

Ápolás hivatástudatból - az ápolás és orvoslás történetének összefüggésében -

Papp László

főiskolai tanársegéd

Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Ápolási Tanszék

e-mail: papp@efk.u-szeged.hu

Kulcsszavak ápolás, orvoslás, hivatás, képzés

Összefoglalás

Bevezetés Az ápolás hivatástörténeti vizsgálata lényeges részét képezi az ápolás fejlődésével foglalkozó kutatásoknak. A szakma önazonosságát elősegíti, ha tisztán látunk a múltunkban és elemezzük azokat a hatásokat, melyek az ápolás jelenlegi helyzetéhez hozzájárultak. A történetiség alapját a medikális szakmák hivatásmitológiájával való összevetés módszerével célszerű vizsgálni, fenntartva ezzel a kölcsönös egymásrahatás lehetőségének nyomon követését.

Célkitűzés A szakma jelenében zajló folyamatok eredetének feltárása az ápolás hivatástörténeti vizsgálatával

Módszer Dokumentumelemzés, összefüggések elemzése.

Eredmények Az ápolási tevékenység több ezer éves múlttal rendelkezik, azonban önálló hivatásként csupán néhány száz éves történetre tekint vissza. Az egészségügyi szakmákban az orvoslás dominanciája volt jellemző egészen a XX. század fordulójáig; amelytől kezdődően a paramedikális szakmák fejlődése egy, saját ismeretanyaggal rendelkező ápolástudomány kialakulását indította el.

Következtetések Az ápolás, mint hivatás elemzése a szakma öntudatra ébredésének egyik lényeges összetevője, és annak tapasztalatai bevonhatók a professzió további építésébe.

Az emberiség „öntudatra ébredése” óta védekezik valamilyen, - a kor intellektuális, spirituális és szociális színvonalának megfelelő eljárással - az emberi szervezetet ért károsító hatások ellen. Bár az egészség és betegség fogalmát a XXI. század elejének embere másképpen értelmezi, mint elődei, melyből arra következtethetünk, hogy minden kor sajátos felfogást alakított ki a „normalitásról”, illetve ennek megfelelően az attól eltérő állapotokról is.

Egy adott társadalom – és azon belül az egyének – betegekkel szembeni magatartását több tényező határozza meg, amelyek közül az egyik legfontosabb tényező a betegség természete. Ez határozza meg az adott betegség közösségi megítélését, azaz közvetetten az egyénnel szembeni társadalmi viszonyulást. A betegség természete potenciálisan meghatározza azt a személyt is, aki a kezelést végezheti, azaz „elhivatott” e célból.¹ Hivatást csak olyan személyek voltak képesek ellátni, akik a közvetlenül érzékelhető

világon túlterjedő testi és/vagy szellemi képességekkel rendelkeztek.(1)

Az elmúlt 2000 év történetében minden jelentős kultúrkörben találunk olyan

személyeket, akik látszólag előzmények nélkül jelentek meg és olyan képességek birtokában voltak, melyek az adott közösség szemében elhivatottá tették őket. Mivel az elhivatottság kezdeti isteni eredetüként értelmezése egyúttal a „merítési keret” szűkülését is jelentette, ezért szükség volt a fogalom tartalmának intézményesítésére. Ez tulajdonképpen azt eredményezte, hogy az isteni eredetüként való értelmezést lassan felváltotta egy világiasabb típusú gondolkodásmód.

Ez a folyamat az orvoslás és a betegellátás területén is megfigyelhető volt. Mivel az átalakulás szükségszerűen lassan zajlott le, így a kezdeti értelmezésekben a karizma megmaradt természetfeletti eredetű személyes adománynak. A fent említett társadalmi igény miatt azonban megalapultak olyan intézmények (iskolák), melyek feladata

