Cheng et al., 2018).

A reanimációs oktatás jelentősége az egészségügyi szakképzésekben és továbbképzésekben

A 2025-ös ERC-ajánlások különösen nagy jelentőséggel bírnak az egészségügyi szakképzés és a szakdolgozói továbbképzések szempontjából. Az új szemlélet ugyanis alapvetően megváltoztatja azt, hogy mit tekintünk megfelelő reanimációs kompetenciának.

A hagyományos oktatási modellekben a hangsúly elsősorban az algoritmusok reprodukálásán és az izolált technikai készségek demonstrálásán volt. A modern ajánlások ugyanakkor egyértelműen kom-

5. ábra: A blended learning alapú BLS-oktatási folyamat modellje az ERC 2025 ajánlások alapján. (Forrás: saját szerkesztés a European Resuscitation Council Guidelines 2025, valamint a blended learning és szimulációalapú egészségügyi oktatás szakirodalmi alapján.)



petenciaalapú megközelítést támogatnak, amelyben a technikai és nem technikai készségek integráltnak jelennek meg.

Ez különösen fontos az egészségügyi szakképzés ágazati alapvizsgái és szakmai vizsgái során. A jelenlegi vizsgarendszerek jelentős része még mindig algoritmus-visszmondásra vagy izolált skillbemutatókra épül, miközben a valós klinikai működés komplex teamalapú és kommunikációközpontú folyamat.

A korszerű reanimációs oktatás ezért szükségessé teszi:

- a szimulációalapú vizsgáztatás bevezetését,
- az objektív CPR-feedback rendszerek alkalmazását,
- a teammunka értékelését,
- a humán faktorok mérését,
- valamint a strukturált debriefing integrálását,
- hibrid szimulációalapú kompetenciamérés (HSBCA) bevezetését.

A továbbképzések területén szintén jelentős szemléletváltás figyelhető meg. A modern reanimációs továbbképzések már nem egyszeri, statikus tanfolyamként működnek, hanem folyamatos kompetenciafenntartó rendszerként.

A jelenlegi ajánlások alapján a készségek rendszeres ismétlése, a rövid, de gyakori gyakorlás („low-dose, high-frequency training”), valamint a rövid szimulációs tréningek jelentősen javíthatják a készség-

megtartást és a klinikai teljesítményt (ERC, 2025c; Cheng et al., 2018).

A modern egészségügyi oktatás egyik legfontosabb kihívása annak biztosítása, hogy a hallgatók és szakdolgozók ne csupán elméleti algoritmusismerettel rendelkezzenek, hanem valós klinikai helyzetekben is képesek legyenek gyorsan, strukturáltan és betegbiztonsági szemlélettel működni.

Következtetések

A 2025-ös ERC-ajánlások egyértelműen paradigmaváltást képviselnek a reanimáció oktatásában (ERC, 2025a; ERC, 2025b; ERC, 2025c). A hangsúly fokozatosan az algoritmuscentrikus szemléletről a kompetenciaalapú, szimulációközpontú és betegbiztonsági fókuszú oktatás irányába mozdul el.

A korszerű reanimációs oktatás célja ma már nem pusztán technikai készségek oktatása, hanem olyan komplex működőképesség kialakítása, amely lehetővé teszi a hallgatók számára a kritikus helyzetekben történő gyors, strukturált és biztonságos döntéshozatalt.

A jövő egészségügyi szakképzésének egyik legfontosabb feladata olyan oktatási környezet kialakítása, amelyben a hallgatók nemcsak az algoritmusokat tanulják meg, hanem képessé válnak valós klinikai helyzetekben is hatékonyan és biztonságosan cselekedni.

6. ábra: Hybrid Simulation-Based Competency Assessment (HSBCA) értékelőlap felnőttkori BLS szimulációs kompetenciaméréshez. (Forrás: saját szerkesztés a European Resuscitation Council Guidelines 2025, valamint a szimulációalapú kompetenciaértékelés szakirodalma alapján.)

HYBRID SIMULATION-BASED COMPETENCY ASSESSMENT (HSBCA) ÉRTÉKELŐLAP

BLS SZIMULÁCIÓS FORGATÓKÖNYV – FELNÖTT KERINGÉSMEGSEGÁLLÁS

Értékelt személy:

Szerep: _____

Értékelő: _____

Dátum: _____

Időtartam: _____

Csapat tagjai: _____

SZCÉNÁRIÓ LEÍRÁSA:

62 éves férfi a váróteremben összeesik, eszméletlen, nem lélegzik normálisan. A hallgatóknak fel kell ismerniük a keringésmegállást, segítséget kell hívniuk, meg kell kezdeniük a CPR-t, AED-t kell alkalmazniuk és kommunikálniuk kell egymással.

ÉRTÉKELÉSI SKÁLA

- 0 Nem teljesítette / Nem releváns
- 1 Részben teljesítette / Jelentős hiányosságok
- 2 Többnyire teljesítette / Kiseb hiányosságok
- 3 Teljesítette az elvárható szinten
- 4 Kiemelkedő teljesítmény

