

NŐVÉR



AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

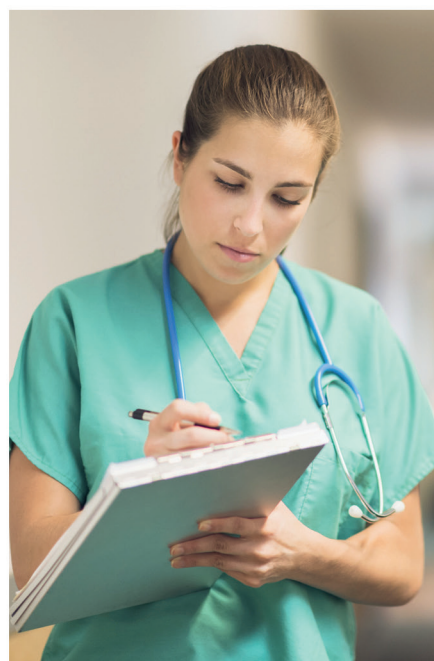
Scientific and educational journal
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

2021. 34. ÉVFOLYAM 3. SZÁM

A TARTALOMBÓL

Team munka jelentősége az egészségügyben a COVID-19
pandémia idején

Ápolói táska technikák, praktikák a betegek otthoni ellátása
során



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





VAKCINAINFÓ

Regisztráljon a koronavírus elleni oltásra:

vakcinainfo.gov.hu

Az oltás önkéntes és ingyenes. Amennyiben szeretné beoltatni magát, regisztráljon most, és értesüljön elsőként a vakcinával kapcsolatos információkról és teendőkről!

MINDEN ÉLET SZÁMÍT

Készült Magyarország Kormánya megbízásából.

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA/

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével/

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Nővér, 2021;34(3):1-44.

TARTALOMJEGYZÉK

NEKROLÓG

In memoriam Mucha Márkné Katalin.3
Dr. Balogh Zoltán PhD

EREDETI KÖZLEMÉNY

Team munka jelentősége az egészségügyben
a COVID-19 pandémia idején4
Dr. Irinyi Tamás PhD, Dr. Németh Anikó PhD

AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

Változás a mindennapos ápolási feladatokban – járványügyi
intézkedések és protokollok az idősellátáshoz kapcsolódó
ápolást-gondozást nyújtó bentlakásos intézményekben 10
Hodobásné Kiss Hedvig, Dr. Balogh Zoltán PhD

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A dysphagia hatásainak felmérése stroke betegek
körében, akut ellátásban. 17
Gránási Bettina, Dr. Papp László PhD

Parkinson-kóros betegek életminőségének változásai
mélyagyi stimulációs műtétet követően 24
Polgárné Lőrinczi Andrea, Dr. Papp László PhD

KÉPZÉS, TOVÁBBKÉPZÉS

Ápolói táskatechnikák, praktikák a betegek
otthoni ellátása során 32
Dr. Hirdi Henriett Éva PhD, Dallosné Király Erika,
Kálmánné Simon Mária, Dr. Balogh Zoltán PhD

CONTENTS

NECROLOGY

In memoriam Katalin Márkné Mucha.3
Zoltán Balogh PhD

ORIGINAL CONTRIBUTION

The importance of teamwork in healthcare during
the COVID-19 pandemic4
Tamás Irinyi PhD, Anikó Németh PhD

NURSING IN PRACTICE

Changing in the daily nursing duties – epidemiological
interventions and protocols in residential care facilities
related to elderly care 10
Hedvig Kiss Hodobásné, Zoltán Balogh PhD

ORIGINAL CONTRIBUTIONS

Analysis of the impact of dysphagia among
stroke patients in acute care 17
Bettina Gránási, László Papp PhD

Changes in Quality of Life in Patients with Parkinson's
Disease following Deep Brain Stimulation (DBS) Surgery. 24
Andrea Polgárné Lőrinczi, László Papp PhD

CONTINUING EDUCATION

Nursing Bag Technique, Practice in home
health care. 32
Henriett Éva Hirdi PhD, Erika Dallosné Király,
Mária Kálmánné Simon, Zoltán Balogh PhD

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja és a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskolája elismeri és beszámítja, az EBSCO Discovery Service nemzetközi adatbázis indexeli.

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

A NŐVÉR folyóirat az ápolás független orgánuma. Célja az, hogy tudományos igényű írással megjelentetésével az elméleti ismeretek átadása mellett a szakemberek gyakorlati tevékenységét és pontszerző továbbképzési kötelezettségének teljesítését is elősegítse. A NŐVÉR a folyamatos önképzés támogatásával hozzá kíván járulni a helyes és hatékony betegellátáshoz, valamint a XXI. század kihívásainak és követelményeinek megfelelő képes ápolók képzéséhez, továbbképzéséhez.

Kiadja: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara.
Felelős kiadó: Dr. Balogh Zoltán (PhD). **Terjeszti:** MESZK 1087
Budapest, Könyves Kálmán krt. 76. (1450 Budapest, Pf. 214.)
Telefon: 323-2070 Fax: 323-2079.

A kiadvány megjelenését gondozza:

LITERATURA  MEDICA
ANNO 1990

LifeTime Media Kft. egészségügyi divíziója

Nyomdai munka: Varg Hungary Kft. **Felelős vezető:** Egyed Márton
üzveztető igazgató. **ISSN szám:** 0864-7003
Terjeszti a Magyar Posta Zrt.

Postacím: 1900 Budapest

A folyóirat alapítója és 19 évig (2006. december 31.) kiadója
az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, melynek jogelődje az
Országos Egészségügyi (Orvostudományi) Információs Intézet
és Könyvtár.

Főszerkesztő/editor-in-Chief

Dr. Hirdi Henriett Éva (PhD)

szerkesztők/editors

Dr. Németh Anikó (PhD)

Dr. Papp Katalin (PhD)

szerkesztőbizottság/editorial board

Dr. Balogh Zoltán (PhD)

Prof. Dr. Betlehem József (PhD)

Dr. habil. Oláh András (PhD)

Dr. Pápai Tibor (PhD)

Dr. Rajki Veronika (PhD)

Szobota Livia

szakértők/experts

Arany Ida

Jakab Judit

Dr. Papp László (PhD)

Tóth Andrea

Dr. Tulkán Ibolya (PhD)

tanácsadó testület/advisory board

Boldogné Csurik Magdolna

Dr. Fedineczné Vittay Katalin

Dr. Helembai Kornélia (PhD)

Prof. Dr. OjSaeng Hong (PhD)

Prof. Dr. Kovács L. Gábor (PhD)

Dr. Maroska Anikó

Mészáros Magdolna

Sövényi Ferencné

Tóth Ibolya

Prof. PhD. Valérie Tóthova (PhD)

Dr. Velkey György

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

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

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

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

A kéziratot szerkesztőségünkbe e-mail útján juttassák el a nover@meszk.hu címre. Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton a MESZK, 1450 Budapest, Pf. 74. címre) „Szerzői nyilatkozat”-ot is.

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

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

A szerkesztőség fenntartja a kéziratok megjelentetésének idejét, illetve a folyóirat stílusának megfelelő módosítások végrehajtására vonatkozó döntés jogát.

A benyújtott kézirat nem tartalmazhat korábban már megjelent, vagy korábban benyújtott, de elbírálás alatt lévő, vagy elfogadott, de megjelenés előtt álló kéziratrészletet.

A cikkekben megfogalmazott vélemény a szerző sajátja, és nem feltétlenül esik egybe a szerkesztőség/kiadó álláspontjával.

A lapban megjelent valamennyi cikk közzéi joga a Kiadót illeti.

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

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Henriett Éva Hirdi PhD. Editors: Anikó Németh PhD, Katalin Papp PhD. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungary with English summaries. The Journal also offers continuing education credits in every issue. Editorial office: PoB 214., H-1450 Budapest, Hungary. This Journal is peer-reviewed and indexed in EBSCO CINAHL. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Mátésné Horváth. Phone/Fax (36-1) 323-2070

NEKROLÓG

In memoriam Mucha Márkné Katalin



Mély megrendüléssel fogadtuk a szomorú hírt, hogy Mucha Márkné életének 81. évében tragikus hirtelenséggel 2021. június 4-én elhunyt. Katalin elévülhetetlen érdemeket szerzett a Magyar Ápolási Egyesület első másfél évtizedének kialakításában és a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara létrehozásában, működésének beindításában. Mucha Márkné a Kossuth Zsuzsanna misszió elindítója, ami másfél évtized után a Magyar Ápolók Napjának közjogi értelemben történő elismeréséig vezetett.

Katalin volt az, aki következetesen, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Ortopéd Klinikáján megszerzett gyakorlatával, egyetemi klinikavezető főnővéri múltjával, a hazai és nemzetközi szakmai szervezeti tapasztalataival tanított bennünket a szakmapolitizálásra, az érdekek érvénye-

sítésének folyamatára. Az Ápolási Egyesület akkori elnökségének élén megmutatta, hogyan lehet és kell csapatban dolgozni, közösséget kovácsolni és fenntartani, nem az önös érdekek mentén, hanem szakmai alapon politizálni és érdekeket képviselni, ugyanakkor tisztességesnek maradni, hatékonynak lenni. Katalin volt az, aki karmestere volt a szakdolgozói szakmai köztestületet kialakítását lehetővé tevő első kamarai törvény létrehozásának. Alkalmazkodó és kompromisszumos képességének köszönhetően tárgyalt a szakmai civil szervezetek vezetőivel, a szakmapolitikusokkal, melynek eredményeképpen a Magyar Országgyűlés 2003 októberében fogadta el a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamaráról szóló törvényt. Szerepet vállalt az új köztestület elindításában is, hiszen az ideiglenes elnökségben a Felügyelő Bizottságot vezette. Munkáját nemzetközi ismertség és elismertség övezte.

Nagy tisztelettel és elismeréssel emlékezünk rá, hiszen munkájával több mint 30 évvel ezelőtt, a rendszerváltás után megalapozta a hazai ápolásügy – nemzetközi mércével is jelentősnek mondható – fejlődését. Köszönjük Mucha Márkné alapítónak, korábbi elnöknek munkáját, hitét és alázatát e nemes hivatás iránt. Külön köszönjük azt a sok-sok lehetőséget, bizalmat, partnerséget és számos esetben barátságot, amit adott, és amivel hozzájárult ahhoz, hogy ezeket a megszerzett értékeket tovább tudjuk vinni a szakmai gyakorlatban, a képzésekben, valamint a szakmai köztestületi munkában.

Fájó szívvel búcsúzunk, emlékedet megőrizzük!

a MESZK Országos Elnöksége és
a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar
Ápolástan Tanszék oktatói nevében

Dr. Balogh Zoltán PhD, elnök, főiskolai tanár

EREDETI KÖZLEMÉNY

Team munka jelentősége az egészségügyben a COVID-19 pandémia idején

Dr. IRINYI Tamás PhD, Dr. NÉMETH Anikó PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: Vizsgálat célja volt feltárni a COVID-19 pandémia kezdete óta eltelt időben az egészségügyi team munka esetleges összefüggéseit a kiégéssel, a munkahelyi bizonytalansággal, a munkahelyi és a magánéleti stresszfaktorokkal.

Anyag és módszer: A keresztmetszeti vizsgálat egy saját szerkesztésű online kérdőívvel történt 2021 elején. 1965 kitöltő válaszainak értékelése SPSS 23.0 statisztikai programmal, leíró statisztikával, Khi-négyzet és Kruskal-Wallis próbával készült ($p < 0,05$).

Eredmények: A team munka védelmet jelent a kiégéssel ($p < 0,000$), a munkahelyi bizonytalansággal ($p = 0,001$), a munkahelyi és magánéleti stresszfaktorok többségével szemben, csökkenti a bizonytalan jövőtől ($p < 0,000$) és a COVID-19 elleni védőoltás beadatásától való félelmet is ($p < 0,000$).

Következtetések: A kutatás bebizonyította, hogy a COVID-19 pandémia alatt is kiemelt jelentősége van a team támogató szerepének, mely számos, vizsgált területen protektív tényezőnek bizonyult.

Kulcsszavak: egészségügyi szakdolgozók, team munka, kiégés, stresszforrás, COVID-19

The importance of teamwork in healthcare during the COVID-19 pandemic

Tamás IRINYI PhD, Anikó NÉMETH PhD

SUMMARY

The aim of the study: The present study aimed to investigate the correlations of healthcare teamwork with burnout, workplace uncertainty, and stress factors at the workplace and at home during the COVID-19 pandemic.

Material and method: This cross-sectional study has been conducted through a self-constructed online questionnaire in the beginning of 2021. The answers of 1965 people have been analysed with SPSS 23.0. Descriptive statistics, chi-square and Kruskal-Wallis were applied ($p < 0.05$).

Results: Teamwork proved to be a protective factor against burnout ($p < 0.000$), against workplace uncertainty ($p = 0.001$), against most of the workplace and private stress factors and reduces the fear of uncertain future ($p < 0.000$), furthermore decreases the fear of being vaccinated ($p < 0.000$).

Conclusions: The present study proved that teamwork has high importance even during the COVID-19 pandemic as a protective factor on many areas.

Keywords: healthcare workers, teamwork, stress source, COVID-19

DR. IRINYI Tamás PhD
egyetemi okleveles ápoló,
Szegedi Tudományegyetem
Pszichiátriai Klinika
elnök, MESZK Csongrád-
Csanád Megyei Területi
Szervezet

DR. NÉMETH Anikó PhD
egyetemi okleveles ápoló,
főiskolai docens, Szegedi
Tudományegyetem
Egészségtudományi és
Szociális Képzési Kar
TOB elnök, MESZK
Csongrád-Csanád Megyei
Területi Szervezet
ORCID azonosító:
0000-0002-9329-1809

Levelező szerző

(correspondent):

Dr. Irinyi Tamás;

E-mail cím: tirinyi@gmail.com

Beérkezett: 2021. május 13.

Elfogadva: 2021. május 22.

Bevezetés

Az egész világ válságot él át már több mint egy éve a COVID-19 pandémia miatt, mely különös terhet ró az egészségügyre. Ez a krízishelyzet többszörös és összetett kihívás elé állította az egészségügyet. Intézmények, szakmák, tudományterületek összefogása indult meg a járvány legyőzése érdekében. A team munka jelentősége felértékelődött, ezért írásunkban ennek bemutatására fókuszálunk a pandémiával összefüggésben.

„A team emberek olyan csoportja, akik közös cél elérése érdekében dolgoznak együtt, és hajlandók autonó-

miájukból annyit feladni, amennyit a cél elérése feltételez. Két vagy több ember, akik dinamikus, egymásra utalva és kölcsönösen alkalmazkodva együttműködnek egy mindannyiuk által értékelt közös cél elérése érdekében, meghatározott szerepük vagy feladataik vannak, és team-tagságuk időkorlátok között érvényesül” (Papp & Ujváriné, 2014). Az egészségügyben leggyakrabban ún. multidiszciplináris team-ek működnek, melyekre jellemző az egy személyi vezetés, ő koordinál, ő hozza meg a döntéseket. A team tagjai között minimális kapcsolat van, de az is előfordulhat, hogy nincs is kommunikáció. Gyakori probléma a hierarchikus felépítés és az al csoportok jelenléte a team-en belül

(Molnár et al. 2020). Az egészségügyi team tagjai többek között az ápoló, orvos, gyógytornász, dietetikus, szociális munkás (Papp & Ujváriné, 2014). A team-ben végzett munka egyik alapja a tagok közötti megfelelő kommunikáció. Ha ez nem működik megfelelően, akkor nem csak a betegellátás minősége romlik, hanem a dolgozók lelki egészsége is (Kolár, 2016). A team-en belüli kapcsolatot javítja a nyílt vezetői kommunikáció, az egyértelmű elvárások delegálása a tagok felé, ezáltal csökken a munkastressz mértéke is, mivel a team tagjai között szorosabb kötelék alakul ki (Tornyosné & Csernus, 2015).

A team-ben végzett munka bizonyítottan védelmet nyújt a kiégés ellen (Linzer et al, 2013; Mijakoski et al. 2015; Mijakoski et al, 2018), javítja a munkával való elégedettséget, elősegíti a hatékony munkavégzést, a személyzet megtartását és javítja a betegellátás minőségét (Kaiser & Westers, 2018).

Komplex vizsgálatunk célja volt felmérni a COVID-19 pandémia alatti időszakra vonatkozóan a team munka megvalósulásának mértékét, az egészségügyi szakdolgozók kiégettségének szintjét, a munkahelyi és otthoni stresszfaktorokat, valamint a munkahelyi bizonytalanságot. Kérdést tettünk fel az új egészségügyi szolgálati jogviszonnyal kapcsolatban is. A kiégésre vonatkozó eredményeket a Nővér folyóirat 2021. 2. számában közzétük (Németh & Irinyi, 2021). Jelen tanulmányunk célja, hogy elemezzük a teamben végzett munka esetleges védőhatását a kérdőívben vizsgált változókkal szemben (kiégés, munkahelyi és magánéleti stresszforrások, munkahelyi bizonytalanság, bizonytalan jövőkép és a COVID-19 elleni védőoltás beadatásától való félelem). Lényegesnek tartjuk a team-ben végzett munka kérdéskörét is körbe járni, hiszen az elmúlt egy évben ennek jelentősége különösen felértékelődött. A Covid osztályok, kórházak létrehozásával nagyon sok egészségügyi dolgozót átvezényeltek, és egy új helyzethez, új munkatársakhoz kellett alkalmazkodniuk.

Anyag és módszer

Keresztmetszeti vizsgálatunkat 2021.01.21. – 02.05. között végeztük egy saját szerkesztésű önkitöltős kérdőívvel, melyet a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara tagjai között terjesztettünk online felületeken. A kérdőív a szociodemográfiai kérdéseken túl tartalmazta a kiégést (Pines & Aronson, 1981) és a munkahelyi bizonytalanságot (Németh et al. 2013) mérő kérdéscsomagokat, illetve saját készítésű kérdéseket, melyekkel a munkahelyi és az otthoni stresszfaktorokra kérdeztünk rá a COVID-19 fertőzéssel és az új egészségügyi szolgálati jogviszonnyal kapcsolatban. A kérdőív kitöltése névtelen és önkén-

tes volt, a válaszadók semmilyen módon nem beazonosíthatók.

2012 fő töltötte ki a kérdőívet. 47 fő válaszadót zártunk ki a következő okok miatt: dupla válaszadás, nem egészségügyi szakdolgozói képesítés, nyugdíj, melyhez nem társul munkavégzés; GYES/GYED, melyhez nem társul munkavégzés; külföldön végzett munka. Így összesen 1965 válaszadó válaszait elemeztük. Az egészségügyi szakdolgozói képesítések meghatározásához a 63/2011. NEFMI rendeletet vettük alapul.

Az adatfeldolgozást és elemzést Microsoft Excel és SPSS 23.0 for Windows statisztikai programmal végeztük. A leíró statisztika mellett Kruskal-Wallis tesztet, Khi-négyzet próbát alkalmaztunk, és minden esetben $p < 0,05$ eredményt tekintettünk szignifikánsnak.

Eredmények

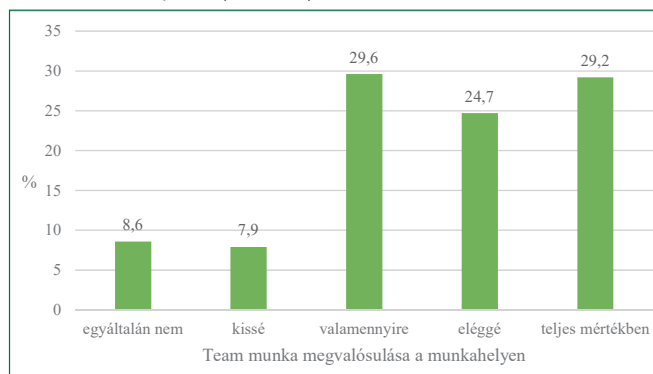
Az 1965 válaszadó átlag életkora 45,42 év ($SD=9,976$; $Min=18$; $Max=72$), 5,6%-a férfi, 94,4%-a nő. Átlag 23,58 éve ($SD=11,856$; $Min=0,5$; $Max=50$) dolgoznak az egészségügyben. A kitöltők 35,5%-a Csongrád-Csanád megyében dolgozik, 29,4%-a Pest megyében. A megyékből érkezett válaszok egyenetlensége miatt a válaszadókat régióként tüntetjük fel, de így is nagyfokú eltérés látható: Dél-Alföld 39,1%; Pest 29,4%; Észak-Alföld 8,8%; Észak-Magyarország 7,7%; Nyugat-Dunántúl 6,7%; Közép-Dunántúl 6%; Dél-Dunántúl 2,4%. A kitöltők 20%-a alapellátásban, 24,6%-a járóbeteg-ellátásban, 55,4%-a fekvőbeteg-ellátásban dolgozik, 76,2%-uk teljes állású közalkalmazottként.

Team munka és kiégés kapcsolata

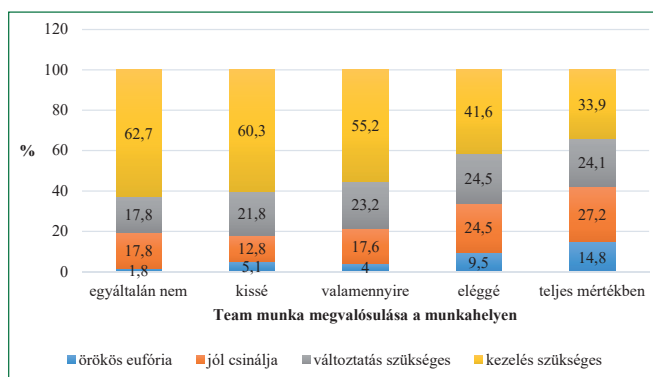
A team munkát a következő kérdéssel vizsgáltuk: „*Ön az elmúlt 12 hónapban a munkahelyén Team-ben dolgozott?*” Az alábbi válaszlehetőségek közül kellett választani: 1=egyáltalán nem; 2=kissé; 3=valamennyire; 4=elég; 5=teljes mértékben. Az **1. ábrán** látható, hogy a kérdőívet kitöltők munkahelyén a teamben végzett munka volt a jellemző. Az „egyáltalán nem” válaszlehetőséget 8,6%; a „kissé” lehetőséget 7,9% jelölte be. A többi válaszadó munkavégzésére a team munka volt a jellemző valamilyen mértékben.

A kiégést mérő skála (Pines és Aronson, 1981) alapján, a megkérdezettek 8,4%-a tartozik az „örökös eufória” és 21,7%-a a „jól csinálja” csoportba. Ők azok, akiknél nincsenek jelen a kiégés tünetei. 23,2% tartozik a „változtatás szükséges” csoportba. Náluk már jelentkeznek a kiégés tünetei, és beavatkozás nélkül hamarosan kialakul a teljes kiégettség állapota. A válaszadók 46,7%-a a „kezelés szükséges” csoportba ke-

1. ábra: Team munka megvalósulása a munkahelyen az elmúlt 12 hónapban (N=1965)



2. ábra: Team munka és kiégés kapcsolata (N=1965)



rült, vagyis ők már a krízis szintű kiégés állapotában vannak.

A team munka és a kiégés kapcsolatát Khi-négyzet próbával elemeztük, és szignifikáns összefüggést találtunk ($p < 0,000$). A 2. ábrán látható, hogy minél jobban megvalósul a munkahelyen a team munka, annál kevésbé fordul elő a válaszadók körében a súlyos kiégettség állapota. Azon megkérdezettek közül, akik munkahelyén egyáltalán nincs team munka, 62,7%-nál fordul elő a súlyos kiégés állapota, míg azoknál a válaszadóknál, akiknek eléggé vagy teljes mértékben lehetőségük van team-ben dolgozni, lényegesen kevesebb, 41,6% és 33,9% a súlyos kiégés előfordulásának aránya.

Team munka és munkahelyi bizonytalanság kapcsolata

A munkahelyi bizonytalanságot mérő hat kérdést (Németh et. al, 2013) 1-5-ig terjedő pontszámokkal lehetett pontozni, ahol 1=semmit, 2=keveset, 3=valamennyit, 4=sokat, 5=rendkívül sokat jelentéssel bírt. A hat kérdést egy külső (munkatársak elvesztésétől, más osztályra/részlegbe helyezéstől és jövedelemcsökkenéstől való félelem) és egy belső (előrelépési

lehetőségek korlátozottsága, nem tudott elmenni továbbképzésekre, nem tudott magasabb végzettséget szerezni) munkahelyi bizonytalanságot mérő alskálára kell bontani. A válaszadók átlag 10,65 pontot ($SD=3,043$) érték el a külső bizonytalanság, és 7 pontot ($SD=3,364$) a belső bizonytalanság alskálán. A teljes munkahelyi bizonytalanság skálán pedig átlag 17,65 pontot ($SD=5,504$).

Kruskal-Wallis próbával vizsgáltuk a team munka kapcsolatát a munkahelyi bizonytalansággal, valamint annak alskáláival. Arra a megállapításra jutottunk, hogy ha valakinek minél jobban megvalósul munkahelyén a team munka, annál kevésbé érezhető a munkahelyi bizonytalanság ($p=0,001$; Chi-Square=18,999), illetve ezen belül a külső ($p=0,001$; Chi-Square=19,106) és a belső ($p=0,005$; Chi-Square=14,878) bizonytalanság is szignifikánsan kevésbé fordul elő.

Team munka és munkahelyi stresszforrások kapcsolata

A munkahelyi stresszforrásokat részletesen ismertettük a Nővér 2021/2. számában megjelent közleményünkben. Ezek a kérdések a COVID-19 pandémia kezdete óta eltelt egy évre vonatkoztak, többségében magával a fertőzéssel voltak kapcsolatosak, de szerepeltek közöttük az új egészségügyi jogviszonyra vonatkozó kérdések is. Azt az eredményt kaptuk, hogy az új egészségügyi jogviszony bevezetése, és az ahhoz tartozó kérdések nagyobb stresszforrást jelentettek az egészségügyi szakdolgozók számára, mint a COVID-19 fertőzéshez kapcsolódó kérdések (Németh és Irinyi, 2021).

