

NŐVÉR



AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

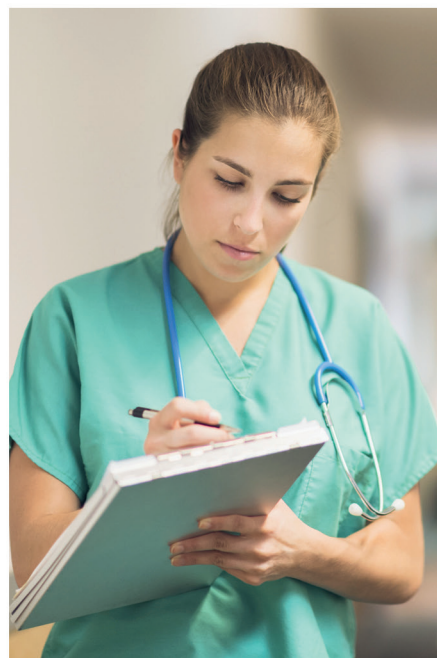
Scientific and educational journal
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

2021. 34. ÉVFOLYAM 4. SZÁM

A TARTALOMBÓL

Fogászati félelem gyermekkorban

Posztoperatív delírium nem gyógyszeres megelőzési és
kezelési lehetőségeinek felmérése csípőműtéten átesett
időskorú betegek körében



<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(4):1–40.

TARTALOMJEGYZÉK

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

Posztoperatív delírium nem gyógyszeres megelőzési és kezelési lehetőségeinek felmérése csípőműtéten átesett időskorú betegek körében – szisztematikus irodalomlemezés 3
Vida Nóra, Dr. Papp László PhD

EREDETI KÖZLEMÉNY, TOVÁBBKÉPZÉS

Gyermekek temperamentumának és szülei fogászati félelmének hatása a saját fogászati félelmük kialakulására és mértékére 10
Apró Zoltán, Dr. Németh Anikó PhD

GRATULÁLUNK! 17

AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

Boka-kar index mérés a foglalkozás-egészségügyi rendelőben. 18
Szobota Livia, Dr. Hirdi Henriett Éva PhD

Gyulladásos bélbetegségek hatása a gyermekvállalásra 25
Nagy Berta

SAKMAPOLITIKA

Egy országos felmérés eredményei az alapellátás területén. 32
Dr. Hirdi Henriett Éva PhD, Dr. Kálmánné Simon Mária, Dr. Balogh Zoltán PhD

CONTENTS

REVIEW ARTICLE

Non-pharmacological prevention and treatment for postoperative delirium in elderly patients with hip fracture - a systematic review 3
Nora Vida, László Papp PhD

ORIGINAL CONTRIBUTION, CONTINUING EDUCATION

The Effects of the Children's Temperament and their Parents' Dental Fear on developing Dental Fear 10
Zoltan Apró, Anikó Németh PhD

CONGRATULATIONS 17

NURSING IN PRACTICE

Use of the ankle-brachial index in occupational healthcare 18
Livia Szobota, Henriett Éva Hirdi PhD

The effects of inflammatory bowel disease on childbearing 25
Berta Nagy

HEALTHCARE POLICY

Results of a national survey in the field of primary care 32
Henriett Éva Hirdi PhD, 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 készített írások 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 megfelelően 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 ügyvezető 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. Oisang 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 bírálatásnak 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 kéziratrészt.

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

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.

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

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

Posztoperatív delírium nem gyógyszeres megelőzési és kezelési lehetőségeinek felmérése csípőműtéten átesett időskorú betegek körében – szisztematikus irodalomelemzés

VIDA Nóra, Dr. PAPP László PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

Bevezetés: A delírium olyan komplex tudatzavar, melyet az éberség és a kognitív funkciók rövid idő alatt kialakuló és fluktuáló zavara jellemez. Az elmúlt évtizedben a delíriummal foglalkozó publikációk száma jelentősen nőtt, annak számos területére kiterjedően. A kutatók fókuszpontjában elsősorban a gyógyszeres megelőzés és kezelés áll. Az egészségügyi kiadások növekedése miatt azonban egyre fontosabbak azok a beavatkozások, melyek költséghatékony módon támogatják a gyógyítási-gyógyulási folyamatot.

A vizsgálat célja: Jelen kutatás célja áttekinteni a delírium nem gyógyszeres megelőzési, illetve kezelési lehetőségeit csípőműtéten átesett, idős betegek körében.

Anyag és módszer: Szisztematikus szakirodalmi áttekintés a PubMed és a Wiley Online Library elektronikus adatbázisokban, 1999 és 2019 között publikált tanulmányok alapján.

Eredmények: A nem gyógyszeres módszerek a célcsoportban szignifikánsan csökkentették a delírium incidenciáját ($p=0,003-0,045$), időtartamát ($p=0,009-0,03$), hozzájárultak az epizódok számának csökkenéséhez ($p=0,03$), valamint az enyhébb lefolyáshoz ($p=0,0049-0,02$).

Következtetések: A korai mobilizálás és a megfelelő folyadék- és elektrolitpótlás hozzájárul a delírium incidenciájának csökkenéséhez. Az oxigénszaturáció mérése és szükség esetén szupplementáció alkalmazása, a megfelelő táplálkozás segítése, a hatékony fájdalomcsillapítás, a gyógyszerfogyasztás minimalizálása, az alvás segítése, illetve az érzékszervi károsodások csökkentése szintén hatással van a tudatzavarok előfordulására, a panaszok súlyosságára és időtartamára.

Kulcsszavak: Delírium, prevenció, csípőtörés, szisztematikus irodalomelemzés

Non-pharmacological prevention and treatment for postoperative delirium in elderly patients with hip fracture - a systematic review

Nora VIDA, László PAPP PhD

SUMMARY

Introduction: Delirium is defined as a disturbance of consciousness and cognition that develops over a short period of time and fluctuates over time. During the last decade, the number of publications dealing with different aspects of delirium have been grown. The key points in most articles are pharmacological prevention and treatment, but because the rise of health care expenditures, all activities, which cost-effectively support the care process, is getting more and more important.

The aim of the study: The aim of this research is to review the non-pharmacological prevention and treatment possibilities of delirium in elderly patients undergoing hip surgery.

Material and methods: Systematic review, using articles published between 1999 and 2019 in PubMed and Wiley Online Libraries.

Results: Non-pharmacologic treatments significantly reduced the incidence ($p=0.003-0.045$) and duration ($p=0.009-0.03$) of delirium. The interventions also contributed to decrease the number of episodes ($p=0.03$), and to make the symptoms lighter.

Conclusions: Early mobilisation and adequate fluid and electrolyte intake are key factors in reducing the incidence of delirium. Measuring oxygen saturation and support, appropriate nutrition, effective pain treatment, minimizing drug-interactions, maintaining good sleep and managing sensory dysfunctions have an effect on incidence, duration and severity of delirium.

Keywords: delirium, prevention, hip fractures, systematic review

VIDA Nóra BSc ápoló

DR. PAPP László PhD
kutatás-felelős ápoló,
egyetemi tanársegéd, 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. augusztus 11.
Elfogadva: 2021. augusztus 13.

