



ÖSSZEKÖTŐ



A PTE Egészségügyi Főiskolai Kar Információs Lapja

2003 április

XII./2.

<i>Az Egészségfejlesztési és Családgondozási Intézet avatóünnepsége</i>	<i>2</i>
<i>Mindig az anyatej a legjobb?</i>	<i>3</i>
<i>A magzat sav-basis viszonyai a szülés alatt</i>	<i>5</i>
<i>Személyközpontú várandósgondozás</i>	<i>10</i>
<i>Az újszülöttkori B csoportú Streptococcus fertőzések megelőzése</i>	<i>19</i>
<i>Az anyai gyógyszerek foetalis/neonatalis hatásai</i>	<i>22</i>
<i>Szent Márton ünnep a Szombathelyi Képzési Központban</i>	<i>25</i>
<i>Porci Berci barátokat keres</i>	<i>27</i>
<i>Kitüntetések</i>	<i>28</i>
<i>Tájékoztató a Kari Tanács üléséről</i>	<i>29</i>
<i>Erdődy Beatrix válogatott uszonyos és bűvárúszó</i>	<i>31</i>
<i>A PTE EFK Erasmus-szabályzata</i>	<i>33</i>
<i>Rektori utasítás a belső pályázatokról</i>	<i>35</i>
<i>Universitas kupa</i>	<i>38</i>
<i>Dietetikusok grazi kirándulása</i>	<i>39</i>

*Pécsi Tudományegyetem
Egészségügyi Főiskolai Kar*



ÖSSZEKÖTŐ

Az Egészségfejlesztési és Családgondozási Intézet avatóünnepsége

2002 november 22-én, pénteken került sor az Egészségfejlesztési és Családgondozási Intézet ünnepélyes átadására.

Az örömteli esemény a szokott módon, köszöntők elhangzásával kezdődött. Az egyetem vezetősége nevében dr. Bellyei Árpád egyetemi tanár, az Orvostudományi és Egészségtudományi Központ elnökhelyettese üdvözölte az egybegyűlteket. Ezután dr. Hargitai Mária, az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium helyettes államtitkára; Dr. Tulassay Tivadar, a Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium elnöke; Tóth Gyuláné, a Védőnői Szakmai Kollégium elnöke; Ódor Andrea, országos vezető védőnő beszédje következett. A köszöntők után társkarunk, az SZTE EFK főigazgatója, Dr. Boda Márta méltatta az eseményt, végül dr. Tahin Tamás főigazgató úr záró szavai hangzottak el.

Ezután tudományos előadások következtek, melyek szövegét közreadjuk.

- 1) **Dr. Somogyvári Zsolt, főigazgató**
Országos Egészségfejlesztő Központ, Budapest
Az egészségfejlesztés és a gyermekgyógyászat kapcsolata
- 2) **Dr. Cholnoky Péter, emeritus főiskolai tanár, PTE EFK Szombathelyi KK**
Mindig az anyatej a legjobb?
- 3) **Dr. Gyódi Gyula, igazgató, főiskolai tanár, PTE EFK Kaposvári KK**
A magzat sav-basis viszonyai a szülés alatt
- 4) **Holló Rózsa, főiskolai adjunktus, PTE EFK Pécsi KK**
Személyközpontú várandósgondozás
- 5) **Dr. Horváth Boldizsár, főiskolai tanár, PTE EFK Szombathelyi KK**
Streptococcus B szűrésével és chemoprophilaxisával szerzett tapasztalataink
- 6) **Dr. Sulyok Endre, intézetvezető egyetemi tanár, PTE EFK Pécsi KK**
Az anyai gyógyszerek foetalis/neonatalis hatásai

Az ünnepség állófogadással zárult.



Dr. Somogyvári Zsolt előadásának szövege lapzártánkig nem érkezett meg. Előreláthatólag a következő számban pótolhatjuk a hiányt.

Mindig az anyatej a legjobb?

Dr. Cholnoky Péter



Már négy évtizede foglalkozom a szoptatás egyes kérdéseivel, mindig is azt vallottam, hogy saját édesanyja tejénél jobb táplálékot nem kaphat a csecsemő. Minden tölem telhetőt elkövettem, hogy a szoptatás arányszámának 1975 körüli szegyenetljes mélypontja előtt mérsékeljük csökkenését, majd az örvendetes fordulat bekövetkeztével egyre jobb eredményeket mutathassunk fel. És most mégis ilyen furesza, kételyt ébresztő címet választottam. Nem változtam meg és nem változtak meg nézeteim. De az évtizedes tapasztalat arra is megtanított, hogy az ember nem természetes közegben élő lény és nem vakon kell elhinnünk, hogy a természetes táplálásmód minden körülmények között a legjobb és főképpen nem, hogy minden esetben automatikusan jelenti a saját mércéjéhez képest felülmúlhatatlant. Alig hinném, hogy sok újat fognak hallani tőlem, csupán csokorba gyűjtök néhány kényes kérdést.

1) Az Egészségügyi Világszervezet és minden gyermekegészségügyi tankönyv azt állítja, hogy az egészséges, helyesen táplálkozó anya teje az első hat hónapban a csecsemő legjobb, kizárólagosan adva is tökéletesen elegendő táplálék. De éppen a táplálkozástudomány finomodása révén tudjuk, hogy még az a bizonyos helyes táplálkozás sem minden körülmények között fedezi az anya és rajta keresztül a csecsemő szükségleteit. Csak célok a microelemek világára, melyben hol a Se, hol valamely másik elem hiányának

vagy éppenséggel túlzott bevitelének divatja bukkan fel; ugyanez mondható el más, élettanilag csak igen kis mennyiségben elengedhetetlenül szükséges anyagokról. E téren sok még a fehér folt.

- 2) Az anyatej fundamentalista híveire az első nagy csapást jelentette annak felismerése, hogy a kissúlyú újszülöttek nem mindenben jelent elegendő bevitelt az anyatej. Bár aztán kiderült, hogy a koraszülöttek mamájának tejében több a fehérje, de ez nem oldja meg azt a bajt, hogy az igen kissúlyú újszülöttek nem elegendő tápanyagforrás még a saját édesanyjának teje sem. A probléma megoldása lehetséges: be kell avatkoznunk a természet rendjébe, de a módszerekkel itt ne kelljen foglalkoznom.
- 3) Az anya által szedett gyógyszerek esetleges ártalmas voltának kérdése talán nyugvópontonra érkezett. Minden valamirevaló gyermekgyógyászati, illetőleg gyógyszer-tani kézikönyv pontos listákat közöl a veszély különböző mértéke szerint csoportosított gyógyszerekről, ezek naprakész állapotban tartása is kielégítő. Az egyedi gyógyszerelőírásokat is megfertőzte azonban a gyártók túlzott óvatossága: ha kicsit is tartani lehet valamiféle káros hatástól, vagy ha nincs az ártalmatlanságot bizonyító kellő tapasztalat, túl könnyen bekerül a gyógyszer ellenjavallatai közé a várandósság mellé a szoptatás.
- 4) A környezetből eredő vegyszerek fenyegetése egyszer már valóra vált: volt idő, amikor az asszonyok tejében a DDT



koncentrációja sokszorosán felülmúlta az azonos földrajzi területen élő tehének tejében mérhető. A DDT-t betiltották, a mezőgazdasági és állattartási használatra szánt vegyszerek engedélyezhetőségének egyik fontos ismérve az, hogy az emberi szervezetbe nem kerülhetnek be, így ott nem is halmozódhatnak föl és juthatnak a szoptató nők tejébe. Nem tehetjük azonban kezünket tűzbe azért, hogy a szigorú tökéletesen eredményes: a tévedés, a hanyagság és a visszaélés az ember elidegeníthetetlen tulajdonsága.

- 5) Sok fertőző betegség átvihető az anyatejjel, sokuk teljesen ártalmatlan a csecsemő hosszútávú egészsége szempontjából. Itt csak három gonoszabb vírusra célok. A cytomegalovírus esetében a seropositív anyák nem kevesebb mint 50%-a adja tovább szoptatás révén a vírust. Mégsem tudjuk igazában megmondani: ártalmas-e ez a csecsemőre, és ha igen, mennyire. A B-hepatitisszel szemben lehetséges perinatalis immunizálás kutatása számos új adattal szolgált. Biztos, hogy a vertikális átvitel veszélye akkor a legnagyobb, ha az anyai vérben nemcsak a HBs, hanem a Hbc antigen is kimutatható. De a továbbadásban aligha a szoptatás a ludas. Az antigenek az anyatejben nem következetesen jelennek meg, és ha igen, ártalmasságuk nem bizonyítható: a fertőzött anya szoptatása nem fokozza utódjában a hepatitis kialakulásának kockázatát. A félelmetes HIV viszont biztosan átjuthat a fertőzött anyából az újszülötthez, bár ez az átvitel legritkábban bizonyítható módja. Ennek ellenére az anyai HIV-pozitivitás elvben a szoptatás abszolút ellenjavallatát jelenti. Elvben, mondom, mert például az anya antiretroviralis kezelése drasztikusan csökkenti az átvitel kockázatát, mintegy 50%-ról 8% alá. De mégsem nulla. Szomorú megalkuvást jelent az Egészségügyi Világszervezet

ajánlása: olyan országban, ahol a hasmenés, tüdőgyulladás és elégtelen táplálás nagyban hozzájárul a csecsemőhalálozáshoz, ezeknek veszélye mellett eltörpül a HIV szoptatás útján történő átvitelének kockázata és ezért a csecsemőnek talán jobb sors jut ki, ha édesanyja szoptatja. A jómódú és a szegény világ közti szakadék ezzel is mélyül néhány méternyit.

- 6) Csak a rend kedvéért említem meg az olyan veszélyes betegségeket, amelyek tilalmassá teszik a szoptatást: a galaktosaemia és a phenylketonuria csak a két leggyakoribb példa.
- 7) A szoptatás a fogszű elleni küzdelem első védvonalát. Éppen ezért zavaró az a megfigyelés, hogy az *ad libitum* szoptatás esetén gyakoribb a felső metsző tejfogak cariése. Az adat még megerősítésre szorul, de cáfolat sincs még.
- 8) Egy időben nagy volt a félelem, hogy a védőoltásokkal károsan interferálhat a szoptatás. E téren biztosan fellélegezhetünk: ilyen veszély egyáltalán nem áll fenn, egyik oltásnál sincs szükség valamiféle korlátozásra.
- 9) Igazi csalánbörő az allergia megelőzése. Hosszúra nyúló szakmai életem folyamán az ingá már több lengést tett meg. A kizárólagos szoptatás és az allergia kockázata közti kapcsolat kutatása tele van módszertani buktatókkal és rejtett vagy nyílt érdekekkel. Bár a dolgok mai valószínű, de nem sziklaszilárd állása szerint e téren a szoptatás kifejezetten védő hatású, tehát a címben feltett kérdésre adott kedvező választ sugallja, a gastroenterológia számos, korábban hihetetlennek tűnő megállapítást tett. Az még hagyján, hogy kiderült: a korábbi felfogással ellentétben a csecsemő bele átjárható az egynél több aminisavból álló peptidok számára és ezek közti lehetnek



ÖSSZEKÖTŐ

olyan hosszú láncúak, hogy antigen tulajdonságukkal együtt kerülnek a csecsemő szervezetébe. De ez még a felnőtt bélnyálkahártyáján is megtörténhet. Ez természetesen a tehéntejallergia megítélés terén okozza a legtöbb izgalmat. Ezenfelül felmerül már a magzatnak az anya által elfogyasztott allergénnel szemben kialakuló túlérzékenységnek lehetősége. A vélemények még nem kristályosodtak ki, de ettől még lehetnek nagyon harciasak: jelenleg azon folyik a legadázabb vita, hogy szoptathat-e az anya, ha családja veszélyeztetett és ő maga akár kis mértékben is fogyaszt tejterméket, meg azon, hogy a várandósság esetén mi a teendő az anyai étrenddel az allergiára hajlamos családban. A harc áll, a kérdésben nem vagyok annyira jártas, hogy döntőbíróul toljam fel magam.

- 10) Végül hadd említsek meg két lélektani ártalmat. Az egyik továbbtétét nem hinném, ha nem a saját fülemmel hallom: a rádióban az erről árulkodó kérdést: a népszerű műsornak betelefonáló anya nagy aggodalommal kérdezi, hogy nem rossz-e az ő teje, mivel olyan híg, kékes, külleme silány minőséget sejtet. Tudjuk, hogy a normális emberi tej külleme már ilyen. Az még nem lenne ijesztő, hogy ilyen kérdés manapság még mindig

elhangozhat, az annál inkább, hogy a következő mondataiban az aggódó édesanya azzal mentegeti betelefonálását, hogy orvosa és védőnője ellentétes értelemben nyilatkozott a jelenségről. Hadd ne áruljam el, melyikük mondta az ökörséget. Még van ilyen. A másik lélektani ártalom a ló másik oldalára eső propagandánk eredménye. Nem egy kezdő anya tejjhozama azért csappan meg, mert borzasztóan akar szoptatni, meg akar felelni, úgy érzi bűnösen hanyag volna, ha nem termelne elég tejet csemétéje táplálására. Aggodalmaskodásának egyenes következménye a hypogalactia, még rosszabb esetben a teljes elapadás. Megnézném azt a védőnőt vagy éppen orvost, aki azzal beszél rá a leendő anyát a majdani szoptatásra, hogy ha nem ezt teszi, súlyosan vét gyereke ellen. A hallgatóságnak remélhetőleg nem kell elmondanom, hogyan kell az aggályosságra hajló, mindenáron megfelelni kívánó fiatal nőnek megvilágítani a szoptatás-előnyeit.

Száz szónak is egy a vége: az anyatej valóban az ideális csecsemőtáplálék, de értékében ne vakon higgyünk, hanem ésszel. Olykor még azt is be kell látnunk, hogy más kell ajánlanunk helyette.

A magzat sav-basis viszonyai a szülés alatt

Dr. Gyódi Gyula



A magzat szülés alatti sav-basis egyensúly alakulásának megértéséhez mindenekelőtt ismernünk kell az anyai szervezet homeostasisának terheesség alatti változásait. Ennek háttérében elsősorban az anyai szervezet hormonális milieu-jének átalakulása áll,

melyek a magzat intrauterin fejlődését és normális megszületését hivatottak biztosítani.

A méhen belül fejlődő magzat életbenmaradása és növekedése az anyai szervezet működésének függvénye. A szoros kapcsolat ellenére a magzatot önálló individuumnak kell tekinteni, akinek saját



ÖSSZEKÖTŐ

keringése, anyagcsereje és ezeket szabályzó idegrendszere és hormonális működése van.

A magzat szervezete biztosítja saját homeostasisát, többek között a sav-basis és vérgáz egyensúlyt. Képes erre annak ellenére, hogy sav-basis egyensúlya sok tekintetben az anyától függ.

A H^+ -koncentráció szűk határok között tartása létfontosságú, mert az intermedier anyagcserefolyamatokban szereplő enzimeknek van egy pH optimumuk, amelyen a legaktívabbak. Ha ettől az optimumtól eltér a pH értéke, az enzimműködés lelassul, illetve teljesen megszűnhet, ami az intermedier anyagcsere-leállításához és ezzel az egyed halálához vezethet.

Az intrauterin fejlődő magzat tüdejét a placenta helyettesíti. Ezen keresztül kell biztosítani az oxigénfelvételt, a CO_2 és a H^+ leadását. A placentán át távoznak az anyagcsere végtermékei és a placenta látja el a gyomor-bél tractus szerepét is.

Ebből következik, hogy a placentáris gázcseré, pontosabban az O_2 -ellátás kulcsfontosságú a magzat életbenmaradása és normális fejlődése szempontjából.

Kövessük az O_2 útját a levegőből a magzatig. Az anya kb. 150 Hgmm-es pO_2 -jú levegőt lélegzik be. A légzési holtter miatt az alveolusaiban a pO_2 100 Hgmm. Ezzel kerül egyensúlyba a tüdején áthaladó vér. Így az anya arteriás O_2 -tensioja is 100 Hgmm. A vér az artériá uterinán keresztül érkezik a méhhez és áthaladva a placentán a vena uteriná vére kb. 35–40 Hgmm pO_2 tensiojú. Ebből következik, hogy a magzat vena umbilicalis vérenek O_2 -tensioja nem lehet ennél magasabb.