ÉRTÉKELÉSI DOMÉNK	ÉRTÉKELÉSI KRITÉRIUMOK	0	1	2	3	4	Súly (%)	Pont (0-100)
1. KERINGÉSMEGÁLLÁS FELISMERÉSE ÉS KEZDETI LÉPÉSEK	- Biztonságos környezet felmérése - Reakcióképesség vizsgálata - Légzésvizsgálat (max. 10 mp, agónális légzés felismerése) - Keringésmegállás helyes azonosítása	☐	☐	☐	☐	☐	15%	
2. CPR MINŐSÉGE	- Megfelelő kompressziós technika (kéztartás, testhelyzet) - Kompresszió mélysége: 5-6 cm - Kompresszió frekvencia: 100-120/perc - Teljes mellkasi felengedés - Minimális kompresszió-megszakítás - Helyes 30:2 arány (vagy folyamatos kompresszió)	☐	☐	☐	☐	☐	40%	
3. AED ALKALMAZÁSA	- AED mielőbbi kérésének/hozzátartásának biztosítása - AED helyes bekapcsolása és elektródák felhelyezése - Instrukciók követése - Mindenki eltávolítása a betegről a sokk előtt - Sokkolás után azonnali CPR-folytatás	☐	☐	☐	☐	☐	20%	
4. KOMMUNIKÁCIÓ ÉS TEAMMUNKA	- Világos, érthető kommunikáció - Zárt hurkú kommunikáció alkalmazása - Feladatok delegálása és szerepkiosztás - Információmegosztás a csapattal - Csapatagok bevonása, koordináció fenntartása	☐	☐	☐	☐	☐	15%	
5. PROFESSZIONALIZMUS ÉS HELYZETFELISMERÉS	- Nyugodt, magabiztos fellépés - Helyzet áttekintése és prioritizálás - Erőforrások hatékony igénybevétele - Betegbiztonság figyelembevétele	☐	☐	☐	☐	☐	10%	

ÁLTALÁNOS MEGJEGYZÉSEK / ERŐSSÉGEK

FEJLESZTENDŐ TERÜLETEK / JAVASLATOK

ÉRTÉKELŐ ALÁÍRÁSA:

PONTSZÁMÍTÁS

Domén pont = (élelt átláspont / 4) × súly (%) × 100

Összpont = Σ domén pontok (0-100)

TELJESÍTMÉNY SZINTJEK

- 85-100 pont Kiemelkedő teljesítmény
- 70-84 pont Megfelelő kompetencia
- 50-69 pont Fejlesztés szükséges
- 0-49 pont Nem megfelelő kompetencia

ÖSSZESÍTÉS

ÖSSZPONT (0-100):

TELJESÍTMÉNY SZINTJE: _____

Megjegyzés: Az értékelés a szimuláció teljesítménye, az objektív mérési adatok (pl. CPR-feedback) és a megfigyelés kombinációján alapul.

Forrás: ERC Guidelines 2025; [4,9]

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnék köszönetet mondani dr. Pápai Tibor főiskolai docens úrnak, hogy javaslataival és ötleteivel segítette a cikk megírását.

Érdekeltségek: A szerzőnek nincsenek érdekeltségei.

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

Irodalomjegyzék

- Cheng, A., Nadkarni, V. M., Mancini, M. B., et al. (2018). Resuscitation education science: Educational strategies to improve outcomes. *Circulation*, 138, e82–e122. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000583>
- Cooper, S., Cant, R., Porter, J., et al. (2010). Rating medical emergency teamwork performance: Development of the TEAM scale. *Resuscitation*, 81(4), 446–452. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2009.11.027>
- European Resuscitation Council (2025a). *ERC Guidelines 2025 – Adult Basic Life Support*. <https://cprguidelines.eu/>
- European Resuscitation Council (2025b). *ERC Guidelines 2025 – Systems Saving Lives*. [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(25\)00333-8/fulltext](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(25)00333-8/fulltext)
- European Resuscitation Council (2025c). *ERC Guidelines 2025 – Education for Resuscitation*. [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(25\)00251-5/fulltext](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(25)00251-5/fulltext)
- Hunziker, S., Johansson, A. C., Tschann, F., et al. (2011). Teamwork and leadership in cardiopulmonary resuscitation. *Journal of the American College of Cardiology*, 57(24), 2381–2388. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2011.03.017>
- Resuscitation Council UK (2025). *Executive summary: Main changes in the 2025 resuscitation guidelines*. <https://www.resus.org.uk/professional-library/2025-resuscitation-guidelines>
- Rudolph, J. W., Simon, R., Raemer, D. B., & Eppich, W. J. (2008). Debriefing as formative assessment: Closing performance gaps in medical education. *Academic Emergency Medicine*, 15(11), 1010–1016. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00248.x>
- Yeung, J., Davies, R., Gao, F., & Perkins, G. D. (2014). A randomised control trial of prompt and feedback devices for CPR training. *Resuscitation*, 85(3), 553–559. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2013.10.028>
- URL1: <https://www.erc.edu/media/zjmhjrik/guidelines-new.jpg?rmode=max&width=500&height=500>
- URL2: <https://www.indiamart.com/proddetail/cprmeter-2-2107-5565455.html>

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

Az Ebola-vírus okozta járványügyi vészhelyzet népegészségügyi és ápolásszakmai vonatkozásai

SABJANICS András, DR. MEGLÉCZ Katalin

ÖSSZEFOGLALÁS

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2026 májusában nemzetközi horderejű közegészségügyi vészhelyzetet (PHEIC) hirdetett a Kongói Demokratikus Köztársaságban fellángolt Ebola-vírus- (EVD-) járvány miatt. Bár a primer infekciós góc földrajzilag távoli, a globális migráció és a nemzetközi légi közlekedés miatt a fertőzés behurcolásának kockázata hazánkban sem zárható ki teljesen. Tanulmányunkban a WHO, az Európai Járványügyi és Betegségmegelőzési Központ (ECDC) és a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ (NNGYK) aktuális jelentései alapján áttekintjük a járvány legfontosabb epidemiológiai sajátosságait, valamint meghatározzuk a magyar egészségügyi ellátórendszer – kiemelten a sürgősségi és az infektológiai ápolásszakma – felkészültségi és infekciókontroll-feladatait. Az elemzés rávilágít, hogy a sikeres hazai védekezés gerincét a korai detekció és a szigorú intézményi eljárásrendek képezik, ahol a sürgősségi osztályok triázsápolói jelentik az első védelmi vonalat. Az utazási anamnézis alapján kiszűrt gyanús esetek azonnali izolációja, a legmagasabb szintű egyéni védőeszközök (PPE) szakszerű alkalmazása és levétele, valamint az epidemiológusok és infektológus szakorvosok által vezetett kontaktkutatás elengedhetetlen a szekunder transzmisszió megelőzéséhez. A globális járványügyi fenyegetettség megkívánja a hazai ápolók elméleti és gyakorlati továbbképzésének azonnali frissítését, hiszen a társszakmák közötti szoros, transzdiszciplináris kooperáció a záloga a kórházi járványkitörések megakadályozásának.

