

Üzemi lap,  
megjelenik  
kéthavonta

# MEGYEI KÓRHÁZ



2. évfolyam, 2. szám

Ára: 5,- Ft

1991. április

Kórházunk ortopédiai osztályán, országos program keretén belül, a közelmúltban indítottuk el az arthroscopos műtéteket.

De mi is az arthroscopia? Magyarra lefordítva, szó szerint az ízület megtekintését, gyakorlatilag *ízületi csőtükrözést* jelent. Ennek lényege, hogy a nagyízületbe, elsősorban a térdbe, kb. 5 mm-es bőrmetszéssel keresztül egy 2,7 mm átmérőjű csőbe épített *lencserendszert* vezetünk. Ezt speciális kamerával és száloptikával összekötve, a *színes monitoron* az ízület belseje minden eddigi vizsgáló eljárásnál alaposabban tekinthető meg.

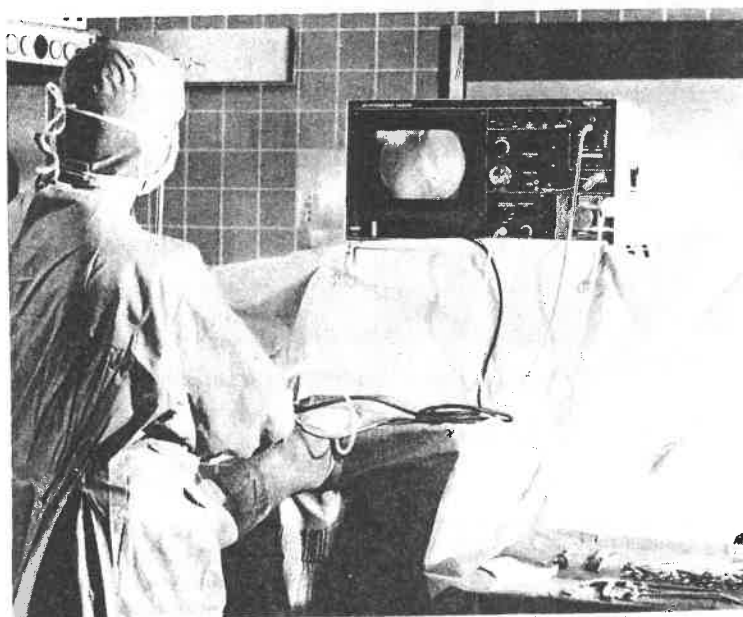
Az arthroscopia története a század 20-as éveinek elejére nyúlik vissza. Japán sebészek és mérnökök fejlesztették ki az első, kezdetleges készülékeket. Ezt követően sokáig feledésbe merült az eljárás, majd a technika fejlődésével szinkronban az arthroscopos sebészet a *70-es évek közepétől* terjedt el az ortopédiában és a baleseti sebészetben. Napjainkban ez az eljárás világszerte elfogadott diagnosztikai és műtéti technika az ízületi elváltozások ellátásában. Magyarországon az arthroscopia használatáról 1984-ben jelent meg az első beszámoló, azóta országszerte rohamosan fejlődésnek indult.

A hazai arthroscopia egyik fellegvárában, az Országos Testnevelési és Sportegészségügyi Intézet Ortopédiai Osztályán működő, *dr. Berkes István* által vezetett arthroscopos munkacsoport számításai szerint a zárt arthroscopos és a nyílt feltárásból végzett műtéteket összehasonlítva: az előbbivel *jelentős anyagi megtakarítás* érhető el. Milyen tényezőkből tevődik ez össze?

Vegyük a leggyakoribb térdízületi műtétet, a meniscus resectiot: arthroscopiával az átlagos ápolási idő 2 nap, nyílt műtéténél ez 7 nap. A gyógyulási idő — a táppénzes napok száma — arthroscopiánál átlagosan 31 nap, nyílt műtéténél pedig 51 nap. Ezekből az adatokból is nyilvánvaló a két

## Ízületi csőtükrözés

Új diagnosztikai és műtéti eljárás



módszer közötti *gazdasági hatékonyság* különbsége. Ezt a szakminisztérium felkérésére konkrét számadatokkal az Arthroscopos Sectio vezetősége támasztotta alá: endoscoppal meniscektomizált betegek egy főre eső kórházi ápolási költsége + táppénz + kiesett termelési érték összege kerekén 45 ezer forinttal volt kevesebb 1987-ben, mint a hagyományos nyílt műtéttel meniscektomizált betegeké.