(„elhívása”) a megfelelő utánpótlás biztosítása volt. Ekkor már az értelmezés szerint a karizmatikus képesség nem önmagáért való; azok a személyek, akik ilyen képességek birtokában voltak, csak akkor váltak a társadalom hasznos tagjaivá, ha képességeiket a közösség szolgálatába állították. Ezért a képességek, bár – kezdetben – megmaradtak „kegyelmi” eredetűnek, olyanná váltak, melyek (1) átruházhatóak, vagy (2) személyesen megszerezhetőek, vagy (3) nem valamilyen meghatározott személyhez kapcsolódnak. Ez tulajdonképpen az egyik lényeges elemét jelentette annak a társadalmi szemléletváltásnak, mely lehetővé tette akár a mai fogalmak szerint értelmezett orvos- és egészségügyi tudományi képzést. Ebben az esetben is azonban jelen volt a karizma azon tulajdonsága, hogy a funkció betöltésére nem mindenki képes.(1)

Már abban az időszakban, mikor elsődleges ellátási formaként az istenek elhívása által végzett gyógyítás volt a jellemző, megjelentek a „hétköznapi” mesteremberek is, akik tevékenységüket az érzékszervekkel felfogható világ tapasztalatai alapján végezték. Az ősi egyiptomi kultúrával foglalkozó irodalmak többször említik, hogy a papok és varázslók mellett orvosok is végeztek gyógyító tevékenységet. Ebben a kultúrában azonban még nem vált szét tisztán a természetfeletti (isteni) eredetű és a materiális világból származó, megfigyelésen alapuló tapasztalat. Erre a tényre a kor jelentős, a témához kapcsolódó dokumentumainak (Ebers- és Smith papiruszok) vizsgálata is utal.

Mezopotámiában nincs arra utaló jel, hogy a gyógyítást végző személyek² valamely isten papjai lettek volna, a felhasznált tudásanyagban azonban mind a megfigyelésen alapuló népi, mind a hiedelmeken alapuló „törzsi” eredetű tevékenységek megtalálhatók.

Az antik görög kultúrában, Hippokratész tevékenysége kapcsán történt meg az a fordulat, amellyel a „világi” orvoslást végző személyeket is karizmatikus hatalommal rendelkezőkként értelmezhetjük. A Hippokratészi Gyűjtemény „Törvény” című része írja le, hogy melyek az orvossá válás (elhívás) szükséges elemei: a természetes tehetség, képzés, megfelelő (képző) hely, gyermekkortól tartó oktatás, szorgalom, idő. Ebben az esetben többek között az is megadja a tevékenység karizmatikus jellegét, hogy azt természetes tehetség nélkül végezni nem lehet.

Az orvosi tevékenységre való alkalmasság deklarálása tulajdonképpen „beavatásként” történt, amelyre azért is szükség volt, mert a Gyűjtemény szövege szerint „...a szent dolgok viszont csak a beavatottak előtt tárulnak fel. Ezeket a kívülállók nem sajátíthatják el mindaddig, amíg bebocsátást nem nyernek a tudomány rejtelseibe.” Ezzel az orvosi tevékenységet egy olyan „kultikus” magasságba emelte, melynek tekintélyét a kívülállóktól való elzárás támasztja alá.

A kereszténység történetének első „gyógyítói” nem a szó mai értelmében mondott orvosok voltak, hanem Jézus és apostolai, akik más – természetfeletti tulajdonított – tevékenységük mellett a betegekkel „csodákat” tettek. Később, a kereszténység terjedése a korábbi gyógykultuszok átalakulását vagy megszűnését vonta maga után. Példa erre a görög Aszklepiosz – kultuszának és gyógyhelyeinek tovább élése a kezdeti keresztény kultúrában Szent Kozma és Damján templomaként, akik a Kr.u. 3-4. század fordulóján valóban gyógyászati tevékenységet folytattak. Mártírhaláluk és szentté avatásuk után számos természetfeletti eredetű gyógycsodát vetítettek vissza tevékenységükre, amely által a „valódi” orvosi tevékenység és az isteni eredetű csoda keveredését segítették elő.

Az ókor – középkor fordulója már más, lényeges változásokat is hozott az egészségügyi ellátásban. A Kr. u. IV. századot megelőzően elsődlegesen gyógyászati tevékenységekre való utalásokat találhatunk a szakirodalomban, más egészségügyi szakmák létezéséről csupán indirekt módon, elméleti jellegű következtetéseket használva kaphatunk információt. Így van ez az ápolási – gondozási tevékenység létezésével is; valószínűsíthető, hogy a már az ősközösségi törzsi társadalmakban a fizikai sérüléseket szenvedett személyeket a tüzet és tartózkodási helyet vigyázó nők „ápolták”, vagyis állapotukat a kor színvonalának megfelelően felügyelték.