Ilyen alacsony O_2 -tensiojú környezetből a megfelelő O_2 -ellátást csak úgy tudja biztosítani a magzat, ha több mechanizmus segíti kiküszöbölni ezt a hátrányt.

A magzat sav-basis egyensúlyának és vérgáz eséréjének fenntartását biztosító tényezők négy csoportba sorolhatók:

- 1) A magzati vér vörösvértest és haemoglobin (Hb) tulajdonságai, valamint pufferrendszere,
- 2) A magzati keringés
- 3) Az anyai sav-basis egyensúly és vérgázok terheltség alatti változásai és végül
- 4) A placenta tulajdonságai

A kompenzációs lehetőségek megértéséhez ki kell térnünk a Hb- O_2 disszociációs görbére.

1 g Hb 1.34 ml O_2 -t képes felvenni. Így a Hb O_2 -kapacitása: $Hgb\% \cdot 1.34$

Miután az összes Hb nem szállít O_2 -t, a Hb O_2 -telítettsége (saturatioja) azt mondja meg, hogy az összes Hb hány százaléka hordoz O_2 -t. Egészséges felnőtt arteriás vérben az O_2 -saturatio 95–97%-os, a venás vérben 75%-os.

A Hb O_2 -affinitását a Hb- O_2 disszociációs görbe fejezi ki.

A görbe helyzete a koordinátarendszerben nem állandó. Eltolódhat balra vagy jobbra. A görbe balra tolódása azt jelenti, hogy nőtt a Hb O_2 -affinitása, azaz alacsonyabb O_2 -tension képes ugyanazt a saturatiót elérni. Jobbra tolódás esetén az O_2 -affinitás esik, azaz csak magasabb O_2 -tension képes elérni ugyanazt a telítettséget.

A görbét jobbra tolja az acidosis, a pCO_2 emelkedése, a hőmérséklet emelkedése, a 2,3-diphosphoglycerát (2,3-DPG) emelkedése és a kóros Hb.

A görbét balra tolja az alkalosis, a pCO_2 csökkenése, a hőmérséklet csökkenése, 2,3-DPG csökkenése, kóros Hb jelenléte.

A 2,3-DPG az O_2 -kötést lazítja. Hatására a Hb könnyebben adja le az O_2 -t, ami a szöveti ellátás szempontjából előnyös.

A görbe helyzetének jellemzésére bevezették a P_{50} fogalmát: az az O_2 -tensio, amely mellett a Hb saturatioja 50%-os. Ez felnőttben 28 Hgmm, a magzatban 20 Hgmm.



A fentiekből kitűnik, hogy a Hb-O₂ disszociációs görbe helyzetét befolyásolja a Hb típusa. A magzati életben a Hb 80-90%-át a foetalis Hb, a HbF teszi ki és ennek O₂-affinitása nagyobb, mint a felnőttben található HbA-é.

Így tehát a magzati életben a HbF jelenléte, az alacsony 2,3-DPG szint miatt a Hb-O₂ disszociációs görbe kifejezetten balra tolt és ez rendkívül előnyös a placentaris O₂-felvétel szempontjából.

Tovább javítja a magzat O₂-ellátását a magasabb vörösvérsejtszám, 6.5-7.0 T/l és a magasabb Hb-tartalom, amely 17-19 g% is lehet.

Az alacsony O₂-tensiojú környezetben a fentiekén kívül fontos szerep jut a magzati vérkeringésnek. A magzati keringés ismert anatómiai felépítése lehetővé teszi, hogy a két leginkább O₂-igényes szerv, a máj és a központi idegrendszer relative friss, magas O₂-saturatiojú vért kapjon. A szöveti O₂-ellátást segíti még a magzat magas szívfrekvenciája, ami a gyors véráramlást képes fenntartani a placenta és a magzati szövetek között.

A foetalis vörösvértestek, a HbF, az alacsony 2,3-DPG szint valamint a speciális magzati keringés kedvezőek a magzat O₂-ellátása szempontjából, de számos előnyük ellenére nem lennének elegendőek az alacsony O₂-tensiojú környezet hátrányainak kiegyenlítésére.

A terhesség alatt megváltozik az anya sav-basis egyensúlya is. A terhesség korai szakában kb. a 7. héttől kezdve fokozódik a légzési percvolumen, mérsékelt hyperventillatio alakul ki. A légzési percvolumen nagyjából 45 %-kal növekszik, és ezt megtartja a terhesség végéig. Ennek következtében az arteriás CO₂-tensio 28-32 Hgmm-re csökken, és ezzel párhuzamosan emelkedik a pH a normális felső határáig, pH=7.44-7.46-ig. Az így kialakult respiratoricus alkalosis kompenzálására a bicarbonate-szint csökken közel 21 mmol/l-re és a basistöbblet (BE) mérsékelten

emelkedik - 3.5 mmol/l körüli értékre. Kialakul a terhességre jellemző respiratoricus alkalosis enyhe compensatoricus metabolicus acidosisal. Az anyai alkalosis a Hb-O₂ disszociációs görbét balra tolja, növeli a Hb O₂-affinitását. Ez kedvezőtlen lenne a placentaris O₂-leadásra. Az anyai vérben a terhesség alatt emelkedik a 2,3-DPG koncentráció oly mértékben, hogy ellensúlyozza a Hb-O₂ disszociációs görbe balra tolódását és végeredményben, az anyai vérben a P₅₀ változatlan marad a terhesség alatt, átlagosan 28 Hgmm. Az anyai sav-basis egyensúly ilyen alakulása kedvező a magzat számára, ugyanis az anyai CO₂ tensio 8-10 Hgmm-es csökkenése kedvező transplacentaris gradienst hoz létre, így a foetus könnyen eliminálja a CO₂-t. Az O₂ tekintetében kb. 24 Hgmm-es transplacentaris gradiens alakul ki. A mérsékelt alkalikus anyai pH pedig kedvező feltételeket teremt a magzati H⁺ felesleg eltávolítására.

Bár az O₂- és CO₂-gradiensek kicsinek tűnnek, de az intrauterin életben a gázcsere folyadék-folyadék fázis között zajlik eltérően a felnőttől, ahol gáz-folyadék közötti csere zajlik a tüdőben. A CO₂ vízdoldékonysági együtthatója 30-szor nagyobb, mint az oxigéné, ezen felül igen jó a diffusioja így ez a kis nyomáskülönbség is elegendő a CO₂ eltávolításra. Az O₂ esetében is elegendő a kb. 24 Hgmm-es nyomáskülönbség.

A magzati sav-basis egyensúly fenntartásában és a gázcsereben a negyedik fontos szereplő a placenta. Itt történik az anyagok kicserélődése az anyai és a magzati szervezet között. Mint minden eserefelületnél, itt is meghatározó a véráramlás mértéke mind az anyai, mind a magzati oldalról. Továbbá fontos a cserefelület nagysága. A placenta intervillusos üreben áramlik az anyai vér, a bolyhokban a magzati vér. Az intervillusos ür bolyhjai kiterítve kb. 6-14 m² felületet adnának. A diffusio mértékét jelentősen



ÖSSZEKÖTŐ

meghatározza az elválasztó hártya vastagsága, a diffúziós út. Ez a placenta esetében kb. 10–12 μm . A diffúzió mértékét meghatározza még a minden anyagra jellemző k diffúziós állandó.

A diffúzió mértéke a fluxus: egységnyi felületen egységnyi idő alatt átáramló anyagmennyiség.

Mivel a k értéke állandó, így az anyagvándorlás nagysága végülis a véráramlástól, a cserefelület nagyságától és vastagságától, valamint a kérdéses anyag koncentráció- vagy nyomáskülönbségétől függ.

Minden olyan tényező, amely csökkenti a véráramlás mértékét, a felület nagyságát, növeli a diffúziós utat, hátrányosan befolyásolja az anyagkicszerelődést.

Mindebből következik, hogy a placenta épsége, jó vérátáramlása mindkét részről, illetve a jó diffúziós kapacitás alapfeltétele a magzat megfelelő gázcserejének.

A placentaris gázcsere mechanizmusa a fentiek alapján a következő:

Az arteria umbilicalis vére, elérkezve a placenta intervillósus terébe, gyorsan CO_2 -t ad le, amelyet az anyai vér felvesz. Ennek során a foetalis vér pH-ja emelkedik, az anyai csökken. A pH emelkedés a foetus Hb- O_2 disszociációs görbét jobbra tolja, így növekszik az O_2 -affinitása. Az anyai oldalon ennek fordítottja történik: a pH csökkenése miatt a görbe jobbra tolódik, csökken az O_2 -affinitás, könnyebben leadja az O_2 -t. Ez a kettős Bohr-effectus a már meglévő anyai-magzati pO_2 gradienst tovább növeli, további O_2 felvételét teszi lehetővé a magzat számára. A Bohr-effectus azt jelenti, hogy a plasma H^+ koncentrációja befolyásolja a Hb O_2 -felvételét. Azaz a H^+ koncentráció csökkenése emeli, míg emelkedése csökkenti a saturációt.

Az anyai Hb az O_2 leadása során H^+ -t vesz fel, növekszik a CO_2 affinitása és így a pCO_2 -je csökken, a magzati Hb az O_2 -felvétellel párhuzamosan H^+ -t ad le, ami a vörösvértestekben lévő HCO_3^- -ből további

CO_2 -t szabadít fel. Ez a kettős Haldane-effectus további CO_2 leadást tesz lehetővé. A Haldane-effectus azt jelenti, hogy O_2 -felvétel közben csökken a vér CO_2 felvevő kapacitása, O_2 leadásakor pedig növekszik.

A számítások szerint a kettős Haldane-effectus fontos tényezője a magzati CO_2 -eliminációnak, mert az összes CO_2 leadásának mintegy 46%-ért felelős. A kettős Bohr-effectus O_2 -felvételt befolyásoló hatása sokkal kisebb, az O_2 -felvételnek csupán 8%-át adja. A fentiekből nyilvánvaló, hogy foetalis vér oxigenizációjának hatása a CO_2 eliminációra élettanilag sokkal fontosabb, mint a CO_2 hatása az O_2 felvételre.

A magzati anyagcsere savas végtermékei is a placentán keresztül jutnak az anyai vérbe. A H^+ -transzport savanyítja az anyai vért, és ezzel csökkenti a CO_2 átvitelt. A magzat meglehetősen védtelen a metabolikus acidosisal szemben. Nem lévén tüdőlégzése, élesik a respiratoricus compensatio lehetőségétől. Ezt a hátrányt bizonyos mértékig kiegyenlíti a foetalis Hb nagyobb pufferkapacitása, valamint a felnőtthöz képest magasabb Hb koncentrációja. A magzati sav-basis egyensúly fenntartásában résztvesz a foetus veséje is. A harmadik trimeszterben a magzati vese acidosis hatására gyorsan növeli a H^+ -ürítést, emelkedik a titrálható aciditás és az ammóniaürítés. Az emelkedés mértéke természetesen elmarad a felnőtthöz képest. Mindenesetre a jól oxigenált magzat a placenta és a saját veséje segítségével meglepően rövid idő alatt képes megszabadulni H^+ -feleslegétől és helyreállítani a HCO_3^- szintjét.

A szülés alatt végzett egyidejű anyai és magzati vérvizsgálatok azt bizonyítják, hogy szoros kapcsolat van az anyai és magzati vér között a pH és pCO_2 tekintetében, míg a magzati HCO_3^- -szint meglehetősen állandó. Ennek oka, hogy a placenta sok szempontból úgy viselkedik, mint a vér-agy gát. A H^+ -t, a CO_2 -t könnyen átengedi, a HCO_3^- és a tejsav számára nehezebben átjárható. Az



ÖSSZEKÖTŐ

elhúzódó szülés fokozódó anyai acidosisa áttevődik a magzatra, elsősorban azért, mert az anyai acidosis kedvezőtlen a magzat H^+ eltávolítása szempontjából.

Mégis a foetalis acidosisok túlnyomó többsége nem anyai eredetű ún. "infusios" acidosis, hanem az elégtelen placentaris gázcseré következménye.

A magzati hypoxiát kísérő acidosisok túlnyomó többsége majdnem mindig kevert jellegű. A csökkenő oxigenizáció miatt anaerob glycolysis indul be, ami tejsav túlprodukción és metabolikus acidosisot okoz, a CO_2 eltávolítás zavarára a pCO_2 emelésével respiratoricus acidosis is ad hozzá.

A magzati vér O_2 -tensioja követi az anyai vér O_2 -tensiojának változásait, de a vártnál kisebb mértékben, mert a placentaris erek dilatatioja vagy constrictioja úgy szabályozza a keringést, hogy a magzati pO_2 capillaris vérben mérve 23–25 Hgmm körül ingadozik. Megállapíthatjuk, hogy a magzat intrauterin jólétének és normális fejlődésének kulcskérdése a megfelelő oxigenizáció biztosítása. Jó O_2 -ellátás mellett a foetus képes sav-basis egyensúlyának szabályozására. A legkisebb akadályozottság az O_2 -ellátásban a magzati hypoxián túl a sav-basis egyensúly felborulásához; kevert, metabolikus és respiratoricus acidosishoz vezet.

Ilyen H^+ -homeostasis mellett indul meg a szülés, amely az anya és a magzat számára komoly stresszt jelent és a sav-basis egyensúly tekintélyes eltolódásához vezet.

A szülés folyamán a magzatot éri a nagyobb terhelés. A szülőutakon való áthaladás a

ritmikus méhcontractiók eredménye, de minden egyes méhösszehúzódás az O_2 -ellátás romlásával jár. A szülés alatti "intermittáló" hypoxia és a fokozódó anyai metabolikus acidosis mindinkább akadályozza a magzat normális sav-basis egyensúlyának fenntartását.

A megszületést követően az újszülött számára még nincs vége a terhelésnek, mert a világrajövetelt követő percekben megszűnik a placentaris keringés és a gázcserét át kell állítani tüdőlégzésre és ezzel párhuzamosan a magzati keringésnek is át kell alakulnia az extrauterin élethez.

A fentiek alapján nem meglepő, hogy a szülés alatt és közvetlen utána a magzat, illetve az újszülött sav-basis paraméterei a felnőtthez képest határozottan kóros értékeket mutatnak, még normális szülés esetén is. A meglepő inkább az, hogy az újszülött klinikai állapota semmi kívánivalót nem hagy maga után.

A megszületést követő első másodpercekben az oxigenizáció tovább romlik, a CO_2 -tensio emelkedik és a pH csökken. Ez a folyamat kb. 20–30 másodpercig tart, ez alatt 4–5 légvétel történik és általában az 5. légvétel jelenti fordulópontot, ettől kezdve elkezd emelkedni a pO_2 és csökken a pCO_2 .

Ezt követően 5–10 perc alatt a sav-basis egyensúly respiratoricus oldala megközelíti az életani értékeket. A továbbiakban a metabolikus acidosis is csökken, de a paraméterek csak kb. 24 órában normalizálódnak teljesen.



Személyközpontú várandósgondozás

Holló Rózsa

Gyakorló körzeti védőnőként és oktató védőnőként is sokat foglalkoztatott hivatásom ellentmondásossága. Nevezetesen, hogy egy elsősorban primer preventív tevékenység miért koncentrálna szinte kizárólag a somaticus tünetekre, a direkt tanácsadásra és a felvilágosításra?



Korábbi évek tapasztalatai, melyet a gyakorló védőnői munka is alátámaszt, hogy a védőnői szolgálat is az egészségügy rendszerébe belépő kismamát "betegként" kezeli, elsősorban az orvosi

vizsgálatokra, laboratóriumi diagnosztikára, műszeres mérésekre koncentrálna; a várandósság pszichés problémáival, a változásokkal, azok élettani krízis jellegével csak felületesen foglalkozik. Így nem csoda, ha a gyermeket váró anyák jó része egészségügyi problémaként éli meg a várandósságát.