Ezzel a kimutatható gazdasági haszonnal sikerült megnyerni az egészségügyi tárca mellett az Állami Biztosítót és a Társadalombiztosítási Főigazgatóságot az *arthroscopia egységes fejlesztéséhez*. Így jutott az ország húsz kórházába diagnosztikus és további húsz kórházba operatív készlet, így kaptuk meg mi is, a megyei egészségügyi vezetés anyagi támogatásával, a *Stortz cég operatív készülékét*.

Az arthroscopia sajátosságaiból adódik, hogy meghatározott műszerkészletet igényel, és bizonyos képességek, gyakorlat szükséges ahhoz, hogy megfelelően működjék. Ennek figyelembe vételével született meg az a *módszertanilevél-tervezet*, mely az arthroscopia személyi és tárgyi feltételeit foglalja össze.

Ezek szerint az arthroscopiát olyan személy végezheti, aki jártas a térdsebészetben, részt vett arthroscopiai tanfolyamokon, igazolni tuja egyéni képzésének gyakorlatát. (Önálló diagnosztikus arthroscopia legalább 50 asszisztencia után, illetve önálló műtét 50 önálló diagnosztikus arthroscopia után végezhető.) Osztályunkon az arthroscopos munkacsoportba *dr. Papp László* osztályvezető főorvos vezetésével jelenleg *dr. Vass László* és *dr. Hock Csaba* tartozik.

Minimális személyi feltétel osztályonként egy olyan műtősnő, aki arthroscopos képzésben részesült. Az ortopédiai osztályon *Baglé Zoltánné*, műtősnő, egyéni képzés keretén belül, valamint két speciális továbbképzésen sajátította el az arthroscopiával járó, különböző feladatokat.

A tárgyi feltételek közül rendelkezünk a komplett operációs szettel, csontsebészeti műtővel, és *önálló részleget* alakítottunk ki az osztályon az arthroscopizált betegeknek. Megoldódni látszik az anaesthesiológia kérdése, rendelkezésünkre áll az egyéges arthroscopiás dokumentációs rendszer a speciális adatlapokkal. Lehetőségünk van a műtét során lényegesnek ítélt részeket videó-szalagon rögzíteni, így a képi dokumentációval bármikor reprodukálható az adott ízület műtét alatt látott képe, s ez orvosszakértői dokumentumként is elfogadott.

A személyi és tárgyi feltételek birtokában 1990. november elején indítottuk el a „Jósza András” Kórház Ortopédiai Osztályán az arthroscopos programot. Az induláshoz olyan ismert arthroscopos szakembereket kértünk fel bemutató műtétek tartására, akik már többszáz ilyen végeztek.

Vendégünk volt *dr. Zathureczky György* osztályvezető főorvos Dunaujvárosból, a baleseti sebészeti és ortopédiai osztályról és *dr. Nemes József*, arról a kecskeméti ortopédiai osztályról, ahol vidéken az országban először végeztek arthroscopos műtétet.

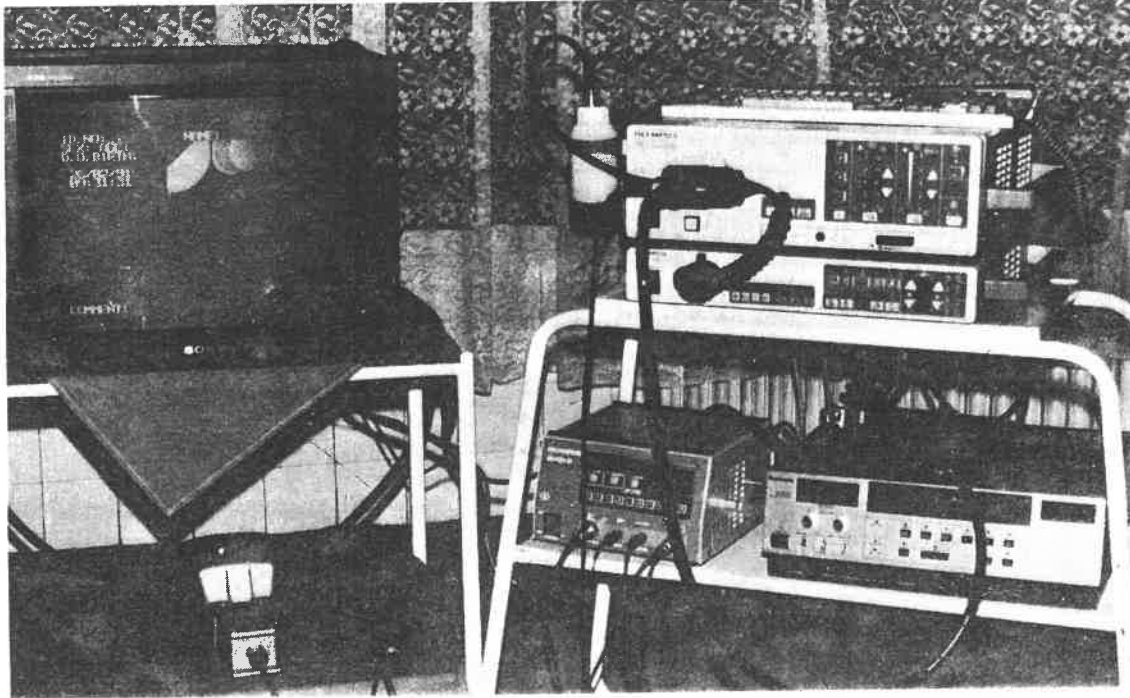
A bemutató műtétekhez sikerült olyan beteganyagot kiválogatni, amely felölelte az arthroscopia indikációs területeit. Így volt betegünk térdízületi haemarthrossal, kereszt-szalag sérülés gyanújával, meniscus, illetve ízületi porc felszín sérüléssel. Elláttunk plica szindrómás beteget, chronikus szinovitisben szenvedőt, ízületi szabadtestet távolítottunk el