Kruskal-Wallis próbával elemezve a team munka és a munkahelyi stresszforrások kapcsolatát megállapíthatjuk, hogy a 15 munkahelyi stresszforrásra vonatkozó kérdésből 10 mutat szignifikáns összefüggést a team munkával. (1. táblázat, vastagon kiemelve a szignifikancia értékek) Ez azt jelenti, hogy akiknél egyáltalán nem vagy kevésbé valósul meg a team munka, azoknál szignifikánsan gyakrabban fordultak elő a megjelölt stresszforrások. Ezek közül a legerősebb összefüggést ($p < 0,000$) a védőeszközök hiánya, a nem megfelelő védőeszközök és a bizonytalan és kevés információ a COVID-19-ről mutatta. Továbbá a team-ben nem, vagy alig dolgozók körében sokkal gyakrabban fordult elő stresszforrásként az orvosi és szakdolgozói bérek eltávolodása ($p=0,001$), a táppénz körüli bizonytalanság ($p=0,002$), az új jogviszony miatti jövőkép bizonytalansága/módosulása ($p=0,004$), COVID-19 miatt kiesett kollégák helyettesítése miatti plusz munka ($p=0,005$) és egy lehetséges áthelyezés COVID-19 részlegbe/kórházba ($p=0,007$). (1. táblázat)

I. táblázat: Team munka és munkahelyi stresszforrások kapcsolata (N=1965)

Az utóbbi 12 hónapban mennyi stresszt okoztak munkahelyén az alábbi tényezők?	Chi-Square	p
A COVID-19 fertőzéstől való félelem?	5,568	0,234
A COVID-19 fertőzött betegek ellátása?	5,735	0,220
Egy lehetséges áthelyezés COVID-19 részlegbe/kórházba?	13,949	0,007
Tényleges áthelyezés COVID-19 részlegbe/kórházba?	11,414	0,022
Közvetlen kolléga COVID-19 fertőzöttsége?	4,833	0,305
COVID-19 miatt kiesett kollégák helyettesítése miatti plusz munka?	15,091	0,005
COVID-19 fertőzés miatti fizetés kiesés?	9,676	0,046
COVID-19 fertőzés miatt szükséges táppénz körüli bizonytalanság?	16,678	0,002
Védőeszközök hiánya?	45,301	0,000
Nem megfelelő védőeszközök?	44,431	0,000
Bizonytalan és kevés információ a COVID-19-ről?	21,878	0,000
Az új egészségügyi szolgálati jogviszony bevezetése?	8,959	0,062
Új szolgálati jogviszony miatti jövőkép bizonytalansága/módosulása?	15,101	0,004
Új szolgálati jogviszonyhoz kapcsolt bérkompenzáció elmaradása?	8,090	0,088
Az orvosi és a szakdolgozói bérek eltávolodása?	19,575	0,001

Team munka és a magánéleti stresszforrások kapcsolata

A magánéleti stresszforrásokra vonatkozó 7 db kérdést a koronavírussal kapcsolatban tettük fel, melyek a COVID-19 pandémia kezdete óta eltelt egy évre vonatkoztak. A válaszokból egyértelműen kirajzolódott a családtagok féltése, elvesztésüktől való félelem (Németh és Irinyi, 2021).

Kruskal-Wallis próbával vizsgáltuk a team munka kapcsolatát a magánéleti stresszforrásokkal. A hét kérdésből négy esetben találtunk szignifikáns összefüggést a team munkával. **(II. táblázat, vastagon kiemelve)** Minél kevésbé valósul meg a team munka a válaszadó munkahelyén, annál gyakrabban fél a COVID-19 fertőzés hazacipeletésétől ($p=0,004$), a családtagok veszélyeztetésétől ($p=0,014$), a COVID-19 életet veszélyeztető következményeitől ($p=0,016$), és az egészségügyben végzett munka családtagokat való veszélyeztetésétől ($p=0,003$).

Team munka kapcsolata a bizonytalan jövőképpel és a COVID-19 elleni védőoltástól való félelemmel

A bizonytalan jövőtől való félelmet vizsgáló kérdésre a válaszadók 7,2%-a jelezte, hogy egyáltalán nem fél tőle, 18,9% kissé, 23,9% valamennyire, 29,9% eléggé, és 20,1% rendkívül fél tőle. Khi-négyzet próbával elemeztük a két változó közötti kapcsolatot, és szignifikáns összefüggést találtunk. Azon válaszadók, akiknek munkahelyén egyáltalán nem valósul meg a team munka, sokkal inkább félnek a bizonytalan jövőtől, mint azok, akiknek teljes mértékben lehetőségük van team-ben dolgozni ($p<0,000$). **(III. táblázat)**

A COVID-19 elleni védőoltás beadatásától a kitöltők 26,5%-a egyáltalán nem fél, 23,2%-a kissé, 19,5%-a valamennyire, 18,4%-a eléggé, 12,4%-a pedig rendkívül/nagyon. A team munka és a védőoltástól való félelem mértéke között szintén szignifikáns kapcsolatot találtunk ($p<0,000$). Minél jobban megvalósul a munkahelyen a team munka, annál kevésbé félnek a válaszadók a védőoltástól. **(IV. táblázat)**

II. táblázat: Team munka és magánéleti stresszforrások kapcsolata (N=1965)

Az utóbbi 12 hónapban mennyi stresszt okoztak életében az alábbi tényezők?	Chi-Square	p
Félelem attól, hogy a COVID-19 fertőzést munkahelyéről hazaviszi?	15,621	0,004
Családtagok veszélyeztetése COVID osztályra történő áthelyezés miatt?	12,494	0,014
Félelem attól, hogy egy esetleges COVID-19 fertőzés esetén annak életet veszélyeztető következményei lehetnek?	12,193	0,016
Félelem attól, hogy a COVID-19 fertőzés miatt elveszítheti valamelyik családtagját?	7,631	0,106
Megnövekedett otthoni feszültség?	9,300	0,054
COVID-19 fertőzés miatti karantén?	6,949	0,139
Családtagok veszélyeztetése egészségügyben végzett munka miatt?	15,754	0,003

III. táblázat: Team munka kapcsolata a bizonytalan jövőképpel (N=1965)

Bizonytalan jövőtől való félelem	Team munka megvalósulása a munkahelyen				
	egyáltalán nem	kissé	valamennyire	eléggyé	teljes mértékben
egyáltalán nem	4,1%	3,2%	4,6%	7,2%	11,7%
kissé	17,8%	23,1%	15,5%	17,3%	23%
valamennyire	17,2%	23,1%	23,4%	27,8%	23,4%
eléggyé	27,2%	30,8%	35,1%	29,8%	25,1%
rendkívül/nagyon	33,7%	19,9%	21,3%	17,9%	16,8%

Megbeszélés

A team munka jelentősége sokszorosára nőtt az egészségügyben az elmúlt egy évben, hiszen a COVID-19 pandémia okozta plusz terhelést csak úgy képes elviselni az egészségügy, ha a benne dolgozók a lehető legjobban megpróbálnak együttműködni.

Kutatásunkkal fel szeretnénk mérni, hogy a COVID-19 pandémia kezdete óta milyen mértékben valósul meg az egészségügyi szakdolgozók munkahelyén a team munka, és mennyire érvényesül az esetleges team munka védő hatása a kiégéssel, a munkahelyi és magánéleti stresszforrásokkal, a munkahelyi bizonytalansággal, a bizonytalan jövőképpel és a COVID-19 elleni védőoltás beadatásával kapcsolatos félelemmel szemben. A járvány kitörése óta a team munka jelentősége felértékelődött, mivel nagyon sok egészségügyi szakdolgozót vezényeltek át más területre, COVID osztályra/kórházba dolgozni, mely különös alkalmazkodást igényelt a dolgozóktól.

Eredményeink azt mutatták, hogy a team munka védőfaktort jelent a súlyos kiégettséggel szemben. Más kutatók is azt találták, hogy azoknál egészségügyi dolgozóknál, akik team-ben dolgoznak, kevésbé fordul elő a kiégés, mint azoknál, akik nem vesznek részt team munkában (Mijakoski et al. 2015, 2018; Welp et al. 2019). Összefüggést találtunk a team munka és a munkahelyi bizonytalanság között is. Minél jobban megvalósul a munkahelyen a team munka, annál kevésbé érezhető a belső és a külső bizonytalanság. Ebből az eredményből arra lehet következtetni, hogy a team munka védőfaktora a munkahelyi bizonytalanságnak is, mivel egy stabil

team-ben végzett munka megadja az összetartozás érzését, és a munkavállaló biztosabbnak érzi helyét az adott csoportban, betegellátó osztályon.

A team munka hiánya vagy csökkent volta a COVID-19 pandémia alatt számos stresszforrás jelentőségét megemelte. Leginkább a védőeszközök hiánya, a nem megfelelő védőeszközök és a bizonytalan és kevés információ a COVID-19-ről jelentette a legnagyobb stresszforrást a team nélkül dolgozók körében. Ugyanígy a magánéletbeli stresszforrások egy részével szemben is jelentős védőfaktornak bizonyult a team munka megléte, mint például a COVID-19 fertőzés „hazacipelésétől” való félelem, a családtagok veszélyeztetésétől, a COVID-19 életet veszélyeztető következményeitől, és az egészségügyben végzett munka családtagokat való veszélyeztetésétől való félelem. Külföldi kutatók azt találták, hogy az egészségügyi team tagjai gyakran aggódnak amiatt, hogy a koronavírus hazaviszik munkahelyükről, anyagi problémáik lesznek a munkából való kiesés miatt, vagy éppen a családtagok betegszenek meg a vírus miatt. Ezek a stresszorok kihatással vannak a team munkára, mellyel nagyon nehéz megbirkózni a team-en belül (Tannenbaum et al. 2021). A team-ben végzett munka csökkenti a bizonytalan jövőtől és a COVID-19 elleni védőoltás beadatásától való félelmet is.

A team-ben végzett munka bizonyítottan javítja a betegellátás eredményeit, és csökkenti az orvosi hibákat, ezért a team-alapú oktatás lesz a jövő kihívása, melynek online alapú kipróbálása már megtörtént a COVID-19 pandémia alatt az USA-ban. Azzal, hogy a diákokat már a tanulmányaik során felkészítik a team munkára, később, a munka-

IV. táblázat: Team munka kapcsolata a COVID-19 védőoltástól való félelemmel (N=1965)

COVID-19 védőoltástól való félelem	Team munka megvalósulása a munkahelyen				
	egyáltalán nem	kissé	valamennyire	eléggyé	teljes mértékben
egyáltalán nem	27,8%	17,9%	22,5%	26,1%	32,6%
kissé	20,1%	31,4%	22,7%	23,7%	22,2%
valamennyire	14,2%	21,8%	22,5%	20,4%	16,6%
eléggyé	17,8%	14,7%	21%	19,3%	16,2%
rendkívül/nagyon	20,1%	14,1%	11,2%	10,5%	12,4%

helyükön is hatékony tagjai lehetnek a betegellátó team-nek (Takizawa et al. 2021). Ezt fontos lenne szem előtt tartani a hazai szakemberképzésben is.

Összességében elmondható, hogy a team-ben végzett munka számtalan előnnyel járt a COVID-19 pandémia idején is, így védőfaktort jelentett a kiégéssel és a munkahelyi bizonytalansággal, a munkahelyi és magánéleti stresszforrások többségével, és a bizonytalan jövőtől való félelemmel szemben is. Kutatásunk bebizonyította, hogy a COVID-19 pandémia alatt is kiemelt jelentősége van a team támogató szerepének. A járvány legyőzése csak együtt lehetséges, összefogással, az egészségügyi rendszer átlátható működésével, magabiztos vezetéssel, és folyamatos kommunikációval (Natale et al, 2020).

Magyarországon az egészségügyi rendszer nagyarányú átalakítása kezdődött el. Csak akkor lesz sikeres, ha a rendszerszintű átalakítások mellett, a benne dolgozók szemléletében is változások mennek végbe. A nagyfokú hierarchikus rendszert és az ehhez kapcsolódó attitűdöket felváltja team alapú munkavégzés és az ezt biztosító attitűdök mint:

egymás segítése, mellérendeltség dominanciája, bizalom, együttműködésre törekvés, erős összetartás, lojalitás... A szemléletváltozás egyben elősegítené a kollégák egészségügyi pályán maradását, növelné a betegbiztonságot, és a frissen végzett szakemberek elhelyezkedését az egészségügyi ellátó rendszerben. Kiemelendő még, hogy a team segíti tagjait az önmegvalósításban, segít a képzésben és a személyiség fejlődésében is és nagyfokú támogatást nyújt. Vészhelyzet idején is messzemenően figyelembe kell/kellene venni, hogy meglévő teameket nem szabad szétszakítani, hanem az átirányításokat is team szintjén lenne érdemes megtenni.

Mivel kutatásunk nem reprezentatív, így megállapításaink csak a felmérésben résztvevő szakdolgozókra érvényesek!

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnénk megköszönni minden kollégának a kérdőív kitöltését, mellyel nagymértékben hozzájárultak kutatásunkhoz!

Irodalomjegyzék

- 63/2011. (XI. 29.) 63/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól. Hozzáférhető 2021. február 6.
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100063.
- Kaiser, J.A., Westers, J.B. (2018). Nursing teamwork in a health system: A multisite study. *Journal of Nursing Management*, 26(5), 555-562. doi:10.1111/jonm.12582
- Kollár, J. (2016). Kommunikáció az egészségügyi teamen belül: orvosok és szakdolgozók. *Orvosi Hetilap*, 157(17), 659-663. doi:10.1556/650.2016.30444
- Linzer, M., Levine, R., Meltzer, D., Poplau, S., Warde, C., West, C.P. (2013). 10 blood steps to prevent burnout in general internal medicine. *Journal of General Internal Medicine*, 29(1), 18-20. doi:10.1007/s11606-013-2597-8
- Mijakoski, D., Karadzinska-Bislumovska, J., Basarovska, V., Minov, J., Stoleski, S., Angeleska, N., Atanasovska, A. (2015). Work demands-burnout and job engagement-job satisfaction relationships: teamwork as a mediator and moderator. *Macedonian Journal of Medical Sciences*, 3(1), 176-183. doi:10.3889/oamjms.2015.024
- Mijakoski, D., Karadzinska-Bislumovska, J., Stoleski, S., Minov, J., Atanasovska, A., Bihorac, E. (2018). Job Demands, Burnout, and Teamwork in Healthcare Professionals Working in a General Hospital that Was Analysed At Two Points in Time. *Macedonian Journal of Medical Sciences*, 6(4), 723-729. doi:10.3889/oamjms.2018.159
- Molnár, L., Szvath, P., Györfly Zs., Zana Á. (2020). A multidiszciplináris teamek vizsgálata a pszichiátriai ellátásban. Három fókuszcsoporthoz tanulságai. *Legis Artis Medicinæ*, 30 (8-9), 357-364. doi:10.33616/lam.30.031
- Natale, J.E., Boehmer, J., Blumberg, D.A., Dimitriades, C., Hirose, S., Kair, L.R., Kirk, J.D., Mateev, S.N., McKnight, H., Plant, J., Tzimenatos, L.S., Wiedeman, J.T., Witkowski, J., Underwood, M.A., Lakshminrusimha, S. (2020). Inter-professional/interdisciplinary teamwork during the early COVID-19 pandemic: experience from a children's hospital within an academic health center. *Journal of Interprofessional Care*, 34(5), 682-686. doi:10.1080/13561820.2020.1791809
- Németh, A., Lampek, K., Domján, N., Betlehem, J. (2013): The well-being of Hungarian nurses in a changing health care system. *South Eastern Europe Health Sciences Journal*, 3(1), 8-12.
- Németh, A., Irinyi, T. (2021). Egészségügyi dolgozók kiégtségének összefüggése a COVID-19 pandémia alatt észlelt stresszfaktorokkal. *Nővér*, 34(2), 3-9.
- Papp, K., Ujváriné, S.A. (2014). Az egészségügy és az ápolás általános alapelvei. TEAM munka az ápolásban. Hozzáférhető 2021.04.13.
https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2010_0020_apolas_magyar/19_team_munka_az_polsban.html
- Pines, A.M., Aronson, E. (1981). Burnout: from Tedium to personal growth. *New York City, The Free Press*, 17-20. Book
- Takizawa, P.A., Honan, L., Brissette, D., Wu, B.J., Wilkins, K.M. (2021). Teamwork in the time of COVID-19. *FASEB BioAdvances*, 3, 175-181. doi:10.1096/fba.2020-00093
- Tannenbaum, S.I., Traylor, A.M., Thomas, E.J., Salas, E. (2021). Managing teamwork in the face of pandemic: evidence-based tips. *BMJ Quality and Safety*, 30(1), 59-63. doi:10.1136/bmjqs-2020-011447
- Tornyosné, B.M., Cernus, M. (2015). Az ellátó team tagjai közötti kapcsolatot befolyásoló tényezők vizsgálata, a vezetői identitás mentén. *Nővér*, 28(4), 18-26.
- Welp, A., Rothen, H.U., Massarotto, P., Manser, T. (2019). Teamwork and clinician burnout in Swiss intensive care: the predictive role of workload, and demographic and unit characteristics. *Swiss Medical Weekly*, 149:w20033

AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

Változás a mindennapos ápolási feladatokban – járványügyi intézkedések és protokollok az idősellátáshoz kapcsolódó ápolást-gondozást nyújtó bentlakásos intézményekben

HADOBÁSNÉ KISS Hedvig, Dr. BALOGH Zoltán PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

Bevezetés: Jelen publikáció lehetőséget ad arra, hogy szemléltessük a szociális bentlakásos intézmények megküzdési képességét, megküzdési stratégiáit és SWOT-analízisét a Covid-19 fertőzés miatt kialakult pandémiás helyzetben. Vizsgálatunkba Szabolcs-Szatmár-Bereg megye bentlakásos időszotthonait, gondozóházait és szakmai vezetőit vontuk be. Az adatgyűjtés anonim, online kérdőívek segítségével történt. Bemutatjuk az időszotthonokban megváltozott mindennapok új kihívásait és feladatait, továbbá javaslatot és kiindulópontot nyújtunk az intézményeknek ahhoz, hogy elkészíthessék a saját járványügyi protokolljukat és meghatározzák szakmai minőségkritériumaikat.

A vizsgálat célja: A vizsgálatunk célja volt, hogy egész Szabolcs-Szatmár-Bereg megyére kiterjedő felmérést végezzünk, melynek eredményeképpen egy általános helyzetkép kialakítása válik lehetővé a megye időszotthonaihoz kapcsolódóan a pandémia időszakában.

Anyag és módszer: Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében összesen 97 időszotthon és gondozóház működik, amelyek szakmai vezetőit egy saját tervezésű anonim, online kérdőív kitöltésére kértük fel. Az ő válaszaik alapján foglaltuk meg megállapításainkat, észrevételeinket, következtetéseinket.

Eredmények: A kutatás során alkalmazott SWOT-analízis szempontjai alapján és az eredmények elemzését követően eredményül megállapíthatjuk, hogy az intézményekben dolgozók járványügyi tapasztalataik, ismereteik és szakértelmük hiányos képet mutatnak. Számos intézmény szembeesült a munkaerőhiány megoldatlanságával és kihívásaival, a lakószobák izolációs célból való átalakításának nehézségével, az általános felkészületlenséggel egy ilyen kaliberű vírushelyzet kezeléséhez. A vírus terjedésének megakadályozása érdekében bevezetett látogatási tilalom is megnehezítette a speciális ellátást igénylők ellátását, illetve a hozzátartozók hozzáállása is több esetben akadályozta az intézmények munkáját. A felmerülő nehézségek mellett szerencsére kiemelendő néhány pozitív irányú változás is, mint a dolgozói csapat összekovácsolódása, lelkiismeretes feladat szemlélete.

Következtetések: Konzekvenciaként megállapíthatjuk, hogy az analízis során megkapott és kiértékelt visszajelzések által súlyosnak minősülnek az intézmények nehézségei a pandémiás helyzet kapcsán, aminek könnyítésére és egyben megoldására több lehetőség is opcionális lehet. A lehetséges megoldásokhoz tartoznak a továbbképzések, intézményspecifikus irányelvek, protokollok kidolgozása és alkalmazása járványhelyzetekben, a krízismenedzsment és kríziskommunikáció támogatása az intézményeken belül. A felfokozott helyzetben a hozzátartozók és páciensek megnyugtatóra megfelelő kommunikációs technikák elsajátítása esszenciális eszköz a megoldáshoz. Szükséges a központi iránymutatás, kontroll és támogatás annak érdekében, hogy mindezen felsorolt lehetőségek a gyakorlatban is megvalósulhassanak.

Kulcsszavak: idős, pandémia, Covid-19, team, ápolás, egészségvédelem, protokoll, SWOT

HADOBÁSNÉ KISS Hedvig
PhD hallgató, Semmelweis
Egyetem Egészségtudományi
Kar Egészségtudományi
Doktori Iskola, Budapest

DR. BALOGH Zoltán PhD
tanszékvezető főiskolai tanár,
Semmelweis Egyetem
Egészségtudományi Kar
Ápolástan Tanszék, Budapest

Levelező szerző
(correspondent):
HADOBÁSNÉ KISS Hedvig;
E-mail cím: hadobasne.hedvig.
kutatas@gmail.com

Changing in the daily nursing duties – epidemiological interventions and protocols in residential care facilities related to elderly care

Hedvig KISS HADOBÁSNÉ, Zoltán BALOGH PhD

SUMMARY

Introduction: In this publication we will represent the SWOT-analysis and abilities of the social residential institutes in terms of safety measures and strategies, against the current pandemic situation caused by the Covid-19 outbreak. Our analysis involves the retirement homes and other caretaking facilities in Szabolcs-Szatmár-Bereg County. The data was acquired through anonymous surveys. We will introduce new challenges and task in the daily life of the retirement homes, furthermore we will provide advice and references to these institutes to help them create their own epidemiological protocols and to measure their own preparedness from a professional viewpoint.

The aim of study: The goal of our examination was to assess the entire Szabolcs-Szatmár-Bereg County, which by we can gain insight into the situation of the retirement homes during the current pandemic period in the whole county.

Material and Method: In Szabolcs-Szatmár-Bereg County there are 97 active retirement homes and caretaking facilities, the leaders of the facilities were asked to fill out an anonymous online survey. Based on the received data, we formed our opinion and draw conclusions.

Results: Based on the aspects of the SWOT-analysis used in the research and after the analysis of the results, we can state that the epidemiological experience, knowledge and expertise of the people working in health care show an insufficient picture. Many institutions have faced unresolved labour challenges and challenges, the difficulty of converting living quarters for isolation, and the general unpreparedness to deal with a viral situation of this caliber. The ban on visits to prevent the spread of the virus has also made it more difficult to care for those in need of special care, and in several cases, the attitude of relatives hindered the work of the institutions. Fortunately, in addition to the difficulties that arise, some positive changes should be also highlighted, such as the conscientious approach to the task of forging a team of employees.

Conclusion: As a consequence, we can conclude that in the analysis we obtained and evaluated the serious difficulties in relation to the problems of the institutions, there are some options as solution to these. Possible solutions include further training, institution-specific guidelines, development and application of protocols in epidemic situations, support for crisis management and crisis communication within institutions. In the heightened situation, the acquisition of appropriate communication techniques to reassure relatives and patients are essential tools for the solution. Central guidance, monitoring and support are also needed to make all of these options a reality.

Keywords: elderly, pandemic, Covid-19, team, caretaking, health protection, protocol, SWOT

Beérkezett: 2021. június 13.

Elfogadva: 2021. június 15.

Bevezetés

Az idősellátáshoz kapcsolódó bentlakásos intézmények célja, hogy olyan ápolást és gondozást nyújtsanak az ellátást igénybe vevő idősek számára, amely összhangban van az egyedi korszpecifikus szükségleteikkel és mindeközben megvalósul az emberi méltóság tiszteletben tartása, a közösségi életbe való beilleszkedés segítése, támogatása, emellett egy békés, nyugodt élet és környezet megteremtése. Az idősothtonok nem csupán az ellátottak lakhatását és étkeztetését, de személyi szükségleteik maximális kielégítését, mentálhigiénés gondozásukat, egészségügyi és orvosi ellátásukat, érdekvédelmüket, szociális jellegű ügyeik intézését, meglévő testi-szellemi funkcióik megőrzését, helyreállítását, továbbá társas, családi kapcsolataik támogatását is biztosítják (Gyarmati, 2019).

A SARS-CoV-2 vírus megváltoztatta az idősothtonok lakóinak és az ott dolgozó szakembereknek a mindennapjait. Az ember életének egy bizonyos szakaszában a rutincselekvései és az állandóság ad támaszt ahhoz, hogy szellemi és testi épségünket meg-

őrizhessük, szinten tartsuk. A jelenlegi pandémia jelentős mértékben megváltoztatta a bentlakásos idősothtonok, gondozóházak lakói és dolgozói rutinját. A mostani járványhelyzet okozta változást három szempontból közelíteném meg: az ellátottak, az ápolást-gondozást nyújtó szakemberek és a szakmai irányításért felelős vezetők aspektusából.

A Covid-19 fertőzés nem csupán egy egészségügyi, hanem egy érzelmi krízis is. Ezen helyzetben a megalapozott félelem és rettegés forrása többek között az is, hogy a már ismert vírus máshogyan hat egy egészséges emberre és máshogyan egy hosszú életet maga mögött tudó idősre, vagy egy krónikus betegre. Az őket gondozó szakembereknek felkészülniük kell lenniük arra, hogy megváltozott viszonyok között is minőségi ápolói, gondozói tevékenységet nyújtsanak a történelmünket, a múltunkat képviselő időseinknek. Segíteniük kell őket érzelmi kríziseik megelőzésében, kezelésében, a bezártság miatti szorongás feldolgozásában, a haláltól, a fertőzöttségtől való félelem enyhítésében, a hozzátartozóktól való szeparáció megélésében. Ebben a helyzetben a men-

tális egészség védelme legalább annyira fontos, mint a testi egészség megőrzése.

A kialakult járványhelyzetben nem csupán a kórházak és a mentőszolgálat szakemberei végeznek frontvonalbeli kiemelt munkát, hanem a bentlakásos szociális intézmények munkatársai is, hiszen a Covid-19 fertőzés leginkább veszélyeztetett célcsoportjához kapcsolódik mindennapi szolgálatuk. Az ő életük és munkájuk is változáson ment keresztül az elmúlt időszakban. A fertőzés kialakulásának megelőzése érdekében a higiénés körülmények szigorítása, az igazolt/gyanús esetekhez kapcsolódó ápolási, kezelési eljárások, az esetlegesen megváltozott munkarend egy folyamatos és intenzív leterheltséget jelent a szakemberek számára. Mivel a legtöbb idősotthon a kötelező minimum dolgozói létszámmal működik, ezért nehéz biztosítani az idősotthonok munkatársainak az utánpótlását. Ezen szakembereknél a krízishelyzet miatt kialakuló fizikai és szellemi túlterheltség tovább fokozhatja a kiégés szindróma kialakulásának esélyét, amelynek akár pályaelhagyás is lehet a következménye. Kiemelten fontos, hogy az intézmények szakmai vezetői legalább annyira figyeljenek most a kollégáikra, mint az ellátottjaikra. Ezen vezetők tudása, felkészültsége, előrelátása, szakmai rátermettsége és személyisége lehet a kulcsa annak, hogy az adott intézményben olyan védőháló épüljön ki, amely maximális védelmet nyújt az ott élőknek és ott dolgozó szakembereknek is (Baloghné, 2020).

Lényegesnek tartjuk kihangsúlyozni, hogy nem csak járványügyi helyzetekben, de a mindennapokban is elengedhetetlen az idős ellátottak egészségének megőrzése érdekében tevékenykedő team tagjainak együttműködése (Hajnal, 2011). Az idősok egészségügyi ellátása során esszenciális, hogy a team tagoknak meghatározott szerepük és feladataik legyenek. A Covid-19 gyanús, vagy igazolt idős ellátott személy esetében az alábbi team tagok, intézmények, szervezetek kooperációja szükséges: bentlakásos szociális intézmény, intézményi orvos, mentőszolgálat, sürgősségi betegellátás, felvevő osztály, hozzátartozók. Az ideális együttműködési mechanizmus kialakításához szükséges, hogy az idős ellátott/beteg egészségügyi ellátása során a team tagjainak szerepei és felelősségük világosan meghatározott legyen, továbbá, hogy megosszák ismereteiket egymással. Az információ megosztás hiánya, a széthúzás, az utasítások félreértése, a tisztázatlan szerepek mind az együttműködés akadályát képezik (Papp et al., 2014).