Bevezetés

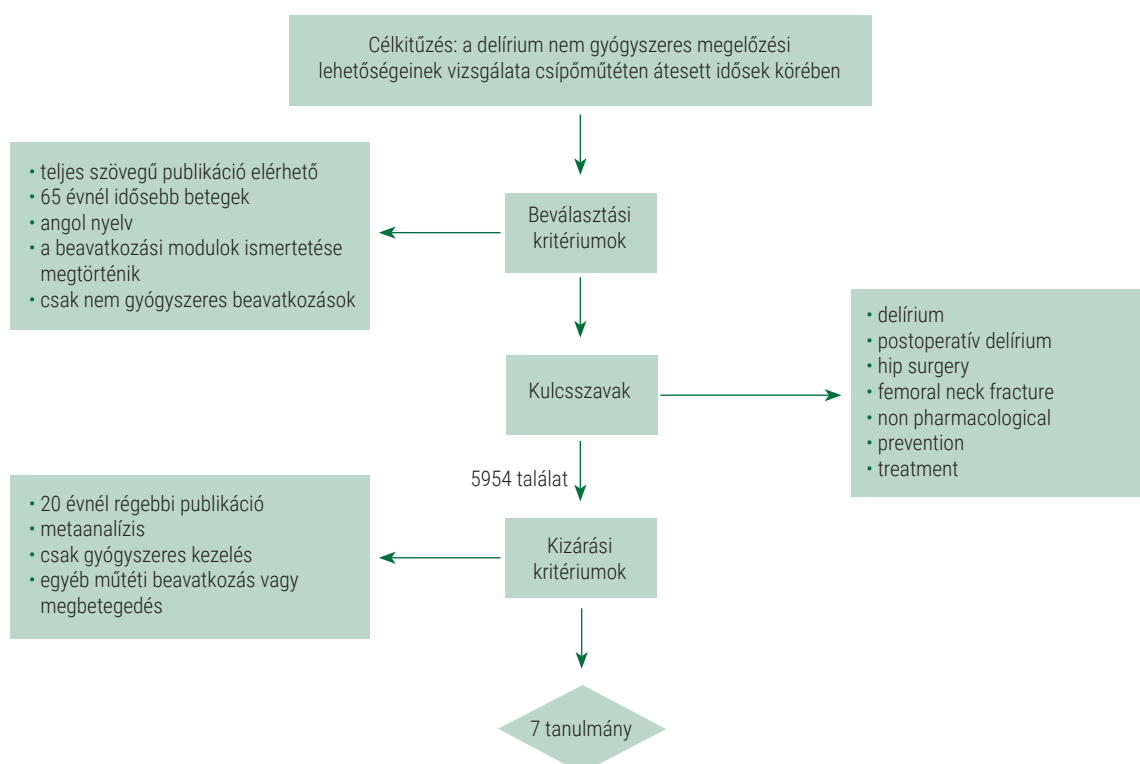
Az APA DSM-5 kritériumrendszer szerint a delírium olyan komplex tudatzavar, melyet az éberség és a kognitív funkciók rövid idő alatt kialakuló és fluktuáló zavara jellemez (American Psychiatric Association, 2013). A pszichomotoros kép hiper- és hipoaktív, valamint kevert formában jelenik meg. A hiperaktív típus fő magatartási jellegzetessége a pszichomotoros nyugtalanság, mely a különféle invazív eszközök (katéterek, endotrachealis tubus, enterális szondák) önkényes eltávolításának fokozott kockázatával, verbális és nonverbális agresszivitással párosulhat. A hipoaktív forma jellegzetessége a csökkent válaszreakció és befelé fordulás; a beteg meglassult pszichomotoriuma, csökkent mozgása, figyelmetlensége, illetve a tájékozódással kapcsolatos egyszerű kérdésekre adott válaszok nehézsége is figyelemfelhívó lehet (Girard et al., 2008; Bogár, 2009). A hiperaktív delírium felismerése többnyire nem okoz problémát, ugyanakkor több, nemrégiben megjelent kutatás világított rá a további altípusok fontosságára. Ezek szerint a tisztán hiperaktív forma viszonylag ritka, míg a kevert, illetve hipoaktív típusok jóval gyakrabban fordulnak elő (Peterson et al., 2006; Pandharipande et al., 2007).

A delírium előfordulása a kritikus állapotú betegek között különösen jelentős. Intenzív osztályos

prevalenciája 10 és 80% közé tehető, az alapbetegségtől és a felmérésre alkalmazott vizsgálati módszertől függően (Girard et al., 2008). Incidenciája intubált betegek körében elérheti a 80%-ot, de invazív lélegeztetés nélkül is az esetek 30%-ában előfordul (Jones & Pisani, 2012). A delírium számos probléma független rizikófaktor. Ilyen az önextubáció és az invazív eszközök eltávolítása (Dubois et al., 2007), az elhúzódozó lélegeztetés (Lat et al., 2009), az intenzív osztályos és kórházi ápolási idő növekedése (Ely et al., 2001), magasabb mortalitás (Van Rompaey et al., 2009), továbbá hosszútávú kognitív károsodás és alacsonyabb életminőség (Jackson et al., 2004; Jackson et al., 2007; Van Rompaey et al., 2009).

A csípőtáji törések kezelése többnyire valamilyen műtéti eljárás alkalmazásával történik. A műtét utáni időszakban könnyebben alakulhatnak ki mentális zavarok, mint például posztoperatív delírium vagy pszichózis (Gaál, 2012). A tudatzavarok tényleges altípusának meghatározása differenciáldiagnosztikai jelentőségű, mivel a posztoperatív kognitív diszfunkció (POCD), a posztoperatív delírium (POD) és a demencia külön kezelendő (Monk & Price, 2014; Marcantonio et al., 2001). A posztoperatív időszakban megjelenő mentális zavarok egyike lehet a delírium, amelynek megjelenése műtéti szövődésményként a leggyakoribb. Ez az állapot akár az operáció előtt és alatt is jelentkezhet, de ezek szá-

1. ábra: Az irodalomkutatási folyamat összefoglalása



ma kevesebb, mint a műtét után (Tassonyi et al., 2009). A műtėti beavatkozás hatására a szervezet homeosztázisa átmenetileg zavart szenved, mely következtében a folyadék és elektrolit egyensúly felborulhat, ami metabolikus változásokat katalizál. A premedikáció és az anesztézia során használt szerek többségéről (ópiátok, benzodiazepinek) ismert, hogy használatuk rizikót jelent a delírium kialakulásának tekintetében (Bogár, 2009). A fentiek mellett, a posztoperatív fájdalom adekvát kezelése szintén elengedhetetlen a delírium megelőzése szempontjából (Monk & Price, 2014; Sandhaus et al., 2006; Björkelund et al., 2010).

Az elmúlt évtizedben a delíriummal foglalkozó

publikációk száma jelentősen nőtt, annak számos területére kiterjedően. A kutatók fókuszpontjában elsősorban a gyógyszeres megelőzés és kezelés áll, és viszonylag kevés munka foglalkozik nem gyógyszeres intervenciókkal, melyek hozzájárulhatnak mind a rizikó csökkenéséhez, mind az állapot kezeléséhez. Az egészségügyi kiadások növekedése miatt azonban egyre fontosabbak azok a beavatkozások, melyek költséghatékony módon támogatják a gyógyítási-gyógyulási folyamatot.