Márai Sándor (1900—1989) véleménye a betegségről:

„A betegség. Egész bizonyosan büntetés is, melyet csendesen, különösebb lázongás nélkül, le kell ülni.” (Napló 1943—1944, 18. oldal)

(Folytatás a 2. oldalon)

# Gaszterológiai endoszkópia kórházunkban



Olympus gyártmányú videoendoszkópos berendezés a kórházi II. belgyógyászati osztályon

Ismert tény az orvoslásban, hogy a pontos diagnosztika növeli a gyógyító munka hatásfokát. Ha tudjuk, hogy milyen betegséget kell gyógyítani, már könnyű hozzá megtalálni a legmegfelelőbb gyógyítást. A diagnosztikus munkának pedig egyik igen lényeges területét képezik a képközlő eljárások.

A képközlő diagnosztika pontosságának növelését a közelmúltban három kutatási terület — a száloptikás képtovábbítás, a komputertechnika és az ultrahangfizika — féltve őrzött eredményei tették lehetővé. Ezeknek

a kutatásoknak köszönhetően készültek el az orvoslásban használt fiberoszkópok, komputer-tomográfok és ultrahang-készülékek. Ezek a műszerek az orvosi szakterületek csaknem mindegyikén hoztak valami újat.

A II. belgyógyászati osztály a gaszterológiai endoszkópia révén ugyancsak részesült a modern diagnosztika e műszereiből. Képközlőn az osztály 1990. végén kapott Olympus gyártmányú videoendoszkóp berendezését láthatjuk, amely csúcsmoделlnek számít az endoszkópiában. Segítségével javultak az okta-

tási és gépi rögzítési feltételek, s az endoszkóp, vékonyága révén, gyermekek vizsgálatára is alkalmas.

A gaszterológiai endoszkópiának kórházunkban gazdag múltja van. Amikor a merev gaszteroszkópokat felváltotta a Schindler által szerkesztett *semiflexibilis*

gaszteroszkóp, dr. Eisert Árpád sebész főorvos is beszerezte azt, és az 1960-as években több vizsgálatot végzett vele. A felgyorsuló technikai fejlődés elsodorta ezt a műszert és az üvegrost-optikán alapuló, immár teljesen hajlékony eszközöknek adta át a helyét. Intézetünkben először dr. Juhász Lajos onkológus főorvos alkalmazta a *flexibilis* gaszteroszkópot a gyomor vizsgálatára. 1987-ben a II. belgyógyászati osztály vette át tőle, és fejlesztette tovább az üvegszál-optikán alapuló diagnosztikus endoszkópos munkát.

Osztályunkon évente 3500—4000 beteget részesítünk gaszterológiai endoszkópos vizsgálatban. Túl a nyelőcső, gyomor, duodenum, a vastagbél megtekintésén, valamint az igen fontos anyagkivétel a szövettani vizsgálatokhoz, ma már terápiás beavatkozásokat is végzünk ezekkel a műszerekkel.

A vastagbélben, végbélben, gyomorban látott polypusokat endoszkópos úton, polypektómiás berendezésekkel *égetjük le* és távolítjuk el. Ezzel a ténykedésünkkel a rosszindulatú daganatok egyik kialakulási lehetőségét szüntetjük meg. A gyomor—bél traktusból vérző betegek sürgősségi endoszkópos vizsgálatával azok pontos kezelését irányíthatjuk. A májzsugorodást kísérő nyelőcső varixok szkleroterápiájával, a vérző területek elektrocoagulációjával *életveszélyt hárítunk el*. Az epeutak és a pankreasz vezeték kontrasztanyag feltöltésével a sárgaság, illetve hasnyálmirigy-betegségek diagnosztikájában nyújtunk értékes segítséget. A Vater papilla felmetszésével epeúti köveket távolítunk el.