Kulcsszavak: Ebola-vírus, epidemiológia, népegészségügy, infekciókontroll, ápolásszakma, Magyarország

Public Health and Nursing Professional Aspects of the Ebola Virus Epidemiological Emergency

András SABJANICS, Katalin MEGLÉCZ MD

SUMMARY

In May 2026, the World Health Organization (WHO) declared the resurgence of the Ebola virus disease (EVD) outbreak in the Democratic Republic of the Congo a Public Health Emergency of International Concern (PHEIC). Although the primary infectious focus is geographically remote, the risk of importation to Hungary cannot be entirely ruled out due to global migration and international air travel. This study aims to review the epidemiological characteristics of the current outbreak from a public health perspective, and to define the preparedness and infection control responsibilities of the Hungarian healthcare system, with a specific focus on emergency and infectiology nursing. Based on current reports and international protocols from the WHO, the ECDC, and the National Public Health and Pharmaceutical Centre (NNGYK), a descriptive epidemiological analysis was conducted, focusing particularly on triage processes. The analysis demonstrates that the cornerstone of successful domestic containment relies on early detection (active surveillance) and stringent institutional infection control, wherein triage nurses at emergency departments constitute the first line of defense. Prompt isolation of suspected cases identified through travel history anamnesis, the meticulous application and removal (doffing protocol) of high-level personal protective equipment (PPE), and epidemiological contact tracing are paramount to preventing secondary transmission. The global epidemiological threat necessitates an immediate update of both theoretical and simulation-based practical training for Hungarian nurses, as close transdisciplinary cooperation among public health specialists, epidemiologists, and the nursing profession is vital to preventing nosocomial outbreaks.

Keywords: Ebola virus, epidemiology, public health, infection control, nursing profession, Hungary

SABJANICS András
népegészségügyi prevenció
specialista, Sabjanics Medical
Center, Budapest
ORCID-azonosító:
0000-0002-9668-1335

DR. MEGLÉCZ Katalin
közegészségügy-járványtan
szakorvos, Sabjanics Medical
Center, Budapest
ORCID-azonosító:
0000-0002-8942-4963

Levelező szerző
(corresponding author):
SABJANICS András
E-mail:
sabjanics.andras@gmail.com

Beérkezett: 2026. május 19.
Elfogadva: 2026. május 26.

Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.39.0016> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

A fertőző betegségek terjedése a modern, globalizált társadalomban nem korlátozódik a kontinentális határookra (Albarqouni & Glasziou, 2023). Ezt igazolja a WHO 2026. májusi döntése is, amely a Kongói Demokratikus Köztársaság (KDK) Ituri tartományában kialakult Ebola-vírus- (EVD-) járvány kitörését nemzetközi horderejű közegészségügyi vészhelyzetnek (Public Health Emergency of International Concern – PHEIC) nyilvánította (European Centre for Disease Prevention and Control, 2026; World Health Organization, 2026). Az esetszámok progresszív növekedése és a lokális egészségügyi infrastruktúra instabilitása fokozza a nemzetközi transzmisszió kockázatát.

Magyarországi népegészségügyi szempontból a helyzet proaktív, komplex és preventív szemléletű járványügyi készenlétet követel meg (Takács & Varga, 2024). Bár hazánk nem számít primer célország-nak a fertőzési gócból induló migrációs útvonalakon, a nemzetközi légi közlekedés sűrűsége, a humanitárius és missziós feladatokat ellátó állomány mozgása miatt az importált esetek megjelenésének esélye valós (Megléc, 2012). A sikeres járványügyi védekezés alapja népegészségügyi szakemberek, infektológus szakorvosok és a klinikai ápolásszakma közötti szoros együttműködés. Jelen közlemény célja, hogy a hazai szakdolgozók számára elméleti alapot és közvetlenül alkalmazható gyakorlati útmutatót nyújtson a járványügyi készenlét fenntartásához.

Epidemiológiai aktualitások és a patogén jellemzői

Az Ebola-vírus a *Filoviridae* családba tartozó, egysejtű, negatív polaritású RNS-vírus (Feldmann & Geisbert, 2021). A humán megbetegedésekért leggyakrabban a *Zaire ebolavirus* törzs felelős, amely a jelenlegi, 2026-os afrikai járványkitörés hátterében is áll (European Centre for Disease Prevention and Control, 2026; World Health Organization, 2026). A vírus természetes rezervoárjai a gyümölcssevő denevérek (*Pteropodidae* család), amelyekről a patogén direkt vagy indirekt úton terjedhet át más vadállatokra (főként majmokra, antilopokra), majd az erdei hús feldolgozása vagy fogyasztása révén az emberre.

Transzmissziós mechanizmusok humán populációban

A vírus emberről emberre történő terjedése kizárólag direkt kontaktus útján valósul meg (Lamunu et al., 2021):

- Fertőzött vagy EVD-ben elhunyt személyek vérével, testnedveivel (nyál, vizelet, széklet, ondó, anyatej, hányadék) való közvetlen érintkezéssel.
- Sérült bőrön vagy nyálkahártyán (száj, orr, kötőhártya) keresztül.
- Vírussal kontaminált tárgyakkal (tűk, fecskendők, ágynemű, orvosi eszközök) történő expozíció révén.