A fentiek alapján jelen kutatás célja áttekinteni a delírium nem gyógyszeres megelőzési, illetve kezelési lehetőségeit csípőműtéten átesett, idős betegek körében.

I.sz. táblázat: A beválasztott kutatások jellemzői

Vizsgálat	Populáció	Betegcsoport	Alkalmazott felmérő módszerek	Beavatkozások/ modulok	Anti-pszichotikum	Mintavételi mód
Milisen K. és mtsai, 2001	120 (60/60)	Csípőtörött	MMSE ADL NEECHAM Confusion Scale CAM	ápolószemélyzet oktatása (korai felismerés és diagnosztizálás) kognitív funkciók értékelése konzultáció képzett emberekkel megfelelő fájdalomkezelés	Nem jelentették	Nem randomizált, preteszt-posztteszt dizájn
Björkelund K. B. és mtsai, 2010	263 (131/132)	Csípőtörött	SPMSQ OBS scale	O ₂ terápia adása iv. folyadék- és elektrolit pótlás és extra táplálás vitális paraméterek fokozott ellenőrzése adekvát fájdalomkezelés kerülni a várakozást és transzportot delírium napi felmérése több gyógyszer egyidejű használatának kerülése perioperatív ellátás és anesztézia módszereinek figyelembevétele	Nem jelentették	Nem randomizált, prospektív, kvázi-experimentális vizsgálat
Marcantonio E. R. és mtsai, 2001	126 (62/64)	Csípőtörött	MMSE DSI MDAS CAM	O ₂ terápia adása folyadék és elektrolit egyensúly fenntartása súlyos fájdalom kezelése nem szükséges gyógyszerek eliminálása vizeletürítés segítése megfelelő tápanyagbevitel korai mobilizáció és rehabilitáció posztoperatív szövődmények megelőzése, korai felismerése és kezelése megfelelő környezeti stimulálás agitáltsággal járó delírium kezelése	Alkalmaztak	Randomizált, kontrollcsoportos vizsgálat
Inouye S. K. és mtsai, 1999	852 (426/426)	Általános kórházi ellátás	MMSE ADL APACHE Digit Span Test Standard Jaeger teszt CAM	tájékoztatók segítése, kognitív módon stimuláló tevékenységek alvás segítése, javítása nem gyógyszeres módon korai mobilizáció vizuális segédeszközök használata (sz.e.) hallókészülék használata (sz.e.) folyadékbevitel fokozása	Nem jelentették	Nem randomizált, prospektív, kontrollcsoportos vizsgálat

Vizsgálat	Populáció	Betegcsoport	Alkalmazott felmérő módszerek	Beavatkozások/ modulok	Anti- pszicho- tikum	Mintavételi mód
Vidán M. T. és mtsai, 2009	542 (170/372)	Csípőtörött	MMSE ADL APACHE Snellen teszt CAM	Oktatási intézkedések és konkrét intézkedések hét kockázati területen: orientáció fokozása érzékszervi károsodások kiküszöbölése alvás javítása korai mobilizálás megfelelő hidratálás megfelelő táplálkozás gyógyszer alkalmazásának szabályozása	Nem jelentették	Nem randomi- zált, prospektív, kontrollcsoportos vizsgálat
Lundström M. és mtsai, 2007	199 (102/97)	Csípőtörött	MMSE GDS-15 P-ADL Katz ADL OBS DSM-IV kritérium	ápolószemélyzet oktatása teammunka (erősítése) egyéni gondozási terv kialakítása delírium felmérése komplikációk megelőzése, kezelése (infekció elkerülése, vérátömlesz- tés, thrombosis profilaxis) vizeletürítés segítése alvás segítése, alvási apnoe kezelése decubitus megelőzése, kezelése fájdalomcsillapítás O ₂ szaturáció követése vérnyomás ellenőrzése táplálási protokollok alkalmazása korai mobilizáció, rehabilitáció	Nem jelentették	Randomizált, kontrollcsoportos vizsgálat
Wong D. M. és mtsai, 2005	99 (71/28)	Csípőtörött	Barthel ADL AMT CAM	O ₂ terápia adása, vérátömlesztés (sz.e.) folyadék és elektrolit egyensúly fenntartása megfelelő fájdalomkezelés gyógyszeres kezelés (polimedika- lizáció) minimalizálása húgyhólyag és a bélműködés fiziológiás működésének segítése megfelelő táplálkozás korai mobilizálás és rehabilitáció a peri- és a posztoperatív szövődmények megelőzése, korai felismerése és kezelése megfelelő környezeti ingerek biztosítása (szemüvegek, hallókészülékek, óra, naptár) (agitált) delírium kezelése	Alkalmaztak	Nem randomizált, nyomonköve- tési vizsgálat

Anyag és módszer

A kutatás a PubMed és a Wiley Online Library elektronikus adatbázisokon történt, ahol 1999 és 2019 közötti publikációk kerültek áttekintésre. A kulcsszavak kombinációi a PubMed felületén 735, a Wiley Online Library oldalán 5219 találatot adtak. A kapott találatokat a beválasztási kritériumok alapján, több lépésben vizsgáltuk: először a tanulmány címe alapján, majd az absztrakt áttekintésével, később a teljes tanulmány elolvasásával. Kizárásra

kerültek azok a tanulmányok, amelyek csak gyógy-
szeres technikát alkalmaztak a delírium megelőzésé-
re vagy kezelésére. Az alkalmazott módszertan az **1. számú ábrán** látható.

Eredmények

A célokhoz illesztett kritériumrendszer alkalmazása után, összesen 7 tanulmány felelt meg maradéktala-
nul az elemzési feltételeknek. A kéziratok deszkriptív adatait az **1. számú táblázat** foglalja össze.

A kutatások többsége közel azonos vagy pontosan megegyező létszámmal dolgozott, mind az előre megszervezett, több komponensből álló beavatkozást elvégző csoport, mind a kontroll csoport esetén. Két esetben a beavatkozási és a kontroll csoportok esetszáma jelentősen eltért egymástól. Az összesített elemszám 2201 fő, amelyből 1022 személy tekinthető intervenciós, és 1179 személy kontroll csoportba tartozónak.

A tudatzavar felmérése során a Mini Mentál Teszt (MMSE) használata volt jellemző, melynek a betegek intervenciós csoportba sorolásánál volt szerepe. A delírium felmérése és nyomon követése leginkább a Confusion Assessment Method (CAM) használatával történt. A CAM a tudatzavar négy alapvető jelét (akut kezdet és változékony zajlásdinamika; figyelemzavar; szétesett gondolkodás; éberségi szint változása) vizsgálja, és egyértelmű kritériumokat fogalmaz meg az állapot klinikai megítélésére (Inouye et al., 1999). Az eszköz szenzitivitását a kutatások többsége 0,93-1 közötti értékre teszi, mely alapján megbízható diagnosztikai eszköznek tekinthető (Monk & Price, 2014; Milisen et al., 2001; Inouye et al., 1999). Az MMSE és a CAM mellett számos egyéb felmérő módszer alkalmazásra került, melyeket az **I. számú táblázat** sorol fel.