Az ismert ókori kultúrákban (Sumér Birodalom, Mezopotámia, Egyiptom, Hellász, Róma) kizárólag ápolási tevékenységet végző személyekről vagy szervezetekről nem maradt fenn emlék. A gondozási tevékenység ekkor a betegség ellátását végző orvos – gyógyító utasításai alapján történt, elsődlegesen a beteg családjá, közvetlen környezete által. Az egyes kultúrák szent gyógyhelyeken (pl. az egyiptomi serapeionok, a görög kultúra Aszklepiosz templomai), a betegek hosszabb

ideig – akár néhány napig – is tartózkodhattak, ahol szó szerinti ápolási tevékenység nem zajlott.³

A keresztény vallás térhódításával a papi – egyházi réteg hitéleti alapon nem vett részt a gyógyító ellátásban, azonban azokon a határterületeken, amelyek a betegség és a szociális elszigetelődés között húzódnak, az egyház jelentősége felerősödött. Ez azt vonta maga után, hogy olyan szakosodott testületek jelentek meg, amelyek elsődleges célja a szociális gondoskodás és a betegápolás volt. Ez némi időbeli eltérést mutat a Birodalom keleti és nyugati felében: míg keleten Kr. u. III. századtól már állami támogatású betegápoló otthonok alakultak, addig nyugaton ez Nursiai (Szent) Benedek tevékenységében kap csak szerepet, a Kr. u. VI. században. Később, a Római Birodalom szétesése után ez a folyamat nem szakadt meg; példa erre a különféle lovagrendek (johannita rend, templomosok, német lovagrend) által végzett betegápolási tevékenység a keresztes hadjáratok idején és azt követően.

A világi betegápolásról ezzel szemben kevés emléket őrzünk. Míg az orvoslás történetében jelentős fejlődés kezdődött a képzést szolgáló egyetemeken (1158 – Bologna, 1209 – Cambridge, 1210 – Párizs, 1222 – Pádua, 1224 – Nápoly, 1243 – Salamanca), addig betegápolás továbbra is megmaradt a különféle lovag- és szerzetesrendek által és a kereszténység alapelveivel indokolt tevékenységnek. Ezek a szervezetek gyakorlatilag – iskolarendszerű – képzés nélkül, a hagyományok, megfigyelések és a népi gyógy módok alkalmazásával fejtették ki ápolási működésüket.

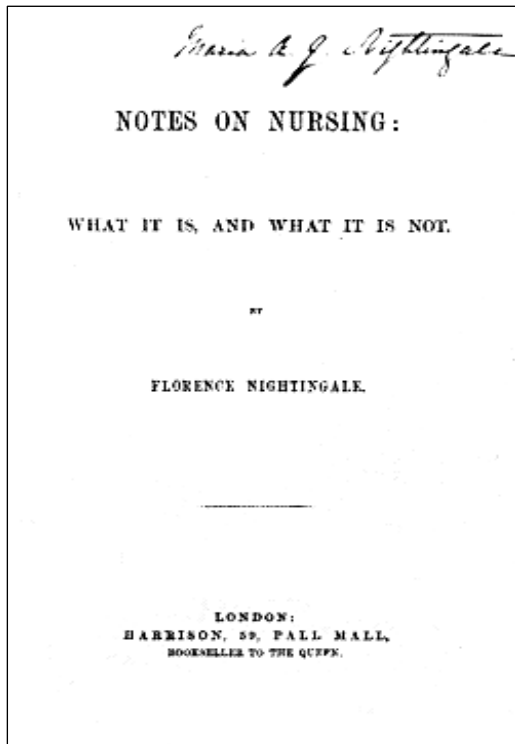
Az egyetemi képzés elterjedése az orvoslásban más hatásokat is gerjesztett az orvosi szakma önazonossága szempontjából. A képzésben elsődlegesen az adott kornak megfelelő színvonalon belgyógyászati jellegű ismereteket oktattak, a sebészet csak mint elméleti jellegű tárgy jelent meg. Sebészeti ismeretekre azonban a gyakori háború miatt szükség volt, ezért néhány iskolában (pl.