A vírus aerogén úton (levegőben lebegő aeroszol részecskékként) nem terjed, azonban a beteggel kapcsolatos invazív beavatkozások (például endotrachealis intubálás, légúti leszívás) során keletkező nagy cseppek aeroszolak direkt transzmissziós kockázatot jelentenek (Biedron et al., 2022; Kortepeter & Cieslak, 2021).

Klinikai stádiumok és az inkubációs idő

Az inkubációs periódus 2-től 21 napig terjedhet (leggyakrabban 8–10 nap). A fertőzött személy a lappangási idő alatt nem fertőz; a transzmisszió kockázata a tünetek megjelenésével párhuzamosan lép fel, és a viraemia fokozódásával a betegség késői fázisában, valamint a halál beállta után éri el a csúcspontját (Jacob et al., 2020).

- *Korai (száraz) fázis:* Hirtelen fellépő, magas láz ($\geq 38,5$ °C), hidegrázás, kifejezett asthenia (gyengeség), myalgia (izomfájdalom), arthralgia (ízületi fájdalom) és fejfájás.
- *Gastrointestinalis (nedves) fázis:* Súlyos anorexia, hányinger, csillapíthatatlan hányás, profúz vizes hasmenés, intenzív hasi fájdalom. Ebben a fázisban a folyadék- és elektrolitvesztés kritikus (Fischer & Wohl, 2024).
- *Késői, szisztémás fázis:* Maculopapulosus kiütések, vese- és májelégtelenség, metabolikus encephalopathia. Belső és külső vérzések jelentkezhetnek (melaena, haematemesis, petechiák, szúrscatornákból fellépő szivárgás). A halál oka leggyakrabban a hypovolaemiás sokk és a többszervi elégtelenség (MODS).

A magyarországi népegészségügyi monitoring- és triázsrendszer feladatai

A behurcolt esetek időben történő detektálása és a transzmissziós láncok korai elvágása a hazai sürgősségi betegellátó osztályok (SBO) feladata. Az epidemiológiai monitoringrendszer hatékonysága azon múlik, hogy a sürgősségi betegfelvétel során alkalmazzák-e a specifikus járványügyi szűrőkérdéseket (Györfi & Kovács, 2022).

A triázsápoló feladatai és döntési algoritmusa

Minden olyan betegnél, aki akut lázas állapottal, gastrointestinalis tünetekkel vagy vérzéses manifesztációval jelentkezik ellátásra, a triázsápolónak kötelezően alkalmaznia kell az alábbi célzott anamnézist (Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ, 2025):

1. *Utazási anamnézis:* Járt-e ön vagy az önnel egy háztartásban élő személy az elmúlt 21 napban Közép- vagy Nyugat-Afrikában, különösen a Kongói Demokratikus Köztársaság (KDK) érintett régióiban?
2. *Expozíciós anamnézis:* Érintkezett-e igazoltan vagy gyaníthatóan Ebola-vírussal fertőzött személlyel, annak testnedveivel, vagy részt vett-e tradicionális afrikai temetési szertartáson az elmúlt 21 napban?

Amennyiben a klinikai tünetek és az utazási/expozíciós anamnézis együttesen pozitív, a beteg *Ebola-gyanús esetnek* minősül.

Azonnali intézkedési protokoll az SBO-n:

- *Azonnali izoláció:* A beteget tilos a közös váróhelyiségben hagyni. Azonnal át kell kísérni a predefiniált, elkülönített, jól szellőztethető vagy negatív nyomású, saját vizesblokkal rendelkező izolációs helyiségbe. Az ápoló a kísérés során tartson ≥ 2 méteres távolságot, és a betegre helyezzen fel sebészi maszkot.
- *Riasztási lánc aktiválása:* A triázsápoló a gyanú felmerülésekor haladéktalanul értesíti az intézményi kórházhigiénés osztályt (kórházhigiénikus orvost/epidemiológust) és az SBO osztályvezető főorvosát a belső izolációs protokoll elindítása és az azonnali orvosi vizit céljából. A klinikai kép értékelését és a gyanú kimondását követően a területileg illetékes kormányhivatal népegészségügyi főosztálya (jár-

ványügyi hatóság) felé történő hivatalos bejelentés – a fertőző betegségek jelentésének rendjéről szóló 18/1998. (VI. 3.) NM-rendelet értelmében – az észlelő orvos kizárólagos feladata és felelőssége (18/1998. (VI. 3.) NM-rendelet).

- *Belépési tilalom:* Az elkülönítőhelyiség ajtajára egyértelmű, belépési tilalmat jelző figyelmeztetést kell elhelyezni. A beteghez kizárólag a kijelölt, minimális létszámú, megfelelő védőeszközzel felszerelt személyzet léphet be (Kortepeter & Cieslak, 2021).

Klinikai infekciókontroll és ápolásszakmai feladatok (izolációs ápolás)

Az Ebola-vírus elleni védekezés alapja a szigorú kontakt és cseppfertőzés elleni izolációs technika (barrier nursing) (Biedron et al., 2022; Lamunu et al., 2021). Ezen a szinten alapvető fontosságú rögzíteni, hogy a hazai ellátórendszerben nem minden egészségügyi intézmény alkalmas és jogosult az ilyen súlyos, magas prioritású patogénnel fertőzött betegek végleges klinikai menedzselésére. Magyarországon az EVD-gyanús vagy megerősített esetek definitív ellátása és kezelése szigorúan a jogszabályilag erre kijelölt országos epidemiológiai centrumban történhet. Az általános fekvőbeteg-ellátó intézmények és sürgősségi osztályok szerepe a betegségek korai azonosítására, az ideiglenes elhelyezésre (karanténizolációra), a beteg stabilizálására, valamint a transzmissziós lánc helyi megszakítására korlátozódik a specifikus szállítási protokoll elindításáig. Az átmeneti vagy végleges ellátás során egyaránt, a standard óvintézkedéseken túlmutató, emelt szintű egyéni védőeszköz-kombináció alkalmazása kötelező (**I. táblázat**) (Varkey & Ribner, 2021).