Az alkalmazott beavatkozások többségének ket-tős beavatkozási pontja volt. A betegek állapotát direkt módon befolyásoló tevékenységek mellett többnyire valamilyen, az ellátók továbbképzésére irányuló módszer is alkalmazásra került. Ezek jellemzően a delírium patomechanizmusára, tüneteire, azok értékelésére és az állapot korai diagnosztizálására terjedtek ki. Több kutatás emelte ki a differenciál-diagnosztikai szempontokat, különösen a depresszió és a delírium hipoaktív formája kapcsán. Két kutatás, a holisztikus betegellátásra törekedve, az ellátott családját is bevonta az intervenciós programba.

Az alkalmazott beavatkozások alapvető jellegzetességeik alapján négy csoportba sorolhatók. Az orvosi tevékenységek között a tudatzavar leggyakoribb kiváltó okainak megszüntetését célzó tevékenységek találhatók. Az önálló ápolói tevékenységek csoportba azokat az ellátási elemeket soroltuk, melyeket az ápolószemélyzet saját hatáskörben alkalmazhat, külön felhatalmazás vagy utasítás nélkül. A beteg komfortérzetét befolyásoló tevékenységek közé olyan módszerek kerültek, amelyek korábbi tanulmányok alapján a delíriumot pozitív irányban képesek befolyásolni. A kognitív működésre ható intervenciók elsősorban funkcionális szempontok szerint kerültek beillesztésre. Az alkalmazott beavatkozások leírása részletesen a **II. számú táblázatban** található.

Az intervenciók hatására a legtöbb tanulmány a delírium incidenciájának csökkenéséről számolt be

II. sz. táblázat: A delírium nem-gyógyszeres megelőzésének területei és tevékenységei

Oktatás és ápolás szervezésével kapcsolatos tevékenységek – célcsoport: ellátó személyzet
Ápolószemélyzet oktatása
Család bevonása
Egyéni gondozási terv kialakítása
Teammunka, konzultációk
Önálló ápolói beavatkozások – célcsoport: betegek
Oxigén szaturáció mérése, követése
Folyadék- és elektrolit pótlás
Megfelelő táplálkozás segítése
Vitális paraméterek rendszeres mérése
Korai mobilizálás
Posztoperatív szövődmények megelőzése és korai felismerése
Orvosi beavatkozások – célcsoport: betegek
Megfelelő fájdalomcsillapítás
Oxigén adása
Transzfúzió sz.e.
Vizeletürítés segítése (pl. retenció megszüntetése)
Gyógyszerfogyasztás minimalizálása, egyidejű használatuk kerülése
Agitáltsággal járó delírium kezelése
Komfortérzetet növelő tevékenységek – célcsoport: betegek
Alvás segítése
Kerülni a várakozást, betegszállítást
Fogsor használata táplálkozás során
Zenehallgatás
Meleg ital fogyasztása elalvás előtt
Kognitív funkciók segítése – célcsoport: betegek
Érzékszervi károsodások csökkentése
Kognitív módon stimuláló tevékenységek
Tájékozódás fokozása
Óra, naptár fokozott használata

($p=0,003-0,045$). Érdekeség, hogy a hét tanulmány közül az egyik kutatás beszámol ugyan csökkenésről, azonban ezt csak a harmadik hónap után tapasztalták ($p=0,035$), míg az első két hónapban nem mértek változást ($p=0,061$, $p=0,073$).

A delírium időtartama terén a kutatók egy része szignifikáns különbséget tapasztalt az intervenciós és a kontroll csoport között ($p=0,009-0,03$), míg mások nem mértek változást e tekintetben ($p=0,09-0,73$).

A delíriumos epizódok megjelenésének számára kiterjedő munkák közül egy csökkenésről ($p=0,03$) számolt be, míg más esetekben nem tapasztaltak különbséget ($p=0,22$; $p=0,72$).

A tudatzavar súlyosságát tekintve két kutatás enyhébb lefolyásról számolt be az intervenciók hatására

III. sz. táblázat Az intervenciók hatása a delírium jellegzetességeire

		incidencia	tartam	epizódok száma	súlyosság
1.	Milisen K. és mtsai, 2001	nem volt hatása ($p=0,82$)	rövidebb volt ($p=0,03$)	-	kisebb volt ($p=0,0049$)
2.	Björkelund K. B. és mtsai, 2010	kevesebb volt ($p=0,031$)	nem volt hatása ($p=0,09$)	-	nem volt hatása ($p=0,20$)
3.	Marcantonio E. R. és mtsai, 2001	kevesebb volt ($p=0,04$)	-	nem volt hatása ($p=0,72$)	kisebb volt ($p=0,02$)
4.	Inouye S. K. és mtsai, 1999	kevesebb volt ($p=0,02$)	rövidebb volt ($p=0,02$)	kevesebb volt ($p=0,03$)	-
5.	Vidán M. T. és mtsai, 2009	kevesebb volt ($p=0,045$)	nem volt hatása ($p=0,73$)	nem volt hatása ($p=0,22$)	nem volt hatása ($p=0,08$)
6.	Lundström M. és mtsai, 2007	kevesebb volt ($p=0,003$)	rövidebb volt ($p=0,009$)	-	-
7.	Wong, D. M. és mtsai, 2005	1., 2. hónapban nem volt hatása ($p=0,061$, $p=0,073$) 3. hónapban kevesebb volt ($p=0,035$)	nem volt hatása ($p=0,43$)	-	-

($p=0,0049$ – $p=0,02$), míg mások nem mértek ilyen hatást ($p=0,08$ – $p=0,20$). Az eredményeket a **III. számú táblázat** foglalja össze.

Megbeszélés

A delíriumnak számos negatív következménye van, mind a betegre, mind az egészségügyi ellátórendszerre nézve. A súlyos szövődmények kialakulásának veszélye nagy, melyek miatt a kórházi tartózkodás időtartama nő. Azon túl, hogy a beteg optimális gyógyulását akadályozza, jelentősen megnöveli az ellátás költségét is (Monk & Price, 2014; Milisen et al., 2001; Hyde-Wyatt, 2017). Műtétes szakmák esetén számos olyan rizikóval is számolnunk kell, melyek magából az ellátásból következnek: ilyen a fájdalom, a műtéti vérvesztés és az abból adódó szöveti vérellátási zavar vagy az alkalmazott gyógyszerek hatása. A műtét típusa önmagában meghatározza a tudatzavarok megjelenését: szív-műtétek, onkológiai és hasi műtétek után a prevalencia 20–30%-ra tehető, míg ortopédiai és baleseti műtétek esetén akár a betegek 35–65%-ánál alakulhat ki delírium (Milisen et al., 2001; Kratz et al., 2015).

A nagy műtéti terheléssel járó beavatkozások tudatzavar-rizikóját gyógyszeres és nem gyógyszeres úton lehet csökkenteni. Míg a gyógyszeres kezelésre rendelkezésre áll protokoll, addig a költséghatékonyabb és hatásos nem gyógyszeres módszerekre legfeljebb kiegészítő utalások történnek (Devlin et al., 2018). Tanulmányunkban az elmúlt 20 évben publikált szakirodalmi források alapján összefoglaltuk egy

fokozott rizikónak kitett csoport, az idős, csípőműtéten áteső betegek delíriumával kapcsolatos intervenciók eredményeit.