Ezzel szemben a kórházi, klinikai gyakorlatban egyre inkább teret hódít a családközpontú szülészet, az alternatív természetes szülés választási lehetőség lett. Az alapellátás és ezen belül a védőnői szolgálat szemléletében és gyakorlatában csak részben tud megfelelni ennek a kihívásnak.

A többség által nyújtott várandósgondozásban az anya passzív szereplője annak a csodának, ami a testében zajlik. A kapcsolat nem közte és a babája, hanem közte és az orvosa, védőnője között van. A felelősség egyre inkább az egészségügy dolgozóira (orvos, védőnő, szülésznő) felé toródik el, aminek következtében egy nem medicinális

természetű és jellegű folyamat szükségtelenül medikalizálódik. Főiskolai oktatói tevékenységem lehetőséget adott számomra, hogy megpróbálkozzam egy olyan új módszer kidolgozásával, mely megtartja a hagyományos várandósgondozás és a terhességi vizsgálatok vitathatatlan előnyeit, de jobban figyelembe veszi a pszichés és szociális változásokat. Célom volt tehát, egy olyan új módszer kidolgozása, melyben a kismamát partnerként kezeljük. Segítünk abban, hogy kompetenciáját megtarthassa, felelősséggel élhesse át azt a csodát, ami a testében zajlik.

A várandósgondozás új módszertani elvek szerinti oktatásának programját az 1997/98-as tanév második félévében kezdtük el kidolgozni. Gyakorlati kipróbálásra az 1998/99-es tanév első félévében a kötelező területi nagygyakorlaton került sor.

Röviden ismertetem a program lényegét.

A körzetekben alacsony a várandósok létszáma. Egyre kevesebb gyerek születik, ez természetesen érinti a védőnői szolgálatot. Felmerülnek egzisztenciális szorongások és ezzel együtt egy minőségében differenciáltabb, magasabb színvonalú munka igénye. A védőnőnek több ideje jut egy-egy kismamára és ezt a megnövekedett időt rutinból végzett munkával nem mindig lehet kitölteni. Szükség van új, korszerű munkamódszerekre, melyekből a védőnő választhat, amikor személyre szabott minőségi, várandós gondozást kíván végezni. A minőségbiztosítás elveit is szem előtt tartva munkánk során először lefirtuk a várandósgondozás minőségfokozatait, melyben négy különböző szintet, fokozatot állapítottunk meg.



ÖSSZEKÖTŐ

A GONDOZÁS MINŐSÉGFOKOZATAI

	3. fokozat	2. fokozat	1. fokozat	"0" fokozat
A gondozás területei	Optimális gondozás (aktív bevonás)	Elfogadható gondozás (egyénre szabott)	Biztonsági gondozás (rutin-ellátás)	Veszélyeztetett gondozást, vagy a gondozás hiánya (károsító hatás)
Alapgondozás	A várandósi aktívan bevonjuk saját tehetségét, erőforrásait (családtagokat is) Aktív egészségnevelési végzettség	A várandós tapasztalja egyéni szükségleteinek figyelembevételét, kielégítését.	A legszükségesebb tanácsokat megkapja, károsodott nem szenved. Bárkinek szólhat.	Gondozás elmarasztalása. Nincs személyes kapcsolat, tanácsadás. Problémák nem kerülhetnek felismerésre.
Veszélyeztetett gondozása	Ismeri "V" okát, együttműködik, a fokozott gondozásban és egyetért <i>azzal</i> . Tevénytárával egyetért, aktívan közreműködik. Különböző ellenőrző vizsgálatokat ha szükséges megtanulja, pl. RR, vércukor, vizelet, magzatmozgás, vérszékelya, stb.	Tájékoztattuk a fokozott gondozásról. Szükséges terápia a várandós bevonásával történi.	Korrekciót ellátást kap, bevonás és tájékoztatás nélkül.	Hibás, téves tanácsokat kap. Tüneteket, jelzéseket a védőnő nem ismeri fel.
Pszichés vezetés Szociális szükségletek kielégítése (védőnővel való kapcsolat)	Aktívan bevonjuk pszichés tüneteinek megoldásába. Megtanítjuk. Szülésre felkészítés. Anya-magzat kapcsolat. Szerepváltozás.	Gondozás során olyan légkört teremtünk, hogy elmondhassa problémáit. Tanácsadás személyes, szóbeli.	Várhatóan alkalmazkodás a védőnővel. Elfogadott és nem befogadott. Pszichés problémákról esetleg nem is esik szó.	Tanácsadás teljes hiánya. Nincs személyes kapcsolat. Pszichés "hátrahagyás", stressz, féltékenység, szorongás.
Kommunikáció	Tanácsadás. Segítő beszélgetés, pozitív elfogadás. Személyközpontú gondozás.	Jó kapcsolat. Lehetősége van kérdések feltételére, vélemény elmondására.	Sztereotíp tanácsadás. Egyoldalú kommunikáció.	Kevés, vagy nincs személyes kapcsolat. Nincs mód igazt kommunikációra.
Gondozási terv információátadás	A várandósi bevonjuk (esetleg apát is) a gondozási terv készítésébe és értékelésébe. Egészségügyi dolgozók között jó az együttműködés.	Egyéni gondozási terv készül, mely módosítható. Egészségügyi dolgozók közötti kommunikáció folyamatos.	Legszükségesebb információk átadása történhet meg.	Nincs kapcsolat, vagy minimális ellenőrzés folyik. (Volt-e vizsgálaton, mi az eredmény?)

A különböző fokozatokban ellátandó védőnői feladatokat alapgondozás, veszélyeztetett terhesek gondozása, pszichés vezetés, szociális szükségletek kielégítése (védőnővel való kapcsolat), kommunikáció és gondozási terv, információátadás szempontjából írjuk le. Véleményünk szerint a fejlesztés irányának az optimális gondozási szint (3. fokozat) felé kell tartani. Ennek érdekében meghatároztuk a szükséges cselekvéseket.

Első lépésben elkészítettük a "Most, hogy kismama lettem..." című tájékoztató füzetet.

"Azt kérdezted tőlem, hogy vártalak?"

Mint az éjszakára fölvirrad a Nap,
mint délutánra jö az alkonyat,
mint ha szellő jelzi a fürgeteget –
ezer picit jelből tudtam jöttödet."

(Beney Zsuzsa)



ÖSSZEKÖTŐ

"MOST, HOGY KISMAMA LETTEM..."

Ön most élete egyik legboldogabb szakaszába lépett. E boldogságot felesleges aggodalmaskodással, bizonytalansággal ne hagyjuk megzavarni. A védőnői tevékenység az egyike a legszebb emberi szolgáltatásnak, amely több, mint 80 éve tevékenykedik a várandós kismamák, a csecsemők és a gyerekek egészségének megőrzéséért. Sok kérdés fogalmazódhat meg most Önben, melyek tisztázásában igyekszem segíteni.

Találkozásunkra két lehetőség kínálkozik.

1. Családlátogatás

- ennek során felkeresem Önt (Önöket) otthonukban, s így megbeszélhetjük a felmerülő kérdéseket, problémákat, a szükséges tudnivalókat,
- első 6 hónapban havonta egyszer, majd 2 hetente, illetve szükség szerint.

2. Terhestanácsadás

- 6. hónapig havonta egyszer,
- a 36. hétig 2 hetente,
- a 36. héttől a szülésig hetente,
- szükség szerint

Mivel kapcsolatos tanácsokat kaphat Ön a védőnőtől?

1. Életmód:

- Milyen tisztálkodási és illatszereket használjon?
- Mit viseljen?
- Hogyan táplálkozzon?
- Milyen kockázatot vállalok, ha dohányzom, iszom...?
- Milyen munkát végezhetek és meddig, illetve amit nem?

- Hogyan tudok védekezni a fertőzésekkel szemben?
- És a szexuális élet...?
- Hogyan tudok kiegyensúlyozott maradni? Segítségnyújtás a terhesség elfogadásában testi, lelki vonatkozásban.

2. Terhesség alatt kötelezően elvégzendő vizsgálatokat a mellékletben találja.

3. Szülésre felkészítő tanfolyam:

- apa részvételével történhet,
- 2. hónaptól lehet résztvenni, mely orvosi engedélyhez kötött
- terhesség élettana és anatómiája
- a szülés megindulásának jelei
- babagondozás,
- szülőszobai látogatás,
- tájékoztatás a rooming-in rendszerről
- kórházi baba-mama kelengye összeállítása,
- első újszülött látogatás
- terhestorna
- relaxáció, autogen tréning.

4. Szociális támogatások rendszere

Remélem, ezen tájékoztatóval segítségére tudtam lenni abban, hogy terhessége valóban áldott legyen és a kisbaba megérkezését felkészülten fogadja, hogy amikor itt van, csak rá kelljen figyelni.

Üdvözlettel az Ön védőnője:

Tanácsadó címe, telefonszáma:

Tanácsadás ideje:

Fogadóóra:

Ettől kezdve hármilyen orvosi vizsgálaton megjelenik, kérem közölje, hogy gyermekét vár!



ÖSSZEKÖTŐ

Terhességi eseménynaptár

Vizsgálat időpontja	Vizsgálatok	Vizsgálatok jelentősége
1. jelentkezés	Oncocytológia	
	Colkoscopia	Rákszűrés
	Emiók vizsgálata	
	Vérkép vizsgálata	Vérszegénység szűrése
	HBsAg vizsgálat	Fertőző májgyulladás szűrése
	Toxoplasma vizsgálat	Toxoplazmózis szűrése
	Wa vizsgálat	Nemi betegség szűrése
	Vércsoport vizsgálat	Vércsoport megállapítása, vizsgálata, illetve összeférhetlenség szűrése
	Vizelet vizsgálat, vérnyomás és súlymérés folyamatosan	Hólyag és vesebetegségek szűrése
	Belgyógyászati vizsgálat	Belgyógyászati betegségek szűrése
Fogászat	Fogászati betegségek szűrése	
12. hét	Ultrahang vizsgálat	Down-szindróma szűrése, terhességi kor megállapítása
16. hét	AFP vérvétel	Fejlődési rendellenességek szűrése
	2. Rh ellenanyag	Vércsoport összeférhetlenség szűrése
18. hét	Ultrahangvizsgálat	Terhességi kor kiszámítása, fejlődési rendellenességek szűrése
20. hét	Vérkép vizsgálat	Vérszegénység szűrés
	Toxoplasma vizsgálat	Ha negatív volt
24-26. hét	Postprandialis vércukorvizsgálat	Terhességi cukorbetegség kimutatása
	3. Rh-ellenanyag	Vércsoport összeférhetlenség szűrése
29-30. hét	Ultrahang vizsgálat	A magzat növekedésének vizsgálata, lepeny helyzete, fejlődési rendellenesség szűrése
32. hét	3. vérkép vizsgálat	Vérszegénység szűrés
	Toxoplazmavizsgálat	Ha negatív volt
	Hüvelyváladék vizsgálat	Az újszülötthez veszélyes kórokozók szűrése
36. hét	Vércsoport vizsgálat ismétlése	
	NST vizsgálat	A magzati szívhang vizsgálata a magzatmozgás függvényében
	Nőgyógyászati vizsgálat	
37. hét	NST vizsgálat hetente	
40. hét	Magzatvíz vizsgálata	A magzat állapotáról ad tájékoztatást

A tájékoztató füzetben bemutatjuk a védőnői szolgálatot, a kismama és a védőnő közötti kapcsolat kialakulásának szervezeti formáit, valamint vázlatosan felsoroljuk azokat a területeket, ahol tanácsaira, segítségére számíthat. A terhességi eseménynaptár orvosi, laboratóriumi és ultrahang vizsgálatok időpontjáról és jelentőségéről ad tájékoztatást.

A várandós gondozás kiemelt módszere a családlátogatás, melynek során a védőnő otthonában keresi fel a kismamát.

Látogatólapokat készítettünk "Az első három hónap, IV. hónap, V.- VI. hónap, VII.-VIII. hónap és IX. hónap" bontásban.

Az első három hónap

Kedves Kismama!

Az itt leírt tüneteket tapasztalhatja magán, lehet, hogy csak egyet-egyét, lehet, hogy valamennyit.

Kérjük forduljon védőnőjéhez, aki tanácsokkal segíti Önt!



ÖSSZEKÖTŐ

Mit érezhet ebben az időszakban?

Testi változások

- fáradékonyság, álmoság, aluszékonyság
- időnként fejfájás, szédülés
- émelygés hányással, vagy anélkül, fokozott nyálképződés
- undorodás egyes ételektől, vagy más étel megkívánása
- szagok iránti érzékenység
- gyomorégés, emésztési zavarok, has felpuffadása
- székrekedés
- gyakori vizelet inger
- emlő változásai (elnehezülés, duzzadás, érzékenység, elszíneződés)

III. hónap végére

- szűknek érezheti a ruháit derékban és mellben
- hasa nagyobbak látszik
- fokozódó étvágy

Érzelmi változások

- változó kedélyállapot
- szorongás, félelemérzés, öröm, túlradó jókedv
- szeretetigény

III. hónap végére

- eddig nem észlelt nyugalom

Negyedik hónap

Kedves Kismama!

Az itt leírt tüneteket tapasztalhatja magán, lehet, hogy csak egyet-egyét, lehet, hogy valamennyit.

Kérjük forduljon védőnőjéhez, aki tanácsokkal segíti Önt!

Mit érezhet ebben az időszakban?

Testi változások

- fáradékonyság
- időnként fejfájás, szédülés

- émelygés, hányás ritkulása; esetleg megszűnése
- gyomorégés, emésztési zavarok, puffadás
- székrekedés
- vizelet inger ritkulása
- terhességi fogfnygyulladás
- fokozódó étvágy
- emlő tovább növekszik, de a feszülése, érzékenysége csökken
- kevés fehér hüvelyváladék jelentkezhet
- enyhe oedema (duzzanat) lábon, bokánál
- fokozott szőrnövekedés
- hónap vége felé megmozdulhat a baba

Érzelmi változások

- nemi vágy erősödése, fokozódása
- változó kedélyállapot
- boldogság, vagy szorongás érzése
- szórakozottság, szétszórtság, feledékenység, figyelem lanyhulása
- terhesség elfogadása, a legharmonikusabb időszak

Ötödik és hatodik hónap

Kedves Kismama!

Az itt leírt tüneteket tapasztalhatja magán, lehet, hogy csak egyet-egyét, lehet, hogy valamennyit.

Kérjük forduljon védőnőjéhez, aki tanácsokkal segíti Önt!

Mit érezhet ebben az időszakban?

Testi változások

- időnként fejfájás, szédülés
- gyomorégés, emésztési zavarok, puffadás
- hasfájás, székrekedés
- fokozódó étvágy, súlygyarapodás
- boka, láb, időnként a kéz, arc enyhe oedemája (duzzanata)
- lábgörcsök jelentkezhetnek
- visszerek a lábon, aranyér
- hátfájás



ÖSSZEKÖTŐ

- szaporább szívverés
- bőrszín elváltozása, foltok a hason, arcon
- terhességi csíkok a hason, melleken
- növekvő mennyiségű fehér folyás
- magzatmozgás

Hatodik hónapban

- a magzatmozgás fokozódik
- a has bőrének viszketése jelentkezhet

Érzelmi változások

- ritkábban jelentkező változó kedélyállapot
- harmonikus időszak folytatódik
- időnként fellépő ingerlékenység, szorongottság
- terhesség teljes elfogadása – testséma változása
- szeretetigény – apa bevonása

Hetedik és nyolcadik hónap

Kedves Kismama!

Az itt leírt tüneteket tapasztalhatja magán, lehet, hogy csak egyet-egyét, lehet, hogy valamennyit.

Kérjük forduljon védőnőjéhez, aki tanácsokkal segíti Önt!

Mit érezhet ebben az időszakban?

Testi változások

- időnként fejfájás, szédülés, ájulás érzés
- gyomorégés, emésztési zavarok, puffadás
- székrekedés
- boka, láb, időnként a kéz és az arc enyhe oedemája (duzzanata)
- lábgörcsök jelentkezhetnek
- visszerek a lábon, aranyér
- hátfájás
- has hőérének viszketése
- erősödő fehér hüvelyváladék-folyás
- határozottabb, erősebb rendszeres magzatmozgás

- légszomj
- alvászavarok, álmatlanság

A nyolcadik hónap végére fokozódó nehézlégzés, mivel a méh egyre jobban nyomja a rekeszizmot és ezáltal a tüdőt.