Salerno) ilyen jellegű gyakorlati képzést is végeztek, melyet az időszak orvostársadalma nem fogadott be. Amennyiben a vizsgáldást kiterjesztjük más egészségügyi jellegű tevékenységet (is) végzőkre, akkor további széttagolódást figyelhetünk meg.⁴ Ez a fajta széttagolódás, - bár az egyes szakmák sokat közeledtek egymáshoz, és a tudomány fejlődésével új irányok is megjelentek (pl. szülészet) - egészen a XIX. – XX. század fordulója környékéig megmaradt.

A középkor és a korai újkor szinte minden évszázadából tudunk nagyobb orvosi vagy egészségtudományi eredményt említeni, jelentős fejlődést azonban az egészségügyi szakmák mindegyikében a XVIII. század hozott. Az orvoslásban ekkortájt indult meg az a folyamat, mely az uralkodó szemléletet a korábbi, humorális jellegű (még Hippokratésztől és Galénusztól származó) ismeretekről az újabb eredményeken alapuló, anatómiai alapokra helyezte. (4)

Az ápolás szempontjából is a XVII.-XVIII. század változásai kiemelkedőek. A vallási alapoktól még nem elszakadva, Páli Szent Vince 1633 – ban alapította meg az Irgalmas Nővérek rendjét. A nővérek elsődleges feladatként szegényházak, ispotályok és más menedékhelyek betegeit ápolták, valamint ápolást és gondozást végeztek a betegek otthonában is. A Nővérek rendjének első rendfőnöke, Louise De Gras nevéhez köthető az első, ápolási jellegű oktatóprogram kidolgozása is. A hallgatóknak a program szerint kórházi és otthoni ellátásban is gyakorlatot kellett szerezniük annak érdekében, hogy tevékenységüket elismerten folytathassák.

A XIX. század kezdetén – a protestáns egyház segítségével – feléledt a középkorban alapított Diakonissza Rend is. 1836-ban Theodor Fliedner e rend segítségével alapította meg az ápolásoktatással (és vallási jellegű neveléssel) foglalkozó Diakonissza Intézetét a németországi Kaiserwerthben.



Florence Nightingale könyvének eredeti borítója

Lényeges megemlíteni Magyarországon Kossuth Zsuzsanna munkásságát, akit ápolói képzettség nélkül, bátyja, Kossuth Lajos nevezett ki országos főápolónőnek 1849-ben. Az 1848-49-es forradalom és szabadságharc idején 72 táborigyógyintézetet alapított, amelyekben rendelet írta elő az ápolónők tevékenységét; akik képzéséről a beosztott orvosoknak kellett gondoskodniuk. A szabadságharc leverése után Kossuth Zsuzsanna emigrálni kényszerült, és további tevékenységének gátat vetett tüdőbetegsége és korai, 1854-ben bekövetkezett halála. (2)

Az ápolás történetében a leggyakrabban idézett személy, Florence Nightingale, aki 1820-ban született angol nemesi családban. Ápolási ismereteit az 1850-es évek elején szerezte Párizsban (az Irgalmas Nővérek rendjének iskolájában) valamint a kaiserwerthi Diakonissza Intézetben. Ezt követően nevezték ki a krími háborúban a Törökországi Angol Általános Kórházak felügyelőjévé, ahol gyakran idézett és számos legendával övezett tevékenységet fejtett ki. Fő eredményét az jelentette, hogy pusztán ápolási ellátással – kötözéssel, szellőztetéssel, fürdetéssel, fertőtlenítő mosással – a táborigyógyintézetek 42.7 %-os halálozási rátáját 2.2 %-ra csökkentette. Nightingale hazatérése után, 1860 – ban alapította meg az első világi, szervezett nővérképző központot (Nightingale Training

School for Nurses), és ugyanebben az évben publikálta az első, kizárólag ápolási ellátással foglalkozó könyvet is (Notes On Nursing: What It Is And What It Is Not).