Ez a felsorolás, amely korántsem teljes, rávilágít endoszkópos munkánk fontosságára, és — ma már elmondhatjuk — *nélkülözhetetlenségére*. Munkánk az egész megyére kiterjed, akár a betegek vizsgálatáról, akár a városi kórházak szakemberekézéséről van szó.

A közeljövőben tervezzük a sugárterápiás és költséges röntgenvizsgálatok nélkül történő endoszkópos gyomorzárgálatok bevezetését, az úgynevezett „primér endoszkópiát”, amely új korszakot nyit meg kórházunkban, a tömeges endoszkópos vizsgálatok korszakát.

Dr. Kiss József  
osztályvezető főorvos  
II. belgyógyászati osztály

## Ízületi csőtükrözés

(Folytatás az 1. oldalról)

arthroscoppal. Postarthrotomiás panaszok és bizonytalan, tartós ízületi fájdalmak okát is diagnosztizálni tudtuk ezzel az eljárással. Az arthroscopia indikációi közé tartozik még a reumatológiai betegségekben, szövettani vizsgálatra történő mintavétel, valamint annak eldöntése is, hogy kezdődő térdarthrosisban a hagyományos műtéti eljárásokat alkalmazzuk-e, vagy pedig a már előrehaladott porckárosodások felderítése után az ortopédia

egy másik új vívmányát, a felületpótló térdprothesist ültessük-e be a gyulladás érdekében.

Az arthroscopia *ellenjavallatai* közé csak a bőr gennyes fertőzése, a menstruáció és az előrehaladott, az ízület merevedését, folyadékkal való tágíthatatlanságát okozó térdarthrosis tartozik.

Befejezőként nagyon lényeges megemlítenem, hogy nyílt műté-

tekkel szemben, több közlemény szerint is, a gyorsabb gyógyulás mellett, az eredmények arthroscopiával szignifikánsan jobbak, a szövődmények száma pedig lényegesen kevesebb.

Ezt a rövid ismertetést pedig ajánljuk minden kolléga szíves figyelmébe, s kérjük, hogy betegeiket világoztassák fel az új módszer lehetőségeiről és előnyeiről és térdízületi panaszokkal jelentkező pácienseiket irányítsák szakrendelésünkre, az arthroscopos beavatkozás elbírálására.

Dr. Hock Csaba

### Könyvismertetés:

## Hypertónia-regiszter

Az elmúlt időszakban több központi és helyi próbálkozás is történt hazánk lakossága folyamatosan romló egészségi állapotának javítására. E sürgető feladat készítette az 1063/1987 (XII. 10.) MT. számú rendeletben „Az egészségmegőrzés hosszú távú társadalmi programjára”-nak megfogalmazását. Sajnos a hiányos eszköz- és feltételrendszer nem tette lehetővé a program maradéktalan végrehajtását. Ezért kiemelkedő jelentőségű intézetünk két dolgozójának, dr. Szegedi Jánosnak és dr. Serti Radics Istvánnak a Hypertónia-regiszter Szabolcs-Szatmár-Bereg me-

## A magyar ápolónőképzés első formái

A szervezett ápolónőképzés elindításával hazánkban elsőnek a *Magyar Országos Segélyező Nőegylet* (1879) foglalkozott, amely szervezet 1880-ban a nővérképzés és a betegápolónői kar rendtartásának kidolgozásával a Nőegylet egészségügyi tanácsosait: Korányi Frigyes, neves orvosprofesszort és Fleischhacker Viktort kérték fel. Elképzeléseik megvalósítója végül a *Magyar Vöröskereszt* szervezete lett, amelyhez 1881. május 16-án a Magyar Országos Segélyező Nőegylet is csatlakozott. A Vöröskereszten belül az Egészségügyi Bizottság (Elnöke Korányi Frigyes, titkára Lumniczer Sándor professzor volt) irányította az ápolónőképzést; a végleges tanterv és gyakorlati kiképzés kidolgozásának irányításával Elischer Gyula egyetemi magántanárt bízta meg.