A nyolcadik hónapban esetleg jelentkező jöslő fájások.

- elnehezülés, ügyetlen mozgás
- mellből szivárgó vagy kipréselhető étőtej

Érzelmi változások

- fokozódó szorongottság
- a magzat fokozódó féltése, növekvő szorongás-a vajúrástól, szüléstől
- egyre gyakoribb álmódosítás a születendő gyermekről

A nyolcadik hónapban

- kevésbé fontos a szexuális élet
- az érzelmi támogatást fokozottan igényli
- izgatottság attól a tudattól, hogy már nincs messze a szülés ideje
- önmagára és a születendő gyermekére irányul leginkább a figyelme

Kilencedik hónap

Kedves Kismama!

Az itt leírt tüneteket tapasztalhatja magán, lehet, hogy csak egyet-egyét, lehet, hogy valamennyit.

Kérjük forduljon védőnőjéhez, aki tanácsokkal segíti Önt!

Mit érezhet ebben az időszakban?

Testi változások

- időnként fejfájás, szédülés, ájulás érzése
- gyomorégés, emésztési zavarok
- csökkenő étvágy
- székrekedés
- boka, láb, kéz és arc fokozódó oedemája (duzzanata)
- lábgörcsök jelentkezhetnek
- visszerek a lábon, aranyér



ÖSSZEKÖTŐ

- egyre erősödő hátfájás
- far- és medencefájdalom
- has bőrének fokozódó viszketése
- baba beilleszkedése, a méh leszállása után könnyebb levegővétel
- gyakoribb vizelési inger
- alvászavarok
- erősödő jósló fájások lehetnek
- hüvelyváladék sűrűbbé válik, több nyálkát tartalmaz
- magzatmozgás jellegének megváltozása (ahogy a méh egyre szűkebbé válik, több az ún. fészkelődés, kevesebb a rugdosás)
- mellből szívárgó, kipréselhető előtej
- egyre jobban elnehezül, ügyetlenebb lesz

- fáradtság, vagy éppen rendkívüli letterő, a kettő váltakozása

Érzelmi változások

- ingerlékenység, túlérzékenység, türelmetlenség
- növekvő izgatottság, szorongás, szórakozottság
- ha van már gyermeke, esetleg szorongva hagyja el őt addig, amíg a kórházban lesz
- az új jövevényt vajon hogyan fogadja majd?
- álmódoszás a születendő gyermektől
- megkönyebbülés érzése a cél előtt

Felsoroltuk a várható testi, érzelmi, hangulati változásokat. Lehetőséget adtunk arra, hogy a saját magán észlelteket leírja és a védőnőtől elvárt segítséget is megfogalmazhassa. Terveink szerint a látogatólapokat havonta, kéthavonta vimé magával családlátogatáskor a védőnő és otthagyná a kismamának. A következő előre egyeztetett látogatás alkalmával megbeszélnek azokat a kérdéseket, melyek a kismamában felmerültek és amiben tanácsot, segítséget kér.

A programkészítés utolsó feladata a kérdőív összeállítása volt. Ezzel a módszerrel kívántuk felmérni a résztvevő várandós édesanyák elégedettségét. Számunkra ez a kérdőív fontos visszacsatolásként, feedback-ként működött, hisz ez tette lehetővé azt, hogy értékeljük munkánkat és hogy az esetleges hiányosságokat a probléma újravizsgálata során kijavíthassuk. Valamint ennek segítségével tájékozódhattunk arról, hogy a kitűzött célunkat mennyiben sikerült elérnünk, elmozdultunk-e a kívánt cél, az optimális gondozás irányába.

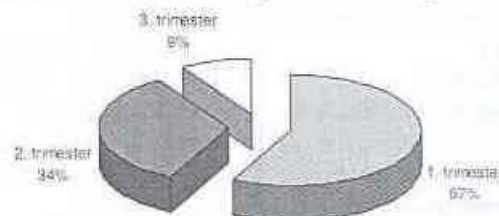
Eredmények

A programban résztvevő kismamák elégedettségét kérdőíves módszerrel vizsgáltuk. A kérdőív zárt és nyitott kérdéseket tartalmazott.

A kitöltés módszere egyéni, anonim volt. A feldolgozás hagyományos módon – kézi adatfeldolgozással – történt.

A 113 kiosztott kérdőívből valamennyi visszaérkezett. Az általános rész 113 esetben, a tartalmi rész 109 esetben volt értékelhető.

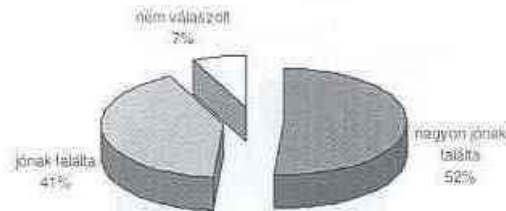
Az első ábra a várandósok trimeszterenkénti megoszlását mutatja (n=113 fő).





ÖSSZEKÖTŐ

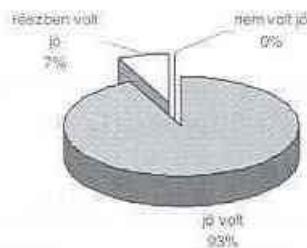
A 2. ábrán a tájékoztató füzetekről alkotott véleményeket tüntettem fel (n=109 fő).



Vélemények röviden:

- Fontos, hogy írott formában van.
- Széleskörű tájékoztatást ad a védőnő munkájáról és a várandósságról.
- Minden lehetőséget megad bármilyen probléma megoldására, főleg a folyamatos, szükség szerinti kapcsolattartási lehetőséggel.
- Az eseménytaptárt különösen hasznosnak tartom.
- Különösen sokat segít az első gyermeket váróknak.

A látogatólapokról alkotott vélemények a következő diagramon láthatók (n=109 fő):



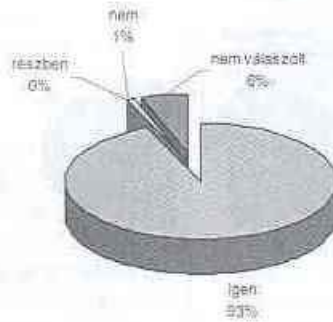
Vélemények röviden:

- Sokat segített, nem aggódtam feleslegesen.
- Tudtam, hogy a panaszaim természetesek, nem kórosak.
- Mindig tudtam, hogy mit várhatok az aktuális hónapban – így nem aggódtam, ha bekövetkezett.
- Jobban átéltem a terhességemet, oldotta a szorongásomat.
- Választ kaptam a kérdéseimre, jó volt, hogy leírhattam őket.
- Tudtam követni a gondozást, biztonságot adott.



ÖSSZEKÖTŐ

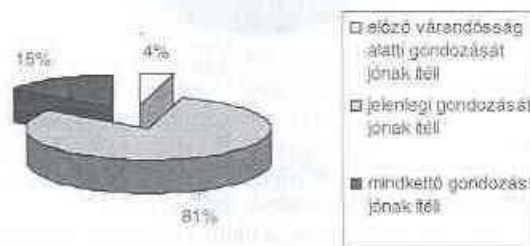
A jelenlegi várandósgondozással kapcsolatos elégedettséget mutatja a következő ábra (n=109 fő):



Vélemények röviden:

- Nagyon odafigyelnek a mama és a baba egészségére, nem tekintenek betegnek.
- Több időt töltött nálam a védőnő, és ez jó volt.
- Úgy éreztem, kiemelkedő figyelmet szentelnek nekem, fontos vagyok.
- Gondoskodtak rólam, de nem vették el a saját felelősségemet.
- Megtanított arra, hogy beszélgethetünk a babával és ő hogyan reagál.
- Felkészülten vártuk a babát.
- Bensőséges kapcsolat alakult ki köztem s a védőnőm között – igazi segítőkész volt.
- Partnerként kezeli a kismamákat, maximálisan figyel a terhesség testi és lelki folyamataira.

Összehasonlítottuk a hagyományos és az új várandósgondozás megítélését a már gyerekekkel rendelkező kismamáknál (n=46 fő):



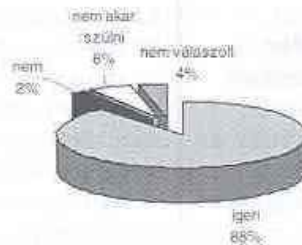
Vélemények röviden:

Jelenlegi gondozást jobbnak ítélik:

- Alaposabb, egyénre szabottabb.
- Több felvilágosítást, segítséget ad.
- Az előző terhességem alatt keveset tudtam, most mindent elmagyaráztak.
- Nagyobb volt a biztonságom.
- Egészen más, mélyebb kapcsolat alakult ki köztem és védőnőm között.
- Fontos volt a partneri viszony.



Megkérdeztük, hogy újabb terhesség esetén választanák-e az új gondozási formát (n=109 fő)?



Összefoglalás

Célom volt egy olyan új várandósgondozási módszer kidolgozása, melyben megvalósítható a biztonságot nyújtó segítő kapcsolat. A programban résztvevő kismamák elégedettségi vizsgálata azt mutatja, hogy ezt a célt sikerült elérnünk. Elmozdultunk a 3. fokozatú, optimális gondozás irányába. Ez a tapasztalat azt is jelenti számunkra, hogy az adott struktúrán belül a meglévő erőforrásokra építve szemléletváltozást lehet elérni rövid idő alatt is.

Hiszek abban, hogy azok a hallgatók, akik velem együtt dolgozva immár negyedik éve részt vesznek a programban, az emberi problémákra fogékonyabb, nagyobb empátiás készséggel, toleranciával rendelkező segítők lesznek.

Az általunk kidolgozott várandósgondozás alapjaira építve a családokkal jobb emberi kapcsolatot kialakítva segíthetik a gyermeknevelést is, miközben saját maguk is állandó önreflexióra törekedve személyiségük növekedését, gazdagodását érhetik el.

Az újszülöttkori *B* csoportú *Streptococcus* fertőzések megelőzése

Dr. Horváth Boldizsár



Éppen tíz esztendeje, 1992-ben, először amerikai szülészek és gyermekgyógyászok, majd jogászok módszertani levelekben és közleményben hívták fel a figyelmet súlyos *B* csoportú

Streptococcus (GBS) fertőzések megelőzésének fontosságára és lehetőségeire. Bár manapság a betegség irodalma már esaknem áttekinthetetlen (MEDLINE adatbázis 2001-ben 127 közlést figyelt), de biztosan állítható, hogy preventios eljárások kívánatosak és hatásosak.

Anyai GBS colonisatio statusától függetlenül is több kockázattényező növeli a

Streptococcus B okozta peripartalis magzati sepsis lehetőségét. Ilyenek: koraszülés, nyitott méhszáj, prolóngált idő előtti burokrepedés, elhúzódo szülés, tág peteür (polyhydrámnion, ikerszülés), intrapartum anyai láz, GBS bacteriuria, előzetes GBS megbetegedés.

I. táblázat: a szülés körüli magzati fertőzések rizikófaktorai

- 18 órán túli burokrepedés vagy elhúzódo szülés
- koraszülés
- láz a szülés alatt
- peteür fertőzödo (chorioamnionitis)
- ikerszülés



ÖSSZEKÖTŐ

- előzményben peripartalis GBS fertőzés
- diabetes
- polyhydramniön
- nagy csíraszámú anyai colonisatio
- alacsony szocio-ökonómiai viszonyok
- promiscuitás
- terhesség alatti uropoeticus GBS infectio

A szülőanyák 14–18%-a egy vagy több kockázati tényezővel is rendelkezik, mintegy hatszorosra növelve az újszülöttkori sepsis veszélyét. Bár a szülés alatti magzati fertőződés, a verticalis transmissio aránya 40–73% köré tehető, mégis a korai súlyos neonatalis GBS megbetegedések csupán a bacteriumot hordozó újszülöttek 1–2%-ában fejlődnek ki, GBS sepsisre ezer élveszületésből 1–2 esetben számíthatunk. A szülés körüli időben adott antibioticus kezelés jelentősen csökkenti a verticalis bacterialis transmissiot, ezzel csökkentve a neonatalis fertőzés kockázatát.

Az optimalis megelőző stratégia megválasztás módszerére irányuló korrekciós vizsgálatokra etikai megfontolásokból nincs lehetőség (prospectiv randomizált kettős-vák kontroll – Cochrane I. evidencia szint). Ma a gyakorlat számára három módszert javasolnak:

1. Szűrés nélkül rizikó esetén szülés alatt "vakon" alkalmazott antibioticus preventio.
2. Terhesség alatt GBS szűrés és kockázat fennállta esetén szelektív szülés alatt alkalmazott antibioticus profilaxis.
3. Szűrés, és intrapartum chemoprofilaxis minden GBS hordozó anyánál.

Számos, a preventív stratégiákat összehasonlító tanulmány ellenére a különbségekre nincsenek meggyőző adatok. Költséghatékonyasága miatt ma leginkább a szűrés nélkül, kockázat fennállása esetén alkalmazott antibioticus kezelési stratégia ajánlható. A megelőző stratégiák kb. 80%-os hatékonyságot ígérnek, de ez még tovább is növelhető akkor, ha első antibioticus

kezeléstől a szülésig legalább két óra telik el. Ez az idő a hatásos antibioticum magzati serumszint eléréséhez szükséges.

Antibioticus kezelésre ampicillin vagy penicillin G adása javasolt. Mindkét kezelésnek vannak előnyei. Az antepartum ampicillin kezelés csökkenti a genitális fertőzések kockázatát. A penicillin G-nek keskeny spectruma van, de a B csoportba tartozó *Streptococcus* bacteriumok csaknem mindegyike érzékeny, és a típusos szülés alatti fertőződés, a chorioamnionitis kórokozójának kétharmada ma is penicillin érzékeny. Enterobacteriumokkal (*E. coli*, *K. pneumoniae*) szemben nem alakul ki resistencia.

Mikor kell a tenyésztéshez mintát venni? A szülés előtt 6 héttel vett minta esetén az érzékenység 43%-os, a sajátosság 85%-os. Minél jobban megközelíti a szülés idejét a bacteriologiai mintavétel, annál pontosabban egyezik a szülés alatti colonisatioval. Az észak-amerikai ajánlások (CDC irányelvek) szerint a 35–37. héten történik a leoltás, mások korábban a 28–30. héten szűrik az anyákat (csupán 60%-os pozitív előjelző érték), ez a legveszélyeztetettebb kategória a koraszülöttség lehetősége miatt. Adatok vannak arra is, hogy a nagymértékben colonisalt anyák gyermekeinél nagyobb a szülés alatti magzati fertőzöttség (a verticalis transmissio) esélye, amit pozitív vizelettenyésztési eredmény megerősít.

Mi a teendő visszatérő középidőben jelentkező (II. trimeszterbeli) GBS fertőződés eseteiben? Ilyenkor a magzatburkok gyulladása (chorioamnionitis) és következményes középidős vetélés, illetve koraszülés léphet fel. Többen úgy tartják, hogy két egymást követő középidős chorioamnionitist követő terhesség alatt megelőző célból havonta ismétlődően 10 napos ampicillin (4x250 mg) adása célszerű.

Saját vizsgálatok

A Markusovszky kórházban 1995-től az összes gondozott terhesre kiterjesztett,



"szűrés és selectiv chemoprofilaxis" stratégiát követünk. A 28–32. héten a hüvelybejáratból vett mintából az anyai GBS hordozást vizsgáljuk (koraszülésre hajlamos terhesség esetén a korai időszakban) és a szülés alatt, kockázat esetén, antibioticus kezelést (négy óránként 2g Ampicillin iv. bolusban) alkalmazunk. Hét év alatt több, mint tízezer terhes és újszülött adatai hirtokában a gyakorlat számára számos fontos eredmény igazolódott.

Előzmény: a vizsgálatot megelőző 10 év alatt (1984–1994), 149 súlyos kimenetű újszülöttkori B csoportú *Streptococcus*-fertőzést észleltünk (149/15,040 eset, 0.99%), közülük 97 koraszülött volt; 31 sepsis fordult elő, közülük 29 fatális kimenetelű.