Az ápolás ekkor, a XIX. század közepén érte el azt a képzési lehetőséget, ami az orvoslás számára már évszázadokkal korábban, Salerno tevékenysége kapcsán megadatott. Ebben az időben az orvostudományban korábban nem látott mértékű szakmai fejlődés zajlott, mind az elméleti ismereteket, mind a képzést illetően. Az anatómiai és élettani ismeretek az orvosok rendelkezésére álltak, a sebészeti jellegű képzés az orvosgyógyintézetekben folyt (pl. Theodor Billroth – bécsi egyetem), valamint megindult a pszichiátriai gondolkodás fejlődése. Ezek természetesen az orvosi hivatás magas társadalmi presztizsét eredményezték, különösen a XIX. sz. második felében. Ezzel szemben az ápolás még mindig megmaradt alantásnak tartott tevékenységnek és csak II. József idején (1780 – 1790) jelent meg Magyarországon az első olyan rendelet, mely a betegápolás kérdéseivel is foglalkozott. Ez a betegápolásra jelentkező polgári személyektől mindössze annyit követelt meg az írni és olvasni tudáson kívül, hogy egészségesek és tiszta erkölcsűek legyenek.

Az ápolást mint önálló hivatást elsősorban Florence Nightingale munkásságán keresztül ismerte meg a világ. Tevékenységét megelőzően az ápolókkal szembeni kritériumok kimerültek abban, amit II. József is megfogalmazott rendeletében, és még ezek a szerény elvárások sem teljesültek minden esetben. Nightingale működése azonban elindította azt a folyamatot a világban, amely az ápolás önálló diszciplínává válását célozta meg. Magyarországon 1879-ben alakult meg a Magyar Országos Segélyező Nőegylet. Ez a szervezet alapította meg 1885-ben a Betegápolónői Intézetet, mint oktató és módszertani központot; 1906-ban pedig megalakult a Magyarországi Betegápolók Országos Egyesülete.⁵ Az efféle szervezetek létrehozása nem kizárólag szakmai megfontolások, hanem a hatékony érdekvédelem, a közügyekben való közreműködés igénye miatt is szükséges volt. Az egészségügy területén más szervezetek is alakultak ebben az időben, 1897-ben hívták életre a Magyar Országos Orvosszövetséget, és már 1874-ben felmerült az igénye az Orvosi Kamara létrehozásának, – amely azonban

különbéle okok miatt csak 1936-ban valósulhatott meg.

A szociális ellátás megjelenése törvényi szintű szabályozása - 1891. évi XIV. tc. „az ipari és gyári alkalmazottak betegség esetén való segélyezéséről” (köznapi nyelven a munkásbiztosításról) - is az egészségügyi rendszer bizonytalanságát növelte. A rendelkezés hatására alapjaiban rendeződött át az addig egymás mellett jól megférő magánorvosi és állami „alkalmazott” orvosi praxisok helyzete. Az újonnan jelentkező gazdasági nyomással, mellyel a törvény a magánjövödelmek csökkenését hozta létre⁶, az orvostársadalom csak egységesen fellepvé tudta érdekeit a lehetőségeihez képest jól védeni. Ez egyúttal azt is jelentette, hogy ilyen feltételek mellett nem volt megengedhető számára az, hogy olyan paramedikális szakmák, mint az ápolás önállósodási törekvéseit támogassák.

Az ápolás önállósodása ellen ható másik ok a képzés színvonalának egyre jelentősebb lemaradása volt a nemzetközi normáktól. Míg pl. az Egyesült Államokban az 1930-as években már közel száz képző hely adott főiskolai szintű végzettséget az ápolóhallgatóknak (3), addig hazánkban nem egységes képesítési követelmények alapján, és egymástól elkülönülten működő képzőhelyeken történt az ápolók képzése. A század első harmadában, 1920 – ban a Debreceni Egyetem Orvosi Kara mellett állították fel az Ápoló- és Védőnőképző Intézetet, ahonnan 2 éves képzés után elsősorban ápolókat bocsátottak ki. E mellett 1922-től a Magyar Vöröskereszt újraindította ápolónőképző programját, valamint zajlott képzés a Mártha Ápolónő Egyesület, a Diakonissza Ápolónőképző Intézet, és a Pesti Izraelita Nőegylet Ápolónő otthona szervezésében is. Az egységes ápolóképzés irányelveinek kidolgozására 1927-ig kellett várni, amikor az Országos Közegészségügyi Intézet kidolgozta az egységes ápolónő- és védőnőképzés követelményeit.