A Covid-19 gyanús, illetve igazolt, bentlakásos szociális intézményből érkező idős beteg kórházi ellátása és a sürgősségi, valamint a fekvőbeteg ellátást biztosító kórház járványhelyzetben való tehermentesítése érdekében kihagyhatatlan a beteg egészségügyi állapotát leíró információk megosztása. Ennek

érdekében szükséges, hogy az idős betegre vonatkozó, egészségügyi információkat tartalmazó dokumentáció az ellátását biztosító bentlakásos intézmény részéről naprakész és átlátható legyen, valamint, hogy tartalmazza egy olyan személy nevét és elérhetőségét, aki szükség esetén azonnali és pontos információt tud szolgáltatni az idős személy vonatkozásában. Ha a mindennapokból indulunk ki, akkor ez a személy nem feltétlenül az intézményi orvost, vagy az intézményvezetőt jelenti, hanem lehetséges, hogy egy szociális gondozó- és ápoló munkakörben foglalkoztatott szakembert, aki napi munkája révén lehet ebben az esetben a legkompetensebb szakember.

Tapasztalataink alapján a Covid-19 fertőzés megjelenését megelőzően ezen idősotthonok mind humánerőforrás, mind infrastruktúra, mind pedig szakmai protokollok tekintetében felkészületlenek voltak ilyen járványhelyzetekre (Baloghné, 2020). Nélkülözhetetlennek tartjuk a folyamatos tudásmegosztás biztosítását, a továbbképzések szervezését, a jó gyakorlatok összegyűjtését, a higiénés körülmények javítását és fejlesztését célzó támogatott beszerzéseket, a szakápolási tevékenységek biztosításának lehetőségeinek mérlegelését az idősotthonokban, továbbá az intézmények minőségellenőrzését annak érdekében, hogy az idősotthonokban járványhelyzetek ideje alatt se sérüljön az ellátás minősége (Balogh et al., 2020). De beszélhetünk-e a bentlakásos szociális intézményekben minőségi ellátásról, ha nem tisztázták a szakmai munka és ellátás minőségének minimumkövetelményei és nincs irányadó minőségirányítási rendszer? A szociális szférában az egyik legvitatottabb téma a minőségfejlesztés és a változások kezelése. Jelen helyzetben a szakmai munka minőségkövetelményeinek meghatározása intézményi lehetőség. Ahhoz, hogy egy intézmény önmagától követelje meg a minőséget, határozott vezetés és elkötelezett szakemberek szükségesek. Jó kiindulópont lehet az intézményi minőségkritériumok meghatározásánál egy intézményre vonatkozó SWOT-analízis készítése (Hajnal, 2011).

A vizsgálat célja

A kutatás fő célja egy megyére (Szabolcs-Szatmár-Bereg megye) kiterjedő SWOT-analízis elkészítése volt, amelyben a járványhelyzet és az idősotthonok közötti összefüggések vizsgálata történik meg. A kutatás számba veszi az intézmények erősségeit, gyengeségeit, lehetőségeit és veszélyeit a pandémiához kapcsolódóan. A kutatással lehetőség nyílik az idősotthonok elemzésére, összefüggések megfigyelésére és következtetések levonására. A SWOT-elemzés segítségével láthatóvá válnak a fejlesztendő területek az idősotthonok vonatkozásában.

Anyag és módszer

Kutatási módszerként online kérdőíves vizsgálatot alkalmaztunk. A kérdőíves vizsgálat az egyik leggyakrabban használt leíró jellegű, primer kutatási technika. A megfelelő szerkesztésnek köszönhetően a kérdőívet kitöltők pár perc alatt válaszolhattak kérdéseinkre. A kérdések között nyílt és zár kérdések egyaránt szerepeltek. Ennek köszönhetően releváns információkat kaptunk a kutatás tárgyára vonatkozóan, illetve a megkérdezettek is megoszthatták véleményüket, tapasztalataikat. A kérdőívek kitöltésére Szabolcs-Szatmár-Bereg megye időszotthonainak és gondozóházaiknak szakmai vezetését (intézményvezető, részlegvezető, vezető ápoló) kértük fel.

Eredmények

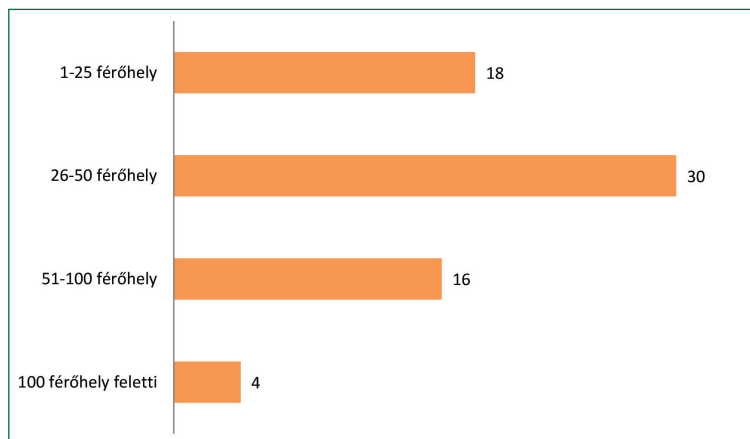
A kitöltésre adott időszak alatt összesen 71 db kitöltött kérdőív érkezett vissza az összesen megküldött 97 db kérdőívből, melyből 69 db került értékelésre.

A beérkezett válaszok 69%-a intézményvezetőktől, 24%-a pedig vezető ápolóktól érkezett be. A válaszadók munkakörét tekintve ezen túlmenően igazgatók, intézményvezető-helyettesek, szakmai egység vezetők, bentlakásvezetők vettek részt a felmérésben. A kérdőívre adott válaszok szinte közel azonos, 51-49 százalékos arányban oszlottak el a városi és községi rangú településeken működő időszotthonokból. Tehát az adatok közel azonos mértékben fedik le a városi és a kisebb településeken működő otthonok véleményét.

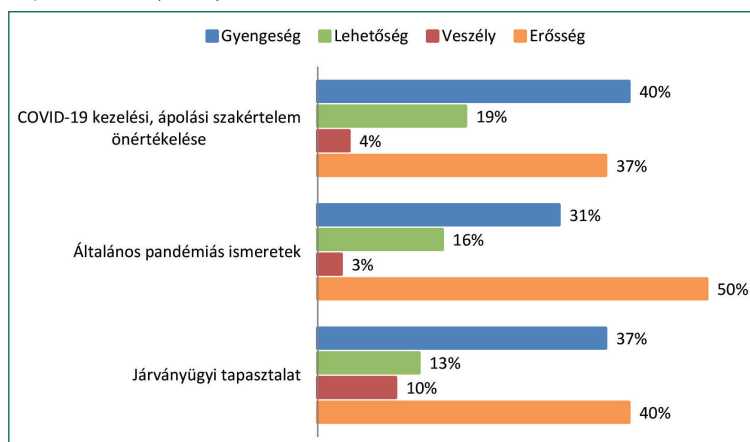
A férőhelyek számát tekintve a legtöbb válasz (42%) a 26-50 férőhellyel rendelkező időszotthonoktól érkezett be. Az 1-25 és az 51-100 férőhellyel rendelkező intézmények szinte azonos arányban jelentek meg a mintában. Csak 4 olyan időszotthon vett részt a felmérésben, amelyben férőhelyek száma 100 feletti (**1. ábra**). Ezek az adatok arányosan tükrözik a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében található időszotthonokat férőhelyek tekintetében.

A kutatás fő eleme egy, a válaszadók által kitöltendő SWOT-elemzés volt, mely tartalmazott fix szempontokat, valamint lehetőségük volt a megkér-

1. ábra: A vizsgált intézmények száma férőhely szerinti megoszlásban (N=71)

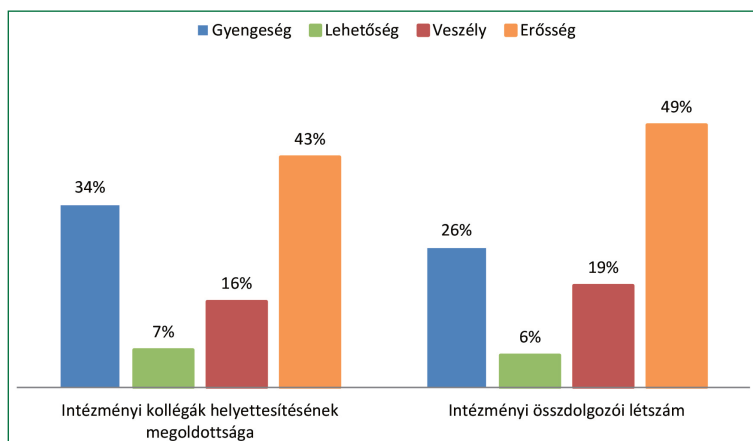
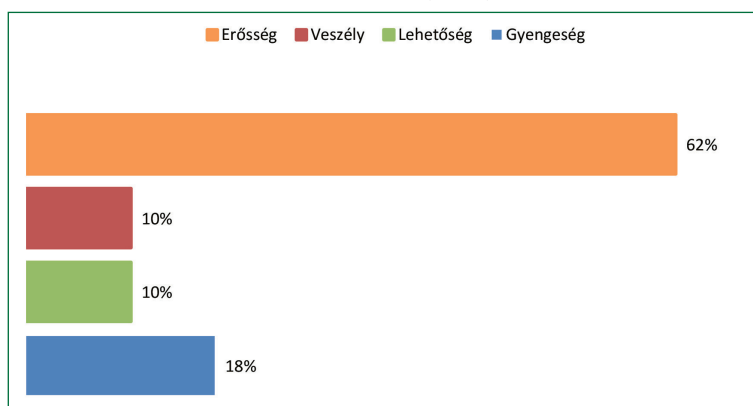
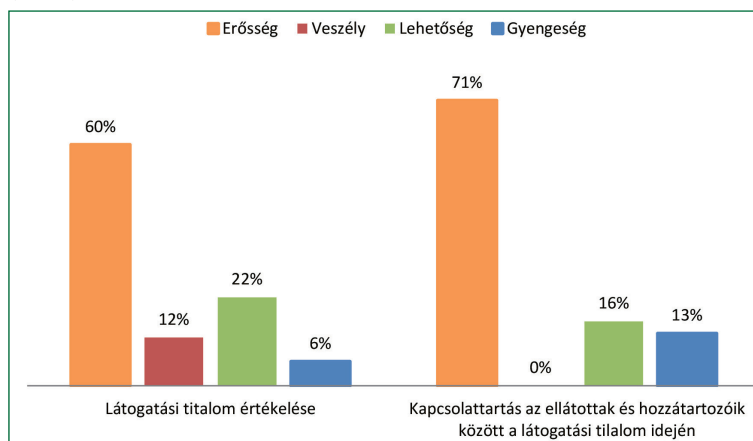


2. ábra: A válaszadók SWOT-alapú önértékelése a pandémiás helyzettel kapcsolatban (N=71)



dezetteknek egyéni véleményüket is leírni. Ennek megfelelően, tapasztalataik alapján leírhatták az intézményük Covid-19 vírussal szembeni megküzdési stratégiájának az erősségeit, gyengeségeit, lehetőségeit és veszélyeit. A szempontok magukba foglalták az időszotthonok gazdasági és humánerőforrás helyzetét, az ápolási tevékenységeket, a járványügyi protokollokat és szabályokat, a kommunikációt, az intézmények infrastrukturális helyzetét, védőeszköz ellátottság kérdését, illetve az intézmény működéséhez elengedhetetlen mindennapos tevékenységeket. A kérdőívet kitöltőknek bizonyos szempontok alapján kellett elemezniük intézményüket. Többek között a kollégák járványügyi tapasztalata, a Covid-19 kezelési, ápolási szakértelme, az intézmények általános járványügyi felkészültsége és az eljárásrendek működése volt a szempont.

A kapott adatok értékeléséből megállapítható az intézményekben dolgozó kollégák járványügyi tapasztalata, emellett a Covid-19 kezelési, ápolási

3. ábra: Humán erőforrás helyzetfelmérés (N=71)**4. ábra:** Izolációs helyiségek kialakítása (N=71)**5. ábra:** Látogatási tilalom lehetőségei és kapcsolattartás megvalósulása (N=71)

szakértelme és általános pandémiás ismereteik is, melyek egy nagyon kiegyensúlyozatlan képet mutatnak, hiszen legalább annyi intézmény jelölte meg erősségnek, mint gyengeségnek, sőt olykor veszélynek is (2. ábra). Ezen hiányosságok szakmai tapaszt-

alatcserékkel, továbbképzésekkel, belső képzésekkel javíthatóak, pótolhatóak. Amennyiben egy intézmény maga is felismerte az elmúlt időszakban ezen fejlesztést igénylő területeket saját kollégái vonatkozásában, úgy kellő időben történő lépések megtételével az esetlegesen várható második hullámot már szakmai ismeretekkel felvértezve várhatta az intézmény.

Az intézményi dolgozói létszám és a szakember fluktuáció, illetve az intézményekben dolgozó kollégák helyettesítésének megoldottsága szintén összefüggést mutat az általánosságban jelenlévő szakemberhiánnyal (3. ábra). Számos intézménynek problémát okozott a járványhelyzet már az első hullámában is a szakember hiány, és a sok esetben csak a minimum létszámmal működő időszothonokban a kollégák helyettesítésének megoldása. A munkaerőhiány megoldása, vagy egy újabb ápolást-gondozást nyújtó generáció szakmabeli ki-nevelése által történhet meg rövid határidőn belül, vagy pedig egy olyan rendszer kiépítésén szükséges elgondolkodni, amely lehetővé teszi pandémiás időszakban a hiányterületeken megjelenő humánerőforrás-hiány ideiglenes orvoslását.

Az intézmények lakószobáinak és egyéb helyiségeinek kialakítása sok esetben nehezítő körülmény volt, főként az izolációs helyiségek kialakítása miatt (4. ábra). A legtöbb intézmény nem volt felkészülve az izolációhoz kapcsolódó elvárások teljesítésére. Tapasztalataink alapján számos intézmény azonnali intézkedéseket tett annak érdekében, hogy a lehető leghamarabb rendelkezésre álljon izolációs hely-

lyiség. De több esetben nem is a helyiség kialakítása volt a fő gond, hanem az izolációs szobák száma, hiszen a nagyobb intézményeknél több izolációs helyiség kialakítása vált szükségessé.

A szakma és az ellátottak iránti elhivatottságot

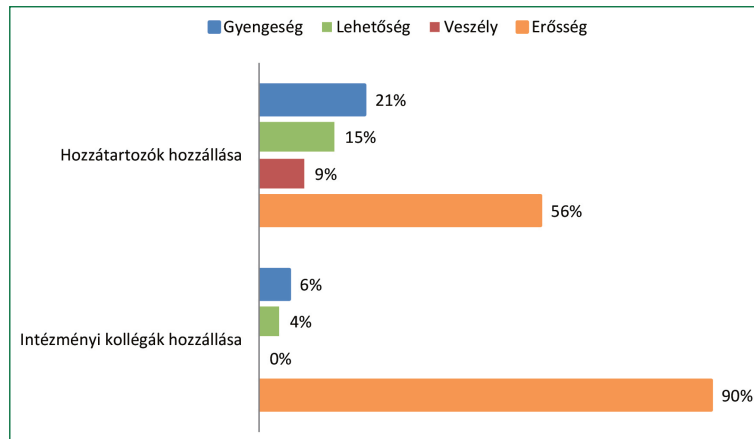
és összetartozást támasztja alá, hogy szinte valamennyi intézmény részéről pozitív visszajelzés érkezett az intézményi kollégák hozzáállását tekintve. Több intézmény egyéni erősségként emelte ki, hogy a Covid-19 fertőzés hozzájárult csapatuk összekovácsolódásához, lelkiismeretes feladat szemléletéről tettek tanúbizonyságot. Szükségesnek tartjuk, hogy „a felülről érkező”, központi iránymutatáson túlmenően szakmailag támogassuk a vezetőket annak érdekében, hogy intézmény specifikus irányelveket, standardokat, protokollokat tudjanak kidolgozni és alkalmazni járványhelyzetekben. Elengedhetetlenek az idősellátáshoz kapcsolódó bentlakásos szociális intézményekben dolgozó szakemberek pandémiás továbbképzései, amelyek segítséget nyújtanak a járványhelyzetekben a mentális egészség megőrzésében, a fertőzött betegek ápolásában, gondozásában és a krízismenedzsment és a kríziskommunikáció támogatásában.

A hozzátartozók hozzáállása több esetben nem segítette az intézmények küzdelmét a fertőzéssel szemben (5. ábra). Érthető a hozzátartozók félelme, hiszen szeretteik veszélyeztetett célcsoportba tartoznak és a legnagyobb szükség esetén sajnos személyesen nem látogathatták őket. Ugyanakkor megfelelő kommunikációs technikák elsajátításával lehetőség van az ilyen felfokozott helyzetben a hozzátartozók megnyugtatására, illetve a folyamatos és hiteles információnyújtás megoldottsága is enyhítheti a hozzátartozók aggodalmát (6. ábra). Kommunikációs tréningek, szituációs gyakorlatok által fejleszthetők az intézményekben dolgozók kríziskommunikációs kompetenciái.

Következtetések és javaslatok

A vizsgált intézményekről megállapítható, hogy a Covid-19 fertőzés megelőzése, kezelése érdekében hozott előírásokat betartják, az intézmények zavartalan működésének és a betegek ellátásának biztosítása érdekében mindent megtesznek. Számos intézményben a hiányosságok pótlása és az ellátás során felmerülő problémák megoldása folyamatos. Javaslatunk fő célja egy helytálló protokoll elkészítése, ami által a szociális intézmények és egészségügyi intézmények egyaránt felkészülhetnek a Covid-19 járvány, vagy egy hasonló járvány intézményeikben való megjelenésére és annak kezelésére. A protokoll

6. ábra: Intézkedések hatása és megvalósulása (N=71)



révén az esemény bekövetkezésekor már csak a leg-szükségesebb intézkedéseket szükséges kidolgozni, és az intézmény vezetőinek és a munkatársaknak már csak a megoldandó feladatok elvégzésére kell koncentrálniuk az adott helyzetben. A protokoll és speciális eljárásrend megléte lehetőséget nyújt az intézmények számára, hogy működése zavartalan legyen egy bekövetkező járványhelyzet során is. Jelen javaslat útmutatást biztosít az intézményeknek, hogy az eljárásrend elkészítésekor milyen szempontokat vegyenek figyelembe, sajátosságaikat is szem előtt tartva.

Az intézmények készítsenek saját jellegzetes-segeiket figyelembe vevő pandémiás protokollt, amely részletesen kitér az ellátottak ápolására, gondozására, ezen feladatok személyi és tárgyi feltételeire, a megszokott mindennapi tevékenységek ütemezett végrehajtására. Az intézményekben az ápolást végző személyzet folyamatos pandémiás továbbképzéseken vegyen részt, amely elvégzése tanúsítvánnyal igazolható. A továbbképzések tartalmazzák az olyan elméleti ismeretek és gyakorlati készségek elsajátítását, amelyek birtokában a képzésben résztvevők képesek a fertőző betegek szakellátásával foglalkozók munkáját támogatni, a járványok és fertőzések kialakulását megelőzni, a betegeket hatékonyan kezelni, ápolni és a fertőzés továbbterjedését megakadályozni (Balogh et al., 2020; NNK, 2020).

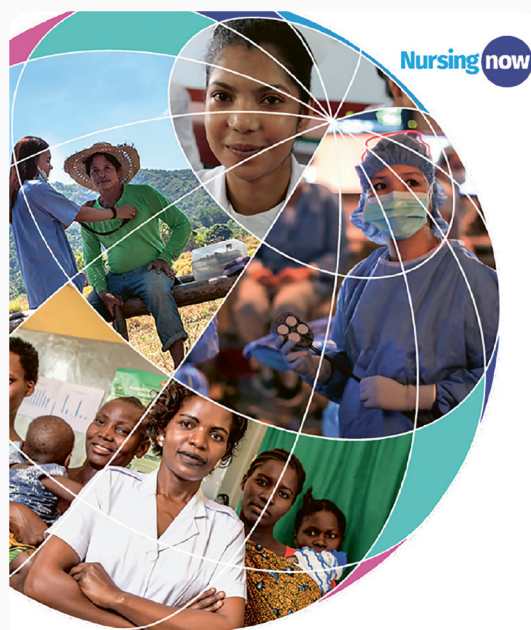
Legyen lehetősége az intézményeknek higiénés infrastruktúrájuk és eszközparkjuk bővítésére/fejlesztésére, például mobil kézmosók és szenzoros kézfertőtlenítő berendezés beszerzésére, infrastrukturális átalakításokra, ápolási eszközök beszerzése. A gyanús, vagy igazolt ellátottak számának függvényében védőeszközök (például: FFP2/FFP3 maszk, arcvédőpajzs, védőruha) biztosítása nélkülözhetetlen (NNK, 2020). A Covid-19 fertőzés intézménybe

való bekerülésének megelőzése érdekében a kórházból az intézménybe visszatérő ellátottak szűrése valósuljon meg, ezzel is védve a többi ellátottat. A továbbiakban történjen humánerőforrás átcsoportosítás a szakápolási engedéllyel rendelkező intézményekbe, ugyanis a bentlakásos intézményekben az izolációs részlegek kialakítása többlet humán-

erőforrás igényét feltételezi. A járvány rávilágított arra is, hogy a szociális intézményekben is fontos az egészségügyi végzettségű szakember. Szükségesnek tartom a minőségügyi rendszer (MIR) bevezetését és alkalmazását annak érdekében, hogy az ellátás minősége javuljon és rendszerszemlélet segítségével fejleszthető legyen az ápolás.

Irodalomjegyzék

1. Balogh, Z., Pápai T., Nagy Z. Zs. (2020). *A COVID-19-fertőzés ápolási és ápoláskutatói vonatkozásai*. ORVOSKÉPZÉS 95(3): 575-577., 3p
2. Balogh L. Lengyel, A. (2020). *Az idősellátásban tevékenykedők mindennapjai a COVID-19 pandémia idején*. ÁPOLÁSÜGY 34(3): 13-14., p2
3. Gyarmati, A. (2019). Idősödés, idősellátás Magyarországon. Helyzetkép és problémák. Tanulmány, Freidrich Ebert Stiftung.
4. Hajnal, M. (2011). *Progresszív minőségfejlesztés és változásmenedzsment a szociális szférában*. Hozzáférhető 2020. augusztus 10. http://demin.hu/files/userfiles/DEMIN_XI/demin_XI-doc/deminXI-65-doc.pdf
5. Nemzeti Népegészségügyi Központ (2020. június). *Bentlakásos szociális intézmények Covid-19 fertőzéssel kapcsolatos feladatairól*. Hozzáférhető: 2020. augusztus 10. <https://www.nnk.gov.hu/attachments/article/717/Elj%C3%A1r%C3%A1srend%20-%20bentlak%C3%A1s%20szoci%C3%A1lis%20int%C3%A9zm%C3%A9nyek.pdf>
6. Papp, K., Ujváriné Siket, A. (2014). *Az egészségügy és az ápolás általános alapelvei*. Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Nyíregyháza



Agents of Change:
the story of the Nursing Now campaign



A „Nursing Now” kampány zárójelentése

A „Nursing Now” kampány ápolókat, egészségpolitikusokat és különböző szervezeteket egyesített, kapcsolt össze a világ minden tájáról, ezáltal létrehozva egy közös platformot az egészség és az egészségügy jövőbeni fejlesztésére. A kampány elindulása óta eltelt 3 év alatt 126 országba ért el az üzenet, több mint 700 független Nursing Now csoport és több mint 31 ezer fiatal ápoló vett részt a Nightingale Challenge-en.

A kampány eredményeiről szóló zárójelentést május 18-án tették közzé, mely letölthető a <https://www.nursingnow.org/nursing-now/> weboldalról, illetve közvetlenül a <https://www.nursingnow.org/wp-content/uploads/2021/05/Nursing-Now-Final-Report.pdf> linken keresztül.

EREDETI KÖZLEMÉNY

A dysphagia hatásainak felmérése stroke betegek körében, akut ellátásban

GRÁNÁSI Bettina, Dr. PAPP László PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: A stroke a 3. leggyakoribb halált okozó betegség Európában, Magyarországon évente 40-50 ezer ember kerül be a stroke - központokba, akik közül körülbelül 15 ezer honfitársunk hal meg. A maradványtünetek között lényeges a táplálkozás funkciójának károsodása, amely akár életveszélyes állapothoz is vezethet. Prospektív, kontrollcsoportos vizsgálatunk során célunk a nyelészavarok deskriptív mutatóinak vizsgálata volt, akut ellátásra kerülő stroke betegek körében.

Anyag és módszer: A vizsgálat a Szegedi Tudományegyetem Neurológiai Klinika Stroke Osztályán készült, 2020. július és november hó között, mely időszak alatt 122 beteg került a vizsgálati csoportba.

Eredmények: A tudatállapot mértéke ($p < 0,001$, Cramer's V 0,479), valamint a facialis paresis jelenléte ($p < 0,001$, Cramer's V 0,73) alapvetően meghatározza a nyelészavarok megjelenésének kockázatát. Az aspirációs pneumonia előfordulása nem volt gyakoribb a mintában, mint a kontrollcsoportban ($p = 0,138$).

Következtetések: Eredményeink alapján kijelenthető, hogy a nyelészavarok kockázatának felmérése lényeges eleme a stroke betegek ellátásának.

Kulcsszavak: ischaemiás stroke, nyelészavarok, aspirációs pneumonia

Analysis of the impact of dysphagia among stroke patients in acute care

Bettina Gránási, László Papp PhD

SUMMARY

The aim of the study: Stroke is the third most common cause of death in Europe. In Hungary, 40-50 thousand people enter the stroke centers in every year, of which about 15 thousand die. Among the residual symptoms, impairment of swallowing function is significant, which can lead to a life-threatening condition. In our prospective, controlled study, we aimed to investigate the descriptive indicators of swallowing disorders in stroke patients undergoing acute care.

Material and methods: The study was done at the Stroke Unit of the Department of Neurology, University of Szeged, between July and November 2020. During this period, 122 patients were included in the study group.

Results: The degree of consciousness ($p < 0.001$, Cramer's V 0.479) and the presence of facial paresis ($p < 0.001$, Cramer's V 0.73) basically determine the risk of developing swallowing disorders. The incidence of aspiration pneumonia was not higher in the sample than in the control group ($p = 0.138$).

Conclusions: Based on our results, the assessment of the risk of swallowing disorders is an essential element in the care of stroke patients.