A preventív eljárás bevezetését követően (1995–2001 végéig) 46 súlyos újszülöttkori GBS fertőzést, kilenc sepsist, közülük csupán két fatális kimenetelű tapasztaltunk. Anyai *Streptococcus agalactiae* colonisatio a hüvelybejáratból vett kenet alapján 17,7%-os volt (1,781/10,040 terhes). Ez az előfordulási gyakoriság biztosan nagyobb lenne, ha a perianalis régiót is vizsgáltuk volna (de a verticalis transmissio a hüvelyből a legvalószínűbb). A preventív eljárás bevezetését követően a súlyos B csoportú fertőzések gyakorisága felére csökkent (0,46% szemben 0,99%), és igen jelentősen csökkent a fatális kimenetek aránya is (0,02%, szemben 0,19%). Az utóbbi években halálos szövődményt vagy maradványtünetekkel járó B csoportú *Streptococcus*-fertőzéseket nem észleltünk!

A mindennapi gyakorlatot figyelve számos szakmailag vitatott eljárásra is vannak adatok, mint:

- Vannak akik a bakteriologiai mintavételt a méhnyakból, a cervixből nyerik. (A colonisatio legvalószínűbb a perianalis régióban, majd a hüvelybejáraton, mert alapvetően a lap- és köbhámon

szaporodnak. A cervix hengerhámján ritkán).

- A terhesség alatt nyert pozitív minta alapján egyéb kockázati tényező hiányában is (pl. nyitott méhszáj) antibioticus kezelést alkalmaznak. Hatástalan, mert csak átmeneti csírátlanitást eredményez, növeli a resistencia lehetőségét. Terhesség alatti kezelés csak koraszülésre hajlamos anyáknál javasolt (álló burok mellett fellépő idő előtti fájástevékenység tocolytikus kezelése kiegészítéseként).
- Colonisalt anyát rizikó fennállása nélkül is szülés közben antibioticus kezelésben részesítik (kockázattényező nélkül a verticalis transmissio lehetősége esekély).
- A bakteriologiai mintavétel a terhesség utolsó heteiben történik meg (a legveszélyeztetettebb beteganyag így a szűrésből kimarad (a korai kezdetű GBS sepsis lethális fordítva arányos a születési súllyal).
- A chemoprofilaxist aluldozozzák (4 óránként 2g ampicillint iv. bolusba, vagy 5 ME penicillin iv., majd 2.5 ME négyóránként adagolva éri el a kívánt serumszintet a magzatban).

Összefoglalva

- A súlyos újszülöttkori GBS fertőzések megelőzése érdekében preventív intézkedés bevezetése minden szülészeti ellátó számára szakmai kötelezettség.
- A megelőző eljárás megválasztása jelenleg orvosi meggyőződés alapján, a beteganyagtól és tapasztalattól függően különböző lehet.
- Költséghatékonysága miatt ma leginkább a szűrés nélkül, kockázat fennállása esetén szülés alatt alkalmazott antibioticus kezelési stratégia ajánlható.
- A hatásos megelőzés a beteg számára fokozott biztonságot, az ellátó számára biztosan megtérülő szakmai sikereket és közgazdasági előnyöket jelent.



Ajánlott irodalom

1. Committee on Infectious Diseases and Committee on Fetus and Newborn: Guidelines for Prevention of Group B Streptococcal (GBS) Infection by Chemoprophylaxis. *Pediatrics* 1992. 90. 775–778.
2. Fargason, C.A., M.M., Myriam Peralta-Carcelen, D.J. Rouse és mtsai.: The Pediatric Costs of Strategies for Minimizing the Risk of Early-Onset Group B Streptococcal Disease. *Obstet. Gynecol.* 1997. 90. 347–352.
3. Horváth B.: Peripartalis *Streptococcus B* fertőzések. *Magyar Nőorv. Lapja.* 1995. 58. 411–413.
4. Horváth B., Grasselly M., Lakatos F. és Knéffel P.: Szülés alatt alkalmazott antibiotikus kezelés az újszülöttkori B csoportú *Streptococcus* fertőzések megelőzésére. *Orv. Hetil.* 1998. 139. 2899–2901.
5. Sziller I. A korai újszülöttkori *Streptococcus*-sepsis szülészeti vonatkozásai. In: *Perinatológus párbeszéd* (szerk.: Papp Z. és mtsai) m Golden Book Kiadó Budapest, 2001. 159–160.

Az anyai gyógyszerek foetális/neonatalis hatásai

Dr. Sulyok Endre

Az előadás olyan klinikai tapasztalatokat



foglal össze, melyeket a szerző és munkacsoportunk a Pécsi Orvostudományi Egyetem Szülészeti- és Nőgyógyászati Klinikáján szerzett. A különböző terhességi

pathológiák elhárítására alkalmazott anyai gyógyszeres kezelés magzati/neonatalis mellékhatásaként olyan adaptációs zavarok alakulhatnak ki, melyek kórélettani alapjainak feltárásával időtálló, tudományos értékű megfigyeléseket tettünk.

Az anyai Indomethacin kezelés és az újszülöttek adaptációja

Az 1970-es évek második felében a koraszülések megelőzésére és a korai fájástevékenység leállítására skandináv szerzők az Indomethacin tocolysis bevezetését javasolták.

A kezelés elméleti alapját az jelentette, hogy az uteruscontractio kapcsán jelentős mértékben fokozódik az endogen prostaglandintermelés, melynek döntő szerepet tulajdonítanak a szülés élettani

folyamatában. A prostaglandinok képződését gátló Indomethacin az uteruscontractiokat megszünteti és lehetővé teszi a terhesség prolongálását. A megfigyeléssel közel azonos időben ismerték fel, hogy a vasodilatator hatású prostaglandinok szerepet játszanak a renin-angiotensin-aldosteron rendszer (RAAR) aktivitásának fokozásában. A fenti megfigyelések birtokában munkacsoportunk azt vizsgálta, hogy az eredménytelen Indomethacin tocolysis után megszületett újszülöttekben a RAAR aktivitása hogyan változik.

Megállapítottuk, hogy ezen újszülöttek köldökvérében a plazma reninaktivitása és aldosteron koncentrációja jelentős mértékben csökken, ami arra utalt, hogy a RAAR neonatalis hyperfunctiójában a prostaglandintermelés perinatalis fokozódása fontos pathogeneticai tényező (1).

Az anyai Indomethacin kezelés után megszületett újszülöttek gondos klinikai észlelése, Rtg vizsgálata és vérgázanalízise alapján a cardiorespiratoricus adaptáció sajátos zavarát, a persisztáló foetális keringést igazolták. A kórképre pulmonalis hypertensio, a csökkent pulmonalis perfusio



ÖSSZEKÖTŐ

és nyitvamaradi foetalis shuntok jellemzők. Az adaptációzavar alapja a pulmonalis vascularis resistenciát csökkentő dilatator hatású prostaglandinok elégtelen termelése (2).

A megfigyelés alapján munkacsoportunk elsőként vetette fel, hogy az electív császármetszéssel született újszülöttek cardiorespiratorikus adaptációs zavara, az RDS II-nek, vagy "nedves tüdőnek" nevezett körkép pathomechanizmusában is a perszisztáló foetalis keringés és nem a korábban feltételezett elégtelen tüdőfolyadék-eliminálás a döntő tényező. Feltételezésünket a sajátos klinikai kép mellett az electív császármetszés során ismételt igazolt alacsony prostaglandin-termelésre alapoztuk (3).

Elméleti és klinikai-gyakorlati szempontból megalapozott hypothesisünket később más munkacsoportok modern színes doppler echocardiographiás vizsgálatokkal megerősítették.

A beta-mimetikus tocolysis és az újszülöttek adaptációja

Az elmúlt évtizedek során a beta-mimetikus tocolysis (BMT) a szülészeti gyakorlat általánosan elfogadott és széles körben elterjedt módszerévé vált. Legfontosabb alkalmazási területe a koraszülések megelőzése, de eredményes próbálkozások történtek az acut intrauterin veszélyállapotok elhárítására, a kóros uteruscontractio szabályozására és bizonyos esetekben az alacsony súlyú koraszülöttek atraumatus kiemelésének biztosítása érdekében az uterus izomzatának relaxálására.

A BMT bevezetése óta a perinatalis morbiditásban és mortalitásban észlelt kedvező változások azt látszottak bizonyítani, hogy ennek az új therapiás eljárásnak a létjogosultságát nem lehet vitatni. Számos tényező azonban arra hívta fel a figyelmet, hogy a BMT nem okozott olyan áttörést a perinatalis mutatók javításában, mint azt a kezdeti sikeres

próbálkozások alapján remélni lehetett. Sőt az anyai gyógyszeres kezelés után az újszülöttkori adaptáció sajátos zavarait figyelték meg.

1. Pulmonalis adaptáció: hypotensio és a tüdő hypoperfuziójának létrehozásával, valamint a szöveti felületaktív anyag raktárak depletálásával IRDS kialakulásához vezethet.
2. Cardiovascularis adaptáció: hypotensio, a magzati keringés átrendezése és az uteroplacentaris keringés megváltoztatása mellett növeli a magzati szív terhelését, a szívizomzat funkcionális és/vagy morphologiai károsodását okozhatja.
3. Anyageserc adaptáció: gyakori mellékhatás a korai hypoglycaemia, hypocalcaemia és ismételt észlelt lactateacidosis, valamint só- és vízretenciót.
4. Endocrin adaptáció: fokozódik a cAMP szintézis, az inzulin, a glucagon-, a parathormon- és az ADH secretio. Növekszik a RAAR aktivitása és a T_4 - T_3 átalakulás.

A mellékhatások ismeretében, azok elhárítására felkészülve ismételt megfigyeltük, hogy a sikeres korai adaptációt követően, alarmizáló tünetek nélkül, az addig jó állapotban lévő koraszülöttek az élet 5-10 napján váratlanul exitaltak. Cardialis szövödményt feltételezve kezdeményeztük a szívizom gondos vizsgálatát. A morphologiai vizsgálatok egyértelműen igazolták a BMT következtében kialakult súlyos szívizom károsodást. Makroszkóposan a kamrák izomzatának zsíros degeneratioja, dilatatioja, esetenként apró göccs necrosisok voltak észlelhetők. A mikroszkópos képen főleg a papillaris izmok területén acidophilén festődő necroticus göccs, a szívizomrostok összezsapzódása, a sejtmagok hiánya vagy kifejezett sejtmag-polymorphismus voltak megfigyelhetők.

Az irodalmi adatok és saját tapasztalataink alapján azt a következtetést vontuk le, hogy a



BMT az újszülöttek adaptációját mélyrehatóan befolyásolják.

Kóros hatásainak csökkentésére javaslatot tettünk a kezelés indikációjának pontos meghatározására, a legmegfelelőbb gyógyszer kiválasztására, a kezelés optimalis dózisának és időtartamának megválasztására, a terhes asszonyok gondos belgyógyászati ellenőrzésére, valamint a kialakult adaptációs zavarok gyors és adequate kezelésére (4).

A terhességi hypertonia Methyldopa kezelése és az újszülöttek adaptációja

Klinikai tapasztalatok szerint a terhességi hypertonia Methyldopa kezelése a perinatalis időszakban egyértelműen kedvező hatású és sem rövid, sem hosszabb távon nem jár káros következményekkel az újszülött- és gyermekkorban.

Megfigyelték ugyanakkor, hogy a terhesség 16–20. hete között Methyldopa kezelésben részesült anyák nő újszülöttjeinek fejkörfogata születéskor, majd 4 és 7 éves életkorban kisebb volt, mint a kezeletlen terhesség után született újszülötteké. Felvetették ezért, hogy a Methyldopa kezelés a magzat központi idegrendszeri dopamin anyagcserejét megváltoztatja és a dopaminerg kontroll alatt álló növekedés szabályozás károsodik.

Munkacsoportunk terhesség alatti Methyldopa kezelés után született újszülöttekben extrém fokú tremort figyelt meg anélkül, hogy a szokásos biokémiai markerek (vércukor, serum Ca^{++} , Mg^{++}) kóros eltérést mutattak volna, vagy a hagyományos kezelésre a klinikai tünetek mérséklődését lehetett volna megfigyelni.

Az újszülöttek liquorvizsgálata a noradrenalin szint jelentős csökkenését mutatta (60–70 %-os csökkenés). Az asphyxia aetiologiái szerepe kizárható volt, mivel ebben a csoportban a liquor

noradrenalin koncentrációjának négyszeres növekedése volt megfigyelhető.

Eredményeink alapján a klinikai képet a iatrogen parkinsonizmus neonatalis megfelelőjének tekintettük és ennek megfelelően atropin kezelést alkalmaztunk. A kezelésre a klinikai tünetek megszűntek és az újszülöttek fejlődése a későbbiekben zavartalannak bizonyult (5).

Eredményeink alapján felhívtuk a figyelmet arra, hogy a terhességi hypertonia kezelésében a Methyldopa nem tekinthető teljesen veszélytelen gyógyszernek, ezért a gyógyszeres kezelés gondos monitorizálása, a sajátos adaptációs zavar gyors elhárítása és az újszülöttek tartós kövérése szükséges.

Irodalom

1. Sulyok E., Németh M., Tényi L., Csaba I.F., Thurzó V., Hadnagy Z.

The possible role of prostaglandin in the hyperfunction of renin-angiotensin-aldosterone system in the newborn.

Brit. J. Obstet. Gynecol. 1979; 86: 205–209.

2. Csaba I., Sulyok E., Ertl T.:

Relationship of maternal treatment with indomethacin to the persistence of fetal circulation syndrome.

J. Pediatr. 1978; 92: 484.

3. Csaba I.F., Sulyok E., Hadnagy J.:

Caesarean section and respiratory distress syndrome.

Brit. Med. J. 1977; (6066): 977.

4. Csaba I.F., Sulyok E., Varga L.:

A béta-mimetikus tokolízis főtális és neonatális hatásai.

Az orvostudomány aktuális problémái. 1986; 53: 133–156.

5. Bódis J., Sulyok E., Ertl T., Varga L., Hartmann G., Csaba I.F.:

Methyldopa in pregnancy hypertension and the newborn.

Lancet, 1982; II: 498.



Szent Márton Ünnepe a Szombathelyi Képzési Központban

Novemberben – Márton havában – Szombathelyen minden Szent Mártonról szól. Ünnepi Díjkiosztó Gála, Püspöki Szentmise, Iampionos felvonulás, Márton-napi vásár, Zenei ösbemutató, még a vendéglőben is libasülteket szolgáltatnak fel. Hasonlóképpen van ez Európa számos országában: Olaszországban, Németországban, de legfőképpen Franciaországban.

De ki is ez a Szent Márton?

Ki az a Szent Márton, akire hálála után 1600 évvel is ilyen tisztelettel gondolnak az utódok?

Ki az a Szent Márton, akinek nevére Európában több, mint tízezer templomot szenteltek?

Ki az a Szent Márton, akinek élete, cselekedetei művészeket ihletett, akinek nevéhez néphagyományok sora kötődik?

Szent Márton Savariában született (Szombathely római kori neve) 316-ban. Apja római legionárius volt, így fiát is katonának adta. Katonaként egy alkalommal didergő koldussal találkozott. Kárdjával kettévágta köpenyét, felével betakarta a koldust. (A másik fele nem az övé, hanem a császáré volt.) Ez az esemény meghatározta sorsát, ettől fogva "Krisztus katonájaként" életét az elesettek segítésének, betegek gyógyításának, a római kereszténység terjesztésével lelki segítségnyújtásnak szentelte.

Ő az első szent, aki nem vértanúságával, hanem cselekedeteivel érdemelte ki ezt a rangot.

Franciaországban, Tours város püspökeként halt meg 397-ben.

Mivel a Szombathelyi Képzési Központ hallgatói éppen abban a városban készülnek segítő, gyógyító hivatásukra, ahol az a szent

született, akit ezért a tevékenységéért tisztelnek Európa-szerte, évről-évre megemlékeznek tanáraikkal együtt Savaria híres szülöttéről. Tisztelegve ezzel a segítő, a gyógyító ember szép hivatása előtt is.