A II. világháború után, a kommunista – szocialista ideológia rányomta bélyegét mind az orvosi, mind a paramedikális szakmák hivatásbeli gondolkodására. Az orvosokról az ekkor uralkodó ideológiai irányzat szerint, mint értelmiségről beszélhetünk. A szakmai, hivatásbeli önállóságra törekvő ápolásüggyel együtt a politika szinte kizárólagosan a közösség érdekében tevékenykedő, az állam

céljait közvetlenül megvalósító munkavállalókként tartotta számon őket. Az ápolóképzésben mindezek ellenére európai jellegzetességeket viselő rendszer alakult ki.

Az 1956-os forradalmat követő „puha” diktatúrában az orvosi szakma ismét magasabb társadalmi presztízst ért el, azonban változatlanul – hivatalosan – szerényen díjazott tevékenységként jelent meg. Az ápolás területén az 1960-as évek közepétől történt meg a meglévő képzési struktúra gyökeres átalakítása, a szakiskolai, később szakközépiskolai rendszer létrehozásával. A programok kialakítása során alkalmazott alapelvek gyakorlatilag az orvosi tevékenységet kiegészítő, annak utasításaira működő, minimális önállóságot feltételező szakmát eredményeztek.

Az ápolás, mint tudomány térhódítása Európa nyugati részében és az Egyesült Államokban gyors tempóban zajlott. Elméleti ápolási modellek kerültek kidolgozásra (Peplau – 1952, Abdellah – 1960, Henderson – 1964, King – 1971, Orem – 1971, Neumann – 1972, Roy – 1976.), melyek az önálló ápolási tevékenység megvalósítását hangsúlyozták azért, hogy az orvos mellett egyenrangú partnerként működhessen az ápoló. Az önállóságot definiálta az 1955-ben megalkotott, majd 1965-ben kiegészített állásfoglalás az ápolás, mint hivatás megfogalmazásával. (3)

Magyarországon a főiskolai szintű „diplomás” ápolóképzés 1988-ban, a budapesti Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán valósult meg.

Ez természetesen nagy lökést jelentett a hivatás presztízisének emelését célzó folyamatban.

Ezt követően több képzőhelyen (Gyula, Győr, Kaposvár, Nyíregyháza, Pécs, Szeged, Szombathely, Zalaegerszeg) is megindult a főiskolai szintű képzés. Az ápolástudomány elismerését jelentő szervezeti keretet elsőként 1993-ban a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem (Szeged) biztosította a képzés számára az ország első Ápolási Tanszékének megalapításával.

Napjainkban már az egyetemi szintű képzésre (Pécs, Budapest) épülve az ápolóknak lehetőségük van a tudományos fokozat megszerzésére is, amely elengedhetetlen a társadalmi és szakmai elismertséghez, valamint az ápolás és orvoslás azonos szintű, komplementer szerepéhez.

Az ápolás, mint hivatás fejlődését nem célszerű az orvosi hivatás történetétől elkülönülten szemlélni, sőt annak tanulságait hasznosítani érdemes a jövő érdekében. A két tevékenység egymással kölcsönös függésben működött hosszú időn keresztül és működik ma is. Az ápolási tevékenység még napjainkban is alacsony presztízsének kedvező irányú megváltoztatásához nélkülözhetetlen a szakma szervezeteinek, testületeinek összefogása, a társszakmák gyakran eltérő érdekeinek összehangolása

éppen úgy, mint az ápoló és orvosképzés mereven elkülönült struktúrájának feloldása. A folyamat elkezdődött, melyet az ápolásban kiteljesedő tudás, öndefiníció és az EU harmonizáció igénye egyaránt jelez. Az eddig elért eredmények befogadásához és alkalmazásához szükséges szemlélet kialakulása azonban hosszabb időt igényel, amellyel szintén számolni kell mind társadalmi szinten, mind pedig az ápolás mindennapi életében.