A képzés két szinten: a féléves *hivatásos* és a hathetes *önkéntes* ápolónőképző tanfolyamokkal indult meg, amelyben a hivatásosok egy esztendő gyakorlat után vizsgabizottság előtt tettek bizonyosságot tudásukról, oklevelüket bárhol elfogadták. (Ezeket a Vöröskereszt általában megtartotta állományában, csak kivételes esetekben engedte át állami kórháznak.) Az egészségügyi hatóságokkal történt megállapodás értelmében a félévenként induló 20–20 fős tanfolyami csoportokban 5–6 helyet biztosítottak a *szerves ápolónőknek* is. A vizsgabizottságban képviseltette magát a Belügyminisztérium egészségügyi osztálya is.

A hivatásos képzés — a budapesti Erzsébet Vöröskeresztes kórház felépítéséig (1885) — Budapesten, Pozsonyban, Kassán és Kolozsvárott indult meg, míg az önkéntesek tanfolyamait a helyi vöröskeresztes egyletek szervezték. Ez utóbbiakra nem tartott állandóan igényt a Vöröskereszt, csak háborúk és természeti katasztrófák esetén mozgósították őket,

de képesítésükkel bármely egészségügyi intézménynél elhelyezkedhettek. 1885 után a hivatásos képzés a budapesti — az Erzsébet Vöröskeresztes kórházon belül működő — *Betegápolónői Intézetbe* helyeződött át, s a kórházban tölthették gyakorlati évüket is. Ezen csak 1899-ben történt változás, amikor Kolozsvárott megnyitották a második hazai Vöröskeresztes Kórházat és Betegápolónői Intézetet, s ismét két helyen lehetett képesítést szerezni.

A hivatásosok tanfolyamán anatómiát, belgyógyászatot, sebészetet és ápolástant tanítottak, kötelező tankönyvnek Billroth már említett munkáját, Nightingale Ápolástanát tanították, de az előadók saját munkáikból is ajánlottak kötelező tananyagot. Az önkéntes tanfolyamok rövidített formában a hivatásos képzés tananyagát használták, előadók a fiók-egyesületek munkatársai voltak.

A vázolt forma lett a szervezett magyar ápolónőképzés kiindulópontja és a századfordulóig közel félezer hivatásos és kétannyi önkéntes nővért adott a magyar egészségügynek. Főleg a hivatásos képzés iránt nőtt meg az érdeklődés, viszont a tanfolyam korlátozott létszáma miatt nem tudták a kórházi igényeket teljesíteni. Éppen ezért 1899-ben reformot hajtottak végre a képzésben, bizonyos módosítások történtek a tananyag bővítése érdekében, és ekkor nyílt meg a már említett kolozsvári intézet is.

A kor kórházi igényeihez igazodó ápolónők megjelenése a századfordulón több jogi és oktatási kérdést vetett fel hazánkban. A Vöröskereszt a hivatásos nővéreket igyekezett megtartani saját állományában, *tíz évi szolgálat után nyugdíjat* is biztosított számukra! Ilyen felkészültségű ápolónőkre az állami kórházak is igényt tartottak, viszont ott nem részesültek nyugdíjban, így ez a terület nem vált számukra vonzóvá. Ellenben az ezen

gyében 1989 című könyve. A fejlettebb egészségügyi ellátással rendelkező országokban rég felismert tény a prevenció jelentősége mind a betegségmegelőzés, mind a gazdaság (a keresőképesség biztosítása, helyreállítása; rehabilitáció) érdekében. Az egyik mintául szolgáló rendszernek tekinthető az Egyesült Államokban már évek óta eredményesen működő HMO (Health Maintenance Organization)-rendszer. Ahhoz, hogy a prevenciót érvényesíteni tudjuk, alapvető fontosságú a jelenlegi népesség egészségügyi állapotának objektív feltárása.

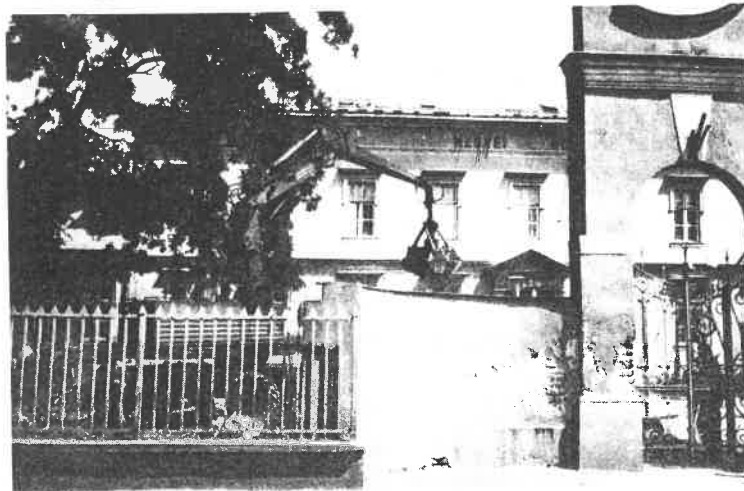
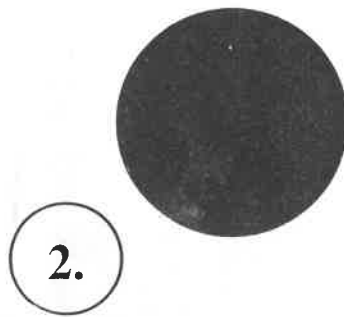
Közismert, hogy az elmúlt időkben vérszint emelkedett a szív- és érrendszeri megbetegedések száma, illetve hogy a halál statisztikában mind nagyobb részarányt képvisel a betegségek csoport. A kiváltó okok közül a legnagyobb arányú a magasvérnyomás (hypertónia). A nemzetközi felmérések adatai szerint a lakosság