I. táblázat: Az Ebola-vírusos beteg ellátásához szükséges egyéni védőeszközök technikai követelményei. (Az adatok megegyeznek a CDC 2024 előírásaival)

Védőeszköz típusa	Technikai követelmény	Ápolásszakmai indoklás
Védőruha (overall)	III. kategóriájú, 3B/4B típusú, folyadéknak és biológiai ágenseknek ellenálló (EN 14126 szabvány)	a törzs és a végtagok teljes körű védelme a kontaminált testnedvekkel (hasmenés, hányadék) szemben
Légzésvédelem	FFP2 vagy FFP3 szintű részecskeszűrő félálarc (kilégzőszelep nélkül preferált)	a légutak védelme az ápolási beavatkozások során keletkező cseppek és aeroszolak ellen
Szem- és arcvédelem	teljes arcvédő pajzs vagy hermetikusan záródó védőszemüveg	a kötőhártya nyálkahártyájának védelme a fröccsenő biológiai folyadékoktól
Kesztyűk	két pár (dupla), hosszú szárú, nitril vagy neoprén vizsgálókesztyű	mechanikai rezisztencia; a külső kesztyűt a védőruha ujjára húzva rögzíteni kell
Lábbelik	folyadékokat nem áteresztő, fertőtleníthető gumicsizma vagy megerősített lábszák	a padlóra került infekciós váladékok elleni védelem

A védőeszközök felvételének és levételének szekvenciális protokollja

Az egészségügyi dolgozók fertőződésének hátterében leggyakrabban a védőeszközök szabálytalan levétele során fellépő önkontamináció áll (Phan & Mody, 2022).

Megfigyelői rendszer (buddy system): A beöltözést és a leöltözést minden esetben egy külső, képzett megfigyelőnek (koordinátor ápoló vagy kórházi higiénikus) kell felügyelnie egy validált ellenőrző lista alapján, pontról pontra irányítva a folyamatot.

Szekvenciális leöltözés: A védőeszközök eltávolítását lassan, kontrolláltan kell végezni. Minden egyes elem levétele után kötelező a kesztyűs kéz alkoholos fertőtlenítése.

Veszélyes hulladék kezelése: Minden levett védőeszköz azonnal a sárga színű, veszélyes biológiai hulladékgyűjtő tartályba kerül, amelyet a helyiségben hermetikusan le kell zárni (Pálfi & Molnár, 2024).

Laboratóriumi diagnosztika és mintavételi biztonság

A definitív diagnózis felállítása a vírus-RNS kimutatásán alapul valós idejű polimeráz láncreakcióval (RT-PCR).

Ápolói feladatok a mintavétel során

- A mintavételt (elsődlegesen natív/szérum cső, illetve a laboratóriummal egyeztetett EDTA-s teljes vér) kizárólag a kijelölt, teljes védőfelszerelésbe öltözött szakápoló vagy orvos végezheti.
- A vénapunkció során kerülni kell a felesleges eszközhasználatot; a szúrás helyét azonnal és tartósan komprimálni kell a vérzéses diathesis miatt fellépő szivárgás megelőzésére.
- **Hármas csomagolási rendszer (triple packaging system) alkalmazása kötelező** (Sprecher & Rollin, 2022; United Nations, 2023):
 1. **Elsődleges tartály:** Maga a mintavételi cső, vízhatlanul lezárva, nedvszívó anyagba csomagolva.
 2. **Másodlagos tartály:** Ütés- és vízálló, zárható műanyag doboz vagy tasak.
 3. **Harmadlagos (külső) csomagolás:** Merev falú szállítódoboz, az UN 2814 (Veszélyes fertőző anyag) nemzetközi jelzéssel ellátva.

A mintát közvetlenül az NNGYK BSL-4 szintű Nemzeti Biztonsági Laboratóriumába kell szállítani, speciális futárszolgálattal, a hatósági járványügyi szakember koordinálása mellett.

Terápiás és szupportív ápolás a megerősített esetekben

Igazolt EVD esetén a beteget a kijelölt országos epidemiológiai centrumba (Dél-pesti Centrumkórház Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet) kell szállítani. A beteget csak az erre kijelölt személyzet ápolhatja (Varkey & Ribner, 2021). Az intenzív és szupportív ápolás legfőbb pillérei:

- **Agresszív folyadék- és elektrolitpótlás:** A gastro-intestinalis fázisban elvesztett jelentős mennyiségű (napi akár 5–10 liter) folyadék intravénás pótlása a túlélés kulcsa (Fischer & Wohl, 2024). Az ápolónak szigorú folyadékterápiás mérleget kell vezetnie.
- **Noninvazív monitorozás preferálása:** Kerülni kell a felesleges invazív eszközöket (például centrális véna, artériás kanül, hólyagkatéter), mivel ezek növelik a vérzés és a tűszúrásos balesetek kockázatát (Jacob et al., 2020).
- **Specifikus terápia:** Az ápoló feladata a monoklonális antitestalapú terápiák (például Inmazeb, Ebanga) előírás szerinti, kontrollált beadása és a mellékhatások szoros monitorozása (Feldmann & Geisbert, 2021).