Keywords: Ischemic stroke, swallowing disorders, aspiration pneumonia

GRÁNÁSI Bettina ápoló,
Szegedi Tudományegyetem,
Neurológiai Klinika

DR. PAPP László PhD
kutatás-felelős ápoló,
Szegedi Tudományegyetem,
Sürgősségi Betegellátó Osztály
Orcid azonosító:
0000-0001-7038-5215

Levelező szerző

(correspondent):

Papp László;

E-mail cím:

papp.laszlo@med.u-szeged.hu

Beérkezett: 2021. június 1.**Elfogadva:** 2021. június 10.**Bevezetés**

A stroke a 3. leggyakoribb halált okozó betegség Európában, ami azt jelenti, hogy évente mintegy 1.4 millió ember veszíti életét stroke miatt. Hazánkban évente 40-50 ezer ember kerül be a stroke - központokba, akik közül körülbelül 15 ezer honfitársunk hal meg. A statisztikai adatok szerint

a szélütést túlélők 48%-a féloldali bénulásban, 12-18%-a beszédzavarban szenved, 22%-a járásképtelen, 24-53%-a részben vagy teljesen mások segítségére szorul, 32%-a pedig depresszióval küzd (Magyar Stroke Társaság, 2017).

Az említett maradványtünetek mellett kiemelkedő jelentőséggel bír a táplálkozás funkciójának károsodása vagy akár kiesése, amely életveszélyes

állapothoz is vezethet. Dysphagia (nyelészavar) fogalma alatt a táplálék orális előkészítésének, orális pharyngeális, vagy oesophagealis transzportjának zavarát értjük (Dénes, 2008). A stroke akut szakában a betegek 30–50%-a szenved nyelvészavartól, míg ez az incidencia 6 hónappal később 10%-ra csökken. A nyelvészavaroknak súlyos vagy akár életveszélyes következményei is lehetnek. A nyelvészavarral küzdő betegek körében magasabb arányban fordul elő a kiszáradás, a kóros tápláltsági állapot (malnutríció), valamint nő az aspirációs tüdőgyulladás kockázata is (Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2017). Az aspiráció egyik legveszélyesebb formája a „*silent aspiratio*”, vagyis csendes félrenyelés, ami nem jár köhögéssel, és az esetleges problémára csak a beteg romló vitális jeleiből következtethetünk (Dénes, 2008).

A nyelvészavarok korai felismerésének és a megfelelő intervenciók kivitelezésének a fentiek alapján kettős jelentősége van. Egyrészt, mivel a stroke betegek ellátása során a mielőbbi felépülés érdekében törekedni kell a megfelelő energia-, tápanyag- és folyadékigény kielégítésére, a nyelési képesség felmérése és nyomon követése alapvető fontosságú. Másrészt, a potenciálisan kialakuló, a kórházi tartózkodás idejét és ezáltal költségeit, valamint a mortalitást növelő hatása miatt az ellátás kimenetére is direkt hatást fejt ki.

A stroke betegek nyelvészavar-szűrésének két alpmódszere van: a megfigyelés és a nyelési tesztek. A megfigyelés történhet egy időben a nyelési szűréssel, és fontos, hogy kiterjedjen az étkezés körülményeire is. Az obszerváció javasolt területei: ki-folyik-e az étel/ital a beteg szájából, köhög-e evés/ivás közben vagy utána, beszámol-e a beteg nyelési nehézségeiről vagy akár „*gombócérzésről*” a torkában, köszörüli-e a torkát evés/ivás közben, nem panaszkodik-e nehézlégzésről vagy fulladásérzésről az étkezés alatt vagy után.

A legegyszerűbb nyelési teszt az egyszerű víznyelési vizsgálat (Water Swallowing Test, WST), melynek során a beteg 50 ml vizet kísérel meg lenyelni, és amennyiben nem tapasztalhatók a korábban említett panaszok, megkezdhető a szájon keresztüli táplálás. A többszörös konzisztencia vizsgálat (Multiple Consistency Test, MCT) alkalmával különböző állagú ételeket adunk a betegnek, miközben a nyelés körülményeit vizsgáljuk. A vizsgálat előnye, hogy az alkalmazandó táplálási formára és diétára is javaslatot tesz. A nyelvészprovokációs vizsgálat (Swallowing Provocation Test, SPT) kizárólag az akaratlan nyelési reflexet vizsgálja. Ilyenkor az oropharynxba keskeny orrkatéter kerül bevezetésre, melybe 0,4 ml vizet fecskendeznek. Ha a nyelés a víz befecskendezésével azonos időben, vagy 3 másodpercen belül következik

Rövidítések jegyzéke

BJH-SDS: Barnes-Jewish Hospital Stroke Dysphagia Screen, Barnes-Jewish Kórház Stroke nyelvészavar mérőeszköze
 CI: Confidence interval, megbízhatósági tartomány
 GCS: Glasgow Coma Scale, Glasgow Kóma Skála
 IQR: Interquartile range, interkvartilis tartomány
 MCT: Multiple Consistency Test, többszörös konzisztencia vizsgálat
 SPT: Swallowing Provocation Test, nyelvészprovokációs vizsgálat
 WST: Water-Swallowing Test, egyszerű víznyelési vizsgálat

be, akkor a provokációs vizsgálat normális értékűnek tekinthető, ha ez 3 másodpercen túl következik be, akkor a teszt abnormálisnak tekintendő és fennáll az aspiráció veszélye (Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2017).

Amennyiben a nyelési teszt kivitelezése valamilyen akadályba ütközik, vagy a nyelési képesség részletesebb vizsgálata szükséges, elvégezhető betegágy melletti, illetve műszeres felmérés is. A nyelvészavar felmérését az ellátás első napjaiban minden nap el kell végezni, és ha a probléma továbbra is fennáll, akkor hetente minimum kétszer, ami által a változások mind pozitív, mind negatív irányban korán észlelhetők. Amennyiben a beteg emissziója után is fennáll a nyelvészavar, akkor 6 havonta egyszer javasolt elvégezni a felmérést (Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2017).

A klinikai gyakorlatban számos ágy melletti nyelési felmérési módszer létezik. Jelen vizsgálat részeként a Barnes-Jewish Hospital Stroke Dysphagia Screent (BJH-SDS) használtuk, mely kiterjed a beteg tudatállapotának, a facialis paresisnek és a nyelv mozgásainak vizsgálatára, illetve ezek negativitása esetén a WST teszt elvégzésére. A BJH-SDS 94%-os szenzitivitással és 66%-os specificitással azonosítja a stroke betegek nyelvészavarait, ami alkalmas a klinikai alkalmazásra (Edmiaston et al., 2014).

Jelen prospektív, kontrollcsoportos vizsgálatunk során elsődleges célunk a nyelvészavarok deskriptív mutatóinak vizsgálata volt, akut ellátásra kerülő stroke betegek körében. A leíró mutatókon túl vizsgáltuk a dysphagia összefüggéseit a kórházi tartózkodás időtartamával, az ellátás alatt előforduló infekciók számával.

Anyag és módszer

A vizsgálat a Szegedi Tudományegyetem Neurológiai Klinika Stroke Osztályán készült, akut stroke betegek körében. Az adatgyűjtés 2020. július és november hó között történt, mely időszak alatt 122 beteg került a vizsgálati csoportba. A mintába kerülés kritériumaként határoztuk meg a 18 év feletti életkort, továbbá a képalkotó vizsgálattal igazolt akut ischaemiás stroke betegség fennállását. Kizáró feltételt jelentettek a vérzéses és traumás eredetű cerebrovascularis kórképek.

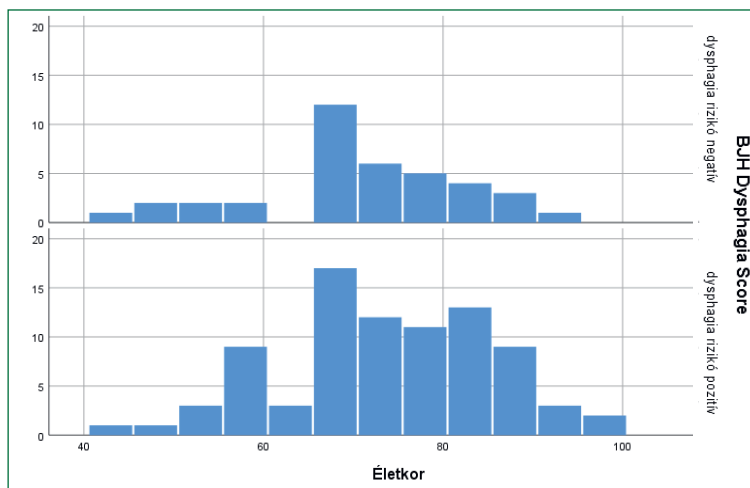
Az adatgyűjtés egy önálló szerkesztésű check-lista használatával történt, mely segítségével a beteggel kapcsolatos alapvető deskriptív információkon túl a nyelési képességre és az azokat befolyásoló tényezőkre vonatkozó, valamint az ellátással kapcsolatos információkat gyűjtöttük. A nyelési képességet BJH-SDS segítségével mértük fel.

Az elemzést SPSS 26.0 szoftver segítségével végeztük, minden esetben 95%-os konfidenciaintervallum (CI) mellett, és az eredményeket $p < 0,05$ esetén tekintettük szignifikánsnak. A leíró elemzések során relatív gyakoriságot, mediánt és kvartiliseket (25-75%, interkvartilis range, IQR) számítottunk. Az adatok eloszlásvizsgálata Kolmogorov-Smirnov (K-S) teszt alkalmazásával történt. Az összefüggések és különbségek vizsgálatára Mann-Whitney U-tesztet (MWU) és Fisher tesztet használtunk. A nominális változók közötti kapcsolatot Cramer's V számításával jellemeztük.

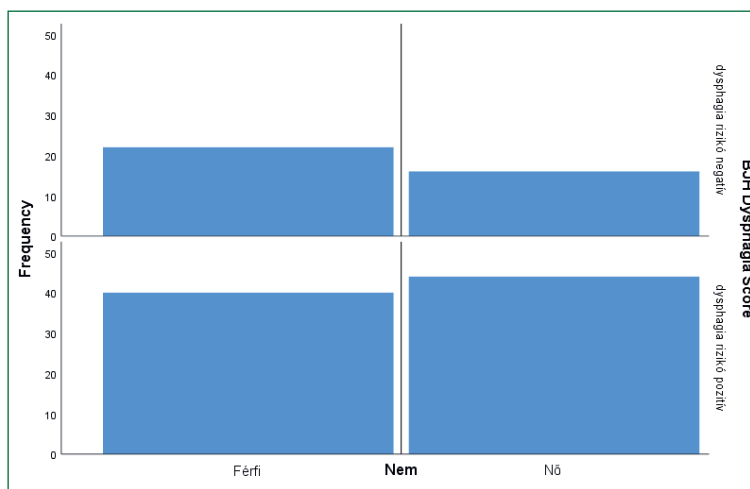
Eredmények

A leíró adatok elemzését megelőzően az adatokon eloszlásvizsgálatot végeztünk K-S tesztel, mely az adatok nem normális eloszlását mutatta. Ennek megfelelően az alapadatok jellemzése medián és kvartilisek használatával lehetséges. Az elemzéseket minden esetben a teljes mintára vonatkozóan, valamint a dysphagia, mint tünet fennállása alapján létrehozott almintákban végeztük el.

1. ábra: A minta életkori megoszlása alminták szerinti bontásban (N1=38, N2=84)



2. ábra: Nemi megoszlás alminták szerinti bontásban (N1=38, N2=84)



Ennek alapján a teljes minta átlagos életkora 73 (66-81) év. A dysphagia rizikó negatív csoport életkori mediánja 70,5 (66-79,2), a pozitív csoportban ez 74 (66,2-82) év. A két almintá, életkorok tekintetében, Mann-Whitney U teszt alapján nem különbözik szignifikánsan, tehát homogénnek tekinthető ($Z = -1,165$, $p = 0,244$) (1. ábra).

A mintában szereplő 122 beteg közül 62 férfi és 60 nő, ami azt jelenti, hogy a nemek szerinti megoszlásba kiegyenlítettnek tekinthető a minta. Az alminták vizsgálata során látszólag kismértékben különböznek az arányok, ugyanakkor ez a különbség nem szignifikáns (Fisher teszt, $p = 0,332$), azaz nemi arányok tekintetében is homogén mintával dolgoztunk (2. ábra).

A felvételi diagnózisok tekintetében az infarctus cerebri dominálta mindkét almintát. Ebbe a csoportba soroltuk a bal és jobb arteria cerebri media

területi ischaemiákat, valamint az occlusiokat is. Tekintettel arra, hogy a stroke esemény leggyakrabban ezeket az ellátási területeket érinti, nem meglepő, hogy a mintában is ezek bizonyultak kiemelkedőnek (3. ábra).

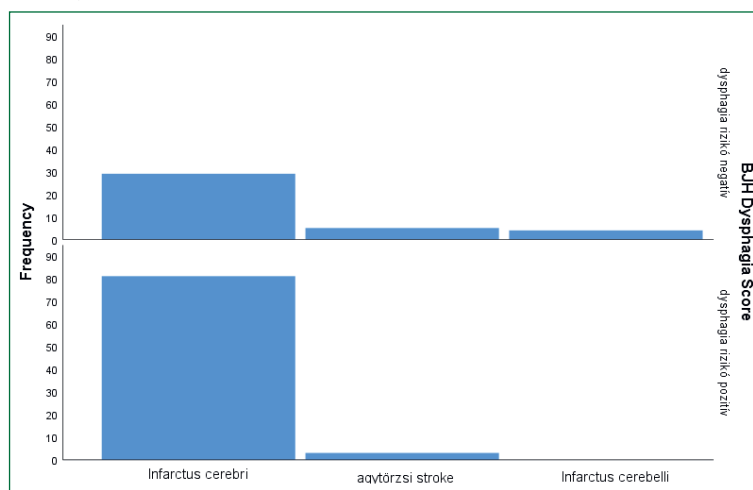
A nyelési nehézség előfordulását befolyásoló állapotok

A tudatállapot, mint a nyelési képességet alapvetően befolyásoló tényező vizsgálatát a Glasgow Kóma Skála (GCS) használatával, valamint az orientáció felmérésével végeztük el. Figyelembe véve azt, hogy mind az éberségi, mind az orientációs szint dinamikusán változhat az ellátás során, a változók stabilitását, ezáltal leírhatóságát átlagok képzésével értük el. A 4. ábrán jól látszik, hogy míg a dysphagia-rizikó negatív almintában a megtartott éberségi szint, és orientáció tekintetében legfeljebb dezorientáció volt jellemző, úgy a rizikócsoportban az éberségi és orientációs szintek is nagyobb mértékben tértek el az egészségestől. Ez a különbség statisztikailag is jelentősnek bizonyult (Fisher teszt, $p < 0,001$). A tudatállapot és a rizikócsoport-hoz tartozás közötti kapcsolat erőssége közepes (Cramer's V, 0,479), mely alapján kijelenthető, hogy a tudatállapot csökkenése növeli a nyelészavarok megjelenésének rizikóját (4. ábra).

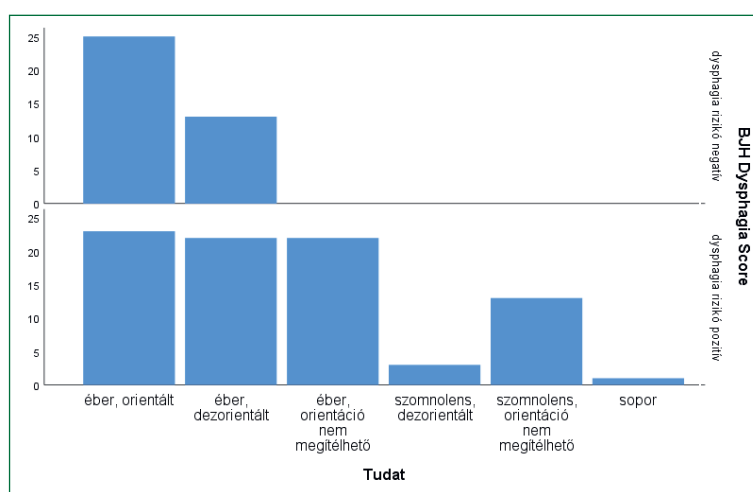
A facialis paresis jelenléte következményesen növeli a nyelési nehézségek előfordulásának kockázatát (Henke et al., 2017). Az elemzés során ez az elméleti kiindulópont megerősítésre került. A rizikócsoport-hoz nem tartozók körében az arcideg paresise egyáltalán nem fordult elő, míg a rizikócsoportban ez a tünet domináns volt. Az alminták különbözősége itt is szignifikáns (Fisher teszt, $p < 0,001$), és a változók közötti kapcsolat erős (Cramer's V, 0,73) (5. ábra).

Az arcizom gyengeségének mértéke alapvetően befolyásolja a beszédképességet. A paresis, mint fizikai akadály elsősorban a beszéd érthetőségére fejt ki hatását. Ennek megfelelően felmértük a szavak formálásának képességét, mely feltételezésünk szerint közvetett kapcsolatba hozható a nyelési képességgel.

3. ábra: Diagnózisok megoszlása alminták szerinti bontásban (N1=38, N2=84)



4. ábra: A tudatállapotok megoszlása alminták szerinti bontásban (N1=38, N2=84)

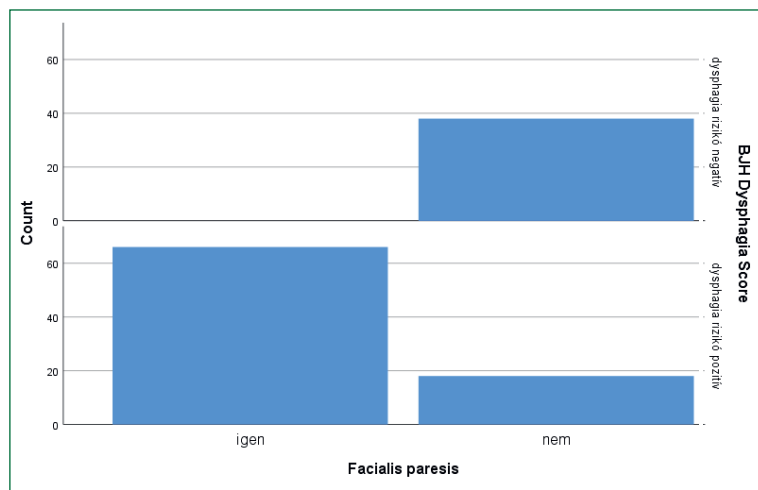


Ahogy az a 6. ábrán is látszik, a dysphagia-rizikó pozitív csoportban nagyobb arányban fordult elő valamilyen beszédformálási probléma, azonban ez a különbség statisztikailag nem bizonyult jelentősnek (Fisher teszt, $p = 0,134$).

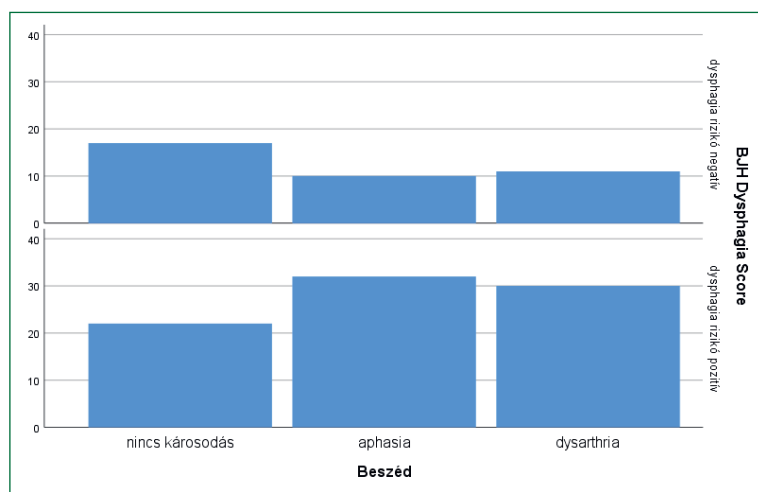
A nyelési képesség csökkenésének következményei

A dysphagia hatásainak vizsgálatát az ápolási napok számának elemzésével kezdtük meg. Előzetesen arra számítottunk, hogy a nyelészavarban szenvedő stroke betegek ápolási ideje hosszabb lesz a potenciálisan fellépő komplikációk miatt. Ezt a feltevésünket az adatok elemzése nem igazolta: a rizikó-negatív csoport átlagosan 8,63 napot, a pozitív csoport átlagosan 8,5 napot töltött a stroke osztályon. A különbség nem jelentős (MWU, $p = 0,605$), amit

5. ábra: Facialis paresis jelenléte alminták szerinti bontásban (N1=38, N2=84)



6. ábra: Beszédképesség alminták szerinti bontásban (N1=38, N2=84)



véleményünk szerint az ellátás eredményességként lehet értelmezni.

Hasonló elméleti kiindulópontból tételeztük fel azt is, hogy a nyelészavar pozitív csoport tagjainak ellátása során nagyobb arányban van szükség invazív eszközök használatára. Ezt a használt eszközök számának rögzítésével követtük, és eredményeink alapján kijelenthető, hogy a rizikócsoportban nagyobb számban fordult elő invazív eszközhasználat, mint a kockázatnak nem kitett csoportban ($N_1=1,47$ vs $N_2=2,08$, MWU $p<0,001$) (7. ábra).

A nyelészavar növeli az aspirációs tüdőgyulladások prevalenciáját (Henke et al., 2017), mely miatt lényegesnek tartottuk az infekciók előfordulásának vizsgálatát. A fertőzéseket azonban általános értelemben közelítettük meg, így felmérésünk nem kizárólag az alsó légúti, hanem minden, az ellátás során azonosított infekcióra kiterjedt. Ezt a számí-

tási módszert azért alkalmaztuk, hogy rögzíteni tudjuk a másodlagos okból (pl. egy aspirációs tüdőgyulladás miatti elesett állapot miatt kialakuló húgyúti infekció) létrejött fertőzéseket is. Örvendetes eredmény, hogy mindkét csoportban alacsony számban fordultak elő infekciók, valamint az is, hogy az alminták eredményei közötti különbség nem bizonyult statisztikailag jelentősnek (Fisher teszt $p=0,138$) (8. ábra).

Megbeszélés

Eredményeink alapján kijelenthető, hogy a nyelészavarok kockázatának felmérése lényeges eleme a stroke betegek ellátásának. A probléma – összhangban a nemzetközi kutatási eredményekkel – gyakran előfordul a stroke ellátásban, és jelentősége mind a beteg, mind az ellátás kimenetele és eredményessége szempontjából nagy.

Az ischaemiás eredetű agyi érkatasztrófák az összes cerebrovasculáris esemény mintegy 80%-át teszik ki, ezért a betegek kilátásait javító, vagy a potenciális szövődményeket csökkentő módszerek bevezetése kiemelten fontos. Egy német tanulmány eredményei alapján az ischaemiás stroke betegek mintegy 25%-á-

ban volt azonosítható nyelészavar (Henke et al, 2017); az általunk végzett felmérés szerint a rizikó prevalenciája 70%-ra tehető. Lényeges kiemelni, hogy míg az idézett tanulmány a teszttel igazolt nyelészavarok számát közölte, addig a mi eredményeinkben minden rizikónak kitett személy szerepel. Ennek megfelelően az adatok különbözősége magyarázható, ugyanakkor meggyőződésünk, hogy a rizikó vizsgálata, és a potenciálisan veszélyeztetett személyek korai azonosítása a szövődmények megelőzésének megbízható és adekvát módszere.

Adataink demográfiai elemzéséből kitűnik, hogy leginkább az idősebb korosztály dominálta a mintánkat, ugyanakkor megjegyezhető, hogy a rizikónak kitettség tekintetében nem azonosítottunk sem korcsoportbeli, sem nemi különbségeket. Ennek az információnak a szűrési csoport meghatározásánál lehet jelentősége – mivel nincs figyelemfelhívó demográfiai

adat, így a szűrésnek véleményünk szerint minden akut stroke betegre ki kell terjednie.

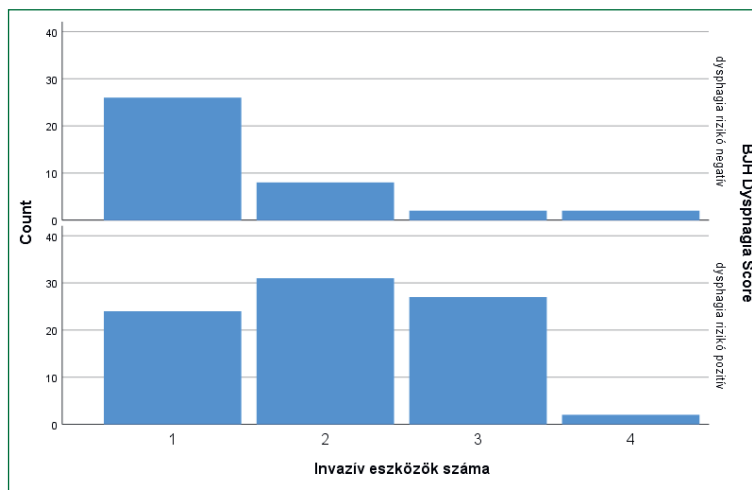
A nyelészavarok rizikóállapotai közül megerősítettük a szakirodalomban is tárgyalt korábbi kutatási eredményeket, melyek szerint a beteg tudatállapota, valamint az arcideg érintettsége alapvetően meghatározza a dysphagiának való kitétséget. E két jelentős tényező közül a facialis paresis kifejezetten szoros kapcsolatot mutatott, míg a tudatállapot közepes mértékben határozta meg a nyelészavarok rizikóját. Utóbbi megállapítást árnyalják az éberségi és orientációs szintek különbségeire kiterjedő eredményeink, melyek alapján az orientáció kórossága önmagában nem eredményezi a rizikó növekedését.

Az arcideg érintettségével kapcsolatos érdekes megfigyelésünk, hogy a panasz dominánsan megjelent a nyelészavarok rizikójaként, ugyanakkor a beszéd érthetőségét nem befolyásolta szignifikáns mértékben az alminták között. Ebből azt a következtetést vontuk le, hogy a dysarthria jelenléte vagy hiánya nem utal megbízható módon a nyelési képességre, tehát a nervus facialis érintettsége esetén, függetlenül a beszéd érthetőségétől, feltételezni kell a nyelési képesség megváltozását.