mintegy 15–20 %-a szenved magasvérnyomás betegségben.

A megelőzésben, illetve a már kialakult magasvérnyomás betegség kezelésében döntő jelentősége van az ezt kiváltó okok (életvitel, ételmezés-táplálkozási szokások, más rizikófaktorok) objektív felmérésének, feldolgozásának, összehasonlításának. A szerzők e tevékenységet a komplexitás jegyében a Kardiiovaszkuláris Program alapján végzik. A feldolgozás során rendelkezésre álló adatokat összehasonlítják más kórházak, megyék adataival, illetve országos mutatókkal.

A könyv értékét, üttörő jellegén túl növeli, hogy az adatok birtokában *javaslatokat tesz* a felvetett feladatok megoldására is.

Dr. Nádasi József



Épül az új főporta (1990 nyarán) kórházunkban

a területen működő — képesített vagy képesítés nélkül működő — ápolónők érdekvédelmi akciókat szerveztek az azonos elbírálás érdekében: az állami kórházügyön belül a képzés állami felügyelet alá vonását szorgalmazták. Ez utóbbira volt már példa, hiszen 1903-ban Franciaországban, 1906-ban Németországban és 1907-ben Angliában államosították a nővérképzést. Ezekben az országokban két éves elméleti és gyakorlati kiképzés után kaptak a jelöltek oklevelet, 10 évi szolgálat után nyugdíjat.

A hazai egészségügyben erre a századfordulón nem nyílt lehetőség, de az érdekvédelmi mozgalomból nőtt ki 1906-ban a *Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete*, amely az érdekvédelem mellett

## A magyar ápolónőképzés kezdetei

a vöröskeresztes képzéssel azonos ápolónőképző tanfolyamokat indított, általában munkaviszonyban álló ápolói személyzet kiképzésével foglalkozott. Meg kell jegyezni, hogy a két képző szervezet nem állt ellenséges viszonyban, sőt az utóbbi tantesületét a Vöröskereszt biztosította.

Az első világháború kitörését megelőző években az Országos Közegészségügyi Tanács vizsgálatot indított és felméréseket készített a hazai ápolónőképzés megreformálására, amelyre 1913-ban javaslatot tett a belügyminisztériumnak, de megvalósítására már az első világháború éveiben nem kerülhet sor. Ezekben az években csak annyi történt, hogy növelték a képző intézmények tanfolyamainak számát, létszámát és kihelyezett tanfolyamokkal igyekeztek a szakképzett ápolónők számát növelni. A részleges, nem végleges rendezésre 1920 után történt intézkedés, amikor az összes ápolónőképző intézmény (az előbbieket kiegészítve a felekezeti képző tanfolyamokkal) egységesen elfogadta az *Országos Közegészségügyi Intézet* Állami Ápoló- és Védőnőképző Intézetének tantervét, az egyetemi városokban — négy helyen — ilyen állami képzőintézetet szerveztek, s a képzési időt egységesen három évben határozták meg, sőt az 1920-as évek végétől megindultak a speciális (anya-, csecsemő és szociális gondozónő) képző tanfolyamok is.

## Bibliográfia

címen füzett jelentetett meg a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Kőjál, dolgozóinak 1969–1989. években kifejtett tudományos tevékenységéről. *Dr. Gaál Lajos* szerkesztésében. Megtalálhatjuk ebben az 1961–1989. években elhangzott *előadások* és az 1962–1989 között megjelent *közlemények* adatait. A Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Sokszorosító üzemében 500 példányban kinyomtatott kiadványhoz *dr. Márton Mihály* igazgató-főorvos írt előszót. Közlük a régebbi és a jelenlegi dolgozók névsorát is.