Járványügyi vizsgálat és hatósági feladatok

A beteggel kontaktusba kerültek azonosításában, a hatósági járványügyi tevékenység támogatásában, a kontaktkutatáshoz szükséges információk elsődleges validálásában a gyanús vagy megerősített esetrel kapcsolatba került ápolóknak kulcsszerepük van. Az esetleges kontaktok személyét már az anamnézis felvételekor lehetőség szerint be kell azonosítani, amelybe az egészségügyi személyzet is beletartozik.

A kontaktok osztályozása expozíciós rizikó alapján (Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ, 2025; World Health Organization, 2026):

Magas kockázatú kontaktok: Azok a személyek, akik védőeszköz nélkül vagy a védőeszköz sérülése mellett közvetlenül érintkeztek a beteg vérével, testnedveivel vagy magával a beteggel (élő vagy elhunyt állapotban), beleértve a tűszúrásos expozícióban átesett dolgozókat is.

Alacsony kockázatú kontaktok: Azok, akik egy légtérben tartózkodtak a beteggel (például közös váróterem, repülőgép azonos sora), de közvetlen fizikai kontaktusba vagy testnedv-expozícióba nem kerültek.

Aktív óvintézkedések

Minden azonosított kontaktot a járványügyi hatóságnak *21 napig* (a maximális inkubációs idő végéig) szoros megfigyelés alatt kell tartania (18/1998. (VI. 3.) NM rendelet). Ez magában foglalja a napi kétszeri testhőmérséklet-ellenőrzést. Ha a kontakt a 21 nap alatt lázat ($\geq 38,0^\circ\text{C}$) vagy egyéb prodromális tünetet mutat, azonnal gyanús esetként kell kezelni és izolálni kell.

Környezeti higiénia, hulladékkezelés és dekontamináció

Az Ebola-vírus lipidburokkal rendelkező vírus, így a környezetben lévő szokványos fertőtlenítőszerekkel szemben sérülékeny, azonban a fehérjékkel teli biológiai mátrixokban (száraz vér, széklet) napokig megőrizheti fertőzőképességét.

Kórházi felületfertőtlenítés

Alkalmazható szerek: Kizárólag igazoltan virucid hatásspektrumú készítmények alkalmazhatók. A hazai gyakorlatban a klóralapú fertőtlenítőszer (például nátrium-hipoklorit 0,5%-os vagy 5000 ppm-es oldata a fertőzött zónában, 0,05%-os oldata a tiszta zónákban) preferáltak.

A tisztítás metodikája: Szigorúan kerülni kell a permetezést (spray-technológia) és a száraz felseprést az aeroszolképződés veszélye miatt. Kizárólag folyékony fertőtlenítőszerrel átitatott törölkendőkkel végzett mechanikus tisztítás megengedett.

Veszélyes hulladékok kezelése

Minden olyan anyag, amely az EVD-s beteg szobájából származik (beleértve a levett PPE-ket, eldobható ágyneműt, eszközöket) veszélyes biológiai hulladéknak minősül. A hulladékot vastag falú, sárga színű hulladékgyűjtő zsákokba kell helyezni, amelyeket helyben le kell zárni, majd fertőtlenítőoldattal kívülről le kell törölni. A zsákokat hermetikusan zárható ADR-konténerekbe kell helyezni; az ártalmatlanítás kizárólag égetéssel történhet (Pálfi & Molnár, 2024).

Etikai, jogi és pszichológiai megfontolások

Egy magas letalitású, karanténkötelező betegség megjelenése sajátos etikai és jogi helyzetet teremt az egészségügyi ellátásban.

Az ellátási kötelezettség jogi háttere

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) alapelvei szerint az egészségügyi dolgozónak joga van megtagadni az ellátást, ha az a saját életét vagy egészségét közvetlenül és súlyosan veszélyezteti (Magyarország Országgyűlése, 1997). Azonban járványügyi vészhelyzet esetén ez a jog korlátozott: amennyiben a munkáltató biztosította a jogszabályoknak megfelelő, III. kategóriájú egyéni védőeszközöket és a tárgyi feltételeket, az ápoló jogilag és etikailag is köteles a beteg ellátásában részt venni, az ellátás megtagadása ugyanis foglalkozási kötelezettségzegésnek minősülhet (Kádár & Szabó, 2023; Magyarország Országgyűlése, 1997).

A beteg ellátása során a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló 18/1998. (VI. 3.) NM-rendelet, valamint a járványügyi hatóság intézkedéseit szigorúan be kell tartani és tartani (18/1998. (VI. 3.) NM rendelet).

Az izoláció pszichés hatásai és az ápolói intervenció

A teljes elszigeteltség és a védőruhás személyzet látványa a pácienseknél extrém fokú szorongást vagy akut konfúziót válthat ki. Az ápolónak a fizikai ellátáson túl törekednie kell a tiszta, transzparens kommunikációra. A beteggel való interakciók során a folyamatos szemkontaktus és a nyugodt, monoton hangtónus igazoltan csökkenti az izolációs distresszt (Matsuoka & Abe, 2023).

Következtetések és javaslatok a hazai ellátórendszer számára

A 2026-os nemzetközi Ebola-vészhelyzet rávilágít arra, hogy a lokális járványügyi események azonnali reflexiót igényelnek a hazai klinikai gyakorlatban is (World Health Organization, 2026). A járványügyi hatóságok meghatározott eljárásrendjei csak akkor hatékonyak, ha a közvetlen betegellátásban dolgozó egészségügyi szakdolgozók készség szintű kompetenciákkal rendelkeznek a gyakorlati megvalósításhoz.