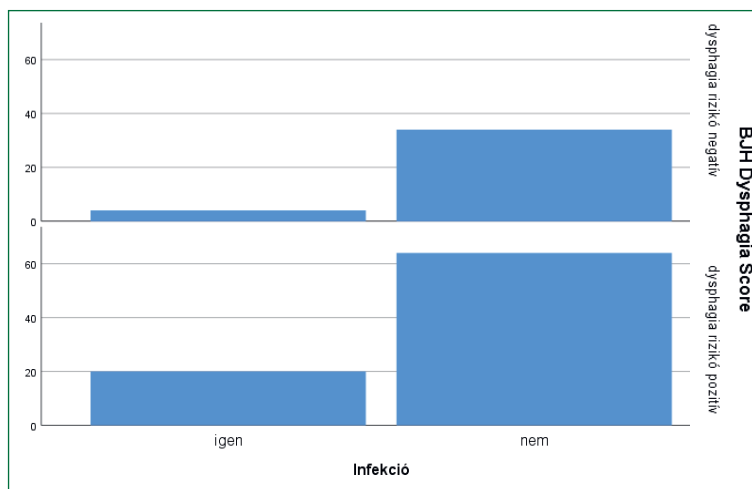
A csökkent nyelési képességű, agyi érktasztrófában szenvedő beteg ellátásának eredményességi mutatói két oldalról közelíthetők meg. Általános mutatóként az ápolási napok, vagy az invazív eszközök száma jól használható, ugyanakkor számos egyéb tényező is befolyásolja alakulásukat. Ebből az is következik, hogy a jelen vizsgálatban is érintett betegcsoportra vonatkozó specifikus következtetéseket nem célszerű levonni az ilyen számok alakulásából. Azonban az, hogy egy jól definiált csoport ellátási mutatói nem különböznek a standard ellátottakétól (melyet a felmérésünk mind az ápolási napok, mind az alkalmazásra került invazív eszközök számára vonatkozóan megerősített), mindenképpen minőségi mutatóként értelmezhető.

A betegcsoport specifikus ellátási mutatójaként a szakirodalom leginkább az aspirációs tüdőgyulladás-

7. ábra: Invazív eszközök száma alminták szerinti bontásban (N1=38, N2=84)



8. ábra: Infekciók előfordulása alminták szerinti bontásban (N1=38, N2=84)



sok incidenciáját használja. A korábban már idézett német felmérésben ez a mutató 13% volt, mely teljes mértékben nem hasonlítható össze az általunk mért 25%-os eredménnyel, tekintettel arra, hogy vizsgálatunk minden infekciós eseményt pozitív adatnak tekintett. Ennek ellenére, a betegek negyedét érintő fertőzési adat figyelemfelhívó még akkor is, ha az nem tulajdonítható a nyelészavar szövődményének, amit a vizsgálati alminták statisztikai különbségének hiánya is alátámaszt.

Habár jelen kutatás fókuszában az intrahospitális ellátás volt, lényegesnek tartjuk megemlíteni a kórházi tartózkodás utáni időszak fontosságát is. A dysphagia nemcsak a beteg aktuális állapotát tudja befolyásolni, hanem nagymértékben kihat a későbbi életére, életvitelére is. Az állapot, a betegen túl, a család számára is komoly kihívást jelent, ezért kiemelkedő je-

lentősséggel bír, hogy a beteg és hozzátartozói mennyit tudnak a kialakult nyelészavarról és annak kezeléséről, mennyire tudnak ezzel a későbbiekben, akár egyedül is megbirkózni. Az erre történő felkészítés indokolt esetben már a kórházi tartózkodás alatt meg kell, hogy történjen, és néhány gyakorlati manőver megtanításával hozzá tudna járulni ahhoz, hogy a beteg, a nyelészavara ellenére, teljes életet éljen.

Megjegyzés: Jelen tanulmány az EFOP-3.6.1-16-2016-00008 számú, „*Testi, lelki és szociális egészségmegőrzés és betegségmegelőzés multidimenziális vizsgálata, és megvalósítható egészségvédő programok kidolgozása*” c. alprojekt / „*Agyi érbetegséghez vezető, krónikus betegségekkel és állapotokkal kapcsolatos compliance multidimenziális vizsgálata*” projekt támogatásával készült.

Irodalomjegyzék

1. Egészségügyi Szakmai Kollégium (2017). Egészségügyi szakmai irányelv a stroke - betegek táplálásterápiájáról. *Ideggyógy Sz. Proceedings*, 189-228.
2. Magyar Stroke Társaság. (2017). Hozzáférhető 2021-05-31, https://www.doki.net/tarsasag/stroke/info.aspx?sp=55&web_id
3. Dénes, Z. (2008). Táplálásterápia a stroke rehabilitáció során. *Háziorvos Továbbképző Szemle*, 13, 272-275.
4. Edmiston, J., Connor, L.T., Steger-May, K., Ford, A.L. (2014). A simple bedside stroke dysphagia screen, validated against videofluoroscopy, detects dysphagia and aspiration with high sensitivity. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 23(4):712-6. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.06.030. Epub 2013 Jul 30.
5. Henke, C., Foerch, C., Lapa, S. (2017). Early Screening Parameters for Dysphagia in Acute Ischemic Stroke. *Cerebrovasc Dis*, 44:285-290 <https://doi.org/10.1159/000480123>



Az Ápolás Hivatásáért Díj

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) közgyűlése 2020-at az „Ápolók és szülésznők nemzetközi évének” nyilvánította Florence Nightingale születésének 200. évfordulója tiszteletére.

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Országos Elnökség a bicentenárium alkalmából alapított egy új díjat „Ápolás Hivatásáért Díj” elnevezéssel. E díjnak az első felhívása pedig idén az Ápolás Nemzetközi Napja alkalmából került közzétételre.

A felhívás alapján az „Ápolás Hivatásáért Díj” annak az egészségügyi szakdolgozónak adományozható, aki magas színvonalú tevékenységével példaértékűen hozzájárult a betegek ellátásához, gyógyításához. Részt vesz az egészségügyi hivatást választó tanulók, hallgatók elméleti és gyakorlati oktatásában, képzésében. Áldozatkészségével a betegágy/szülőnő mellett végzett kiváló szakmai tevékenységével, a betegek iránt érzett empátiájával, elősegíti hivatásunk megbecsülését.

Az elismerés évente 1 alkalommal, legfeljebb 3 személy számára osztható ki. Az ünnepélyes kitüntetés alkalmával egy Florence Nightingale-t ábrázoló szobor, kitűző, oklevél és pénzjutalom kerül átadásra.

Bővebb információ, a pályázati dokumentáció a www.meszk.hu oldalon érhető el az Országos szervezet/Kamarai Díjak aloldalakon keresztül.

EREDETI KÖZLEMÉNY

Parkinson-kóros betegek életminőségének változásai mélyagyi stimulációs műtétet követően

POLGÁRNÉ LŐRINCZI Andrea, DR. PAPP László PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: Vizsgálatunk elsődleges célja az volt, hogy felmérjük a mélyagyi stimuláció szubjektíven megélt életminőségre gyakorolt hatását Parkinson-kórban szenvedő betegek körében. Érdeklődésünk középpontjában a betegek műtét utáni tevékenységeiben, szociális életében és társas kapcsolataiban bekövetkező változások, valamint a gyógyszeres terápia stimuláció hatására megfigyelhető módosulásai voltak.

Anyag és módszer: Kvalitatív, fenomenológiai megközelítésű kutatásunk során interjúkat készítettünk, célirányosan kiválasztott betegek körében, 4-10 hónappal a DBS műtétet követően. A 30-60 perces interjúkra 2020. július 1 és december 31 között került sor.

Eredmények: A betegek a mindennapos tevékenységek, a munkaképesség, az alvás minősége, a hangulati élet és a gyógyszeresedés terén pozitív változásról számoltak be. A kognitív státuszban nem azonosítottunk változást.

Következtetések: A DBS műtét után a betegek életminősége egyértelműen pozitív irányba változik. A beavatkozás optimális hatásának eléréséhez, tekintettel a betegség komplexitására, az ellátás alapmotívuma a holisztikus szemlélet kell, hogy legyen.

Kulcsszavak: Parkinson-kór, mélyagyi stimuláció, életminőség

Changes in Quality of Life in Patients with Parkinson's Disease following Deep Brain Stimulation (DBS) Surgery

Andrea Lőrinczi Polgárné, László Papp PhD

SUMMARY

The aim of the study: The primary objective of our study was to assess the effect of deep brain stimulation (DBS) on subjectively lived quality of life in patients with Parkinson's disease (PD). Our focus was on postoperative changes in patients' activities, social relationships, as well as changes observed in drug therapy as a result of stimulation.

Material and methods: In our qualitative, phenomenological study, we conducted interviews with PD patients 4-10 months after DBS surgery. The 30-60 minute interviews were conducted between July 1 and December 31, 2020.

Results: Patients reported positive changes in daily activities, work ability, sleep quality, mood and medication. No change in cognitive status was identified.

Conclusions: After DBS surgery, patients' quality of life changes in a clear positive direction. To achieve the optimal effect of the intervention, given the complexity of the disease, the basic motive for care should be a holistic approach.

Keywords: Parkinson Disease, Deep Brain Stimulation, quality of life

POLGÁRNÉ LŐRINCZI Andrea
BSc ápoló hallgató,
Szegedi Tudományegyetem,
Szent-Györgyi Albert Klinikai
Központ, Idegsebészeti
Klinika

DR. PAPP László PhD
kutatás-felelős ápoló,
Szegedi Tudományegyetem,
Szent-Györgyi Albert
Klinikai Központ, Sürgősségi
Betegellátó Osztály
Orcid azonosító:
0000-0001-7038-5215

Levelező szerző
(correspondent):
Papp László;
E-mail cím:
papp.laszlo@med.u-szeged.hu

Beérkezett: 2021. június 08.

Elfogadva: 2021. június 13.

Bevezetés

A Parkinson-kór a második leggyakoribb neurodegeneratív megbetegedés, mely egyre nagyobb számban fordul elő a fejlett országokban. 1990 és 2015 között a Parkinson kórban szenvedő betegek száma megduplázódott, jelenleg meghaladja a 6 milliót. Európában körülbelül 1,2 millió ember szenved

ebben a betegségben, és előrejelzések szerint 2040-re a világszerte diagnosztizált betegek száma meghaladja a 12 milliót. Az incidencia növekedését több tényező együttesen okozza: az öregedő népesség, a növekvő élettartam, a környezetszennyezés hatásai, sőt kutatások szerint a dohányzás csökkenése is hozzájárul a növekvő arányhoz. A várható élettartam az elmúlt két évtizedben 6 évvel növekedett,

tendenciák alapján egy 65 éves, Parkinson-kórban szenvedő beteg élettartama 3 évvel növekszik 2010 és 2030 között. A növekvő élettartam fokozatosan emeli az előrehaladott Parkinson-kórban szenvedő betegek számát, akiket jellemzően sokkal nehezebb kezelni, illetve az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésük is nehezített (Bloem & Stocchi, 2012; Dorsey et al., 2018).

A betegség jellemzően 55-60 év körül jelentkezik, de az esetek 4-5%-ban már 40 éves életkor előtt kialakul. Lefolyása progresszív, számos motoros – remegés, merevség, bradikinézia – és nem motoros tünettel (Calne, 2004; Jankovic, 2008). A fellépő motoros és nem motoros tünetek együttesen jelentős terhet jelentenek a betegek és gondozóik, hozzátartozóik életminőségére. A Parkinson-kóros betegek gondozásában részt vevő szakemberek számára kihívást jelent, hogy a jellemző tünetek a betegnél eltérő módon jelentkeznek, valamint azokat a betegek eltérő módon élik meg. Éppen ezért a kezeléseket minden esetben individualizálni kell (Politis et al., 2010). Az életminőségre gyakorolt hatás mellett a Parkinson-kór gazdasági következményei is jelentősek. Ide sorolhatók a kórházi vizsgálatok, kezelések költségei mellett az olyan közvetett ráfordítások is, mint a korai nyugdíjba vonulás, vagy a munkaképesség csökkenése által kialakuló gazdasági nehézségek (Gustavsson et al., 2011).

A tudomány mai állása szerint a Parkinson-kór nem gyógyítható, a terápia elsősorban gyógyszeres kezelésből áll. Előrehaladott stádiumban a gyógyszerelés hatékonysága változókonnyá válik, a következményként fokozódó motoros komplikációk a betegek életét kiszámíthatatlanná teszik, melynek következtében az életminőség, a munkaképesség és az önellátás is jelentősen romlik.

A gyógyszerre már nem megfelelő mértékben reagáló, életminőséget rontó motoros fluktuáció és tremor többnyire sikeresen kezelhető mélyagyi stimulációval (Deep Brain Stimulation, DBS). A stimuláció során beültetett elektróda segítségével a megfelelő területen (subthalamicus mag) magas frekvenciájú ingerlést végzünk, melynek hatására a betegség tünetei jelentősen javulnak (Aschermann et al., 2016; Kovács, 2014; Kovács et al., 2019).

Anyag és módszer

Vizsgálatunk elsődleges célja az volt, hogy felmérjük a mélyagyi stimuláció szubjektíven megélt életminőségre gyakorolt hatását Parkinson-kórban szenvedő betegek körében. Érdeklődésünk középpontjában a betegek műtét utáni, szociális életében és társas kapcsolataiban bekövetkező változások, valamint a gyógyszeres terápia stimuláció hatására megfigyelhető módosulásai voltak.

Rövidítések jegyzéke

BDI: Beck Depression Inventory, Beck-féle depresszió skála
 DBS: Deep Brain Stimulation, mélyagyi stimuláció
 LED: levodopa equivalens dózis
 MDS-UPDRS III: Movement Disorder Society - Unified Parkinson's Disease Rating Scale III; Mozgászavarok Társaság – Egységesített Parkinson-kór felmérő skála III. változat
 MMSE: Mini-Mental State Examination, Mini-Mental teszt
 PDQ-39: Parkinson Disease Questionnaire-39
 SD: standard deviáció, szórás

Tekintettel arra, hogy a Parkinson-kóros betegek körében számos kvantitatív kutatás készült, az érintettek által megfogalmazott problémák ismeretek az ellátók számára. Viszonylag kevés esetben dokumentált azonban olyan megközelítésű munka, mely a betegek által megélt szubjektív érzések, vélemények mélyreható elemzésével tárgyalja a mindennapokat meghatározó belső folyamatokat. Ebből kiindulva keresztmetszeti kutatásunk kvalitatív, fenomenológiai megközelítést alkalmazott, mely a beteg élményeinek középpontba helyezésével lehetővé teszi, hogy tapasztalataikat szavakba öntsék, ami által a vizsgáló számára megnyílik a megélt jelenség mélyebb elemzésének lehetősége.

A céloknek leginkább megfelelő adatfelvételi technikaként interjúkat készítettünk, célirányosan kiválasztott betegek körében. A vizsgálati mintába olyan, az SZTE SZAKK Idegsebészeti Klinikán 4-10 hónapja DBS műtéten átesett betegek kerülhettek be, akiknél nem áll fenn a Parkinson-kór mellett az életminőséget befolyásoló egyéb betegség, valamint a vizsgálatba beleegyeztek. A mintából kizártuk azokat, akik a Parkinson-kór mellett egyéb, az életminőséget befolyásoló betegségben szenvednek, a vizsgálatba nem egyeztek bele, vagy a műtétet követő 10 hónapon belül reoperációra kerültek. Tekintettel arra, hogy az SZTE Idegsebészeti Klinikáján 2020 januárjától új, a korábbinál pontosabb elektróda behelyezést és személyre szabottabb stimulációs paraméterek beállítását lehetővé tevő műtéti technika került bevezetésre, a minta homogenitása érdekében megkérdeztük közé kizárólag e műtéti technikával operált betegek kerültek bevonatásra.

Az alkalmazott vizsgálati eszköz egy 16 témakört felölelő, irányított kérdésekből álló beszélgetés,

I. táblázat. A vizsgált betegségkör jellemzői

Azonosító	Életkor (év)	Nem	Lakhely	Családi állapot	Betegség-tartam (év)	Műtét előtti MDS-UPDRS-III pont		Gyógyszeres kezelés	
						Off állapot	ON állapot	műtét előtt	műtét után 6 hónappal
A-1	80	férfi	megyeszékhely	nős	25	27/132	11/132	Levodopa/carbidopa/entacapon 175/43,75/200 mg 5x1 Ropinirol 8 mg	Levodopa/carbidopa/entacapo 100 mg/25 mg/200 mg 3x1
A-2	72	férfi	megyeszékhely	nős	21	57/132	35/132	Corbilita 100/25/200 mg 5x1 tbl. PK-Merz 2x1 tbl. - amantadine	Corbilita 50/12,5/200 mg naponta 4x1 tbl.
A-3	58	férfi	város	egyedül él	8	48/132	27/132	Ralago reggel 1 tbl. Ralnea 8 mg reggel 1 tbl. Madopar 200/50 mg 5x1/2 tbl.	Madopar 200/50 mg 4x1/2 Ralago 8 mg reggel 1 tbl. Duloxetine 60 mg este 1 tbl.
A-4	70	nő	megyeszékhely	nyugdíjas, egyedül él	22	72/132	28/132	Madopar 200/50 mg 5x1 tbl. Comtan 200 mg 5x1 tbl. Ropinirol Actavis 2 mg 1-1-0 tbl. Ralago reggel 1 tbl. Akineton 2 mg reggel 1/2 tbl.	Madopar 200/50 mg 4x1 naponta (3/4-1/2-3/4-1/2 tbl.)
A-5	63	férfi	megyeszékhely	nős	9	48/132	18/132	solubilis Madopar (100/25 mg) ébredés után 1 tbl. Corbilita 100/25/200 mg 5x1 tbl.	Corbilita 50/12,5/200 mg 3x1 tbl.

mellyel a betegek szubjektíven tapasztalt állapotváltozását mértük fel. A kérdések összeállításánál a PDQ-39 Parkinson-kóros betegek életminőségét felmérő kérdőív kérdéseit vettük alapul.

Tekintettel a 2020-ban kialakult járványhelyzetre, személyes találkozásokra nem került sor. Az interjú digitális formában, illetve telefonos beszélgetés keretében történt előzetesen egyeztetett időpontban és módon 2020. július 1. és 2020. december 31. között. A 30-60 perces interjúk rögzítésre kerültek; a kutatás céljáról és a részvétel önkéntességéről az interjú alanyait annak megkezdése előtt tájékoztattuk. A vizsgálat lebonyolítását a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Regionális Humán Orvosbiológiai Tudományos és Kutatásaitikai Bizottsága engedélyezte (eng. szám: 90/2020-SZTE).

Eredmények

A vizsgálat során 5 beteggel készítettünk interjút, akik közül 4 férfi és egy nő. Életkor szerinti megoszlás alapján a betegek között 55 év alatti és 80 év feletti életkorú nem volt. A vizsgált betegek többsége 55 és 75 év közötti, egy fő 75 év feletti, az átlagéletkor 68,6 év ($\pm 8,47$ év), életkori medián: 70 év.

A vizsgálatba bevont betegek egyetlen főtől eltekintve valamennyien megyeszékhelyen élnek, többségük házastársával él egy háztartásban.

A műtét idején az átlagos betegségtartam $17 \pm 7,9$ év volt, a tünetek jelentkezésétől a diagnózis felállításáig átlagosan 7,8 év telt el, itt azonban jelentős szórás figyelhető meg az értékek között, a standard deviáció 6,46 év. A megkérdezett betegek jellemzőinek áttekintése látható az **I. számú táblázatban**. Adatvédelmi okokból a betegek egyedi azonosítóival (A-1 – A-5) hivatkozunk.

Az I. táblázat 7-8. oszlopa, az MDS-UPDRS III pontszám a Parkinson-kór motoros tüneteit vizsgálja ON (gyógyszerszedés melletti jó tüneti válasz), valamint OFF (gyógyszerszedés ellenére rossz tüneti válasz) állapotban. A tünetek között felmérésre kerül:

- a beszéd,
- az arckifejezés,
- a rigor mértéke,
- ujj összeérintés kivitelezése,
- a kézmozgás,
- a kezek szupinációja és pronációja,
- a lábujjdobolás kivitelezése,
- a lábmozgékonyosság
- a székboldaló felállás,

- a járás,
- a járás alatti lefagyás,
- a testtartási instabilitás,
- a testtartás,
- a spontán mozgásmintázat,
- a posturalis és kinetikus kéztremor,
- a nyugalmi tremor nagysága és folyamatossága,
- a diszkinézia hatása, valamint
- a Hoehn és Yahr stádium.

Minél alacsonyabb a kapott pontszám, annál kevésbé észlelhető az adott tünet. Maximálisan kapható pontszám: 132 pont. A vizsgált esetekben az átlagos pontszám OFF állapotban 50,4 (SD $\pm 16,35$), ON állapotban 23,8 (SD $\pm 9,36$) pont.

A betegeinktől nyert válaszok elemzésekor a tartalomelemzés módszerét alkalmaztuk, mely során valamennyi interjú először külön került értékelésre a nagyobb objektivitás érdekében. Ennek során az interjúk témáit leíró, nyelvi és fogalmi egyezések alapján azonosítottuk, csoportosítottuk, címkéztük, majd értelmeztük. Végül a kapott eredményeket egymással is összevettük.

I. A mindennapi élettevékenységek alakulása

A mindennapi életben a mozgásindítási nehézség, különösen a finommozgások végzése jelent jelentős nehézséget, így gondot okoz pl. a gombolás, a cipőfűző megkötése, vagy az étel feldarabolása. A betegek mindennapi élettevékenységeinek változásánál az étkezés, személyes higiénia, öltözködés, háztartási munkák elvégzése területén a megkérdezettek által szubjektíven tapasztalt változásokat vizsgáltuk.

Étkezés

Valamennyi beteg arról számolt be, hogy lényegesen könnyebb elkészítenie, illetve elfogyasztania az ételeket, italokat.

„Fel tudom vágni a paradicsomot, ezt korábban mindig a feleségemre kellett hagynom.” (A-1).

„Ki tudok tölteni egy pohár vizet, anélkül, hogy felborítanám vagy kiönteném.” (A-4).

Az elmondottak alapján a Parkinson-tünetek csökkenése (mozgásindítás könnyebbé, finommotorika javulása) az étkezés területén az önállósági képesség fokozódását eredményezte.

Mosakodás, tisztálkodás

Tisztálkodás során a férfiak egyértelműen problémaként jelölték meg a borotválkozás kivitelezését. Műtét előtti szokásaikon egyetlen esetben sem említettek változást, jellemzően elektromos borotvát használnak a vágásos sérülés elkerülése érdekében. Az interjúk során a betegek elmondták, hogy fürdés során a zuhanyzást részesítik előnyben. A műtétet követően 3 fő

a finommotorikus tevékenységek kifejezett javulásáról számolt be, kiemelve, hogy korábban gondot okozott számukra a tusfürdős és egyéb flakon kinyitása, melyet most könnyebben véghez visznek:

„Egyszerűen kipattintom a tetejét, azelőtt ilyet már nem tudtam csinálni.” (A-3).

A személyes higiéné területén is érzékelhető a finommotoros tünetek miatt bekövetkező kedvező hatás, azonban a korábban kialakított szokásokban változást nem azonosítottunk.

Öltözködés

Az öltözködéskor elsősorban a ruházat (főként nadrág, zokni) fel-, illetve levételénél tapasztaltak a betegek javulást; könnyebben fel tudják ezeket a ruhadarabokat venni, illetve kevésbé szorulnak segédeszköz, vagy személyes segítség igénybevételére. Elmondták ugyanakkor azt is, hogy a műtét előtt már jelentősen változtattak öltözködési szokásaikon, például:

„Csak gumis derekú nadrágot veszek fel, hogy ne kelljen gombolni.” (A-2),

„Nem viselek inget, csak olyat, ami belebújós.” (A-3).

Szintén kiderült a beszélgetésből, hogy a fűzős cipő sem szerepel a betegek ruhatárában. Segédeszközként a felvételhez cipőkanalat használnak, azonban az egyik beteg (A-5) jelzése, hogy *„észre sem veszem, de időnként nem használom a kanalat”*, míg a másik beteg (A-2) azt közölte, hogy nem mindig kell leülnie ahhoz, hogy fel tudja venni a cipőjét, holtott a műtét előtt ezt csak így tudta megtenni.

Háztartási, ház körüli munkák

A háztartási munkák elvégzésében történt változások vizsgálatkor nem mértünk egyértelmű minőségi javulást. Ennek okai lehetnek, hogy:

- a válaszadó lakásban lakik, jelentősebb ház körüli munkát nem tud megemlíteni

- 1 fő kivételével valamennyi válaszadó férfi (jellemzően nők), a házimunkát (főzés, takarítás) más személy végzi (döntően a feleség).

A vizsgált személyek közül a legfiatalabb, egyedülálló férfi tett említést arról, hogy ismét elkezdett főzni, amit korábban is nagyon szeretett, de a betegsége miatt az utóbbi 2 évben szinte egyáltalán nem csinált, azonban „bonyolultabb dolgokba” nem mer belekezdeni. Ugyanakkor elmondta azt is, hogy az egyéb háztartási munkák végzésében könnyebbéget tapasztal, „megpucolta” az ablakot, kevésbé érzi magát fáradtnak, amikor takarítani kellene.

II. Alvásminőség változása

Az alvásminőségben bekövetkezett változások terén vizsgáltuk az éjszakai alvásminőséget, a napközbeni elalvások számát és időbeliségének változásait.

II. táblázat. A műtét előtti alvási jellemzők összefoglalása

Azonosító	Alvászavar	Insomnia	Hypersomnia	Rémálmok	Éjszakai felriadás	Nappali elalvás	Gyógyszeres terápia
A-1	x	x	–	–	x	x	Frontin 0,5 mg 3x1
A-2	x	–	x	x	–	x	–
A-3	x	–	–	–	–	–	Frontin 0,5 mg szsz: 1
A-4	x	–	–	x	x	x	Dormicum
A-5	x	–	x	–	–	x	–

III. táblázat. A depresszió és kognitív státusz a műtét előtt

Azonosító	MMSE pontszám*	Beck pontszám**	Gyógyszeres terápia
A-1	29/30	10/63	alprazolam 0,5 mg3x1
A-2	29/30	3/63	-
A-3	29/30	3/63	alprazolam 0,5 mg szsz:1
A-4	28/30	14/63	-
A-5	28/30	7/63	-

*MMSE (Mini Mental Teszt): Kognitív teszt a demencia súlyosságának megítélésére; maximálisan 30 pont szereshető, demencia 27 pont alatt.

**21 kérdéses Beck Depresszió Kérdőív alapján szerzett pontszám.

Maximálisan 63 pont szereshető, 10 pont felett depresszió valószínűsíthető.

A műtét előtti panaszokat a **II. számú táblázat** foglalja össze.

Ahogy a táblázatban is látható, a beavatkozás előtt valamennyi beteg beszámolt különböző fokú és jellegű alvászavarról. Jellemző volt az éjszakai nyugtalan alvás, valamint napközben jelentkező fáradtság miatti gyakori elalvás. Ezen panaszok az alkalmazott gyógyszeres terápia ellenére is fennálltak.

Az interjú során kapott válaszok alapján az alvásban jelentős javulás következett be a megkérdezett betegek esetében.

„Ritkábban kelek fel éjszaka, nappal is kevésbé érzem fáradtnak magam.” (A-3)

Jellemző volt az éjszakai rémálmok megszűnése és jelentősen csökkent a napközbeni elalvások száma. Míg a DBS előtt 4 beteg esetében tapasztaltunk többszöri napközbeni (elsősorban délután során jelentkező) elalvást, addig a műtét után 6 hónappal mindössze 2 beteg számolt be erről.

Össességében mind az éjszakai átalvás, mind a nappali elalvás tekintetében pozitív változásról számoltak be a műtét után 6 hónappal, melynek következtében javult a koncentrációs- és a teherbíró képesség is.