Általánosságban kijelenthető, hogy a korai mobilizálás és a megfelelő folyadék- és elektrolitpótlás hozzájárul a delírium incidenciájának csökkenéséhez. Az oxigénszaturáció mérése és annak rendszeres követése, a megfelelő táplálkozás segítése, a hatékony fájdalomcsillapítás, a gyógyszerfogyasztás minimalizálása, az alvás segítése, illetve az érzékszervi károsodások csökkentése szintén hatással vannak mind a tudatzavarok előfordulására, mind a panaszok súlyosságára és időtartamára.

Ezen beavatkozások közös jellemzője a jellemzően túl, hogy hatékonyságukat elsősorban a személyzet által nyújtott ellátás minősége határozza meg. Több tanulmány is megemlíti, hogy az orvosok és ápolók célzott továbbképzése, a munka rendszeres szupervíziója konzultációs lehetőséggel, a team-szemléletű ellátásszervezés egyaránt lényeges elemei a delírium prevenciójának és kezelésének (Milisen et al., 2001; Inouye et al., 1999; Lundström et al., 2007).

Általánosságban elmondható, hogy a medikális és paramedikális képzések során kevés, a tudatzavarok felismerésével és kezelésével kapcsolatos tartalom jelenik meg. Jellemző, hogy ezek a tartalmak nem eléggé hangsúlyosak és nem annyira részletesek, mint ahogy a delírium megjelenésének gyakorisága megkövetelné. Az elmúlt évtizedekben a tünetcsoporttal kapcsolatban számos új információ látott napvilágot, melyek beépítése kiváló lehetőség a kompetencia

alapú képzésfejlesztésre akár helyi szinten, akár a képzésbe integrált formában.

Összefoglalva kijelenthető, hogy a nem gyógyszeres megelőzési és kezelési lehetőségek hatékonyan hozzájárulnak a delírium incidenciájának és tartamának csökkentéséhez úgy, hogy minimális

költséggel és erőforrásigénnyel járnak. A hatékony gyógyszeres kezelés mellett a nem gyógyszeres támogató eljárások ismerete és alkalmazása növeli a betegbiztonságot és az ellátás holisztikus aspektusát hangsúlyozza, amivel hozzájárul a betegközpontú ellátási modell megvalósulásához.

Irodalomjegyzék

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition.
- Bogár, L. (2009). Aneszteziológia és intenzív terápia. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, pp 19, 389–392
- Dubois M, Bergeron N, Dumont M et al. (2001). Delirium in an intensive care unit: a study of risk factors. *Intensive Care Med.* 27, 1297–1304. <https://doi.org/10.1007/s001340101017>
- Björkelund KB, Hommel A, Thorngren KG, et al. (2010). Reducing delirium in elderly patients with hip fracture: a multi-factorial intervention study. *Acta Anaesthesiol Scand.* 54(6):678–88.
- Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C et al. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation / sedation, delirium, immobility and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Crit Care Med.* 46(9):e825–e873
- Ely E, Gautam S, Margolin R et al. (2001). The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. *Intensive Care Med.* 27, 1892–1900. <https://doi.org/10.1007/s00134-001-1132-2>
- Gaál Cs. (2012). Sebészet. Medicina könyvkiadó Zrt, Budapest, pp: 59, 60, 86, 153, 158 175, 1735 elérhető: https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_524_Sebeszeti_adatok.html
- Girard TG, Pandharipande PP, Ely EW. (2008). Delirium in the intensive care unit. *Crit Care.* 12 (Suppl 3): S3.
- Hyde-Wyatt J. (2017). Prevention, recognition and management of delirium in patients who are critically ill. *Nurs Stand.* 32(6):41–52.
- Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA et al. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med.* 340(9):669–676
- Jackson JC, Gordon SM, Hart RP et al. (2004). The Association Between Delirium and Cognitive Decline: A Review of the Empirical Literature. *Neuropsychol Rev.* 14, 87–98. <https://doi.org/10.1023/B:NERV.0000028080.39602.17>
- Jackson J, Gordon S, Girard, T. (2007). Delirium as a risk factor for long term cognitive impairment in mechanically ventilated ICU survivors. *Am J Respir Crit Care Med.* 175. A22.
- Jones SF, Pisani MA. (2012). ICU delirium an update. *Curr Opin Crit Care.* 18:146–151.
- Kratz T, Heinrich M, Schlauß E et al. (2015). Preventing Postoperative Delirium. *Dtsch Arztebl Int.* 112(17): 289–296.
- Lat I, McMillian W, Taylor S et al. (2009). The impact of delirium on clinical outcomes in mechanically ventilated surgical and trauma patients. *Crit Care Med.* 37:1898–1905
- Lundström M, Olofsson B, Stenvall M et al. (2007). Postoperative delirium in old patients with femoral neck fracture: a randomized intervention study. *Aging Clin Exp Res.* 19(3):178–86.
- Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ et al. (2001). Reducing Delirium After Hip Fracture: A Randomized Trial. *J Am Geriatr Soc.* 49(5):516–22.
- Milisen K, Foreman MD, Abraham IL et al. (2001). A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients. *J Am Geriatr Soc.* 49(5):523–32.
- Monk TG, Price CC. (2014). Postoperative cognitive disorders. *Curr Opin Crit Care.* 17(4):376–381.
- Peterson JF, Pun BT, Dittus RS et al. (2006). Delirium and its motoric subtypes: a study of 614 critically ill patients. *J Am Geriatr Soc.* 54:479–484, 2006
- Pandharipande P, Cotton BA, Shintani A et al. (2007). Motoric subtypes of delirium in mechanically ventilated surgical and trauma intensive care unit patients. *Intensive Care Med.* 33, 1726–1731. <https://doi.org/10.1007/s00134-007-0687-y>
- Sandhaus S, Harrell F, Valenti D. (2006). Here's HELP to prevent delirium in the hospital. *Nursing.* 36(7): 60–62.
- Tassonyi E, Fülesdi B, Molnár Cs. (2009). Perioperatív betegellátás. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, pp 6, 55, 188–197.
- Van Rompaey B, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, et al. (2009). Long term outcome after delirium in the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing.* 18:3349–3357. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02933.x
- Vidán MT, Sánchez E, Alonso M et al. (2009). An Intervention Integrated into Daily Clinical Practice Reduces the Incidence of Delirium During Hospitalization in Elderly Patients *J Am Geriatr Soc.* 57(11):2029–36.
- Wong TNDM, Bruce JJ, Bruce DG. (2005). Quality project to prevent delirium after hip fracture *Australas J Ageing.* 24(3): 174–177.

EREDETI KÖZLEMÉNY, TOVÁBBKÉPZÉS

Gyermekek temperamentumának és szüleik fogászati félelmének hatása a saját fogászati félelmük kialakulására és mértékére

APRÓ Zoltán, DR. NÉMETH Anikó PHD

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: Vizsgálat célja volt felmérni a 7-9 éves gyermekek fogászati félelmének mértékét, annak összefüggését a szájápolási szokásaikkal, a temperamentumukkal. Emellett vizsgálni kívántuk azt is, hogy a szülők fogászati félelme milyen összefüggésben van a gyermekük fogászati félelmével.

Anyag és módszer: A keresztmetszeti vizsgálat egy saját szerkesztésű kérdőívvel történt 2017. december és 2018. január között. 70 kitöltő válaszáinak értékelése SPSS 22.0 statisztikai programmal, leíró statisztikával, kétmintás T- és Mann-Whitney próbával, varianciavizsgálattal (ANOVA), és korrelációs számításokkal ($p < 0,05$).

