

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

Az Ebola-vírus okozta járványügyi vészhelyzet népegészségügyi és ápolásszakmai vonatkozásai

SABJANICS András, DR. MEGLÉCZ Katalin

ÖSSZEFOGLALÁS

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

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

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

András SABJANICS, Katalin MEGLÉCZ MD

SUMMARY

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

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

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

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

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

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

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

Bevezetés

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

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

Epidemiológiai aktualitások és a patogén jellemzői

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

Transzmissziós mechanizmusok humán populációban

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

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

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

Klinikai stádiumok és az inkubációs idő

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

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

A magyarországi népegészségügyi monitoring- és triázsrendszer feladatai

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

A triázsápoló feladatai és döntési algoritmusa

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

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

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

Azonnali intézkedési protokoll az SBO-n:

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

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

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

Klinikai infekciókontroll és ápolásszakmai feladatok (izolációs ápolás)

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

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

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

A védőeszközök felvételének és levételének szekvenciális protokollja

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

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

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

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

Laboratóriumi diagnosztika és mintavételi biztonság

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

Ápolói feladatok a mintavétel során

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

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

Terápiás és szupportív ápolás a megerősített esetekben

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

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

Járványügyi vizsgálat és hatósági feladatok

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

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

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

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

Aktív óvintézkedések

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

Környezeti higiénia, hulladékkezelés és dekontamináció

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

Kórházi felületfertőtlenítés

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

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

Veszélyes hulladékok kezelése

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

Etikai, jogi és pszichológiai megfontolások

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

Az ellátási kötelezettség jogi háttere

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

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

Az izoláció pszichés hatásai és az ápolói intervenció

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

Következtetések és javaslatok a hazai ellátórendszer számára

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

Javaslatok a hazai ápolásügy fejlesztésére

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

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

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

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

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

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

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

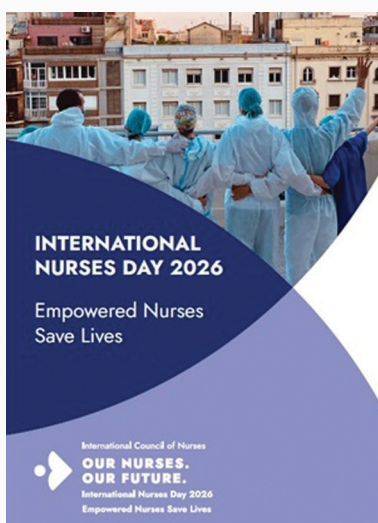
Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalomjegyzék

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

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

AZ ICN 2026-OS NEMZETKÖZI ÁPOLÓNŐK NAPJA JELENTÉSÉRŐL



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

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

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

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

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

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