III. Kognitív státusz és depressziós tünetek

Tekintettel arra, hogy súlyos demencia, illetve depresszió a DBS műtét elvégzést kontraindikálja,

a preoperatív kivizsgálás szerves részét képezi a kognitív státusz, valamint a depresszió meghatározása, melyhez a bevont betegek esetében Mini Mental Tesztet, valamint Beck depresszió kérdőívet használtak. Az eredményeket a **III. számú táblázat** mutatja be.

A táblázat adataiból jól látszik, hogy a vizsgált betegek közül két fő ért el a depresszió vizsgálatánál 10 pontot vagy annál magasabb értéket, vagyis enyhe depresszió volt kimutatható. A többi résztvevő ezen a teszten már a műtétet megelőzően is alacsony pontszámot ért el, tehát esetükben klinikai értelemben vett depresszióról nem beszélhetünk. Ugyanakkor szorongásos tünetek, valamint alvásproblémák miatt alacsony Beck-pontszámmal rendelkezők is részesültek gyógyszeres (jellemzően alprazolam) kezelésben.

A műtét után 6 hónappal végzett állapotfelmérés alapján a műtét előtti állapothoz képest a betegek szubjektív javulásról számoltak be, a motoros tünetek csökkenésével életminőségüket is jobbnak ítélik meg, korábbi szorongásos panaszok enyhüléséről számolnak be.

„A kedvem is jobb, mint a műtét előtt.” (A-3)

A stimuláció előtt elvégzett Mini Mental teszt eredményei alapján a vizsgált betegek legkevesebb 28 pontot értek el, vagyis ez alapján demencia nem volt kimutatható. A műtét után 6 hónappal a betegek mentális státuszukban, kognitív funkcióikban változást elmondásuk alapján nem tapasztaltak.

IV. Szociális és társas kapcsolatok alakulása

A vizsgált személyek elmondása alapján szociális életükre jellemző, hogy a műtét előtt leginkább a közvetlen családtagokra (házastárs, gyermekek, közeli rokonok) és közeli barátokra korlátozódnak társas kapcsolataik, vendéglátóhelyeket, szórakozóhelyeket csak ritkán látogattak, viszont napi rendszerességgel, vagy heti 2-3 alkalommal végeztek szabadidős tevékenységet, jellemzően sétát vagy egyéb testmozgást.

Sajnálattal módon a COVID-19 járvány miatti intézkedések, a „social distancing” erősen korlátozták

a társadalmi-szociális életet. A betegek által elmondottak alapján – a várttal ellentétben – az volt tapasztalható, hogy a szociális tevékenységük a műtét utáni időszakban jelentősen beszűkült, melynek oka azonban nem a műtét utáni állapot, hanem a járványhelyzet miatti korlátozások. Erre való tekintettel a beszélgetések során rákérdeztünk arra is, hogy – amennyiben lehetőség lenne rá – milyen társas tevékenységeket végeznének.

Az elhangzott válaszok alapján a betegek egyértelműen hiányolták a társas programokat. Ezek közül kiemelhetők a Parkinson-klub által szervezett összejövetelek, melyek amellet, hogy a betegeknek lehetőséget biztosítanak betegséggel kapcsolatos tapasztalataik egymással történő megbeszélésére, további ismeretek szerzésére, egyben motivációt jelentenek az otthonból történő kimozdulásra is.

„Hiányzik a sorstársakkal töltött idő, nagyon jó kis programokat szerveztünk közösen.” (A-5).

Több beteg említette különböző kulturális programokban való részvételt (pl.: múzeum, kiállítás látogatása, Vadaspark felkeresése).

„Pont akkor zárták be a Vadasparkot, mikor már végre el mertem volna menni az unokákkal.” (A-4)

„Szívesen megnéznék valami érdekes kiállítást.” (A-3)

Az általunk megkérdezett betegek ugyanakkor vendéglátóhelyek felkereséséről nem tettek említést, rákérdezésre jellemző válasz volt, hogy „korábban sem igen jártam étterembe” (A-1).

V. Munkaképesség

A vizsgálatba bevont betegek közül egy fő végzett a műtétet megelőzően aktív munkát, A beteg munkaképessége a műtét előtt is megtartott volt, a műtét fő célja annak hosszú távú fenntartása a motoros tünetek stabilizálása, javítása által. A műtét után 6 hónappal munkájába fokozatosan visszatért, elmondása szerint munkáját könnyebben végzi, teljesítménye fokozódott:

„Egyszerűbb megfognom a szerszámainkat és a nap végére sem érzem annyira kimerültnem magam. Korábban erősebben kellett koncentrálnom ahhoz, hogy rendben menjen a szerelés, ami nagyon sokat kivett belőlem.” (A-3).

A fizikai teherbíró képességre vonatkozó kérdések során két beteg számolt be arról, hogy nem érzékelt jelentős változást ezen a területen, ugyanakkor egy fő közülük is a koncentrációs képesség szubjektív javulásáról számolt be.

„Nem tudom, hogy magától a műtétől van, vagy attól, hogy jobban tudok pihenni, de azt vettem észre, hogy sokkal összeszedettebb vagyok.” (A-4)

Jellemzően a fizikai teherbíró képesség javulását érzékelik a ház körüli munkák végzése esetén.

IV. táblázat. A gyógyszerelés alakulása műtét előtt és után

Azonosító	Napi levodopa equivalens dózis (mg)		
	műtét előtt	műtét után	változás (%)
A-1	1324	399	-70%
A-2	865	266	-69%
A-3	760	560	-26%
A-4	1330	500	-62%
A-5	945	200	-79%

„Szívesen dolgozgatok a kertben, még a kapálást is élvezem”. (A-2)

Összességében a betegek a fizikai teherbíró képességük javulásáról számoltak be.

VI. Gyógyszerszükséglet és gyógyszereszedési szokásokban bekövetkezett változás

A dopaminerg gyógyszerelés mennyiségét az objektív összehasonlítás céljából levodopa equivalens dózisban (LED) fejeztük ki, megadva a műtét előtti és utáni napi LED mennyiséget.

A IV. számú táblázat adataiból jól látható, hogy a szükséges gyógyszer mennyiség csökkenése jelentős; a betegek többségénél meghaladta a 60%-ot.

A megkérdezettek elmondták, hogy gyógyszereszedési szokásaik is változtak a beavatkozást követően. A motoros tünetek javulása miatt kevésbé sürgető az előírt időben bevenni a gyógyszert, a betegek elmondása alapján az is előfordul, hogy alkalmanként el is felejtik azt.

„A műtét előtt alig vártam, hogy bevehessem a következő adag gyógyszert, annyira szenvedtem a tünetekről. Most előfordul, hogy kicsit meg is kések vele, mert nem kényszerít az állapotom.” (A-1).

Mindemelett beszámoltak arról is, hogy többfajta gyógyszer helyett egyetlen fajta gyógyszer szedésével egyszerűbbé vált a napi gyógyszereszedés, melyet jelentős pozitívumként élnek meg.

„A sokféle gyógyszer helyett most csak egyet kell szednem, ez nagy könnyebbség nekem.” (A-5).

Gyógyszereszedés területén mind a szedett gyógyszerek számában, mind azok levodopa ekvivalens dózisban kifejezett mennyiségében jelentős javulást láttunk a műtétet követő időszakban.

Megbeszélés és következtetések

A mélyagyi stimulációs műtét életminőségre gyakorolt hatását Magyarországon csak kevés alkalommal, kis betegszám bevonásával vizsgálták, így elsősorban a nemzetközi szakirodalom adataira kell hagyatkoznunk. A magyar kutatási eredmények szerint a

DBS-t követően javul a motoros funkció, a mindennapi élettevékenységek végzése és az életminőség, a levodopa equivalens dózis jelentős csökkenése mellett (Gertrúd et al., 2013).

Az elérhető kutatási eredmények döntően kvantitatív jellegűek, a betegek állapotának változását objektívizált mérőeszközök, skálák segítségével értékelik.

Mazur és munkatársai 2019-ben publikálták a DBS műtéten átesett betegek mindennapi élettevékenységével kapcsolatos életminőség-vizsgálatuk eredményeit. A betegek életminőségét és mindennapi élettevékenységét betegség-specifikus és általános kérdőívek (PDQ-39, SF-36 kérdőív, WHOQOL-BREF, MDS-UPDRS II., ADL skála, IADL skála) segítségével értékelték a műtétet megelőzően, valamint a műtét után 3, 6 és 12 hónappal. A kutatási eredmények alapján jelentős korai (3 hónapos) javulás tapasztalható mind az életminőség, mind a mindennapi élettevékenység területén, melyek a műtétet követő 6 hónapig fokozatosan javulnak, azonban további jelentős javulás 6 és 12 hónap között nem jelentkezett. A PDQ-39 szociális támogatás és kommunikáció területein, valamint a szociális kapcsolatok területén a műtét után visszaesést figyeltek meg (Mazur et al., 2019).

Pusswald és munkatársai 2019-es kutatásukban a depressziós tünetek, az életminőség, a mindennapi élettevékenységek, és a memóriában bekövetkezett változásokat vizsgálták 1 évvel a DBS-t követően. Kontrollcsoportként olyan alanyokat választottak, akik a betegségüknek legmegfelelőbb gyógyszeres kezelésben részesülnek, azonban műtéti beavatkozásra nem került sor. A tanulmány szerint a kontroll csoporthoz képest a DBS műtéten átesett betegek értékei minden tartományban állandó vagy javuló eredményt értek el, a műtéti kezelésre leginkább pozitívan reagáló területek a mentális egészség, a depressziós tünetek és a fizikai egészség, míg a mindennapi élet és a memória működésének tartományai állandónak mutatkoztak (Pusswald et al., 2019).

Egy 2014-ben publikált metaanalízis foglalta össze a DBS-en átesett betegek depressziós és szorongásos tüneteinek változását korábbi tanulmányok adatainak összevetésével. Az adatok elemzése alapján a depresszió és a szorongás egyértelmű javulása tapasztalható a DBS után, mely rövid távon hangsúlyosabb, mely hatás a későbbi értékelések során gyengülni látszik (Couto et al., 2014).

Eredményeinket a szakirodalmi adatokkal összevetve hasonló tendencia tapasztalható, a stimulációs műtéten átesett betegek életminőségének változása egyértelműen pozitív irányú. A műtét utáni állapotra vonatkozó általános kérdésre („A műtét előttihez ké-

pest milyennek tartja egészségi állapotát most?”) valamennyi megkérdezett javulásról számolt be.

A mindennapi élettevékenység összetevőiben bekövetkezett változás részleteit tekintve azt tapasztaltuk, hogy a motoros tünetek csökkenésével a tevékenységek végzése a betegek számára könnyebbé vált. A hosszú ideje fennálló tünetek miatt a műtétet megelőzően kialakult életvitelükhöz, megszokásokhoz továbbra is ragaszkodnak, ezért bár az objektív állapotjavulás lehetővé tenné, jelentős minőségi változás a műtétet követően sem következik be.

Az alvási jellemzők lényeges összetevői az életminőségnek. A betegek a műtétet követően az éjszakai rémálmok és felriadások számának csökkenéséről számoltak be, ennek következtében jobban ki tudták magukat pihenni, mely a napközbeni elalvások számát is csökkentette.

A kognitív státusz vizsgálatokor – jóllehet a szakirodalmi adatok jellemzően pozitív változásról számolnak be – a megkérdezettek esetében szubjektív állapotjavulást nem azonosítottunk. Ez magyarázható azzal, hogy a műtét előtti kiinduló BDI illetve MMSE pontszámok sem mutattak ki depressziót vagy kognitív hiányosságot. Bár a Parkinson-kór neurodegeneratív hatása következtében kialakulhatnak ezen betegek körében depressziós tünetek, azonban nem szabad figyelmen kívül hagyni azt a tényt, hogy emellett a betegeknek meg kell küzdeniük egy gyógyíthatatlan, progresszív betegség tudatával is, mely tény önmagában is provokálhat szorongásos tüneteket.

Mind a külföldi, mind a magyar kutatási anyagok igazolták, hogy a stimuláció következtében kisebb dózisban történő és egyszerűbb gyógyszerelés mellett érhető el a mozgásteljesítményben és az életminőségben bekövetkező javulás. A Pécsi Tudományegyetem 18 DBS műtéten átesett Parkinson-kóros beteg állapotváltozására vonatkozó felmérése szerint mind a szedett gyógyszerek számában ($12,05 \pm 4,57$ -ről a műtét után $7,00 \pm 2,96$ tablettára csökkent a szükséges mennyiség), mind a levodopa equivalens dózisban kifejezett értékben (1136 mg helyett 706 mg) jelentős csökkenés tapasztalható (Fehér et al., 2011). A megkérdezettek gyógyszerelését tekintve hasonlóan kedvező hatást mértünk.

A fentieket összegezve ki kell emelnünk, hogy a mélyagyi stimulációs műtéten átesett betegek szubjektív állapot-megélését nagyban befolyásolja az, hogy milyen felvilágosítás és attitűd mellett kerül sor a beavatkozásra. Amennyiben a betegnek túlzó elvárásai vannak és a műtéttől teljes tünetmentességet vár, az objektíven mérhető javulás ellenére állapotát kedvezőtlennek, a műtétet esetleg sikertelennek ítéli. Épp ezért kiemelt fontosságúnak tartjuk, hogy a

beavatkozás előtt a betegek kellően részletes felvilágosítást kapjanak nem csak a műtétről, hanem annak tünetekre – így közvetve az életminőségre – gyakorolt várható hatásáról is.

Fontos kiemelni, hogy a betegek műtét utáni állapotfelmérése elsősorban különböző skálák általi számszerűsítésre törekszik, melyek azonban nem elég érzékenyek a megélt tapasztalatok bemutatására. Nem mutatnak képet arról, hogy a műtét milyen hatással van a betegek és családtagjaik lelkivilágára, a szubjektív állapot megélésére, melyeket azonban mindenképpen figyelembe kell venni, hogy mind a beteget, mind cs-

ládagjait megfelelően fel lehessen készíteni a műtétre, valamint minél jobban lehessen számukra támogatást nyújtani a műtét után. Ezen folyamatok megértéséhez további kvalitatív kutatásokra lenne szükség.

Mivel a betegség a teljes embert érinti, így mindenképpen szükségesnek tűnik a komplex, holisztikus szemléletű rehabilitációs folyamat elősegítése a műtét után. Ennek elmaradása a beteg szubjektíven megélt tüneteire negatív hatással lehet, társadalmi-szociális életbe való visszaillieszkedésük nehezebbé válik, végső soron pedig a műtét által elérhető maximális állapotjavulást nem tapasztalják meg.

Irodalomjegyzék

- Aschermann, Z., Dibó, G., Klivényi, P., Kovács, N., Kovács, T., Takáts, A., Gertrúd, T., & Varannai, L. (2016). Ajánlás a Parkinson-kór előrehaladott stádiumának kezeléséhez. *Ideggyógyászati Szemle*, 69(11-12), 367-372. <https://doi.org/10.18071/isz.69.0367>
- Bloem B. R., Stocchi, F. (2012). Move for Change Part I: a European survey evaluating the impact of the EPDA Charter for People with Parkinson's disease. *Eur J of Neurol*. 2012;19:402-410.
- Calne DB. (2004). Parkinsonism and other extrapyramidal diseases. In: Warrell D, Cox TM, Firth JD, Benz EJ, editors. *Oxford Textbook of Medicine*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press.
- Couto MI, Monteiro A, Oliveira A, Lunet N, Massano J. (2014). Depression and anxiety following deep brain stimulation in Parkinson's disease: systematic review and meta-analysis. *Acta Med Port.*, 27(3):372-82. doi: 10.20344/amp.4928. Epub 2014 Jun 30. PMID: 25017350.
- Dorsey, E. R., Sherer, T., Okun, M. S., & Bloem, B. R. (2018). The Emerging Evidence of the Parkinson Pandemic. *Journal of Parkinson's disease*, 8(s1), S3-S8. <https://doi.org/10.2333/JPD-181474>
- Fehér, G., Balás, I., Komoly, S., Dóczy, T., Janszky, J., Aschermann, Z., & Kovács, N. (2011). A kétoldali subthalamicus stimuláció hatékonysága az antiparkinson gyógyszerelés változtatásának tükrében. *Ideggyógyászati Szemle*, 63(09-10), 314-319.
- Gertrúd, T., Takáts, A., Radics, P., Rózsa, I., Csibri, É., Rudas, G., & Erőss, L. (2013). A mély agyi stimuláció hatékonysága Parkinson-kóros betegeink kezelésében. *Ideggyógyászati Szemle*, 66(03-04), 115-120.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., Dodel, R., Ekman, M., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Gannon, B., Jones, D. H., Jennum, P., Jordanova, A., Jönsson, L., Karampampa, K., Knapp, M., Kobelt, G., Kurth, T., Lieb, R., CDBE2010Study Group. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 21(10), 718-779. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.08.008>
- Jankovic J. (2008). Parkinson's disease: clinical features and diagnosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 79(4), 368-376. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2007.131045>
- Kovács, N. (2014). A Parkinson-kór a gyakorló orvosok szemszögéből. *LAM Extra Háziorvosoknak*, 6(05), 04-12.
- Kovács, N., Aschermann, Z., Juhász, A., Harmat, M., Pintér, D., & Janszky, J. (2019). Előrehaladott Parkinson-kór kezelési lehetőségei: az optimális terápia kiválasztásának szempontjai. *Ideggyógyászati Szemle*, 72(01-02), 05-11.
- Mazur, A., Furgala, A., Krygowska-Wajs, A., Pietraszko, W., Kwinta, B., & Gil, K. (2019). Activities of Daily Living and Their Relationship to Health-Related Quality of Life in Patients with Parkinson Disease After Subthalamic Nucleus Deep Brain Stimulation. *World Neurosurgery*, 125, e552-e562. Letöltés dátuma: 2020.03.29. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2019.01.132>
- Politis, M., Wu, K., Molloy, S., G Bain, P., Chaudhuri, K. R., & Piccini, P. (2010). Parkinson's disease symptoms: the patient's perspective. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*, 25(11), 1646-1651. <https://doi.org/10.1002/mds.23135>
- Pusswald, G., Wiesbauer, P., Pirker, W., Novak, K., Foki, T., & Lehrner, J. (2019). Depression, quality of life, activities of daily living, and subjective memory after deep brain stimulation in Parkinson disease-A reliable change index analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(11), 1698-1705. Letöltés dátuma: 2020.04.02. <https://doi.org/10.1002/gps.5184>

KÉPZÉS, TOVÁBBKÉPZÉS

Ápolói táska technikák, praktikák a betegek otthoni ellátása során

Dr. HIRDI Henriett Éva PhD, DALLOSNÉ KIRÁLY Erika, KÁLMÁNNÉ SIMON Mária, Dr. BALOGH Zoltán PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

A nővértáskát évtizedek óta használják a körzeti ápolók és az otthoni szakápolási területen dolgozók, hogy betegellátáshoz szükséges eszközöket és kellékeket a betegek otthonába szállítsák. Az ápolói táska azonban miközben az egyik beteg otthonából egy másik család lakhelyére szállítják a különböző patogén kórokozók átvitelének eszközeként szolgálhat. Ez a kézirat az ápolói táska alapvető és kiegészítő tartalmaira, valamint a patogén mikroorganizmusok terjedésének megakadályozására szolgáló ún. „táska technika” alapelveit mutatja be.

Kulcsszavak: nővértáska, táskatechnika, otthoni ápolás, fertőzés megelőzés

Nursing Bag Technique, Practice in home health care

Henriett Éva HIRDI PhD, Erika DALLOSNÉ KIRÁLY, Mária KÁLMÁNNÉ SIMON, Zoltán BALOGH PhD

SUMMARY

The nursing bag has been used by District Nurses and Home Care Visiting Nurses for decades to transport patient care equipment and supplies to patients' homes. The nursing bag is transported from the patient's home to another family's living space and may serve as a vehicle for transmitting pathogen microorganisms. This article will focus on the core and supplementary contents in the nursing bag and on principles of practice called "bag technique" to prevent the transmission of pathogenic microorganisms.

Keywords: nursing bag, bag technique, home care, infection prevention

DR. HIRDI Henriett Éva PhD
címzetes főiskolai docens,
területi gyakorlatvezető,
Semmelweis Egyetem
Egészségtudományi Kar,
Ápolástan Tanszék, Budapest

DALLOSNÉ KIRÁLY Erika
egészségügyi szakoktató, Váci
SZC Selye János Egészségügyi
és Szociális Szakgimnázium és
Szakközépiskola, Vác

KÁLMÁNNÉ SIMON Mária
diplomás ápoló, okleveles
egészségfejlesztési tanár,
TALOMED Egészségügyi
Szolgáltató Kft., Budapest

DR. BALOGH Zoltán PhD
tanszékvezető, Semmelweis
Egyetem Egészségtudományi
Kar, Ápolástan Tanszék,
Budapest

Levelező szerző
(correspondent):
DR. HIRDI Henriett Éva;
E-mail:
hirdi.henriett@gmail.com

Beérkezett: 2021. június 10.
Elfogadva: 2021. június 14.

Bevezetés

Az otthonápolás gyökerei egészen Florence Nightingale (1820-1910) munkásságáig vezethetők vissza. Nevéhez fűződik az otthoni, körzeti ápolás megteremtése Liverpoolban (1863), majd Londonban (1874), illetve később Viktória királynő támogatásával a körzeti ápolás oktatásának terjesztése. Az angol nyelvű területeken ennek köszönhetően gyorsan terjedt el az új szemlélet és a megbetegedett munkások otthoni ápolását végző gyárgondozónők mellett, megjelentek a körzeti ápolók is, akik már nem csak egy-egy gyárhoz, bányához kötődve,

hanem egész városrészeket, településeket lefedve végezték tevékenységüket. Ennek kapcsán emelhető ki Lillian Wald neve is, aki 1893-ban az Amerikai Egyesült Államokban megalapította a otthoni látogatásokat végző ápolói szolgálatot (Visiting Nurse Service of New York) **(1. kép)**. Ugyanakkor a nem angol nyelvű területekre, Európa különböző országaiba ez az otthonápolási modell csak később jutott el (Arató et al., 2016; Balogh et al., 2017; Hirdi et al., 2020).

Magyarországon az Egészségügyi Minisztérium kísérletképpen 1957. december 1-jén vezette be a házi betegápolás rendszerét mintegy 100 vidéki és

1. kép: Otthoni betegápolás New Yorkban a Lillian Wald által alapított Visiting Nurse Service keretében (Forrás: <https://www.flatirondistrict.nyc/discover-flatiron/flatiron-history/3/discover-flatiron-lillian-wald-founder-visiting-nurse-service-of-new-york>)



fővárosi körzetben, elsősorban azokra az esetekre, „amikor a házi ápolás kivitelezése olyan szakszerűséget igényel, amely megnyugtató módon nem bízható laikus hozzátartozóra, vagy amikor a hozzátartozó segítségére is csak kivételesen vagy egyáltalán nem lehet számítani, esetleg hozzátartozó nincs is, továbbá minden olyan esetben, mikor a beteg állapotának az ellenőrzése a gyógyulás érdekében nélkülözhetetlen vagy olyan szakszerű ténykedés indokolt”. Pár évvel később, 1964-ben pedig már arról számolt be az Esti Hírlap, hogy az egész fővárosra kiterjedően bevezették a „háziápolónő-rendszert”, melynek segítségével jelentős számú kórházi ágyat tudnak felszabadítani. E rendszerrel tulajdonképpen egyrészt a háziorvosi szolgálatokban, másrészt az otthoni szakápolási szolgálatokban alkalmazott ápolók jelenlegi feladatrendszerét alapozták meg. A kísérleti bevezetésnél kétféle szervezeti formát alakítottak ki. Az egyiknél 1 házi betegápolónő 2 körzeti orvos körzetének területén látta el a pácienseket teljes munkaidőben, míg a másiknál a házi betegápolónő csak 1 körzeti orvos mellé volt beosztva, így munkaideje egyik felében a rendelésben teljesített szolgálatot, a fennmaradó 4 órában pedig a betegek otthonában végzett betegápolást. A különböző tevékenységeket a szakképzett házi betegápolónők kizárólag a körzeti orvos utasítása alapján végezhették. Végzettségüket tekintve nemcsak ápolónők, hanem védőnők és szülésznők is lehettek. Ugyanakkor feltételként írták elő számukra, hogy legalább 1 hónapos kórházi gyakorlatukat követően egy 6 hónapos, heti 2 órás, munkaidőn belüli tanfolyamot kell elvégezniük. E tanfolyam keretében a házi betegápolás során felmerülő feladatok elvégzéséhez kaptak felkészítést. Feladatkörükbe nemcsak a szív- és érrendszeri, mozgásszervi, daganatos, vagy

2. kép: A Visiting Nurse Service of New York ápolói munkába indulnak egységes uniformisban és ápolói táskával (Forrás: <https://www.boweryboyshistory.com/2017/03/henry-street-settlement-legacy-lillian-wald.html>)



éppen operált betegek ellátása tartozott, hanem a légzőszervi betegek, valamint a heveny-lázás állapotúak ápolása is. Éppen ezért a járványos időkben az ellátandók száma is jelentősen emelkedett (Részegh, 1958; „Mától az egész fővárosban bevezették a háziápolónő-rendszert”, 1964).

Természetesen a betegek otthoni szakszerű ellátásának mindig is elengedhetetlen feltétele volt, hogy a szükséges eszközök és kellékek rendelkezésre álljanak. Ehhez pedig a helyszínre, a páciens otthonába kellett szállítani az eszközöket. Mindehhez már a kezdetektől az orvosi táskához hasonló ápolói táskát alkalmaztak **(2. kép)**, mely egyúttal státuszszimbólumként is szolgált a közösségben. Volt olyan amerikai képzőhely, ahol a kiváló eredményt elért hallgatók a diplomaszerezéskor ápolói egyenruhájuk mellé ápolói táskát is kaptak. Az ápolói táska kötelező tartalmát is meghatározták, hogy a minőségi betegellátás garantált legyen. A Lillian Wald nevéhez fűződő Henry utcai settlementben szerzett tapasztalatok alapján tökéletesítették mi is legyen benne. Végül 1939-ben a Közegészségügyi Ápolás kézikönyvében tették közzé a standardizált eszközlíst (Aaltonen et al., 2009).

Ugyanakkor – pont a járványokra, a fertőző betegek ellátására tekintettel – arra is nagy figyelmet fordítottak, hogy miközben az ápoló a táskáját az egyik beteg otthonából a másik beteg otthonába szállítja, igyekezzen megakadályozni a különböző fertőzéseket okozó mikroorganizmusok transzportálását. Éppen ezért különböző iránymutatásokat határoztak meg az ápolói táskák és azok tartalmának kezelésére (pl. sose tegye a táskát a beteg otthonában közvetlenül a földre, székre, ágyra, hanem mindig kiterített újságpapírra, **(1.kép)**). Smendik és Kurtagh publikálta először 1956-ban a ún. „*bag technique*” (magyarul „*táskatechnika*”) eljárást a fertőzés elleni védekezés céljából. A technikát az évek során tökéletesítették, míg 1970-ben továbbképzési anyagként publikálták, hogy a végzett ápolók és a hallgatók egyaránt elsajátítsák, a '80-as és '90-es években pedig e témában videót is készítettek oktatási célból (Aaltonen et al., 2009).