A Szent Márton ünnep mindig három részből áll. Az első részben előadások vannak. Idén a téma "Szent Márton a művészetekben" volt. Dr. Lőrincz Zoltán művészettörténész mutatta be diaképekben a Szt. Márton ábrázolások egy kis töredékét. Majd hallgatók – Radó Anikó, Doszpot Renáta, Varga Gergely, Éder Ákos – irodalmi alkotásokat adták elő: Selpicius Severus, Kányádi Sándor műveit, illetve egy dicsőretet egy 1670-es énekeskönyvből. A műsor zárásaként az oktatók alkalmi kórusa elénekelt két Szt. Mártonról szóló éneket.



A második rész a Bazar. A Bázárban Márton-naphoz fűződő néphagyományok felidézésével adománygyűjtés zajlik. "Aki Márton napján libát nem eszik, az egész évben éhezik." – kapható hát libasíros



ÖSSZEKÖTŐ

kenyér, "Márton az újbóri bírása" – Márton-hegyi (Pannonhalma) bor kóstolása. Kiadványok, kollégák gyermekeinek kézműves termékei színesítették a vásárt. A Bazárban a Savaria Legio katonái adtak őrszolgálatot, korhű egyenruhát viselve.



A harmadik rész: A koldulás. Ez évben Dr. Komáromy László főigazgatóhelyettes úr vállalta Szent Márton koldusa szerepét. Rigmusokkal körbejárva az intézményi adományokat gyűjtött. A gyűjtés eredménye: közel 48 ezer Ft és sok-sok természetbeni adomány. Idén a gyűjtés a Dévai Gyermekmentő misszió javára történt.

Egy napi ünneplés és sok-sok nap készülődés.

Azt hiszem, érezni lehetett az ünnepen is, hogy itt mindenki hozzá akar tenni egy kicsit. Azon a napon Szent Márton szellemisége összekötött minket: hallgatókat, tanárokat, vendégeket, régmúlt és örök kultúrákat, művészeti ágakat, jószándékokat. Miben rejlik vajon ennek az integráló szellemiségnek a titka? Valószínűleg abban, hogy olyan, egyetemes humánus értékek hordozója, ami időtlen. Szt. Márton a

tevékeny szeretet szimbóluma, a segítő, a gyógyító szent.

Aldozatos élete példa arra, hogy a beteg, az elesett emberrel való törődés rendkívüli személyiséget igényel és ennek a rendkívüli erőfeszítést, nemegyszer áldozatot követelő tevékenységnek a jutalma mindenkor tisztelet és megbecsülés.



Szent Márton ünnepe jó alkalom volt arra, hogy a jelenlévők elgondolkozzanak azon, hogy talán mindannyian valamilyen szempontból koldusok vagyunk. Vagy voltunk, vagy lehetünk. Hinnünk kell abban, hogy mindig lesz, aki felénk nyújt szükségünkben egy fél köpenyt. Vegyük észre, és merjük elfogadni.

És mindannyiunknak megvan a maga koldusa. Valaki, akit régen nem látogattunk meg, nem hívtunk fel, vagy nem mondtuk meg, ha fontos nekünk. Ne halasszuk el teendőinket.

És ne feledkezzünk meg arról sem, hogy mindannyiunknak van köpenye, amit megoszthatunk.

Lehet az egy szép gondolat, jó szó, egy mosoly, vagy egy simogatás. Legyünk nagylelkűek!

2003-ban is lesz Szent Márton ünnep a Főiskolán. Akkor a téma: Szt. Márton a néphagyományokban lesz.

Mészáros Ibolya

a Szombathelyi Képzési Központ könyvtárosa
a Szent Márton Ünnep szervezője



ÖSSZEKÖTŐ



"Porci Berci[®] barátokat keres"

egészségmegőrző oktatóprogram gyógytornászoknak tanfolyam

Zalaegerszeg 2002.08.30-31., 09.13-14., 09.27.

Helyszín: PTE Egészségügyi Főiskolai Kar Zalaegerszegi Képzési Központ

A "Porci Berci[®] barátokat keres" gerinciskola programot a szerzők, Tóth Klára és Tóthné Steinhausz Viktória 1998-ban, a Népjóléti Minisztérium támogatásával dolgozták ki.

A program célja a kisiskolások gerincének egészségmegőrzése.

A programhoz kapcsolódó munkafüzetet, ismeretterjesztő leporellót is kidolgozták a szerzők.

A továbbképzést a Mozgásterápia szakmai folyóiratban tettük közzé (2002, 2. szám). A képzésre 45 fő jelentkezését regisztráltuk az egész ország területéről.

A továbbképzést Zalaegerszegen, a Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Zalaegerszegi Képzési Központjában bonyolítottuk, a Gál-Gardi Alapítvány szervezésében.

A képzés 40 órából áll, és 3 ciklusból tevődött össze. A tanfolyam oktatói Tóth Ferencné tanítónő, megyei szaktanácsadó, valamint a módszer szerzői: Tóthné Steinhausz Viktória gyógytornász, főiskolai adjunktus, humánkineziológus és Tóth Klára gyógytornász.

Első alkalommal az elméleti órákon a pedagógiai ismeretek átadása (4 óra), a gerinciskola modell és a tartásról való ismeretek (4 óra) felvázolása zajlott. Ezt követte a program gyakorlatának megismerése és kipróbálása óráról-óra.

A csoportmunkát és a tanulási hatékonyság növelését csoportdinamikai gyakorlatok alkalmazásával segítettük.

A tananyag elsajátítását az óravázlatok, a munkafüzet, leporello segítségével, és az órák gyakorlati kivitelezésével értük el. A

gyakorlati órákhoz kapcsolódó elméleti ismereteket is átadtuk, pl. ülés, állás biomechanikája...stb., 12 órában.

Megtanítottunk a résztvevőknek egy általunk kidolgozott gyors tesztelési módszert az ülőbútorok méretének egyéni ellenőrzésére.



A program gyakorlati kivitelezéséről készült videofilm összeállítását a 6. óra után levetítettük. A résztvevők az órákon alkalmazott összes eszközt (gerincmodell, bot...stb.) kipróbálták.

A vizsgát elméleti tesztanyagból és gyakorlati számonkérésből építettük fel. A vizsgabizottság elnöke Gardi Zsuzsa, az MGYT tiszteletbeli elnöke volt, tagjai Dr. Feszthammer Artúrné főiskolai docens és az oktatók voltak.





ÖSSZEKÖTŐ

A teszt két csoport részére készült, 24–24 kérdéskörből állt. Célja az elméleti ismeretek számonkérése volt. A minimum elvárás 60% volt, melyet a résztvevők sikeresen teljesítettek.

A gyakorlati számonkérés kis témakörökből történő beszámoltatással történt, a résztvevők 64 témakörből húzhattak. A gyakorlati vizsgán értékeltük a tárgyi ismeretanyagot, a csoportirányítási képességet, a bemutató- és előadóképességet.



5 fő esetében póttétel húzására került sor, a gyakorlati vizsgát összességében mindenki

teljesítette. A tanfolyam ETI pontszerző továbbképzésnek minősült, pontértéke 35 pont.

A tanfolyam értékelését a résztvevők részéről feed-back segítségével oldottuk meg. A visszajelzésekben kiderült – és saját tapasztalataink is igazolják –, hogy a tanfolyam óraszámának emelésére van szükség, mert a résztvevőknek több gyakorlati- és szereplési lehetőséget kell biztosítani. A vizsgafeltételek némi módosítását is szükségesnek tartjuk.

A módszer alkalmazását az iskolákban franchise rendszerben valósítják meg a résztvevők.

További terveink:

- a gyógytornászok továbbképzésének folytatása,
- pedagógus továbbképzés elindítása.

Tóthné Steinhausez Viktória
főiskolai adjunktus



Magyarországi Királyság, Soproni Egyetem
1877. évi oktatási törvény alapján

Prof. Dr. Illei György

az egészségügy területén, több évtizedes tevékenységéért

Pro Sanitate Savariae Életmű-díjat
adományozva

Sopron, 2017. május 11.

Dr. Rozsos István



Kitüntetések

Szombathely Megyei Jogú Város
Községi Tanácsának határozata értelmében
Dr. Illei György Professzor Úr
"Pro Sanitate Savariae" életmű-díjban
részesült.

A somogyi megyeszékhely legrangosabb
kitüntetését, a
"Kaposvár város díszpolgára"
címet vehette át
Dr. Rozsos István Professzor Úr.

Az érintetteknek ezúton gratulálunk, további
munkájukhoz hosszú életet, jó egészséget
kívánunk!



Tájékoztató a Kari Tanács üléséről

A Kari Tanács 2002 november 13-án tartotta utolsó ülését a Pécsi Képzési Központban az alábbi napirendi pontokkal:

1. Tájékoztató a 2003-as évi felvételit megelőző marketing munkáról

Előadó: Oláh András főiskolai tanársegéd, humánpolitikai és marketing osztályvezető
Bemutatja a tanácsstagoknak azt a főiskoláról szóló reprezentációs kiadványt, amelyet a Humánpolitikai és Marketing Osztály készített a felvételit megelőző marketing munka részeként. Az idei marketing munka már megkezdődött Pécsen, a többi képzési központ vonzáskörzetében a közeljövőben járnak majd.

2. A Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Szaknyelvi Tanszéke által kiírt főiskolai docensi pályázatok elbírálása

Előadó: Dr. Komáromy László főiskolai tanár, általános tanácsadó, a Bíráló Bizottság elnöke

A Kari Tanács titkos szavazással dr. Varga Gyöngyi (Kaposvár), Gyengé Lajos András (Kaposvár), Séllyén Gyuró Mónika (Pécs) és Juhász Éva (Zalaegerszeg) főiskolai docensi pályázatát és kinevezését támogatta.

3. A PTE EFK Felvételi Szabályzatának módosítása

Előadó: Betlehem József főiskolai adjunktus, oktatási főigazgatóhelyettes
Ismerteti a Felvételi Szabályzatban tett módosítások lényegét. A fő szempont az volt, hogy minél nagyobb hallgatói létszám kerülhessen be a karra. Ennek jegyében alakul úgy a felvételi, hogy az egészségügyi szakcsoportból 1 tantárgyból kell felvételiznie a hallgatónak. A Kari Tanács elfogadta a Felvételi Szabályzat módosítását.

4. Tájékoztató a 2003-as évi felvételi eljárásról

Előadó: Betlehem József főiskolai adjunktus, oktatási főigazgatóhelyettes

Tájékoztatja a Kari Tanácsot arról, hogy a felvételi tájékoztató anyagában az államilag finanszírozott és a költségtérítéses felvételi követelmények elválnak egymástól. Általában elmondható, hogy a magyar nyelv és irodalom helyett a biológia került be a felvételi tárgyak közé. Az írásbeli felvételi vizsga súlya 2/3, a szóbeli vizsgáé 1/3 arányú lesz. A saját írásbelinél nem kötelező szóbeli vizsgát taintani, de ez a célszerű.

5. A Tanulmányi és Vizsgaszabályzat módosítása

Előadó: Antal Mariann tanulmányi osztályvezető

A PTE EFK TVSZ módosítása a PTE TVSZ változtatása alapján történt. Az anyag a tanulmányi csoportvezetőkkel és a HÖK-vel egyeztetve nyerte el végleges formáját. A Kari Tanács elfogadta a TVSZ módosítását. A továbbiakban szóba került a hallgatók orvos-egészségügyi vizsgálatának kari szintű rendezése. Főigazgató Úr megbízza a kari gazdasági vezetőt, a kari tanulmányi osztályvezetőt, a HÖK elnököt és az oktatási főigazgatóhelyettes egy, a foglalkozásegészségügyi vizsgálatok egységesítésére vonatkozó közös javaslat kidolgozásával. Megkéri dr. Sulyok Endrét, szíveskedjen ebben a kérdésben szakértőként közreműködni.

6. A hallgatók részére juttatható támogatások és a hallgatók által fizetendő díjak egységes szabályzatának módosítása

Előadó: Gál Nikolett HÖK elnök

A PTE hasonló szabályzata alapján a természetbeni juttatásokat és a tankönyv- és jegyzettámogatást beépítették a szabályzatba, emellett módosították a kollégiumi díj összegét. Ez az összeg éves szinten a normatíva 5%-a. A Kari Tanács egyhangúlag elfogadta a juttatási szabályzat módosításait.



7. Kollégiumi Szabályzat

Előadó: Graf Ferenc kari gazdasági vezető és Gál Nikolett HÖK elnök

A Kollégiumi Szabályzat a PTE hasonló szabályzatának módosításai alapján alakult át az előzőekhez képest. Az anyagban szerepel a Laterum Kollégium Házirendje is, amelyet a későbbiekben követ majd a többi képzési központ hasonló házirendje. A teljes anyag annak idején újra a Kari Tanács elé kerül. A Kari Tanács elfogadta a Kollégiumi Szabályzatot.

8. Tájékoztató a kari fejlesztési eredményekről és a közeljövő terveiről

Előadó: Dr. Nagy Júlia főiskolai docens, fejlesztési főigazgatóhelyettes

Örömmel jelenti be, hogy a MAB jóváhagyta az egyetemi védendő szak alapítási anyagát. Megköszöni dr. Sulyok Endre és dr. Illei György munkáját. Készülőben van az egyetemi szintű fizioterapeuta szak anyaga is, amelyet a PTE Oktatási illetve Gazdasági Bizottsága, valamint a Szenátus már jóváhagyott. A továbbiakban ismerteti a gyakorlóhelyek akkreditációjával kapcsolatos teendőket. Javasolja, hogy a kar intézetei tartsanak rendszeres beszámolót a Kari Tanács előtt. A sorozatot a Szociális Munkás Képző Intézet beszámolójával gondolja kezdeni. Elmondja, hogy a szakok önértékelései elkészültek, de a MAB más irányelvek illetve szempontok szerint kéri újra elkészíteni ezeket az anyagokat.

9. Beszámoló a 2002 szeptemberi közalkalmazotti béremelésekről

Előadó: Graf Ferenc kari gazdasági vezető
Elmondja, hogy a közalkalmazotti béremelés irányított volt. Az oktatók esetében megadott hértábla szerint történt, az oktatást segítőknél pedig úgy, hogy a kötelező felett a fennmaradó keretből gazdálkodtak a képzési központok.

10. Egyebek

Főigazgató Úr örömmel jelenti be, hogy dr. Illei György Emeritus főiskolai tanár a

szombathelyi önkormányzattól "Életműdíjat" kapott. Gratulál az elismeréshez.

Dr. Sulyok Endre intézetigazgató úr bejelenti, hogy 2002 november 22-én az Egészségfejlesztési és Családgondozási Intézet intézetavató ünnepséget rendez, amelyre mindenkit szeretettel meghív.

Főigazgató Úr tájékoztatja a jelenlévőket, hogy oktatói kataszter készül a karon. Az oktatói tudományos munka nyilvántartásához és a személyzeti kimutatások elkészítéséhez feltétlenül szükségesek a kért adatok. Kéri, működjenek közre az érintettek.

Dr. Komáromy László általános tanácsadó úr elmondja, hogy az oktatást segítő dolgozók munkaköri leírásainak egységesítése és a tanulmányi szerződések kötésének racionalizálása várható a karon.

Dr. Komáromy László általános tanácsadó úr elmondja, hogy a Fizioterápiás Intézet Gyógytornász Tanszéke dr. Kránicz János egyetértésével névváltoztatást kér. Az új névre tett javaslat: "Fizioterápiás Tanszék". A Kari Tanács elfogadja a névváltoztatást.

Dr. Komáromy László általános tanácsadó úr beszámol a Főiskolai Főigazgatói Konferencia tapasztalatairól.

Dr. Kovács L. Gábor tudományos főigazgatóhelyettes úr Dr. Lázár Gyula tudományos rektorhelyettes felmérését ismerteti a PTE karain végzett tudományos munkákról.

Betlehem József oktatási főigazgatóhelyettes úr a Magyar Ápolástudományi Konferencia eseményeiről tájékoztatja a tanácsstagokat.