Eredmények: A válaszadó gyermekek 30%-a magas fogászati félelemmel küzd. A szülő fogászati félelme nem függ össze a gyermeke fogászati félelmével. A fogászati félelem nincs jelentős hatással a napi fogmosás gyakoriságára. A fájdalmas élmény a fogorvosnál, illetve a gyermek temperamentuma nincs összefüggésben a fogászati félelmével.

Következtetések: A fogászati félelem jelen lévő probléma a gyermekek körében, melynek leküzdésében a család mellett a dentálhigiénikusnak is szerepe van.

Kulcsszavak: gyermek, szülő, fogászati félelem, temperamentum, szájhigiéné

The Effects of the Children's Temperament and their Parents' Dental Fear on developing Dental Fear
Zoltan APRÓ, Anikó NÉMETH PhD

SUMMARY

The aim of the study: The aim of the present study was to assess the level of dental fear among 5-7 years old children and its correlations with dental-hygienic habits and their temperament. Furthermore, the relationship of the dental fear of parents and children was also analysed.

Material and method: This cross-sectional study was conducted by the means of a self-constructed questionnaire in 2017. The responses of 70 people were analysed with the help of SPSS 22.0; descriptive statistics, 2-sample T-probes, Mann-Whitney probes, analyses of variance and correlations were calculated ($p < 0.05$).

Results: High level of dental fear was detected by 30% of the included children. There was no correlation between the dental fear of the parents and their children's. Dental fear had no effect on the frequency of tooth-brushing. Children's dental fear had no correlation with either previous painful experiences at the dentist's or the temperament of the child.

Conclusions: Dental fear is present among children and not only family but dental hygienists might play an important role in reducing it.

Keywords: children, parents, dental fear, temperament, dental hygiene

APRÓ Zoltán dentálhigiénikus,
Professional Dental System
Budapest

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:
0000-0002-9329-1809t

Levelező szerző
(correspondent):
DR. NÉMETH Anikó PhD;
E-mail cím:
nemeth.aniko.02@szte.hu

Beérkezett: 2021. július 5.
Elfogadva: 2021. július 20.

Bevezetés

A fogászati félelem olyan vészreakció, ami a betegben fogászati beavatkozás során jelentkezik. Néha ez a félelem olyan erős, hogy a betegnek komoly szenvedést okoz, illetve gátolja abban, hogy a szak-

embert időben megkeresse (Fábián, 2008). Komplikációt okoz úgy a páciens, mint a szakember számára, mely különböző következményekkel járhat. A félelem arra készteti a beteget, hogy halassza el, vagy akár mondja le a kezelést (Erten et al, 2006). A fogászati félelemmel küzdő pácienseknek több

destruált, hiányzó foga van, vagy akár kevesebb tömés található a fogazatban, összehasonlítva azokkal a betegekkel, akiknél nincs jele a félelemnek (Esa et al, 2010). A fogászati szorongás minden korosztálynál előforduló probléma, mégis a leggyakrabban gyermekeknél jelentkezik. Ez nem csak a gyermek és a családja számára jelent nehézséget, ugyanúgy megnehezíti a fogászati szakemberek munkáját, illetve szegényes szájhygiénét von maga után, melyek a későbbiekben komoly egészségügyi problémát fognak okozni (Locker et al, 1999). A gyermeki fogászati félelem multifaktoriális, kialakulásában nagyon sok tényező játszhat szerepet, mint például a fájdalmas beavatkozások a fogászatban, korábbi tapasztalatok, szülők fogászati félelme, gyermek temperamentuma, szocio-kulturális helyzet (Boman et al, 2008; Gustafsson et al, 2010). A legtöbb, életkort meghatározó félelem átmeneti, csakúgy, mint a félelmi reakciók az idegen dolgokra, hangos zajokra, vagy szülőktől való elválasztáskor adott reakciók. A magasabb szintű ego-nak, és a kognitív képességek fejlődésének köszönhetően a gyermek megtanulja kezelni ezeket a félelmeket. Ennek ellenére, némely gyermeknél elhúzódhatnak a félelmi reakciók, akár a felnőttkorig is (Berge, 2001). Az elmúlt évszázadban világszerte beszámoltak a kutatók arról, hogy a gyermekek 6-22%-ának fogászati félelme van. A kutatások emellett azt is megállapították, hogy a lányoknál és a fiatalabb gyermekeknél ez a félelem erőteljesebb, mint a fiúknál vagy idősebb gyermekeknél (Baier et al, 2004). További, gyakori nehézséget okozhat a gyermek magatartási problémája, ami negatív attitűdöt eredményez a dentálhigiénikus vagy fogorvos irányába, megnehezítve annak munkáját. A magatartási problémákat néha összekeverik a fogászati félelemmel és szorongással, annak ellenére, hogy ezek a fogalmak nem szinonimái egymásnak, átfedés van közöttük (America et al, 2012). A fogászati félelem növelheti a fájdalmas beavatkozások számát, ami dühvel, kezeléseket megszakításával, időpontok lemondásával és halogatásával fog járni, akár így növelve fogszuvasodás kialakulásának esélyét (Lundgren et al, 2007).

Annak ellenére, hogy néhány kutatás megkérdőjelezi a szülői szorongás hatását a gyermekek reakciójára fogászati kezelés során, általában széles körben elfogadott, hogy a szülők szorongása hatással van a gyermekek azon képességére, hogy hogyan néznek szembe a fogászati kezeléssel (Freeman, 2007). Ezen kívül széles körű felmérések beszámoltak a gyermeknevelés szerepéről, a szorongás és depresszió kialakulásáról a gyermekekben, illetve kijelentették, hogy a szülői kontroll és elutasítás összefüggésben van a gyermek erőteljesebb szorongásával. Meg kell említeni, hogy ez a szülő-gyermek kapcsolat sokkal

összetettebb és más tényezők is hozzájárulhatnak. A szülők befolyásolhatják a gyermek első fogászati tapasztalatait, és ez a befolyás erőteljesebb lehet akár a szakember befolyásánál is (Berge, 2001). Mindezen azonosított tényezők mellett a temperamentum és a fentebb említett magatartási probléma is befolyásolhatja a gyermek fogászati félelmét, illetve a fogászati beavatkozást. Azok a gyermekek, akik félnek a fogorvostól, sokkal csendesebbek, szegénylősebbek. Ők nem kooperatívak a szakemberrel, visszahúzódnak, míg azok a gyermekek, akiknél a magatartási probléma van jelen, lázadnak, nem tudják a viselkedésüket kontrollálni, ami szintén megnehezíti a fogászati beavatkozást. Klinikai tapasztalatok vannak arról, hogy temperamentumban különböznek azok a gyermekek, akik magatartási problémával küzdenek és azok, akiknek fogászati félelmük van, de empirikus bizonyíték nincs erről. Továbbá az sem teljesen tisztázott, hogy a temperamentum jellemvonások különbözzenek azoktól a gyermekektől, akiknél nem jelentkeznek az előbbieken leírt problémák (Klingberg & Broberg, 1998).