Az otthoni ellátáshoz szükséges ápolói-, szülésznői táska, a fertőzésmegelőzés nem volt újdonság hazánkban sem, hiszen már a bábák működésére vonatkozó 1909-ben megjelent szabályozás is előírta, hogy „*A baba köteles teljesen felszerelt és rendben tartott baba táskáját minden látogatáskor magával vinni. A baba köteles minden alkalommal mielőtt a szülésznővel vagy a gyermekágyassal érintkezésbe jönne, kezét a hivatalos magyar bábakönyvben megszabott módon előbb megmosni, és azután egy liter vízben feloldott egy grammos maróhigany oldattal fertőtleníteni.*” (Hajdu vármegye, 1909). Sőt az ezt megelőző években azt is szabályozták, hogy a gyermekágyi lázas beteget ellátó bábának a táska összes tartalmát, és magát a táskát is kívül-belül fertőtleníteni szükséges (Hajdu vármegye, 1907). Még az országos bábahiányról beszámoló cikkben is kihangsúlyozásra került, hogy mekkora felelősség és mennyi kötelezettség terheli az otthoni ellátást nyújtó szakembereket. Kiemelve, hogy az eszközök pótlását is „*saját zsebéből kell fizetnie*”, miközben „*A baba táskájának, felszerelésének természetesen állandóan kifogástalannak és teljesnek kell lennie, köztözséret és rendes műszereket kell tartalmaznia, amit havonta ellenőriznek.*” (Hajdúné, 1940).

A téma aktualitását az adja, hogy az elmúlt években – még a COVID-19 pandémia előtt – újra előtérbe került az ápolói táska megfelelő kezelésének fontossága, napjainkban pedig a cseppfertőzéssel terjedő koronavírus által szennyezett tárgyakkal vagy felületekkel való érintkezés lehetősége tette még időszerűvé e témakört. Ehhez kapcsolódóan a nemzetközi szakirodalomban számos olyan tanulmány került közzétételre, mely az otthoni szakápolás, betegellátás területén biztosít támpontot az alkalmazandó helyes infekciókontroll-gyakorlathoz.

Ennek hátterében az áll, hogy a terjedés alapú

izolációs óvintézkedések gyakorlati implementációja és végrehajtása – ideértve a helyes kézhigiénét és a megfelelő ápolói táska technikát – jelentős szerepet játszik az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzésében, ezáltal a betegbiztonság növelésében. Sőt nem feledkezhetünk meg arról sem, hogy kulcsszerepe van abban is, hogy az otthoni ellátást végző személy minimalizálja saját otthona megfertőzésének lehetőségét is (Bhardwaj, 2017; McGoldrick, 2014; McGoldrick, 2017; Javens, 2020; Dowding et al., 2020)

Jelen kéziratban a nemzetközi iránymutatások és a hazai tapasztalatok alapján kívánjuk az ápolói táska tartalmával, kezelésével kapcsolatos legjobb gyakorlatokat, útmutatásokat, stratégiákat bemutatni.

A Nővértáska

Az angol nyelvű irodalomban a nővértáska számos megnevezés alatt fut (nursing bag, healthcare bag, public health bag, community health bag, medical bag, visiting bag, supply bag), de alapvetően a funkciója mindegyiknek ugyanaz, még pedig az otthoni ellátást nyújtó egészségügyi szakember (ápoló, gyógytornász, szülésznő, stb.) eszközeinek szállítása. Az elmúlt évtizedek során sokat változott a táska kinézete, és már csak elvétve találkozunk a XX. század elején alkalmazott fekete bőr, egyterű, nehéz nővértáskával (**3. kép**). Hazánkban ápolói táskaként sokáig csak a pilótátáska formájú, egyterű táskák voltak kaphatóak. Emiatt számos magyar ápoló a mai napig ezt a típust használja (**4. kép**). Mindeközben külföldön már sokkal elterjedtebbek, és praktikusabbak is a sok zsebes, belső rekeszekkel kialakított táskák, melyek lehetnek kézi táskák, válltáskák, gu-

3. kép: Vintage fekete bőr, egyterű nővértáska
(forrás: https://journals.lww.com/homehealthcare-nurseonline/Fulltext/2014/01000/Bag_Technique_Preventing_and_Controlling.6.aspx)



4. kép: Pilótatáska formájú, műbőr nővértáska (forrás: saját fotó)



5. a-c. képek: Modern ápolói táskák (forrás: <https://www.amazon.com/>)



ruhos táskák, sőt akár hátizsákok is (5. a-c. képek). Ezekben a táskában sok minden elfér és belső kialakításuknak köszönhetően külön lehet rakni az iratokat, az egyszer és többször használatos eszközöket. A belső, több rekeszes megoldás azért is praktikus a mindennapi használatban, mert átláthatóbb, így sürgős esetben minden azonnal kézre esik. Sajnos a tágas kialakítás mellett azonban továbbra is gyakran előfordul, hogy a mindennapi munkavégzéshez egy táská nem elegendő, plusz táskát is kell hordozni. A fertőzés megakadályozása szempontjából azonban a legfontosabb nem a táská konfigurációja lesz, hanem hogyan, miként kezelik a táskát és annak tartalmát, mivel érintkezik (pl. a beteg otthonában, a szállító járműben, vagy a kerek guruló táská talajjal, padlóval) (Aaltonen et al., 2009; Bhardwaj, 2017; McGoldrick, 2014; McGoldrick, 2017).

Fontos kiemelni, hogy a táská anyagának kiválasztása rendkívül fontos a későbbi tisztíthatóság szempontjából. Az ajánlások alapján az ideális ápolói táská külső felülete legyen sima, ne legyen vászon, hanem inkább poliészter, nylon, vinil, (impregnált anyag), hogy könnyebb legyen a tisztítás és gyorsabban száradjon, illetve az időjárási viszonyok ellenálljon (McGoldrick, 2014; McGoldrick, 2017). Egyes gyártók pedig már speciálisan olyan táskákat gyártanak, melyek folyamatosan biztosítják az antimikrobiális felületet, vagy antimikrobiális textil impregnáló spray segítségével kezelve a táská felületét újra és újra gátolni lehet a kórokozók (pl. baktériumok, gombák) megtelepedését (McGoldrick, 2019).

Az ápolói táská tartalma

Az ápolói kompetenciák kiterjesztése, a technológiai fejlődés jelentős hatással volt a táská tartalmára, hiszen a vitális paraméterek méréséhez szükséges



I. táblázat: A nővértáska felszerelése a 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet alapján

• Véryomásmérő
• Phonendoscop
• Garatlámpa (pupilla lámpa)
• Steril egyszerhasználatos fecskendő
• Streil tűk, szárnyas tűk, perifériás véna katéterek
• Bőr-, kéz-, nyálkahártya-, eszköz dezinficiensek
• Steril kötszerek
• Steril ollók
• Steril anatómiai csipesz
• Straguláló gumi
• Ragtapasz
• Vatta
• Testhőmérő
• Spatula
• Mérőszalag
• Vesetál
• Védőruha, védőkötény, védősapka, cipővédő
• Arcmaszk
• Steril és nem steril gumikesztyű, fólia kesztyű
• Egyszer használatos kéztörölő
• Elsődleges veszélyes hulladék gyűjtő doboz

eszközökön kívül, a különböző szakápolási feladatokhoz nélkülözhetetlen felszereléseket is magával kell vinniük a szakembereknek. Mindemellett még az egyéni védőeszközöket, veszélyes hulladék tárolókat és papír-, illetve elektronikus dokumentáció vezetéshez szükséges eszközöket is. Az e területen végzett kutatások, illetve saját tapasztalataink is igazolják, hogy az ápolók a standard listában meghatározottakon kívül, még számos eszközzel egészítik ki felszerelésüket, melyeket a napi rutin során szükségesnek tartanak (Aaltonen et al., 2009).

A táskák tartalmát két nagy csoportba lehet osztani: (1) alapvető felszerelések és (2) kiegészítő felszerelések. A kiegészítő felszerelések mindig az adott vizit során megvalósítandó szakápolási feladathoz – pl. intravénás folyadék- és elektrolitpótláshoz parenterális gyógyszer beadáshoz kapcsolódó – eszközök. Tehát a házi betegellátás előtt fel kell mérni, hogy az adott napon várhatóan milyen szakápolási tevékenységeket kell ellátni, azokhoz mi mindenre lehet szükség, és a feladat(ok)nak megfelelő eszközöket a protokoll szerint kell összekészíteni a táskába.

A betegellátás szempontjából rendkívül fontos, hogy minden szükséges eszköz rendelkezésre álljon, ezért napi rendszerességgel érdemes a táskát feltölteni, az elhasznált fogyóanyagokat pótolni (Bhardwaj, 2017; McGoldrick, 2016).

Az alapvető felszerelések közé kell sorolni a kézhigiéniéhez szükséges eszközökön kívül az egyéni védőfelszereléseket is mindenképpen. Védőeszközként minimálisan az alábbiak szükségesek:

- testvédelemként 1 db védőruha (sebészeti köpeny, vagy biológiai védőruházat (kezeslábas overál), nem elegendő a műanyag kötény),
- szemvédelem céljából 1 db védőszemüveg vagy arcvédő pajzs,
- a kézvédelem érdekében néhány pár nem steril gumikesztyű,
- száj és orrvédelemre orvosi (sebészeti) maszkok,
- légzésvédelem tekintetében pedig legalább 1 db FFP2, N95 vagy FFP3 maszk (McGoldrick, 2016).

Mint azt a kézirat elején említettük a nővértáskát évtizedek óta használják a körzeti ápolók és az otthoni szakápolási területen dolgozók. Ennek ellenére hazánkban kizárólag az otthoni szakápolási tevékenységről szóló 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet 2. számú mellékletében szabályozzák tételesen felsorolva, hogy melyek a nővértáska tartozékai (I. számú táblázat), illetve melyek azok az anyagok és eszközök, amelyek az otthoni szakápolás, illetve otthoni hospice ellátás keretében ellátható feladatokhoz szükségesek (II. táblázat). Emellett még számos olyan eszköz van (pl. powerbank (hordozható mobiltöltő), az ellátási terület térképe, jegyzetkönyv, névjegykártya, stb.), ami nem jogszabályi előírás, de a napi munkát segítheti, hisz ne felejtjük el van, hogy

II. táblázat: Az otthoni szakápolást és otthoni hospice ellátást nyújtó szolgáltatóknak rendelkeznie kell a következő eszközökkel a 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet alapján

• Steril infúziós szerelések
• Steril szondák
• Steril hólyag- és váladék leszívó katéterek
• Steril katéter csúsztató
• Steril beöntő felszerelés vagy beöntő felszerelés steril beöntő csővel
• Infúziós pumpa (parenterális táplálás és hospice ellátás esetén)
• Vizeletvizsgálati tesztcsik
• Vércukorszintmérő tesztcsik
• Hajmosó felszerelés
• Elektroterápiás készülékek: hordozható ingeráram készülék, hordozható terápiás UH készülék és kombinált készülékek (amennyiben a szolgáltató gyógytorna, fizioterápia szolgáltatást nyújt)
• Inhalátor
• Hordozható váladékszívó
• A használt sterilizálандó eszközök szállítására, mechanikus tisztítására, fertőtlenítésére szolgáló eszközök, tárolók (amennyiben a szolgáltató alkalmaz sterilizálандó eszközöket)

különböző települések között mozog az ápoló és viszonylag távol van a szolgáltató telephelyétől.

Ha kicsit kutatunk az archívumban láthatjuk, hogy az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendeletnek a Magyar Közlöny 120. számában történő kihirdetésekor, a háziorvosi alapellátás tárgyi minimumfeltételei között is szerepelt az ápolói táska. Sajnos a többször módosított rendeletből napjainkra már kikerült az ápolói táska, mint minimumfeltétel, miközben a háziorvosi, háziorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet 2. számú mellékletében meghatározott „Az ápolói tevékenység tartalma a háziorvosi szolgálatban” felsorolásból egyértelműen kiderül, hogy nemcsak a rendelőben, hanem a páciensek otthonában is van feladata az ápolónak.

A patogén mikroorganizmusok terjedésének megakadályozása

Egy átlagos napon egy ápoló 6-7 vizitet végez, időnként az is előfordul, hogy ugyanazt a páciens egy napon többször is el kell látni. Ennek következtében egy hét alatt az ápoló és táskája számos beteg otthonával érintkezik (Hirdi et al., 2017; McGoldrick, 2017).

Jelenleg nem lelhetőek fel olyan konkrét adatok, amelyek bizonyítékot szolgáltatnának arra vonatkozóan, hogy az ápolói táskán, vagy annak tartalmán keresztül az egészségügyi szakemberek közvetítésével betegről betegre tejedt volna valamilyen fertőzés (pl. MRSA) az otthoni ellátás során. Azonban köz tudott, hogy számos olyan mikroorganizmus létezik, amely akár több hónapig is képes a száraz, élettelen felületeken túlélni, valamint fertőzőképességét megtartani. Előzőek miatt az ápolói táska, sőt még az ellátás során alkalmazott mobil kommunikációs eszközöknek is lehet szerepe a fertőzések átvitelében, hiszen mindezek potenciálisan kontaminálódhatnak különböző kórokozókkal. Bakunas-Kenneley és Madigan kutatási eredményei bizonyítják, hogy az ápolói táskák 84%-ánál tenyésztettek ki kórokozót (15,9%-ban multirezisztens kórokozót), a táska belsejéből pedig 48,4%-ban (ebből 6,3%-ban multirezisztens kórokozót), emiatt valóban jelentős a fertőzés átvitelének kockázata (Bakunas-Kenneley & Madigan, 2009; McGoldrick, 2017; Morvai & Szabó, 2015; Dowding et al., 2020). Néhány tanulmány is arra utal, hogy az otthon ápoltak kb. 16%-a fertőződik meg az ellátás során. Az Amerikai Egyesült Államokban működő Centers for Disease Control and Prevention (CDC) felismerve a problémát, 2001-ben az otthonápolási szolgálatok surveillance rendszerének fejlesztését tűzte ki célul (Aaltonen et al., 2009).

Ennek okán a patogén mikroorganizmusok terjedésének megakadályozása érdekében az otthoni ellátást végzők számára több országban oktatják ún. „táskatechnika” eljárást (Aaltonen et al., 2009; Bhardwaj, 2017; McGoldrick, 2014; McGoldrick, 2017) (III. számú táblázat). Az egyes otthoni szakápolási és hospice szolgálatok írásban szabályozott eljárásrendet is készítenek, melyek között lehetnek apróbb változások, illetve az ellátott páciens otthona és körülményei szintén befolyásolhatják a napi gyakorlatot, de az alapelvek mindenhol ugyanazok. Az alábbi területekre vonatkozóan szokták az eljárásrendet (a standard óvintézkedéseket) meghatározni, a megfelelő infekciókontroll-intézkedéseket bevezetni:

- a kézhigiéné gyakorlata,
- az ápolói táska elhelyezése,
- a táska elhelyezése az átmeneti tárolás során,
- a táska belső és külső felületeinek tisztítása,
- a táskában tárolt eszközök és kellékek karbantartása,
- a táskából kivett eszközök és kellékek kezelése (McGoldrick, 2017).

Az otthoni ellátást végző egészségügyi szakdolgozóknak ismerniük kell a különböző fertőzések klinikai tüneteit, rizikótényezőit, a járványügyi be sorolást, valamint az infekciókontroll óvó-védő rendszabályokat.

A kézhigiéné gyakorlata

Miután az ápoló egy-egy napján számos családot végiglátogat, miközben ugyanazokat a felszereléseket viszi egyik otthonból a másikba, kiemelkedően fontossá válik a kézhigiéné helyes gyakorlata. Ugyan maga az ápolói táska normál körülmények között sohasem érintkezik közvetlenül a páciens bőrével, testváladékaival, de az ellátást végző keze igen. Az elmúlt egy évben a COVID-19 járvány kapcsán pedig még nagyobb hangsúly helyeződött a megfelelő kézfertőtlenítési technikára (McGoldrick, 2017; Javens, 2020).

Mindannyian tudjuk, hogy a kórokozók direkt és indirekt kontaktus révén is kontaminálják az egészségügyi dolgozók kezét. A kórokozók pedig nemcsak túlélnek, de szaporodnak is az egészségügyi dolgozók kezén, mivel a pácienssel, vagy valamilyen szennyezett felülettel történő kontaktus után a kórokozók típustól függően akár 60 percig is életképesek maradnak. A „kézhigiéné 5 momentum” megközelítést az otthoni betegellátás során is kell alkalmazni. E szerint a következő esetekben kell kézfertőtlenítést végezni:

1. A páciens érintése előtt (pl. kézfogás, mobilizálás, pulzus, vérnyomás mérés, stb.)

III. táblázat: A táskatechnika a beteg otthonában

1. Helyezze a kézi táskát egy száraz, tiszta felületre lehetőség szerint csípő magasságban, vagy magasabban! Ha nincs megfelelő tisztaságú felület használjon a táska alá alátétet! Ha kerek, gurulós táskát használ hagyja a padlón. A táska az ellátás helyéhez közel legyen, ha van rá lehetőség, akkor a kézmosási lehetőséghez is közel.
2. Végezzen kézfertőtlenítést a táska külső zsebébe helyezett fertőtlenítővel és csak ezt követően nyissa ki a táskát!
3. Tegye ki a táska közelébe a hulladékgyűjtőt!
4. Végezzen kézfertőtlenítést!
5. Az ápolói táskából vegye elő az ellátáshoz szükséges összes eszközt, készítse elő egy száraz, tiszta felületre, egy alátétre! Ha előkészített, csukja be a táskáját, hogy illetéktelenek ne férjenek hozzá, illetve könnyebben eszébe jusson, hogy mielőtt újra belenyúl kézfertőtlenítést kell végezni.
6. Végezzen kézfertőtlenítést!
7. Végezze el a betegellátást!
8. Miután a beteghez, vagy környezetéhez hozzáért a kesztyűjével ne nyúljon bele az ápolói táskába! Ha mindenképp szükséges, vegye le a kesztyűt, végezzen kézfertőtlenítést és vegye ki a táskából a szükséges eszközöket! (Fertőtleníse a kezét, majd az ellátáshoz vegyen fel új kesztyűt!)
9. Mielőtt a táskába visszatenné a többször használatos eszközöket, melyek a beteggel vagy a környezetével érintkeztek, tisztítsa és fertőtleníse le azokat! Tegye le őket egy kéztörlőre és hagyja, hogy a behatási idő elteljen!
10. Vegye le kesztyűt (illetve szükség esetén az egyéb védőeszközöket), végezzen kézfertőtlenítést.
11. Tegye el fertőtlenített eszközöket a táskába! Zárja be a táskát.
12. Tegye rendbe a munkaterületet, dobja ki a kommunális hulladék tárolóba az eszköz és táska alátéteket! Szállítsa el a keletkezett veszélyes hulladékot a megfelelő tárolóba! Soha ne tegye a használt tűket, fecskendőket, szennyezett felszereléseket, kötszereket az ápolói táskába!
13. Ha van olyan eszköz, amit a beteg otthonában nem tudott megfelelően fertőtleníteni, megtisztítani, egy erős, lezárt műanyag zsákbán szállítsa el az egészségügyi szolgáltató telephelyére, ahol elvégezheti a műveletet!
14. Ha a páciens fertőző betegségben szenved, vagy a beteg otthona nagyon szennyezett ne vigye be az ápolói táskát, csak a legszükségesebb eszközöket 2 egymásba rakott nylon táskában!

2. Az aseptikus beavatkozás előtt (pl. sebkezelés, infúziós th, gyógyszer beadás, stb.)

3. A váladékkal történő érintkezés után (pl. vizelet, széklet, hányás felfogása, szennyes textilá kezeleése, sebkezelés, stb.)

4. A páciens érintését követően (lásd. 1. pont)

5. A beteg környezetével történő érintkezést követően (pl. ágynemű csere, éjjeli szekrény, ágy érintése, beleértve a kesztyű levételét is) (WHO, 2011).

Fentieket kiegészítendő akkor is kézfertőtlenítést kell végezni mielőtt az ápoló belenyúl az ápolói táskába, hogy kivegyen valamilyen eszközt. Majd ezt követően újra, mielőtt a páciens megérinti, például vérnyomás mérés céljából, a beteggel való érintkezést követően pedig még egyszer. Mindezeket figyelembe véve a kézfertőtlenítéshez használatos eszközök tárolására célszerű a táska külső zsebében használni, mely a legkönnyebben hozzáférhető, elérhető. Ez a fajta elhelyezés egyfajta vizuális emlékeztetőként is szolgál (Bag Technique, 2013; Bag Technique Procedure, 2016; McGoldrick, 2017; Javens, 2020).

Ha a táskába való benyúlás előtt nem végzünk rutinszerű kézhigiénit, akkor a táska belseje „szennyeződhet”, ugyanez történik, ha a betegellátás során használt eszközöket visszahelyezés előtt nem tisztítják meg, nem fertőtlenítik. Gyakran elkövetett hiba,

ha nem volt megfelelő az ellátáshoz szükséges eszközök előkészítése, hogy a táskába a beteggel előzetesen érintkezett kézzel, vagy kesztyűvel nyúljon bele, ezáltal véletlenül „kontaminálhatják” a táska belső tartalmát. A táska reservoirrá válhat és a nem megfelelő kézhigiéné miatt valamilyen kórokozó áttérjedése egy másik páciensre passzívan e köztes szennyezett tárgy révén jön majd létre. Végül pont olyan hatást érve el, mintha nem cseréltek volna kesztyűt két beteg között, vagy több betegnél ugyanazt phonendoscopot használták volna fertőtlenítés nélkül. Éppen ezért fontos, hogy a használt kesztyűt mindenképp távolítsuk el, mielőtt a táskába nyúlunk (Bag Technique Procedure, 2016; McGoldrick, 2014; McGoldrick, 2017).

A megfelelő kézhigiénéhez elengedhetetlen, hogy a betegellátás helyszínén az alkoholos kézfertőtlenítőszer, illetve ha a kéz láthatóan szennyezetté vált, folyóvíz, folyékony szappan, valamint egyszer használatos kéztörlő rendelkezésre álljon (Bag Technique, 2013; WHO, 2011; McGoldrick, 2016).

Nem feledkezhetünk meg arról sem, hogy a megfelelő kézhigiénés gyakorlat biztosíthatósága érdekében a betegellátást végző szakember ékszers, műkörmöt, körömlakkot nem viselhet, a kézen lévő esetleges sérüléseket pedig vízálló kötéssel le kell fednie (WHO, 2011; Javens, 2020).

Az ápolói táská elhelyezése a beteg otthonában

A táská elhelyezése nagymértékben függ a táská kialakításától (gurulós kerek táská, vagy sem), hogyan nyitható ki. Elsődleges szempont, hogy a nem gurulós táskákat egy láthatóan tiszta, száraz, sima felületre kell helyezni a beteg környezetében, lehetőség szerint csípő magasságban, vagy magasabban. Ha ilyen felület nem áll rendelkezésre, akkor minden esetben a táská alá kell tenni valamilyen izoláló felületet, vagy ha ez sem áll rendelkezésre fel lehet akasztani a táskát a kilincsre, vagy egy táskáakasztóval az ajtóra, vagy egy nehezebb szék háttámlájára. Sosem tegyük a táskát egyéb, a páciens tárgyaival telepakolt asztalra, székre. A gurulós táskákat a padlón maradhatnak, ezek fedelét viszont úgy kell kinyitni, hogy az elülső fedelük ne érintkezzen közvetlenül a padlóval (Bag Technique, 2013; Bag Technique Procedure, 2016; McGoldrick, 2014; McGoldrick, 2017; Javens, 2020).

A táská padlófelületre helyezése azért sem szerencsés, mert kutatások bizonyítják, hogy a padló forrása lehet a patogén mikroorganizmusok terjedésének. S míg az egészségügyi intézményekben a padlófelületek napi takarítása megvalósul, addig egyáltalán nem biztos, hogy a páciens takarítási gyakorisága és módszere eléri a kívánt hatást. Emiatt a beteg otthonában a legnagyobb rizikójú felület a padló lehet. Abban az esetben, ha mindenféle izoláció nélkül helyezzük a táskát a padlóra, akkor fennáll a veszélye annak, hogy a táská szennyeződik potenciálisan patogén mikroorganizmusokkal, amelyek aztán hozzájárulhatnak az ápoló ruházatához, bekerülhetnek az egészségügyi szakember gépjárművébe és a táskával együtt a következő páciens otthonába. Éppen ezért javasolt a táská alá tenni valamilyen izoláló felületet, ezzel egyrészt megakadályozzuk, hogy mi hurcoljunk be valamilyen kórokozót a beteg otthonába akár egy másik betegről, akár az utcáról (pl. kereskes gurulós táskánál), másrészt „akadályt” képzünk, hogy kórokozóval szennyezzük be a táskát az aktuális lakásban (Humphery & Milone-Nuzzo, 1996; McGoldrick, 2014; McGoldrick, 2017).

A táská alatti izolációs anyag lehet egyszer használatos, vagy többször újrafelhasználható. Persze az ideális helyzet az lenne, ha ez egy egyszer használatos vízálló anyag lenne, amelyet háztartási hulladékként dobának ki a páciens otthonában. Ilyen anyagok például: viaszpapír, műanyag zacskó, ágyalátét, vízálló pelenkázó alátét, eldobható nedvfelszívó lepedő vagy többrétegű törülközők. Kifejezetten kerülni kell az újságpapír, csomagolópapír, papírtörülközők vagy kéztörölők használatát, ha nedves felületre kell a táskát letenni, hiszen ha átázik a papír, akkor a mikroorganizmusok akadály

nélkül juthatnak a táská külső felületére. Azonban, ha száraz a felület, akkor az előbb említett papírtípusok is használhatóak. Az izoláló felület méretének megválasztásakor olyat válasszunk, amely védi a táská teljes alsó felületét. Fontos, hogy a táská vállpántja is az izolált felületen legyen elhelyezve. A külföldön már elterjedt, újrafelhasználható izolációs anyagok általában tartalmaznak valamilyen antimikrobiális adalékanyagot, de ezek alkalmazásakor nem felelkezhetünk meg a fertőtlenítésről, tisztításról (Bag Technique, 2013; McGoldrick, 2014; McGoldrick, 2017; Javens, 2020).

Arra is figyelni kell, hogy a beteg környezetében vannak-e kisgyerekek, háziállatok, esetleg szemmel látható kártevők (pl. csótányok, hangyák), hozzáférhetnek-e a táská tartalmához a betegellátás során. Ebben az esetben a táskát érdemes zárva tartani, különösen, ha azt kénytelenek voltunk a padlóra tenni (mert pl. kerek gurulós táskát használunk) (McGoldrick, 2017). Arra is ügyelnünk kell, hogy a táská mindig legyen a látóterünkben, hogy illetéktelenek ne férjenek hozzá (Humphery & Milone-Nuzzo, 1996).