Dr. Peterka Gabriella igazgató asszony elmondja, hogy 2003 április 25-26-án lesz az idei TDK konferencia Zalaegerszegeen, ahol tudományos munkát végző oktatók is előadhatnak. A TDK fő szervezője dr. Rozsos István Professor Emeritus.

Györgydeák Anita
főiskolai tanársegéd, mb. hivatalvezető



Erdődy Beatrix válogatott uszonyos és búvárúszó Idén is dobogón az év világversenyén



PTE Egészségügyi Főiskola Kaposvári Képzési Központjának védőnő szakos hallgatója, Erdődy Beatrix immár két éve versenyez Kaposváron; korábban Budapesten sportolt. Többszörös magyar bajnok, évek óta már a világversenyeken is az élmezőnyhöz tartozik, és az elmúlt év szeptemberében a váltó tagjaként dobogóra állhatott a Patraszi vb-n is. Távollabbi tervei között szerepel az edzősködés, de egyelőre nem kíván felfüggyeni az aktív sporttal.

– Hogy emlékszel az első "vizes" élményedre?

– Inkább azt említeném, amikor először kerültem mély vízbe. Az általános iskola alatt, másodikban tanultam meg úszni, persze kismedencében. Egy ízben aztán Szentendre mellé, Papszigetre kerültem, és kérdezték: tudok-e úszni? Azt feleltem, természetesen, így beleugrottam a mélyvízbe, és azon nyomban el is merültem. Furcsa volt, az edző azonnal ugrott is utánam... A tanmedence után kissé más volt, de aztán belejöttem. Az általános iskola végéig úszó voltam, 100

pillangón nemzetközi Aranyüst Kupát nyertem, de aztán jött a váltás, részben kényszerből, ám aztán megszerettem a búvárportot. Egyébként az úszás mellett ha úgy adódott, szívesen szálltam be egy futóversenyre vagy kézilabdameccsre.

– Milyen emlékeid vannak a pesti időszakból?

– Sok versenyen vettem részt, és sok élménnyel gazdagodtam, de az edzőmmel való viszonyom nem volt felhőtlen. Nem lehetett vele úgy megbeszélni a problémákat, mint itteni mesteremmel, Kovács Lászlóval. Egy csapaton belül mindig vannak konfliktusok, csak amíg Pesten nem tudta az edző megoldani őket, addig Ő ezt megteszi.

– Mit vártál Kaposvártól?

– Kissé félttem, hiszen ismeretlen városba, új helyre jöttem, nem tudtam, mi fogad majd, de úgy érzem, jól sikerült a beilleszkedésem, és a várost is hamar megszerettem. Sokkal barátságosabb, otthonosabb, mint Pést, és ma már Pestről "hazajövök" Kaposvárra.

– Mesélj egy-két versenyről!

– A világversenyek sosem múlnak el kaland nélkül, mindig történik valami. Úszony török, szakad, a poggyász bejárja nélkülünk a világot, lekéssük a csatlakozást, leszakadunk a lifttel bankéltre menet, de sorolhatnám napestig... Az első nagy nemzetközi versenyem a pozsonyi junior világbajnokság volt, ahol még nem ismertem a vetélytársakat. Nem szedtem előtte vitaminokat –ilyen téren akkor még itthon rosszul állunk –, és "széthajtottam magam" a medencében, úgy mostak föl. Az is megesett Pozsonyban, hogy elszakadt a versenyuszonyom, és mivel egy volt, az edzőm kocsiival hazarohogott Pestre egy újért. Kolumbiában még érdekesebben alakult 1998-ban a felnőtt vb. A repülőn négy átszállás után nem is csoda, hogy gond



akadt. Caracasban lekéstük a csatlakozást, mert csak kóvályogtunk a repterületen, és addig a gép elindult. Venezuelában ismeretlen fogalom az utaslista, így nem esoda, hogy nem tűnt fel, hogy nem vagyunk a gépen. A csomagokat "darabokban" kaptuk meg. Az első éjszaka, mikor odaértünk, megérkeztek a ruhák, a második nap az uszonyok és csak harmadik nap a palackok. Még szerencse, hogy nem kezdődött mindjárt az első nap a verseny. Egyébként elég veszélyes hely, az iskolabuszt esőre töltött géppisztolyosok kísérik, az utcaira idegennek rizikós kimenni. A helyiek biztonságban érzik magukat, de a külföldieknek jobb félni... Egyébként nyár elején voltunk, de mindenféle időjárás volt pár nap alatt, ami csak létezik. Ami még furcsa volt, hogy négy fokra az Egyenlítőtől sehol egy őserdő.

– A 2002-es év fő versenye a görögországi világbajnokság volt. Hogy sikerült?

– A mágyar válogatott minden idők legjobb eredményét érte el: hét érmet nyertünk, és klubtársam, Vinkler Péter révén két első helyet is szereztünk, mindkettőt világesztúccsal. Az Adorján SE öt sportolóval képviseltette magát, a szövetségi kapitány pedig mesteredzőnk, Kovács László volt. Mindenki jól teljesített, váltóban én is a dobogóra kerültem. Volt több olyan szám is, ahol életem eddigi legjobbját úsztam. Megérte az egész éves munka, és az is sokat segített, hogy befedték az 50 méteres medencéit az uszodában, így egész évben ott készülhettünk. Novemberben még egy szép eredményt elértünk: ismét elhódítottuk a Klubcsapatok Európa Kupáját. Immár zsinórban ötödször. Ha ezeket a sikereket nézzük, akkor azt mondhatom, soha rosszabb évet!

– Több országban jártál már, milyen konyha és menü fogadott az egyes helyeken?

– Kolumbiában tíz napig ugyanazt adták folyamatosan, esőmörög volt, ráadásul a marhaszelet kitűnően beillett volna medvetalpna. Franciaországban tengeri herkentyűkkel "bombáztuk", életemben nem

ettem annyi rákot meg kagylót. Görögországban nagyon finom ételeket hoztak, csak kevésnek találtam. Mallorca igazi paradicsom volt ebből a szempontból, ott a kaja finom volt és sok. Legutóbb Japánban jártam a Világiátékokon, ott sok különlegeset vártam, de egész európai étek voltak: egyetlen érdekesség, hogy a tojásrántottát édesen is készítik. Ezen kívül sok volt az ananász és a vártnál kevesebb a hal. Ott egyébként meglepett a közlekedési kultúra, baloldali, mint az angoloknál, és nagy autót csak az vehet, aki be tudja előtte mutatni, hogy van parkolóhely-igazolványa. Az emberek valóban nagyon kicsik, nem is értem, hogy van röplabda- meg kosárcsapatuk. Az uszoda álomszép volt, a tengerpart borzalmas.

– *Menyiré élénk, viccelődös a csapat Kaposváron?*

– Sokat nevetünk és viccelődünk, de amolyan "gonosz" tréfákat ritkán úztunk. A párnacsata nagyon nyerő, Mariborban idén a "tökélyre fejlesztettük", a végén már minden repült.

– *Mely sportokat kedveled még?*

– A vízes menü van előnyben: úszás, vízilabda, szinkronúszás, de kedvelem a műkorcsolyát, aerobicot és a kerékpározást is.

– *Beszélgetésünk elején említetted, hogy éppen edzést tartottál. Vannak ezzel komolyabb terveid a pályafutás befejezése után?*

– Most csak "besegítek", de egyébként elképzelhető. Amíg úszom, addig semmiképpen, mert az teljes embert kíván, utána azonban szívesen edzősködnék majd. Ez még odébb van, hiszen még pár évig szeretnék versenyezni, igaz az idei év jól sikerült, de egyéniben is szeretnék a dobogóra állni. A motiváló tényező tehát adott az elkövetkezendőben.



ÖSSZEKÖTŐ

– Végezetül, hogyan tudod összeegyeztetni a sportot a főiskolai tanulmányaiddal?

– Elárulom, hogy nem könnyű. Azonban nincsenek lehetetlen feladatok számomra. Szükséges ehhez a tanárok toleráns viselkedése, hiszen sokszor előfordul, hogy a felkészülés és a versenyek miatt hiányzom. Ettől függetlenül a tudásomról ugyanúgy számot kell adnom a zárhelyiken, gyakorlatokon és a féléves vizsgákon.

Ismertetőjegyek:

Név: Erdődy Beatrix

Sportág: búvárúszás

Eddigi egyesületei: Amphora Búvár Klub,
Kaposvári Középület–kivitelező Adorján SE

Első felnőtt verseny: 1996 tavasz

Összes verseny: 100

Eredménylista:

hazai: junior–6x magyar bajnok, 2x országos esúccstartó, többszörös ezüst-, illetve bronzérmes; felnőtt–20x magyar bajnok, 5x országos esúccstartó, többszörös ezüst-, illetve bronzérmes;

nemzetközi: EB–bronzérmes, (100m–Athén) 3x EB–4. helyezett, 2x VB–bronzérmes (1996 Dunaújváros, 2002 Pátras), 1x VB–4. helyezett, 3x VB–5. helyezett, 1x VB–hatodik helyezett, 2001 Világjátékok Akita 4.,– 6. hely

Orosz Ferenc – Kiss Ernő

A Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Karának Erasmus–szabályzata

A Pécsi Tudományegyetem Erasmus szabályzatának 25. §-a alapján az Egészségügyi Főiskolai Kar az alábbi szabályzatot alkotja.

1.§

A szabályzat hatálya

A szabályzat hatálya kiterjed:

- a) a PTE Egészségügyi Főiskolai Karának Erasmus programban résztvevő oktatóira és hallgatóira,
- b) az Erasmus program megszervezésében, koordinálásában, és a kapcsolattartásban résztvevő kari szervezetre, szervezeti egységekre.

2.§

Az Erasmus –program kari szervezeti rendszere

1. Az Erasmus ügyekben eljáró Kari Külügyi Bizottság tagjai a Kari Tanács által választott elnök, elnökhelyettes, a Kari Külügyi Koordinátor, a Képzési Központok Külügyi Koordinátorai, valamint a PTE EFK HÖK által delegált hallgató. Az üléseken résztvehetnek tanácskozási joggal az elnök által meghívott személyek.
2. A Külügyi Bizottság szavazati joggal rendelkező tagjai érdemi és eljárási kérdésekben egyszerű többséggel döntenek. Szavazategyenlőség esetén az elnök szavazata dönt.
3. A Kari Külügyi Bizottság az Erasmus–programmal kapcsolatban
 - a) véleményezi az oktatók által benyújtott Erasmus–pályázatokat,
 - b) véleményezi és rangsorolja a hallgatók által benyújtott Erasmus–pályázatokat,
 - c) ellátja a pályázati eljárással kapcsolatos hatáskörébe utalt feladatokat.



ÖSSZEKÖTŐ

4. A kar Külügyi/Erasmus-koordinátora a PTE EFK teljes munkaidőben foglalkoztatott oktatója. A kari Külügyi/Erasmus-koordinátort a főigazgató bízza meg, a jelöltről a Külügyi bizottság véleményt nyilváníthat, de véleménye a főigazgatót nem köti.

5. A Kari Külügyi/Erasmus koordinátor

- kapcsolatot tart a külföldi partnerintézményekkel,
- törekszik a külföldi kapcsolatok bővítésére, amelyhez kérheti a kar oktatóinak és szervezeti egységeinek a javaslatát és támogatását,
- kezdeményezheti a Külügyi Bizottság összehívását,
- kezdeményezi a kari Erasmus-pályázat kiírásával kapcsolatos KB ülés összehívását és elkészíti az ülés napirendjét,
- ellátja a PTE Erasmus szabályzatában meghatározott feladatokat (PTE ÉSZ 21. §).

6. A Képzési Központok külügyi koordinátorai az Erasmus programmal kapcsolatban

- ségítik a kari koordinátor munkáját, különösen az Erasmus programmal kapcsolatos statisztikai adatszolgáltatás és jelentések tekintetében,
- tájékoztatják az Erasmus-programban résztvevő oktatókat és hallgatókat a programmal kapcsolatos adminisztratív és gyakorlati kérdésekben.

7. Az Erasmus-programmal kapcsolatos ügyekben és a pályázatok tekintetében a végső döntést az elnök hozza meg.

8. A HÖK

- informálja a hallgatókat az Erasmus-program lényegéről, a program keretében biztosított lehetőségekről,
- a külügyi titkáron keresztül kapcsolatot tart a pályázatot elnyert hallgatókkal, biztosítja a hallgatók közötti tapasztalateserét.

3. §

A hallgatói pályázati eljárás

1. A pályázati tanévvel megelőző félévben a pályázatot a Külügyi Bizottság írja ki olyan időpontban, hogy benyújtására kellő idő – legalább három hét – álljon rendelkezésre.

2. A pályázatot kihirdetése a helyben szokásos módon történik, hirdetőablákon, Összekötőben, a kar weblapján.

3. A pályázati kiírás tartalmazza a fogadó intézmények megnevezését, a pályázattal kapcsolatos formai és tartalmi követelményeket, a pályázatok értékelésénél alkalmazott rendszert, valamint a pályázat benyújtásának határidejét.

4. A hallgatók által benyújtott pályázatoknak tartalmaznia kell

- lecekkönyv másolatát,
- a hallgató önéletrajzát,
- tudományos diákköri, egyéb tudományos munkájának ismertetését,
- egyéb közéleti tevékenységének bemutatását,
- a hallgató elérhetőségét.

5. a (4) bekezdés b), c) és d) pontjaiban szereplő adatokat a megpályázott hely oktatási nyelvén is be kell nyújtani.

6. A pályázatokat a Külügyi Bizottság értékeli: megvizsgálja a benyújtott pályázatokat és szóbeli meghallgatást tart nyelvi meghallgatással egybekötve.

7. A hiányosan benyújtott pályázatot a Külügyi Bizottság visszaadja a hallgatónak hiánypótlásra, amelyet a hallgató öt munkanapon belül ismételtelen benyújthat.

8. A pályázatokat a Külügyi Bizottság megvizsgálja. Az elbírálás során az alábbiak szolgálnak irányadó szempontként: a hallgató tanulmányi eredménye, tudományos és diákköri tevékenysége, egyéb közéleti tevékenysége, valamint nyelvtudása. (A felsorolás nem fejez ki sorrendiséget!)



ÖSSZEKÖTŐ

9. A benyújtott írásbeli pályázatok alapján esélyes hallgatók szóbeli meghallgatáson vesznek részt. A Külügyi Bizottság a pályázatok sorrendjét a szóbeli meghallgatást követően állapítja meg. A pályázatokat a Külügyi Bizottság a pályázati kiírásban meghatározott rendszer szerint értékeli és rangsorolja. A végső döntéséről a KB a hallgatókat a meghallgatás napján szóban, majd 4 héten belül írásban is tájékoztatja.

10. A pályázat elbírálásában pályázatot benyújtó hallgató nem vehet részt a Kari HÖK külügyi megbízottjaként.

4.§

Az oktatói pályázatok

1. Az oktató pályázatát a Külügyi Bizottsághoz nyújtja be.

2. A pályázatnak tartalmaznia kell a fogadó intézmény nevét, a kiutazás időtartamát, az oktatási nyelvet, az órák rövid tematikáját, valamint csatolni kell a külföldi partnerintézmény fogadólevelét.

3. az oktatók által benyújtott pályázatokat a Külügyi Bizottság a benyújtástól számított tíz napon belül véleményezi. Az oktatói pályázatok tárgyában a KB elnöke dönt.

5.§

Hatályba léptető és záró rendelkezések

1. Jelen szabályzat 2002. április 19-től lép hatályba.

2. A kiutazó oktató és hallgató kötelezettségeit a Pécsi Tudományegyetem Erasmus szabályzata tartalmazza. (6–15.§)

A 3/2002 számú rektori utasítás a Pécsi Tudományegyetem rektori belső pályázatáról szóló 2/2001 számú rektori utasítás módosításáról

Az utasítás hatálya

1. § (1) Az utasítás személyi hatálya kiterjed az Egyetemmel főállású közalkalmazotti és hallgatói jogviszonyban álló személyekre.

(2) Az utasítás területi hatálya kiterjed az Egyetem Szervezeti és Működési Szabályzat 3–4. §-ában meghatározott szervezetekre és szervezeti egységekre.