A vizsgálat célja

Vizsgálatunk célja volt felmérni a 7-9 éves gyermekek fogászati félelmének mértékét, illetve azt, hogy mennyire nyilvánul ez meg a fogápolási szokásaikban. Emellett vizsgálni kívántuk azt is, hogy a szülők fogászati félelme milyen mértékben befolyásolja gyermekeik hozzáállását a fogászati beavatkozásokhoz, illetve a gyermekek temperamentuma, jellemvonása mennyire van összefüggésben a fogászati félelmük mértékével.

Anyag és módszer

Keresztmetszeti vizsgálatunkat egy saját szerkesztésű kérdőívvel végeztük 2017. december és 2018. január között. A kérdőív két összekapcsolt részből állt, egy a gyermekek számára, míg a másik a szüleik részére készült. A gyermekeknek készült kérdőív a saját készítésű kérdéseken túl tartalmazta a fogászati félelem skálát (DFSS-DS) (Mungara et al, 2013), mely 15 darab fogászattal kapcsolatos kérdést tartalmaz. 1-től 5-ig terjedő Likert-skálán kellett értékelni az egyes megállapításokat (5-ös érték volt az, ami leginkább félelmet keltett a gyermekekben). Az értékelés szerint az a gyermek, akinek az összpontszáma 38, vagy afelett van, magas fogászati félelemmel küzd.

A szülők számára készült kérdőív a saját kérdéseken kívül két standardizált skálát is tartalmazott. Az egyik a fogászati félelmet mérő skála (DFS) (Fábián, 2008), 20 állítást tartalmaz, melyeket 1-től 5-ig terjedő skálán kellett pontozni. Minél magasabb az

elért pontszám, annál nagyobb mértékű a szülő fogászati félelmének mértéke. A másik standardizált kérdőív-sorozat a gyermekek temperamentumát határozza meg (EAS-Temperament Questionnaire) (Mathiesen & Tambs, 1999), mely szintén 20, a gyermekekre jellemző tulajdonságokat sorol fel. 1-től 5-ig terjedő skálán kellett a szülőnek meghatározni, hogy mennyire jellemző az adott tulajdonság a gyermekére, miszerint az 5-ös érték jelentette a legjellemzőbbet. Négy temperamentum típust különböztet meg (félénk, aktív, érzelmes, szociabilis). A legtöbb pontszámú kategória határozza meg a gyermek temperamentumát a skála szerint.

A kérdőíveket a tanítók kapták meg, és egy óra keretein belül töltötték ki a diákokkal, majd a szülői kérdőívet pedig otthon a diákok a saját szüleikkel. A kitöltött kérdőíveket a tanítók szolgáltatatták vissza előre egyeztetett időpontban. Összesen 100 összekapcsolt kérdőív került kiosztásra, melyből 80-at kaptunk vissza, ebből pedig 70 volt értékelhető. Az adatelemzés SPSS 22.0 program segítségével, kétmintás T-próba, Mann-Whitney, varianciális (ANOVA), és korrelációs számítás alkalmazásával történt. Minden esetben $p < 0,05$ eredményt tekintettünk szignifikánsnak.

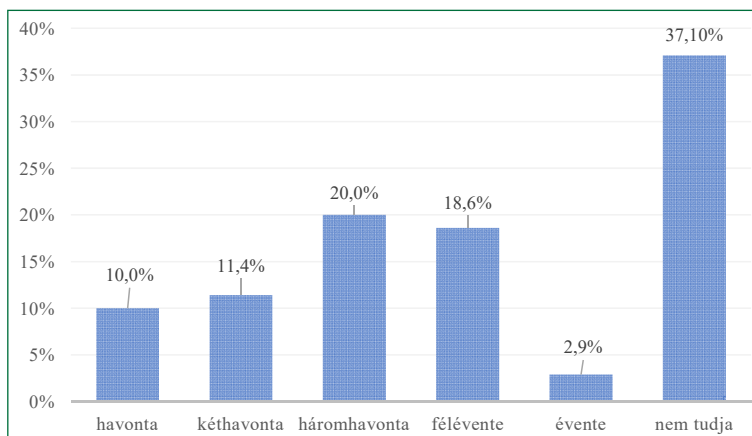
Eredmények

Az adatfeldolgozás során 70 kérdőív volt értékelhető. A gyermekek átlag életkora 8,9 év. A nem szerinti megoszlás alapján 40 fiú és 30 lány töltötte ki. A szülők átlag életkora 38 év, illetve 57 anya és 13 apa volt a válaszadók között. A szülők 11,4%-a általános iskolát, 67,1%-a szakközépiskolát, 2,9%-a gimnáziumot, 10%-a főiskolát, 8,6%-a egyetemet végzett.

A válaszadók szájápolási szokásainak feltérképezésére több kérdést is alkalmaztunk. A felmérésben szereplő gyermekek 78,6%-a szerint naponta háromszor, 20%-a szerint kétszer, és 1 fő szerint egyszer kellene fogat mosni. 77,1% magától mos fogat, 22,9% a szülei kérésére. Felmértük a fogkefe lecserélésének gyakoriságát is (1. ábra). A gyermekek 37,1%-a nem tudja meghatározni a fogkefe cserélésének gyakoriságát, mely ebben az életkorban nem feltétlenül várható el. 20% jelölte be a három havonta válaszlehetőséget.

Fontos a gyermekek fogorvosról alkotott véleménye is, ezt egy több választási lehetőséget felkínáló

1. ábra: Fogkefe cserélésének gyakorisága a gyermekek szerint (N=70)



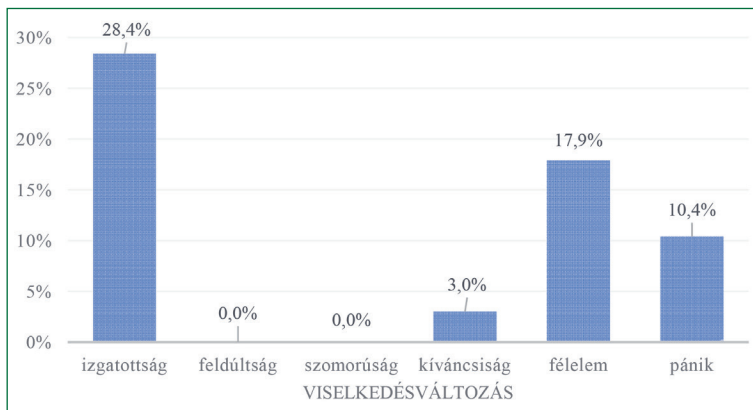
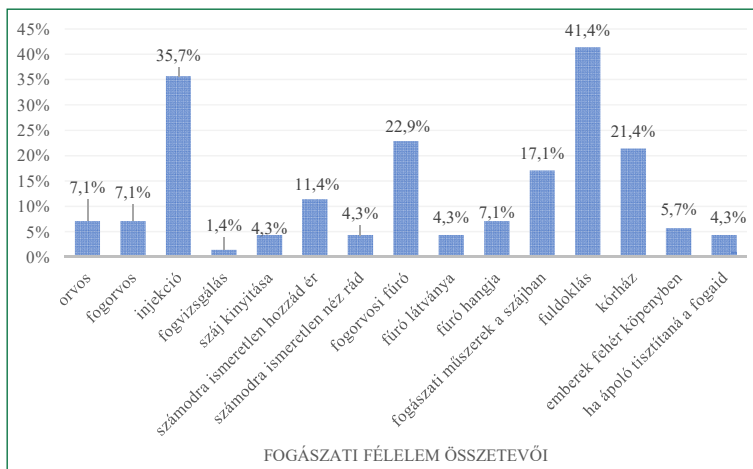
kérdéssel mértük (Mi a véleményed a fogorvosokról?). A kérdőívet kitöltő gyermekek 60%-a kedvesnek tartja a fogorvost, 52,9%-a barátságosnak, 28,6%-a biztonságban érzi magát a fogorvosnál, 20% nem szereti őket, 10% fél tőlük, illetve 2,9% gondolja azt a fogorvosról, hogy nem figyel rá eléggé.