Mikor ne vigyük be az ápolói táskát a beteg otthonába?

Van néhány olyan eset, amikor már a vizit előtt – vagy az első vizit során szerzett tapasztalat alapján – tudhatjuk, hogy magas a kockázata annak, hogy az ápolói táská elősegíti a fertőzések átvitelét a betegkörnyezetéből egy másik páciens otthonába. Ezekben az esetekben nem szabad az ápolói táskát bevenni a gondozási területre. Ilyen helyzetek lehetnek, ha

- a páciensről ismert, hogy MRSA fertőzött,
- a beteg az átvitelen alapuló megelőző óvintézkedéseket alkalmazza,
- az otthoni környezetet ágyi poloska vagy más kártevő fertőzte meg,
- az otthoni környezet nagymértékben szennyezett (pl. emberi vagy háziállatok ürülékével) (McGoldrick, 2017; Javens, 2020)

Az ellátást végzők között gyakran vitatott téma, hogy a páciens környezeti (otthoni) és társadalmi tényezői jelentősen befolyásolják a fertőzés átvitelének kockázatát. A páciens személyi higiénéje és az otthonának tisztasága között szoros kapcsolatot lehet megfigyelni. Ha a páciens rendetlen, koszos, igénytelen lakásban él (pl. ételmaradékok, mosatlan bögrék, edények vannak szerteszét, ruhák a földre, fotelbe dobálva, poros vagy ragadós felületekkel, csótányokkal találkozunk, stb.) az ellátást nyújtónak nemcsak az ápolói táská elhelyezése okozhat majd nehézséget, hanem egy egyszerű kézmosás kivitelezése is (Dowding et al., 2020). Sajnos a hazánkban

2016. évben az otthoni szakápolás és otthoni hospice ellátás területén dolgozó egészségügyi szakdolgozók körében elvégzett országos felmérés eredménye is azt támasztotta alá, hogy a páciens ellátási helyként szolgáló lakás tisztasága, takarítása gyakran nem megfelelő (mindig: 4,8%, esetenként: 86,2%) (Hirdi et al., 2017). Személyes tapasztalatunk is az, hogy néhány esetben legszívesebben inkább magunkon tartanánk a váltást, miközben például a vérvételt végezzük, és sok helyen nem szívesen ülünk le, miközben hellyel kínálnak. A napi vizitek jól átgon-dolt, tervezett ütemezésével lehet ilyenkor a fertőzés átvitelének kockázatát csökkenteni, például, ha az ilyen páciensek ellátását a napi feladatok végére szervezzük, így más beteg otthonába nem hurcoljuk át az esetleges kórokozókat. A feladatellátást követően saját otthonunkba belépve pedig első utunk a fürdőszobába vezet, hogy munkaruhánkat mielőbb kimossuk.

Ezekben az esetekben a beteg ellátásához szükséges legszükségesebb eszközöket érdemes eldobható dupla nylon táskába tenni. A külső eldobható táskát az ellátást követően a beteg gondozási területén kell hagyni. A többször használatos eszközök tisztítását és fertőtlenítését pedig a belső eldobható tasakban kell elvégezni (Bag Technique Procedure, 2016; McGoldrick, 2017; Javens, 2020; Humphery & Milone-Nuzzo, 1996).

Érdekes megemlíteni, hogy az amerikai irodalomban azt is javasolják, hogy a magas-kockázatú pácienseknél (pl. MRSA fertőzötteknél) az otthonápolási szolgálat hagyjon ott testhőmérőt, vérnyomásmérőt, mandzsettát, fonendoszkópot, amíg a vizitek folynak (Aaltonen et al., 2009). Európában ez a gyakorlat nem terjedt el.

Az ápolói táska elhelyezése a gépjárműben

Az ápolói táská(ka)t a gépjármű belsejében is tiszta, száraz felületre kell tenni. Célszerű a szállítandó táskákat a gépjárműben rendszeresen cserélt újságpapírokra tenni, vagy egy erre a célra dedikáltan kijelölt kartondobozba, vagy műanyag tárolóba (Bag Technique, 2013). Az ápolói táska ne legyen szembevető helyen, főleg, ha őrizetlenül hagyjuk az autóban (Humphery & Milone-Nuzzo, 1996).

Ha volt olyan eszköz, amit a beteg otthonában nem lehetett megfelelően megtisztítani, fertőtleníteni, akkor azt egy erős, lezárt műanyag zsákban kell elszállítani az autó padlóján az egészségügyi szolgáltató telephelyére, ahol elvégezhető a művelet (Bag Technique, 2013).

Ha a táskában vannak olyan fogyóeszközök, gyógyszerek, amelyeket nem szabad szélsőséges hőmérsékleten tárolni, akkor a táskát az év bizonyos hónapjaiban

a jármű hőmérsékletének szabályozott részén kell tárolni, nem pedig a jármű csomagtartójában. Ilyenek lehetnek például az alkohol alapú kézhigiénés termékek, fertőtlenítőszeresek, vércukorszintmérő, melyek használati útmutatója a tárolási feltételeket pontosan tartalmazza (McGoldrick, 2017; Javens, 2020; Humphery & Milone-Nuzzo, 1996). Hasonló okok miatt különleges bánásmódot igényelnek a zárt vérvétel során alkalmazott vérvételi csövek, melyek a nyári, meleg időszakban alakjukat is megváltoztatják, a még üres váladékvételi eszközök beltartalmának összetételében is módosulás következhet be.

Ha a páciensünkön a vizit során ágyi poloska csípésre utaló bőrtüneteket látunk, akkor az ápolói táskát érdemes egy nagy műanyag zárható tárolóba tenni és úgy elhelyezni a gépjárműben. Az ágyi poloska ugyanis karmos lábai révén ügyesen mászik, így csak a légmentesen lezárt tárolók, vagy a teljesen sima függőleges pl. üveg, porcelán, fém, vagy ragadós felületek jelentenek számára akadályt (McGoldrick, 2017).

A gépjármű belső terét, ahol az ápolói táskát tartjuk, is érdemes legalább hetente egyszer fertőtleníteni.

Az ápolói táska belső és külső felületeinek tisztítása

Jelenleg nincsenek bizonyítékokon alapuló irányelvek, amelyek meghatároznák az ápolói táska tisztításának, fertőtlenítésének gyakoriságát. Ugyanakkor az előzőekben említett Bakunas-Kenneley és Madigan kutatás eredményei alátámasztják, hogy az ápolói táskát mind kívül, mind belül rendszeresen fertőtleníteni és tisztítani szükséges. Fontos lenne, hogy az otthoni betegellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók szabályozzák, hogy milyen gyakorisággal kell tisztítani, fertőtleníteni a szállító-, hordozóeszközöket, ide értve különösen az ápolói táskákat is. Ugyanezen elveket le kell fektetni minden olyan eszközre is, amelyeket a beteg otthonába bevisznek (pl. személy mérleg, fizioterápiás eszközök, laptop) (Bakunas-Kenneley & Madigan, 2009; McGoldrick, 2014; McGoldrick, 2017).

A nemzetközi ajánlások szerint a következő esetekben és gyakorisággal kell a táska tisztítását elvégezni:

- minden esetben, amikor látható módon szennyeződött,
- legalább havonta, ha a táska alá rendszeresen használnak valamilyen izoláló kendőt, fóliát (felszíni akadályt, mely a kontaminációt megakadályozza),
- legalább hetente fertőtleníteni a táska külső felületét, a belsőt pedig havonta, ha nem szoktak alkalmazni a táska alatt izolációs felületet (Bhardwaj, 2017; McGoldrick, 2017).

IV. táblázat: A táska fertőtlenítésének és tisztításának lépései (Forrás: <https://images.journals.lww.com/homehealthcarenurseonline/Original.00004045-201401000-00006.T1-6.jpeg>)

1. Válasszon egy száraz, nagy felületet, ami alkalmas az ápolói táska külső és belső részének tisztítására és fertőtlenítésére (lehetőség szerint ne fa felületet, ami magába szívna a nedvességet), ahol a táska tartalmát is kényelmesen ki tudja pakolni!
2. Fertőtlenítse a külső felületet szórófejes fertőtlenítőszerrel, hagyja nedvesen és várja meg az alkalmazási leirat szerinti megfelelő behatási időt!
3. Helyezze át a külsőleg fertőtlenített táskát egy tiszta felületre!
4. Távolítsa el a táska valamennyi belső tartalmát egy megtisztított felületre!
5. Fordítsa a táskát fejjel lefelé és rázza meg egy szemetes felett, hogy minden esetleg bennmaradt „szösz” kiessen belőle!
6. Szemrevételezze a táskát kívülről és belülről vannak-e repedések, szakadások, kopások, ha szükséges cserélje ki a táskát!
7. Gumikesztyűt felvéve törölje át a táska belső felületét egy nedves fertőtlenítő kendővel, hogy a felületről minden szennyeződést eltávolítson!
8. Hagyja nedvesen a belső felületet és várja meg az alkalmazási leirat szerinti megfelelő behatási időt!
9. Törölje át a táska külső felületét szintén egy nedves fertőtlenítő kendővel – megvárva a behatási időt –, hogy a felületről minden szennyeződést eltávolítson, vagy ha mosógépben mosható a táska mossa ki, majd szárítsa meg szárítógépben vagy a szabad levegőn!
10. Tisztítsa meg és fertőtlenítse a vitális paraméterek mérésére szolgáló eszközeit (pl. Phonendoscop, testhőmérő, pulzoximéter) és az elektronikus kommunikációs eszközeit (pl. tablet, mobiltelefon)! Minden esetben várja meg az alkalmazási leirat szerinti megfelelő behatási időt!
11. Vegye le a gumikesztyűt és végezzen kézfertőtlenítést!
12. Vizsgálja meg a szavatossági idejét az egyszer használatos fogyóanyagoknak, gyógyszereknek, fertőtlenítőszereknek és pótolja, ami szükséges! Helyezze az eszközöket a megtisztított ápolói táskába!
13. Ellenőrizze a checklistáját, hogy minden ellátáshoz szükséges eszköz rendelkezésre áll-e (pl. minőségi és mennyiségi megfelelısség)! Töltse fel a táskát, ha szükséges!
14. Helyezze el a táskában az előzőekben fertőtlenített, a vitális paraméterek mérésére szolgáló eszközeit!

A tisztítás módját nagyban befolyásolja a táska anyaga, például mosható-e mosógépben, illetve szárítható-e magas hőfokon szárítóban. Sajnos a tás-kakereskedők nem mindig adnak erre vonatkozóan pontos használati útmutatót. Sok esetben (pl. kifejezetten a bőrtáskáknál), kizárólag a minimális karbantartásról adnak tájékoztatást az „elegáns és szép” megjelenéshez (nedves tisztítás, olajozás, 2 havonta méhviaszos bőrápolóval átkelés), ugyanakkor az egészségügyi területen történő felhasználásból eredő speciális „*professzionális*” tisztításra vonatkozóan semmilyen útmutatás nincs (McGoldrick, 2017).

Ezt a folyamatot szerencsés összekötni az ápolói táskában lévő eszközök, felszerelések szavatossági idejének havi ellenőrzésével is, így biztosan nem felejtődik el (McGoldrick, 2017).

Figyelemmel kell lenni arra is, hogy sérült, repedezett felületekről a kórokozók eliminálása nehezebb, ezért fontos az alkalmazott táska rendszeres karbantartása, és elhasználódása esetén a cseréje. Különösen igaz lehet ez a kézi fogókra, vállpántokra, melyeknek alapvető funkciója, hogy biztosítsák a kényelmesebb hordozást. Bár megfelelő minőségű táska megválasztása esetén nem kell tartani attól, hogy az orvosi műszerek és kiegészítők felsértik a belső felületet, de a belső rekeszek sértetlenségét is át kell tekinteni (McGoldrick, 2017).

A táska fertőtlenítésének és tisztításának lépéseit a **IV. számú táblázatban** foglaltuk össze.

A táskában tárolt eszközök és kellékek karbantartása

Az egyik legalapvetőbb szabály, hogy az ápolói táskába nem lehet „szennyezett eszközöket, tárgyakat” visszahelyezni. Egyáltalán nem helyes az a gyakorlat, ha az ápoló a táska egyik belső rekesztét „*tiszta*”, míg a másikat „szennyezett” résznek jelöli ki. A táskában lévő összes eszköznek „*tisztának*” kell lennie, mert csak így biztosítható, hogy a táska belsejében tárolt steril eszközök külső felülete is „*tiszta*” maradhason. Az ellátás során keletkezett hulladékot mindig a megfelelő hulladéktárolóban kell elhelyezni. Habár a 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet a nővértáska felszereléseként említi az elsődleges veszélyes hulladék gyűjtő dobozt, azt nem szabad a táska belsejében elhelyezni, maximum a táska egy külső rekeszében, ha van ilyen (McGoldrick, 2014; McGoldrick, 2017). A keletkezett veszélyes hulladékot az egészségügyi szolgáltató telephelyére kell visszaszállítani, hogy a későbbiekben az ártalmatlanításról gondoskodjon.

A már említett Kenneley és Madigan kutatás során megállapítást nyert az is, hogy az ápolói táskában lévő többször használatos eszközök 43,7%-a

volt kórokozókkal szennyezett, 5,6%-ban mutattak ki multirezisztens kórokozót (Bakunas-Kenneley & Madigan, 2009).

A táskában tárolt eszközök tisztításánál, fertőtlenítésénél érdemes mindig a gyártó utasításait követni, így hozzájárulhatunk az eszközök hosszabb élettartamához, megbízható működéséhez. A legtöbb eszköznél maga a fertőtlenítés egyszerű eljárás, pl. 70%-os izopropil-alkohollal impregnált törlővel az eszköz áttörése. Azonban arra is figyelni kell, hogy ne hogy kézfertőtlenítőt alkalmazzunk az eszközök fertőtlenítésekor, ugyanis ezek különböző hidratáló anyagokat is alkalmaznak, melyek pl. a fonendoszkóp esetén a membránok felpuhulásához és leválásához vezethetnek (Littmann, 2020). Az orvostechnikai eszközök érzékenysége miatt a fertőtlenítés egyébként is nagy körülményt igényel, mely során ügyelni kell arra, hogy a fertőtlenítőszer csak vékony filmrétegben kerüljön fel a felületükre, amit ezt követően hagyni kell részáradni. A dezinficiens felvitele történhet fertőtlenítőkendő áttöréssel, vagy szórófejes adagolással.

Ahhoz, hogy könnyen kiigazodjunk az ápolói táskában, lényeges, hogy annak tartalma rendszerezett

legyen, és a belső tisztítás után is mindent ugyanoda, a kialakított helyére tegyünk vissza (Bhardwaj, 2017).

Összefoglalás

A beteg otthona egy speciális, nem standardizált környezet, így az ebben a környezetben végzett ellátás, ápolás más kihívások elé állíthatja az egészségügyi dolgozókat. Az ellátási környezetet a páciens, illetve a hozzátartozói alakították ki, az ellátást nyújtó pedig egy „vendég” a beteg otthonában. Nem állnak rendelkezésre a kórházban megszokott körülmények, nincsenek ott az ápoló segítségére siető, közelben lévő team-tagok. A páciens életterében adott feltételek mellett kell kihozni a maximumot az ellátás során. Mindemellett arra is külön oda kell figyelni, hogy az ápolói táska szennyeződése, a nem megfelelő kézhigiéne fontos szerepet játszhat egyes patogén kórokozók egyik betegről a másik betegre történő átterjesztésében. A nemzetközi szakirodalomban ismertett „táskatechnika” költséghatékony és könnyen kivitelezhető, mellyel biztosítható, hogy a nococomiális kórokozók terjesztését elkerülhessük, minimalizáljuk.

Irodalomjegyzék

- 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet az otthoni szakápolási tevékenységről Retrieved 2020.04.21., from <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99600020.nm>
- 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről Retrieved 2020.04.21., <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0300060.esz>
- 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről Retrieved 2020.04.21., from <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0000004.eum>
- Aaltonen, P.M., Richards, E., Webster, K., Davis, L. (2009). Use of the Public Health Nursing Bag in the Academic Setting. School of Nursing Faculty Publications. Paper 8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1446.2008.00757>
- Arató, A., Mészáros, J. Balogh Z. (2016). Otthonápolás nemzetközi kitekintésben. MOHE XVIII. Otthoni Szakápolási Kongresszus, Visegrád, 2016. október 13-15. Retrieved 2021.06.06., from <https://docplayer.hu/27556065-Otthonapolas-nemzetkozi-kitekintesben.html>
- Bakunas-Kenneley I., Madigan E. A. (2009). Infection prevention and control in home health care: The nurse's bag. AMERICAN JOURNAL OF INFECTION CONTROL. 37(8):687-688.
- Bag Technique Procedure. (2016) Retrieved 2021.06.06., from <https://nursesandco.squarespace.com/s/BAG-TECHNIQUE-PROCEDURE-updated-03.pdf>
- Bag Technique. (2013). Retrieved 2021.06.06., from https://homehealthmanuals.com/wp-content/uploads/2013/10/NursingProcedures_PolicySample.pdf
- Balogh, Z., Balogh, Á., Misi, A. (2017). Százötven éve született Lillian D. Wald, az otthonápolás és szegényellátás amerikai hősnője. NŐVÉR, 30(2):3-7.
- Bhardwaj, S. (2017). Bag Technique. Retrieved 2021.06.06., from <https://www.slideshare.net/sameekshahbhardwaj1/bag-technique-72730174>
- Dowding, D., Russell, D., Trifiliob, M., McDonald, M.V., Shangd, J. (2020). Home care nurses' identification of patients at risk of infection and their risk mitigation strategies: A qualitative interview study. Int J Nurs Stud. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103617.
- Hajdú vármegye. (1907). Hajdu vármegye szabályrendelete a ragályos kórokról, hevenyfertőző betegségekről és a fertőtlenítési eljárásról. HAJDU VÁRMEGYE HIVATALOS LAPJA. 448-7. kgy. pp. 21-27.
- Hajdú vármegye. (1909). Hajdu vármegye szabályrendelete a bábák működésének szabályozásáról és járandóságáról. HAJDU VÁRMEGYE HIVATALOS LAPJA. 6794-1906. kgy. 1907. február 7. pp. 56-57.
- Hajdúné. (1940). Bábahiány. NÉPSZAVA. 1940. november 24. pp. 12.
- Hirdi, H., Lukács, M., Tóthné Bucsek, I., Schaffer, J., Horváth, A., Balogh, Z. (2017). Az otthoni szakápolás és hospice ellátás területén dolgozók élet- és munkakörülményei egy országos felmérés alapján. Kharón. 21(1):22-37.
- Hirdi, H., Szobota, L., Soós, G., Barnaföldi, V. (2020). A foglalkozás-egészségügyi ápolás úttörői. NŐVÉR. 33(6):4-10.
- Humphery, C.J., Milone-Nuzzo, P. (1996). In: Orientation

- to Home Care Nursing. AN SASPEN Publication, Gaithersburg, Maryland. pp. 45-46.
18. Javens, C. (2020). COVID-19 Infection Management: Bag Technique in the Home Environment. Retrieved 2021.06.06., from <https://www.axxess.com/blog/home-care/covid-19-infection-management-bag-technique-in-the-home-environment/>
 19. Littmann (2020). Tisztítási és ápolási tippek. Retrieved 2021.06.06., from <https://multimedia.3m.com/mws/media/1827796O/littmann-cleaning-stethoscopes-hu.pdf>
 20. „Mától az egész fővárosban bevezették a háziápolónő-rendszert” (1964). ESTI HIRLAP. 1964.01. pp.79.
 21. McGoldrick, M. (2014). Bag Technique: Preventing and Controlling Infections in Home Care and Hospice. HOME HEALTHCARE NURSE. 32(1):39-45. Retrieved 2021.06.06., from https://journals.lww.com/homehealthcare-nurseonline/Fulltext/2014/01000/Bag_Technique_Preventing_and_Controlling.6.aspx
 22. McGoldrick, M. (2016). Core and Supplementary Contents in the Home Care Nursing Bag. HOME HEALTHCARE NOW. 2016, September. pp. 457.
 23. McGoldrick, M. (2017). Best Practices for Home Care “Bag Technique” and the Use of Surface Barriers. HOME HEALTHCARE NURSE. 35(9):478-484. Retrieved 2021.06.06., from https://journals.lww.com/homehealthcare-nurseonline/FullText/2017/10000/Best_Practices_for_Home_Care_Bag_Technique_and.3.aspx
 24. McGoldrick, M. (2019). Management of the Nursing Bag with Embedded Antimicrobials. HOME HEALTHCARE NOW. 37(3):178.
 25. Morvai, J., Szabó, R. (2015). A mobil kommunikációs eszközök szerepe a fertőzések átvitelében. ORVOSI HETILAP. 156(20):802-807. DOI: 10.1556/650.2015.30147
 26. Részeg, J. (1958). A házi betegápolás szervezéséről és kísérleti bevezetéséről. EGÉSZSÉGÜGYI MUNKA. 1-6.
 27. WHO. (2011). Kézhygiéne fejlesztése. Retrieved 2021.06.06., from https://www.antsz.hu/data/cms25637/WHO_oktato_anyag_honlapra_20110301.pdf

Szabadon választható elméleti továbbképzési pontszerzési lehetőség

A magyar és angol nyelvű tanulmányok, kutatási beszámoló publikációk mellett a NÖVÉR szakfolyóirat 2021. évi lapszámaiban is megtalálhatóak a továbbképző cikkek. Előfizetőink számára e friss kéziratokhoz tartozó tesztkérdések kitöltésére – a folyóirat 34. évfolyama mind a hat lapszámának megjelenését követően – 2021. decemberében a MESZK honlapján keresztül online módon nyílik lehetőség. A kéziratot őrizze meg, mert a teszt kitöltéséhez a későbbiekben még szüksége lesz rá!

Szerzői útmutató

A NŐVÉR c. szakmai folyóirat elsősorban olyan kéziratokat fogad el közlésre, melyek az ápolástudománnyal, az ápolás gyakorlatával, a képzéssel, az ápolásvezetéssel, az ápolás határterületeinek tudományos vizsgálatával, valamint minőségügyi és szakmapolitikai kérdésekkel foglalkoznak. A Kiadó várja az ápolás szakterületein elméleti/gyakorlati tapasztalattal rendelkező kutatók, oktatók, gyakorlati szakemberek, hallgatók írásait. Szívesen fogadunk még az egészségügy más területeiről is írásokat, de ezen kéziratok elbírálásának és elfogadásának joga a szerkesztőséget illeti meg. A megjelenés kritériumai: eredetiség, minőség és a szélesebb olvasóközönség érdeklődése a téma iránt. A közlemények végső elfogadása csak abban az esetben történik meg, ha azok formailag teljes egészében megfelelnek a szerzői útmutatóban leírtaknak.

Közlemények fajtái

- Eredeti közlemény
- Esetismertetés
- Összefoglaló közlemény, amely áttekinti a nemzetközi szakirodalom legfrissebb eredményeit
- Ápolástörténeti kutatások eredményeinek ismertetése
- Szakmai útmutató/irányelvek
- Kongresszusi beszámolók
- Könyvismertetés

Formai szempontok

A kézirat formai követelményei és szerkezeti felépítése, az ábrák és táblázatok szerkesztésének általános elvárásai, valamint az irodalomjegyzék és a hivatkozások szabályai részletesen megtalálható a www.meszk.hu Kiadványaink menüponton belül a NŐVÉR cím alatt.

Kérjük, hogy olvassa el figyelmesen a leírást és készítse el kéziratát a megadott szempontoknak megfelelően!

Hova küldje kéziratát?

- Az írást szerkesztőségünkbe e-mail útján juttassa el a nover@meszk.hu címre.
- Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton) „Szerzői nyilatkozat”-ot is, melyben a szerző(k) nyilatkoznak az összeférhetetlenségről, a vizsgálat és a publikálás etikai megfelelőségéről, valamint tartalmazza a megjelenéshez szükséges hivatalos beleegyezést. Ennek két változata van (egyszersős kézirat és többszer-

zős kézirat), honlapunkon mindkettő megtalálható (www.meszk.hu NŐVÉR menüpontjában).

- A beküldött kézirrattal kapcsolatban tájékoztatást kérhet a nover@meszk.hu címen, vagy a (06-1) 323-2070-es telefonszámon Horváth Mónika szerkesztőségi titkártól.

Szerkesztőségi és kiadói kitételek

- A szerkesztőség fenntartja a kéziratok megjelentetésének idejére, illetve a folyóirat stílusának megfelelő módosítások végrehajtására vonatkozó döntés jogát.
- A benyújtott kézirat nem tartalmazhat korábban már megjelent, vagy korábban benyújtott, de elbírálás alatt lévő, vagy elfogadott, de megjelenés előtt álló kéziratrészt.
- A cikkekben megfogalmazott vélemény a szerző sajátja, és nem feltétlenül esik egybe a szerkesztőség/kiadó álláspontjával.

Szerzői jog és másolás

- Minden jog fenntartva. A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.
- A megjelent anyagnak - vagy részének - bármilyen formában történő másolásához, felhasználásához a kiadó írásos hozzájárulása szükséges.
- A cikket más lapban leközölni, ismételt megjelentetni csak a kiadó engedélyével, a lapra történő hivatkozással lehet („Megjelent a NŐVÉR ... év, ... számban. Utánközlés a kiadó engedélyével.”)

Tudományos közlemények publikálásával szerzhető szabadon választható elméleti továbbképzési pontok

- Az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól szóló 63/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet 6. § (1) bekezdésének d) pontjában foglaltak szerint szabadon választható elméleti továbbképzésnek minősül az adott szakterületen végzett tudományos tevékenység. E rendelet 2. mellékletének 4.1. és 4.2. pontja alapján a Nővér folyóiratban megjelent tudományos közleménnyel első szerzőként 15 továbbképzési pontot, társszerzőként pedig 10 pontot lehet megszerezni.
- A továbbképzés minősítését a tovabbkepzes@okfo.gov.hu e-mail címre megküldött, kitöltött nyomtatványon (SZTK-D-1 Adott területen végzett tudományos tevékenység) lehet kérni, mely a www.enkk.hu oldalról tölthető le.

Köszönjük együttműködését!
az NŐVÉR folyóirat szerkesztőbizottsága



MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA

TÉRÍTÉSMENTES E-TOVÁBBKÉPZÉSEK!

Elérhetőek a **MESZK** online továbbképzései:

- Az alsó végtag keringési zavarok és ellátásuk
- Bőrgyógyászati betegségek lokális terápiái
- Infekciókontroll a gyakorlatban
- NŐVÉR – szakmai tudományos továbbképzés VI.
- NŐVÉR – szakmai tudományos továbbképzés VII.

Kizárólag Budapesti tagok számára:

- III. Alapellátási Konferencia
- XIII. Szakmai Nap

Kizárólag Csongrád-Csanád megyei tagok számára:

- Infekciókontroll
- Mediációtól a betegvezetésig

További e-továbbképzésekért és bővebb információért látogasson el a meszk.hu weboldalra.

Keresse fel a honlapot és végezze el Ön is otthonról, egyszerűen, kényelmesen a szabadon választható továbbképzését!