Dr. Fazekas Árpád

Dr. Kapronczay Károly

## Röviden a kórházhygiénéről

A higiéné — nevezhetjük az egészségvédelem tudományának is — biztosítja egészségünk, testi-lelki jó közérzetünk feltételeit oly módon, hogy a károsító tényezőket igyekszik szervezetünkől távol tartani. Gyakorlati módszerei mindenképp a megelőzésre építenek.

Mindennapi életünk folyamán beszélünk a települések általmainak elhárítását szolgáló településhigiénéről, de ugyanígy munka-, élelmiszer-, ifjúság- és személyi egészségvédelemről is. Ezek a törekvések szinte életünk minden mozzanatát átszövik, anélkül, hogy esetleg tudnánk róluk. Amilyen változatosak lehetnek az életkörülmények által kiváltott, egészségünket károsító behatások, ugyanolyan sokrétű törekvással kell szembeszállni a higiéné módszereire támaszkodó közegészségügyi szervezetnek is. Ennek egyik jelentős területe a kórházhygiéne.

A kórházhygiéne a fekvőbeteg-ellátó intézményekben ápolott betegeket esztelen fenyegető ártalmakat igyekszik elhárítani. Az első pillanatban ellentmondásnak tűnhet az, hogy abban az intézetben, amelyet a beteg gyógyulás céljából keres fel, állapotára nézve súlyos veszélyek is leselkedhetnek rá. Pedig így igaz!

Az orvosokat, az ápoló személyzetet, képzésük során a szakmától elválaszthatatlan, olyan nélkülözhetetlen ismeretekkel is felvértezzük, amelyek szigorú betartása mindennapi tevékenységükben megvédi mind az ő egészségüket, mind a betegeket az említett veszélyektől. A kórház — a szakemberek szavait idézve — „veszélyes üzem”. Az itt dolgozók és az itt ápoltak veszélyeknek vannak kitéve. Most csak az egyik leggyakoribb veszélyforrásról, a kórházi fertőzésekről, az alaphetegséget súlyosbító „ráfertőzésekről” teszünk említést.

A kórházi ápolást igénybe vevő betegek szervezete, éppen betegségükből eredően kevésbé ellenálló a fertőzésekkel szemben. Ugyanakkor a betegek hurcolják be sokszor azokat a gyógyszerreket igen ellenálló, veszélyes kórokozókat is a kórházi osztályokra, amelyek

a betegtársaik egészségi állapotát súlyosbíthatja. Az egészségügyi dolgozók éppen szakképzettségükből eredően mindent megtesznek az ilyen veszélyek elhárítására. De mit tehet ennek érdekében a másik partner, a beteg? Nagyon sokat. A személyi higiéné előírásainak betartásán kívül most csak egy, igen fontos dologra hívom fel a figyelmet. Ez a *beteglátogatással* kapcsolatos rossz társadalmi beidegződés.

Ezt a kijelentést meg kell magyarázni, illetve az ebből eredő veszélyekre fel kell hívni a figyelmet! A beteg a kórházba egészségi állapotának javulása céljából fekszik be. Ez azt is jelenti, hogy a gyógykezelés mellett *nyugalom* is igényel. Ennek ellenére az általános szokás szinte előírja, hogy a hozzátartozók, munkatársak csoportosan rohanják meg, *látogatás* címen. Ilyen alkalmakkor bőséges és könnyen romló élelmiszerekkel is traktálják, virágözönnel árasztják el. Természetesen ezzel a szeretetüket akarják kifejezni. Ugyanakkor a kórházi környezetet rengeteg kórokozóval terhelik, szennyezik. A szakemberek előtt ismertek a „kórházból kihurcolt” fertőzéses eredetű megbetegedések is.

Mi hát a teendő? A tömeges látogatásokat a legszűkebb szűk családi körre kell korlátozni, hogy a beteg kapcsolata a kórházon kívüli világgal ne szakadjon meg! A tágabb körű hozzátartozók, barátok, munkatársak a beteg gyógyulása után, a lábadozás idején, otthonában fejazzék ki együttérzésüket, szeretetüket! A virággal kapcsolatban csak annyit kell megjegyezni, hogy cserepes virágot egészségügyi intézményekbe bevinni *tiltva van!* Különösképpen műtési osztályokon lehetnek végzetes sebfertőzések forrásai. A vágott virágok vizében is napok alatt lehet sebfertőző baktériumok tömeges elszaporodását észlelni. Ezért helyenként a vágott virág bevitelét is tiltják. Tartsuk be e szabályokat!