Javaslatok a hazai ápolásügy fejlesztésére

Kötelező intézményi szimulációs tréningek: Minden hazai vármegyei irányító kórház SBO és infektológiai osztályán kötelező jelleggel, rendszeresen izolációs és védőeszköz-használati gyakorlatokat javasolt tartani.

Szoftveres triázstámogatás: Javasoljuk az SBO-kon használt Magyar Triázs Rendszer (MTR) digitális felületeinek frissítését úgy, hogy a rizikóterületekről (KDK) érkező betegek felvételekor a rendszer automatikus figyelmeztetést generáljon (Győrfi & Kovács, 2022).

Mentálhigiénés támogatás: Biztosítani kell az ápolószemélyzet célzott edukációját és pszichológiai debriefingjét a magas patogenitású ágensekkel való munka során fellépő stressz és félelem kezelésére, ami közvetlenül növeli a megbízhatóságot és az eljárásrendi fegyelmet.

A globális járványügyi biztonság fenntartása a betegség mellett kezdődik – a felkészült ápoló a hazai védekezés legfontosabb bástyája. Az Ebola-vírushoz hasonló, magas letalitású patogének jelentette fenyegetés proaktív kezelése elképzelhetetlen a klinikai ápolásszakma, az infektológusok és a népegészségügyi hatóságok szoros, rendszerszintű kooperációja nélkül. Nem elegendő csupán az elméleti eljárásren-

dek ismerete; a biztonságos betegellátás valódi záloga a rendszeres, szimulációkon alapuló gyakorlati készségfejlesztés. A modern egészségügyi veszélyhelyzetekre való reagálás folyamatos éberséget, a sürgősségi osztályok digitális triázstámogatását, valamint a frontvonalban dolgozók célzott mentálhigiénés védelmét követeli meg. Végső soron az ápolók továbbképzésébe és pszichés támogatásába fektetett erőforrások közvetlenül a megbízhatóságot növelik, és egyúttal a teljes hazai ellátórendszer járványügyi stabilitását garantálják.

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

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

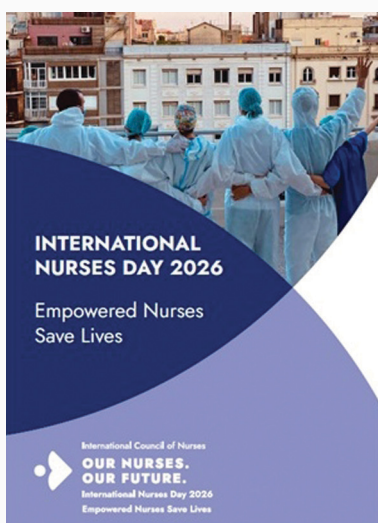
Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalomjegyzék

- 18/1998. (VI. 3.) NM-rendelet a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről.
- Albarqouni, L., & Glasziou, P. (2023). Evidence-based clinical practice in infection control measures and global pandemics. *The Lancet Infectious Diseases*, 23(4), 411–420. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00671-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00671-3)
- Biedron, C., Lyman, M., & Palmore, T. N. (2022). Universal precautions and barrier nursing: Historical perspectives and modern clinical protocols. *Clinical Microbiology Reviews*, 35(2), e00142–21. <https://doi.org/10.1128/cmr.00142-21>
- Centers for Disease Control and Prevention (2024). Guidance on personal protective equipment (PPE) to be used by healthcare workers during management of patients with confirmed Ebola virus disease. *CDC Emergency Preparedness Guidelines*, 14(2), 45–52. <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/healthcare-us/ppe/>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2026). Rapid risk assessment: Outbreak of Ebola virus disease in Ituri Province, DRC. *ECDC Surveillance Report Series*, 11(5), 101–114. <https://doi.org/10.2900/ecdc.2026.evd.05>
- Feldmann, H., & Geisbert, T. W. (2021). Ebola virus disease: Pathogenesis, clinical manifestations, and therapeutic interventions. *The New England Journal of Medicine*, 384(12), 1133–1144. <https://doi.org/10.1056/NEJMr2001406>
- Fischer, W. A., & Wohl, D. A. (2024). Supportive care and fluid management strategies in Ebola virus disease outbreaks. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 37(3), 189–196. <https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000987>
- Győrfi, M., & Kovács, L. (2022). A triázápolók szerepe és kompetenciái a hazai sürgősségi betegellátó osztályokon. *Nővér*, 35(3), 12–19.
- Jacob, S. T., Crozier, I., & Fischer, W. A. (2020). Ebola virus disease: Clinical care and management protocols in high-containment units. *The Lancet*, 395(10221), 323–335. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32269-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32269-6)
- Kádár, G., & Szabó, J. (2023). Egészségügyi veszélyhelyzetek és a munkamegvonás joga: Az ellátási kötelezettség határai a magyar joggyakorlatban. *Orvosi Jog*, 14(1), 22–31.
- Kortepeter, M. G., & Cieslak, T. J. (2021). Managing high-consequence pathogens in hospital settings: A guide for infection control practitioners. *American Journal of Infection Control*, 49(8), 1045–1053. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2021.03.011>
- Lamunu, M., Lutwama, J. J., & Kigozi, J. (2021). Containment of Ebola virus disease through barrier nursing and infection control. *Journal of Infection Prevention*, 22(3), 112–119. <https://doi.org/10.1177/1757177420982314>
- Magyarország Országgyűlése. (1997). 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. *Magyar Közlöny*, 1997(112), 8342–8411. <https://njt.hu/jogszabaly/1997-154-00-00>
- Megléc, K. (2012). Az Ebola-vírus okozta megbetegedések, a védekezés lehetőségei, különös tekintettel a katonai-egészségügyi és polgári védelmi feladatokra. *Hadmérnök*, 7(1), 154–165. http://hadmernok.hu/2012_1_meglec.pdf
- Matsuoka, S., & Abe, K. (2023). Psychological impact of strict isolation and barrier nursing on patients and healthcare providers during viral hemorrhagic fever outbreaks. *International Journal of Nursing Studies*, 139, Article 104432. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104432>
- Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ. (2025). Módszertani levél a Viral haemorrhagic fever (VHF) gyanús esetek hazai ellátásának és diagnosztikájának rendjéről. *Egészségügyi Közlöny*, 75(8), 1240–1255.
- Pálfi, I., & Molnár, Zs. (2024). Kórházi járványok megelőzése és dekontaminációs eljárások magas patogenitású ágensek jelenléte esetén. *Kórházhygiéna és Infekciókontroll*, 19(2), 54–62.
- Phan, L. T., & Mody, L. (2022). Personal protective equipment doffing errors and self-contamination risks among healthcare workers. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 43(6), 721–729. <https://doi.org/10.1017/ice.2021.284>