2. § A Pécsi Tudományegyetem (továbbiakban: Egyetem) Gazdasági Tervében szereplő rektori keretből mindenkor meghatározott összeget pályázat alapján az egyetem oktatói és hallgatói önálló tudományos és közéleti kezdeményezéseinek megvalósítására kell fordítani.

A rektori belső pályázat benyújtásának feltételei

3. § (1) Pályázatot nyújthat be az egyetemmel főállású közalkalmazotti vagy hallgatói jogviszonyban álló személy, amennyiben munkáját az Egyetem valamely, az 1. § (2) bekezdésében meghatározott szervezetében vagy szervezeti egységében végzi, vagy az Egyetem valamely karának hallgatója.



ÖSSZEKÖTŐ

(2) A pályázatot több személy (csoport, szervezeti egység) képviselőjében egy személy is benyújthatja. Ebben az esetben a pályázati támogatás összegének jogszerű, illetve ezen utasításban foglalt felhasználásáért a pályázatot benyújtó személy a felelős.

4. § (1) Pályázatot az alábbi célok megvalósítása érdekében lehet benyújtani:

a) az 1.§ (2) bekezdésében meghatározott szervezetek és szervezeti egységek jubileumi és szakmai rendezvényeinek szervezésére,

b) hazai és nemzetközi konferencia, illetve egyéb tudományos rendezvény szervezésére,

c) tanulmányúton, illetve hazai és nemzetközi konferencián előadóként való részvételre,

d) OTDK-szekció, illetve egyéb, a hallgatókat érintő tudományos rendezvény szervezésére,

e) legalább egyetemi szintű sportrendezvény szervezésére, illetve azokon versenyzőként való részvételre,

f) az egyetem hírnevét öregbítő kulturális, művészeti rendezvényen való részvételre,

g) tudományos és művészeti kiadványok, alkotások hazai megjelentetésére, illetve a külföldi megjelenés elősegítésére.

(2) Nem lehet pályázni beruházásra és személyi jellegű kifizetésre (kivéve konferencia regisztrációs díja).

(3) Előleg csak különösen indokolt esetekben, kizárólag a gazdasági főigazgató engedélyével fizethető ki.

(4) Előnyben részesül az a pályázó, aki jelen pályázat beadásának időpontjában ugyanarra a célra más, külső forrással is rendelkezik, illetve külső támogatás elnyerésére pályázatot nyújtott be, és ezt a pályázatához csatolva igazolni tudja.

5. § (1) A pályázat évente két alkalommal, a rektor által meghatározott időpontban kerül kiírásra. A pályázati kiírást az Egyetem honlapján kell közzétenni.

(2) A pályázatot egy példányban, zárt borítékban, "Rektori belső pályázat" megjelöléssel a Rektori Hivatalnak címezve kell benyújtani. Pályázni kizárólag az 1. számú mellékletet képező pályázati űrlapon lehet, a 2. számú mellékletet képező nyilatkozat egyidejű csatolásával.

(3) A határidő után érkezett, illetve a hiányos pályázatok elfogadására nincs mód.

(4) A pályázathoz mellékelni kell:

a) a pályázó, a pályázó csoport vezetőjének, illetve a pályázó csoport tagjainak személyi adatait,

b) a pályázat célját, illetve megvalósítását bemutató leírást (tervet),

c) a pályázat pénzügyi tervét, amelyben fel kell tüntetni a pályázat megvalósításához más (külső) forrásból származó támogatás összegét is.



ÖSSZEKÖTŐ

d) a konferencia meghívóját és az előadás elfogadásáról szóló visszaigazolást.

(5) A pályázaton elnyert összeget az adott költségvetési évben fel kell használni.

(6) Egy pályázó csak egy pályázatot nyújthat be.

(7) Ugyanarra a célra csak egy alkalommal lehet pályázni, kivéve a folyamatos illetve az évente ismétlődő rendezvényeket, feladatokat.

6. § (1) A pályázatokat a szakértők véleményének meghallgatása után a rektor bírálja el, és a pályázat elbírálásának eredményét az Egyetem honlapján közzéteszi.

(2) A rektor kivételes esetben az 5. § (5) bekezdésétől eltérően kettő költségvetési évre vonatkozó – megosztott – felhasználást is előírhat, illetve a benyújtott pályázathoz képest módosíthatja a felhasználás jogcímét, feltéve, hogy a pályázat jellege, a megpályázott összeg nagysága ezt indokolja.

(3) Az elnyert pályázati támogatás más jogcímen történő felhasználása – az értesítés kézhezvételét követő egy hónapon belül – a rektor hozzájárulásával módosítható. A módosítás új pénzügyi terv benyújtásával kezdeményezhető.

7. § (1) Az elnyert pályázati támogatás felhasználására, bizonylatolására a költségvetési gazdálkodás szabályai, valamint az egyetem belső szabályzatai az irányadók. A támogatás pénzügyi elszámolásának határideje a tárgyév december hó 5. napja.

(2) Az elnyert pályázati támogatás felhasználásáról a pályázó minden tárgyévet követő év január hó 15. napjáig köteles a rektornak írásban beszámolni. A beszámolónak tartalmaznia kell a támogatás felhasználására vonatkozó adatokat, valamint a pályázat céljának megvalósulására vonatkozó szöveges értékelést.

(3) Az elnyert pályázati támogatás jogszerű felhasználást a Pályázati Iroda ellenőrzi.

8. § (1) A pályázaton elnyert összeg jogszerűtlen, illetve nem a pályázatnak megfelelő felhasználásáért a pályázó a hallgatói, illetve a közalkalmazotti anyagi felelősség szabályai szerint felel.

(2) Az a pályázó, aki a felhasználás szabályait megszegi, vagy a felhasználásról szóló beszámolói határidőben nem nyújtja be, újabb pályázati támogatásban a következő naptári évben nem részesülhet.

Hatályba léptető rendelkezések

9. § (1) Jelen utasítás 2001 április hó 2. napján lép hatályba.

(2) Jelen utasítás hatályba lépésével egyidejűleg hatályát veszíti a Janus Pannonius Tudományegyetem belső pályázati rendjéről szóló 1/1999 számú rektori utasítás, valamint az azt módosító 1/2000 számú rektori utasítás.

(3) Az utasítás hatályba lépése előtt a megfelelő formában benyújtott támogatás iránti igényeket – amennyiben azok természete, illetve sürgőssége ezt indokolja – a rektor támogatásban részesítheti. A támogatásban nem részesített pályázatokat a pályázó az utasításban megjelölt módon, a következő fordulóban jogosult ismételt benyújtani.



ÖSSZEKÖTŐ

(4) A tudományos kutatómunka támogatásáról a Pécsi Tudományegyetemen folyó kutatómunka és tudományos minősítések megszerzésének támogatásáról szóló 1/2001 számú rektori utasítás rendelkezik.

Pécs, 2001 április 2.

Dr. Tóth József, rektor

Záradék: Jelen utasítás módosítása 2002 március 4. napján lép hatályba.

1. sz. melléklet: pályázati űrlap; 2. sz. melléklet: nyilatkozat

Universitas kupa

Nagyon örültünk, hogy a 2002 évi Universitas Kupán a PTE EFK Zalaegerszegi Képzési Központját képviselhetjük a röplabdacsapathoz.

Jól éreztük magunkat és kellemes szórakozást nyújtott egy fárasztó hét után. Egy nap alatt új barátságok szövődtek nemcsak a mi képzési központunk hallgatóival, hanem a pécsi hallgatókkal egyaránt. A felsőbbéves röplabdás lányoktól

már sokat hallottunk a pécsiek vendégszeretetéről és barátságos mérközéseiről, amit mi is megtapasztalhattunk.

Reméljük, hogy a legközelebbi rendezvényen is résztvehetünk és újra találkozhatunk.

*Pataki Lejla és Horváth Katalin
1. évfolyamos gyógytornász hallgatók*

Az universitas kupáról

2002 október 12-én rendezték meg Pécsen a Dél-dunántúli Területi Universitas Kupát a szokásos sportágakban – nőknél három, férfiaknál 4 labdajátékban. Ez a sportesemény évek óta fontos szerepet játszik Képzési Központunk életében. Így most is lelkesen készültünk rá. Az első évfolyam hallgatói között különösen fontos volt már az első héten felmérni, hogy ki az, aki valamelyik sportágban csapattag lehet. Az "öregek" pedig már rutinosan készültek. A felkészülés jórészt a kondicionáló teremben és a tornatermünkben történt, de például a kézilabdás lányok a Városi Sportcsarnokban a városi csapattal együtt dolgozva hozták magukat "lendületbe". Végül is összeállt a KERET – 5 teljes csapattal. Ilyen még nem volt Képzési Központunk életében, és ezzel a jelenléttel egyedülállóak voltunk a

rendezvényen. És ehhez jöttek még az eredmények:

Férfi kosárlabda	5. hely
Férfi foci	4. hely
Női röplabda	2. hely
Női kosárlabda	2. hely
Női kézilabda	1. hely + Kupa

Gratulálunk minden résztvevő sportolónak és büszkék vagyunk a kézilabdás lányokra. Ezek az eredmények adják az alapot majd a közös csapatépítéshez tavasszal, amikor "PTE" sportolóként képviseljük Képzési Központunkat Debrecenben a Medicus Kupán.

*Dr. Varga Zoltánné
testnevelő tanár*



Dietetikusok grazi kirándulása

Immár 5. alkalommal jutottak el a PTE EFK dietetikus hallgatói Grazba. Ez egy tanulmányi út volt, amelynek programjában helyet kapott a Szigetvári Konzervgyár, a Zalaegerszegi Megyei Kórház, a Soproni Erzsébet Kórház és utunk fő célja: a Grazi Kórház ételmezési üzeme és gyermekosztálya. Az út három napos volt, október 29-én reggel indult el velünk és kísérő tanárainkkal az autóbusszal.

Első állomásunk Szigetvár volt. Itt a Konzervgyárat tekintettük meg. Előzetes meghívás alapján a gyár vezetője körbevezetett bennünket és bemutatatta az ott folyó munkát. Sajnálattal vettük tudomásul, hogy ma a gyár 95%-ban német exportra gyárt.

Ezt követően mentünk Zalaegerszegre, ahol az ottani kórház ételmezési üzemet nézhattük meg. Az üzem két éve épült, kint van a város szélén és két kórházat lát el meleg és hideg étellel. 1200 személyre tudnak főzni, de a konyha kihasználtsága jelen pillanatban csak 50%-os. Nagyon korszerű, az európai szabványnak megfelelően van ellátva és felszerelve, a legmodernebb gépeket és berendezéseket is megláthattuk itt. Az egy főre jutó norma 380 forint. Ebből kell az ottani dietetikusnak kigazdálkodni a betegnek egy napra az ételt, ami ekkora összegből nem is olyan egyszerű feladat. Az üzem megtekintése után Zalaegerszegen töltöttük az éjszakát.

Hajnalban indultunk tovább, hogy meglekintsük kirándulásunk fő célját, a Grazi Kórház Ételmezési Osztályát. Azt hiszem mindannyiunk nevében bátran kijelenthetem: amit itt láttunk, az egy életre nyomot hagyott bennünk. A magyarországi kórházakkal a grazi össze sem lehet hasonlítani. Ahogy odaértünk vendégváróval fogadtak minket és közben elmondták a fontosabbnak tartott feladatokat, amiket ők egy nap alatt elvégeznek. Ezután kérdéseket tettünk fel a

konyhafőnököknek vagy a vezető dietetikusnak, attól függően, hogy ki mire volt még kíváncsi. Mielőtt elindultunk, beöltöztettek bennünket. Kaptunk egy védőköpenyt és a fejünkre egy védősapkát, majd megkezdtük körutunkat az ételmezési osztályon. Mindenhová bemehettünk, mindent megnézhattunk. Olyan berendezéseket láttunk, amire talán bátran mondhatom: nem biztos, hogy valaha még az életben újra láthatjuk. Ezt megtekintve tovább invitáltak a csoportot a gyermekosztályra. Ott meglekintettük a tejkonyhát és az újszülött intenzív részleget. A tejkonyhának két része volt. Az egyik a szennyes, a másik a steril rész. Több, mint 1200 üveget fertőtlenítenek naponta 145°C-on 50 percig.

Megdöbbenő dolgokat láttunk és hallottunk az újszülött intenzíven. De mielőtt ezeket leírnám egy-két általános információt mondanék el az osztályról. Ez a részleg 27 inkubátorral működik, ezek mindennel fel vannak szerelve. Egész Ausztriában 4 olyan kórház van, amelyik igazán koraszülött babákat tud fogadni. Ezek a következők: Bécs, Linz, Innsbruck és Graz. Október 30-án délután az egyik inkubátorban láttunk egy 400 grammos újszülöttet, aki elért volna a tenyerében. Mint utólag kiderült, a 27. héten született meg. Mentőhelikopterrel szállították az újszülött intenzívre és addig tartják itt inkubátorban, amíg el nem éri a születési súlyt. Ami még mindannyiunknak nagyon tetszett, hogy az inkubátor mellett ott állt egy ágy is, melyről kiderült: az édesanyáknak van fenntartva. Amíg a kicsi az inkubátorban van, addig az anya ott lehet mellette. Az inkubátorban az újszülöttet betakarják pléddelel, pelenkával, azért hogy úgy érezze: még az anyaméhben van. Azt mondták nekünk, hogy a ettől jobban fejlődik. Szomorú szívvel, de élményekkel



ÖSSZEKÖTŐ

telve vettünk búcsút a grazi kórháztól és indultunk haza Sopronba a szállásunkra. Kirándulásunk utolsó napjának reggelén a Soproni Megyei Kórház Étellemezési Üzemét látogattuk meg. Ez is egy nagyon új épület, talán újabb, mint a zalaegerszegi. Ebből adódóan a modernség erre ugyanúgy jellemző. Mikor odaértünk, itt is vendégváróval fogadtak bennünket. Igaz, hogy ezt csak a végén fogyasztottuk el, mert előbb megnéztük az üzemet. Ami nagyon sokunknak imponált itt: működik egy szeretetszolgálat is a konyhán belül. Itt azok az idősök étkeznek, akik nincsenek már olyan állapotban, hogy főzni tudjanak magukra vagy a családjuk, hozzátartozójuk messze él tőlük és nem tud róluk gondoskodni. Itt az étellemezésen tudtak bennünket olyan időpontban fogadni, amikor dolgoztak. Így betekinthettünk a napi teendőikbe. Egy nagyon pontos és megszervezett munkát láttunk. Az egy főre jutó norma itt meghaladja az 500 forintot. Ez viszonylag soknak tűnik a mi normánkhoz

képest (mely kb. 380 forint). De Sopronban jóval magasabbak az árak, ezzel magyarázták ezt a viszonylag magas normát.

Összességében megállapítható, hogy egy olyan kirándulás résztvevői lehettünk, melyből sokat lehetett tanulni és egy életen át nyomot hagy bennünk.

Szeretnék köszönetet mondani szakvezetőnknek, prof. Dr. Figler Máriának, hogy lehetővé tette számunkra ezt a kirándulást. Továbbá szeretnék köszönetet mondani Dr. Csere Tibornak, képzési központunk igazgatójának és Dr. Tahin Tamás főigazgató úrnak, hogy anyagilag támogatták az utat.

Végül, de nem utolsósorban köszönetünket szeretnénk kifejezni évfolyamtársainknak Schneider Erikának és Fertály Lindának, továbbá kísérő tanárunknak Szabolcs Mariannak, hogy német nyelvtudásukkal segítették az évfolyamot.

*Mondovits Krisztina
III. évf. dietetikus hallgató*



ÖSSZEKÖTŐ



A Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar információs lapja

Szerkeszti: A Kari Media Bizottság

A Kari Media Bizottság elnöke: Oláh András

Felelős kiadó: Dr. Tahin Tamás, főigazgató

Főszerkesztő, technikai munkálatok: Dr. Horváth Gábor (ligo@efk.pte.hu)

Szerkesztőség: 7623 Pécs, Rét u. 4. Tel.: (72) 315-766, Fax: (72) 315-941

Nyomdai munkálatok: BÖRNUS Nyomdaipari Szolgáltató Kft.

Ügyvezető igazgató: Berbély Tamás