Irodalomjegyzék:

1. Balázs P: Orvoslás pénzért és hivatástudatból
Melánia Kiadó, Budapest, 2002.
2. Garai A.: A betegápolás története
Internet: <http://www.palya.hu/dolgozat/dolgozat.cfm?id=251>
3. Perry, P –. Potter, A.G: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai
Medicina Kiadó, Budapest, 1996, p:26-31
4. Szumowski, U.: Az orvostudomány története bölcsészeti szempontból nézve
Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat, Budapest, 1939.

Végjegyzék:

¹ Az európai kultúrkörben a görög eredetű *kharisz* szó eredeti vallási értelmében a természetfeletti képességek adományát jelentette. A karizmatikus hatalom birtoklása és gyakorlása egyben a társadalmi közmegegyezést is jelölte, amelynek keretében az ilyen emberek „elhívásra” kerültek, hogy hivatalukat betölthessék. (1)

² Asipu: varázsló, ráolvasó, valamint később az orvoslás elvontabb, szellemi jellegű részét (diagnosztizálás) végző személy. Aszu: gyakorló orvos, aki a rendelkezésre álló orvosi előírás gyűjtemények alapján kézművesként végzi tevékenységét. (1)

³ Bár az ilyen gyógyhelyeken való hosszabb tartózkodás, ennek kapcsán a másik emberrel való törődés, valamint a papok gondozási tevékenysége ápolási – mentálhigiénés célokat is megvalósított.

⁴ Pl. borbélyok, mint egyszerűbb sebészi munkákat végzők; fürdősök, akik a mai fizioterapeuták elődeiként írhatók le, valamint a korábban említett, betegápolást végző szerzetes- és lovagrendek.

⁵ Ezzel közel egy időben, az 1890-es években alakult meg pl. az Egyesült Államok és Kanada területén működő Nurses' Assosiated Alumni of the United States And Canada, mely a mai amerikai és kanadai ápolói egyesület elődje.

⁶ A rendszer lényege a társadalombiztosítási jellegű (TB) ellátási forma bevezetése volt, elsősorban a német mintát tekintve alapnak. Azonban a német rendszer „felülről nyitott”, azaz egy bizonyos jövedelemhatár felett az egyén eldöntheti, hogy kíván-e igénybe venni TB alapú ellátást, vagy saját kockázatvállalása szerint, az esetleges ellátásért fizetve veszi igénybe az egészségügyi és szociális szolgáltatásokat. A magyar rendszerben ez az elv nem jelent meg, ezáltal a tehetősebb réteg – amely tagjai korábban a magánegészségügyi rendszerben vettek igénybe ellátást – is a jóval olcsóbb TB alapú ellátásra tértek át.

Vocational history of the nursing

- Historical correlations between nursing and medical profession -

Papp, L.

University of Szeged Faculty of Health Sciences, Department of Nursing

e-mail: papp@efk.u-szeged.hu

Keywords: Nursing, Medical attendance, Calling, Education

Summary

Introduction: Examining the vocational history of the nursing professional is a vital part of research works which are attended to the history of nursing. When we are thoroughly enlightened upon our past and analyzing the influences of the from that time, which are causing the present situation, it helps to find the nursing professional's self-identity. We can examine the basics of the nursing's history with comparison with the medical-related professionals like medical attendance. With this method, we can also analyze the interference between the vocational history of the medical attendance and the nursing professional.

Objective: To analyze the nursing's vocational history, and to find answers to processes running in the professional's present.

Method: Analyzing documents, examining the correlations.

Results: The nursing professional has existed about few thousand years, but from a vocational historical view, it has only about one hundred year past. In the history of the medical professionals, the medical attendance dominated to the turn of the XX. century, when the evolution of paramedical studies caused the development of an independent nursing science.

Conclusion: Analysis of the nursing's vocational history is a vital part of the nurse's self-identity, and its experiences can help to build the profession.