- Sárosi, V., & Tóth, K. (2025). Az egészségügyi szakdolgozók szimulációs tréningjének hatékonysága a biológiai veszélyekre való felkészülésben. *Egészségügyi Menedzsment*, 27(1), 33–41.
- Sprecher, A., & Rollin, P. E. (2022). Biosafety in the field and laboratory management of Ebola virus specimens: Implementing the Triple Packaging System. *Journal of Clinical Virology*, 152, Article 105175. <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2022.105175>
- Takács, P., & Varga, J. (2024). Járványügyi surveillance rendszerek működése és a korai detekció fontossága Magyarországon. *Népegészségügyi Szemle*, 102(2), 88–97.
- United Nations. (2023). *Recommendations on the transport of dangerous goods: Model regulations* (23rd rev. ed.). United Nations Publication. <https://doi.org/10.18356/9789210028127>
- Varkey, J. B., & Ribner, B. S. (2021). High-containment infectious disease nursing: Operationalizing care for patients with Ebola virus disease. *Nursing Clinics of North America*, 56(3), 395–407. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2021.05.003>
- World Health Organization. (2026). Ebola virus disease outbreak in the Democratic Republic of the Congo: Statement on the meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee. *Weekly Epidemiological Record*, 101(20), 221–236. <https://www.who.int/publications/id/who-wer10120>

AZ ICN 2026-OS NEMZETKÖZI ÁPOLÓNŐK NAPJA JELENTÉSÉRŐL



Az Empowered Nurses Save Lives (A felhatalmazott ápolók életeket mentenek) című 2026-os IND-jelentés rendkívül átfogó bizonyítékot nyújt arról, hogy a világ közel 30 millió ápolója hét jól meghatározható területen fejt ki mérhető, életmentő hatást: a bizalom, a professionalizmus, a létszám, a gyakorlat, a gondozás, a közelség és a béke területén.

A dokumentum talán legfontosabb üzenete, hogy az ápolókat nem költségként, hanem magas megtérülésű befektetésként kell tekinteni. Az egészségügyi munkaerő megerősítése 189 millió elvesztett életévet előzhetne meg, és 1,1 billió dollárt adhatna hozzá a globális gazdasághoz 2030-ra. Minden egyes 10%-os növekedés a diplomás ápolók arányában a kórházi halálozás 7%-os csökkenésével jár együtt – ez nem pusztán statisztika, hanem valós emberi életek megmentése.

A jelentés különös figyelmet szentel a megtartási válságoknak: az éves fluktuációs ráta 15% fölötti, a pályaelhagyási számok pedig 38%-os világszerte. Az ápolók nagy részét kiégés,

alulfizettség és a munkahelyi erőszak fenyegeti – az ICN felmérése szerint a nemzeti ápolói szövetségek 86%-a számolt be arról, hogy ápolókat bántalmaztak vagy fenyegettek munkájuk során. Mindez az egészségügyi rendszerek hosszú távú sebezhetőségét növeli. Ezzel párhuzamosan a globális ápolóhiány 5,8 millió főre emelkedett.

A dokumentum az ICN Változási Chartájára és a WHO Globális Stratégiai Irányaira támaszkodva konkrét szakpolitikai javaslatokat fogalmaz meg: a jogszabályi akadályok lebontásától kezdve az etikus nemzetközi toborzáson át az ápolásvezetők megerősítéséig és a digitális infrastruktúrába való befektetésig. Az üzenet egyértelmű: az ápolók ereje valós, mérhető és életmentő – de csak akkor tud kibontakozni, ha a strukturális feltételek – biztonságos munkakörülmények, méltányos bérezés, a kompetenciahatárok kiterjesztése és a valódi szakmai elismerés – adottak.

Az eredeti, teljes dokumentum az ICN honlapján érhető el. (Forrás: <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/ind-2026-report>)

ŐSZI RENDEZVÉNYEK



MAGYAR
EGÉSZSÉGÜGYI
SZAKDOLGOZÓI
KAMARA

3-5.

SZEPTEMBER

**MESZK XIII. Szakdolgozói
Tudományos Kongresszus**

SIÓFOK – HOTEL AZÚR

16-18.

SZEPTEMBER

**XXVIII. Országos Járóbeteg
Szakellátási és XXIII. Országos
Járóbeteg Szakdolgozói Konferencia**

BALATONFÜRED – HOTEL FLAMINGO

25.

SZEPTEMBER

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

BUDAPEST – LURDY HÁZ

8.

OKTÓBER

Kézhygiénés Szakmai Nap

BUDAPEST – LURDY HÁZ

16.

OKTÓBER

Tagozati Nap IX.

BUDAPEST – LURDY HÁZ

Várjuk szeretettel!



Kövessen bennünket!

www.meszk.hu/programok-rendezvenyek/