Dr. Bodnár Sándor  
főorvos

## H Í R E K



Kórházunk Egészségnevelési Hálózata 1991. január 25-én munkaértekezletet tartott. Az anyagi nehézségek miatt különösen megnőtt az egészségnevelés jelentősége.



A Magyar Radiológusok Társasága Tiszántúli Szakcsoportja 1991. január 25-én, kórházunkban tartotta szakcsoportülését. A fő témák a sugárkezelés és a CT-diagnosztika egyes gyakorlati kérdései voltak. Képünk a hallgatóság egy csoportját mutatja.

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megye Közgyűlése 1991. február 26-án megválasztotta dr. Nagy Jánosnak a Jósa András Megyei Kórház-Rendelőintézet gazdasági igazgatói, illetve dr. Vágvolgyi Jánosnak a Nagykállói Megyei Elmegyógyintézet igazgatói állására törté-

nő megválasztását. Kórházunk ápolási igazgatói állására új pályázatot írtak ki.

Az intézetben az érdekképviseleti testületek képviselőiből *Érdekegyeztető Tanács* jött létre, amely már eredményesen működött a mostani 20 %-os béremelés, valamint a munkáltatói kölcsönök elosztása során.

A megyei kórház orvos-igazgatója nem tart a korábbi gyakorlat szerinti „igazgatói” személygépkocsit. A most vásárolt kis fogyasztású Volkswagen Passat típusú autó az intézeti gépkocsik korszerűsítését tükrözi és bárki számára hozzáférhető, szolgálati utakra.

A hazai influenza járványügyi helyzet miatt az orvos-igazgató 1991. március 11-től a Jósa András Kórház-Rendelőintézet *látogatási tilalmat* rendelt el a szülészeti-nőgyógyászati, az I-II. gyermekgyógyászati, az I-II. sebészeti, az ortopédiai és a rehabilitációs osztályon, továbbá a kemecsei és a tiszalóki szülőotthonban.

A X. Református Zsinat 1991. február 28-án megválasztotta az új egyházi méltóságokat. A Magyarországi Református Egyház *világi elnöke*: dr. Bodnár Ákos nyíregyházi sebészfőorvos, a Tiszántúli Egyházkerület főgondnoka lett

### Pályázati felhívás

„Nem a betegséget, hanem a beteget kell gyógyítani” (Hippokratész)

„A szeretet a legjobb gyógyszer” (Paracelsus)

Az 1986/87-es tanévtől kezdődően minden évben meghirdettük a „Jósa András Pályázatot” az egészségügyi szakközépiskola tanulói, az 1987/88-as tanévtől az egyesített egészségügyi szakközép- és szakiskola növendékeinek. Az 1990/91-es tanévben a pályázat kiterjed a szakközép- és szakiskola mellett az egészségügyi főiskola hallgatóira is.

A pályázat célja, hogy közelebb hozza az elméletet a gyakorlathoz, a jövő egészségügyi szakembereit a betegekhez. Szempont, hogy optimális életkorban adódjék lehetőség a kreativitásra, a legfogékonyabb években tegyék lehetővé kinek-kinek a saját metakommunikációs és empátias készsége kibontakoztatását, hogy ezek az eljövendő munkájában hasznára váljanak.

A pályázat meghirdetője: a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Jósa András Kórház-Rendelőintézet orvos-igazgatója.

A pályázat címe: „Az egészséges életmód. A jó közegészségügy rendkívül megerősíti és munkaképessé teszi a népeket...” (Fodor József, 1887)

A pályázat tartalmazza egyéni gondolatokat, új módszereket.

Beküldési határidő: 1991. március 31.

A beküldés helye: Egészségügyi Főiskola Védőnői Kar (dr. Exterdéné Zsurkai Ilona adjunktus).

Eredményhirdetés: a tanévzáró ünnepségen.

A sikeres pályamunkák díjait a bírálóbizottság állapítja meg.

Dr. Czége Zoltánné  
egészségnevelő

### SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG MEGYEI KÓRHÁZ

Üzemi lap, megjelenik kéthavonta. Szerkeszti a szerkesztőbizottság: dr. Bartha Attila, dr. Czége Zoltánné, Dókané Molnár Matild, dr. Fazekas Árpád (a szerk. biz. vezetője), dr. Fodor Mihály, Marosán András, Márfoldi István, Nádasi József. Szerkesztőség: Nyíregyháza, Szent István u. 68. szám. Telefon: 13-222/582, v. 101. mellék. Felelős kiadó: dr. Séra Gyula orvos-igazgató. Kiadja (szedés, tördelés) a Határszél Zenit Kft. Készült a Nyírségi Nyomdában, felelős vezető: Jáger Zoltán.