A fogászati félelem megítélésében nagyon fontos, hogy a gyermek mit lát a családjában, ezért a kérdőívben kitértünk arra is, hogy szerinte a családjában ki az, aki fél a fogorvostól. 42,9% vallotta azt, hogy senki sincs a családban, aki félne a fogorvostól, 22,9% jelölte meg a testvért, 15,7% az apát, 14,3% az anyát, illetve 5 fő (7,1%) szerint mindenki fél a családjában.

A szülők 73,1%-a szerint gyermeke nem fél a fogorvostól, 26,9% pedig azt állította, hogy igen, gyermeke fél. 58,2%-uk szerint a gyermeke viselkedése nem változik meg a fogászati beavatkozás előtt, 41,8% szerint megváltozik. Kérdőívünkben arra is kitértünk, hogy ha megváltozik a gyermek viselkedése, akkor a szülő milyen viselkedésformát észlel. (2. ábra) A legtöbb szülő (28,4%) izgatottságot észlel gyermekénél ilyenkor, 17,9% félelmet, 10,4% pedig pánikot. A feldúltságot és szomorúságot egyik szülő sem jelölte.

Szülők fogászati félelmének összefüggése a gyermekük fogászati félelmével

Szülők esetében egy, már korábban említett validált kérdőívet használtunk (Fábián, 2008), mely 20 állítást tartalmaz, leginkább a fogászati beavatkozások előtt/alatt észlelt érzelmek erősségére kérdez rá. Ezeket az állításokat 1-től 5-ig terjedő skálán (1=egyáltalán nem, 2=enyhén, 3=közepesen, 4=erősen, 5=nagyon erősen) kellett pontozni. Maximálisan elérhető pontszámból (100) a szülők átlag 43,63 pontot értek el. A gyermekek esetében szintén validált kérdőívet használtunk (Mungara et al, 2013), mely 15 fogászat-

2. ábra: Fogászati beavatkozás előtti reakció (N=67)**3. ábra:** Fogászati félelem összetevői gyermekeknél (N=70)

tal kapcsolatos tényezőt sorakoztat fel, amik félelmet kelthetnek bennük. Ennek a félelemnek a mértékét pontozhatták szintén 1-től 5-ig terjedő skálán (1=egyáltalán nem, 2=kicsit, 3=közepesen, 4=félelmet kelt bennem, 5=nagyon). A **3. ábrán** a „nagyon fél” válaszlehetőséget bejelölők aránya látható. Legtöbbsen (41%) a fuldoklástól, az injekciótól (35,7%), illetve a fogorvosi fűrőtől (22,9%) félnek a legjobban. Megemlítendő még, hogy 21,4% jelölte, hogy nagyon fél a kórháztól, és 17,1%-ukban kelt félelmet, ha fogorvosi műszerek behelyezésére kerül sor a szájba.

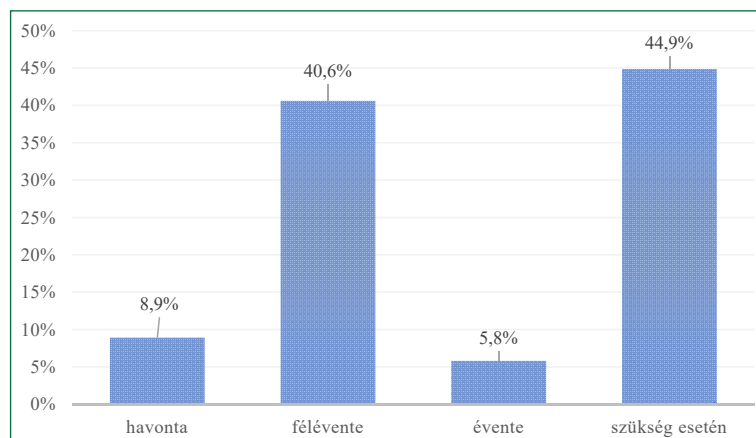
Az értékelés szerint, az a gyermek, aki 38, vagy annál több pontot ért el, magas fogászati félelemmel küzd. A 70 kiértékelt kérdőív alapján 21 gyermek tartozik ebbe a kategóriába, ami 30%-ot jelent. 70%-uknál ez az érték nem érte el a 38-at. A gyermekek és szüleik fogászati félelme közötti összefüggést korreláció analízissel vizsgáltuk. A statisztikai próba alapján a szülők fogászati félelme és gyermekeik fogászati félelme között nincs szignifikáns, pozitív irányú korrelációs kapcsolat ($p=0,954$; $r=-0,007$), vagyis a szülő fogászati félelme nem függ össze a gyermeke fogászati félelmével.

A gyermek fogászati félelmének összefüggése a saját fog- és szájjápolási, illetve a fogorvoshoz járási szokásaival

Felmértük a gyermekek napi fogmosási gyakoriságát is, mert feltételeztük, hogy a fogászati félelem negatív hatással van a szájjápolási szokásokra. A kérdőívet kitöltő gyermekek 34,3%-a naponta egyszer, 48,6%-a naponta kétszer, 15,7%-a naponta háromszor mos fogat, illetve 1 fő (1,4%) állította azt, hogy egyszer sem. Az elvégzett Mann-Whitney próba azt az eredményt hozta, hogy azok a gyermekek, akik a magas fogászati félelem csoportba tartoznak átlagosan napi 1,81-szer mosnak fogat, míg az alacsony fogászati félelem kategóriába tartozók 1,86-szor, viszont nincs szignifikáns különbség a két csoport között ($p=0,650$; $U=482$). Így elmondható, hogy a fogászati félelem nincs jelentős hatással a napi fogmosás gyakoriságára.

A kérdőívet kitöltő gyermekek 44,9%-nak volt már fájdalmas élménye fogorvosnál, fogászati kezelés során. Független kétmintás T-próba alkalmazásával azt találtuk, hogy amely kisgyermekeknek volt már fájdalmas élményük fogorvosnál, azoknak volt magasabb a félelem pontszámuk (átlag 35,61), szemben azokkal, akik még nem éltek át fájdalmas élményt fogorvosnál (átlag 30,05). A két csoport között viszont nincs szignifikáns különbség az elért átlagpontszámokban ($p=0,058$; $t=1,926$). Megállapíthatjuk tehát, hogy a fájdalmas élmény a fogorvosnál nem befolyásolja jelentősen a fogászati félelem mértékét ebben a mintában.

Vizsgáltuk azt is, hogy a gyermekek járnak-e iskolán kívül fogorvoshoz a szüleikkel. A válaszadó gyermekek közül 55-en (78,6%) járnak szüleikkel fogorvoshoz az iskolán kívül, míg 15 fő (21,4%) elmondása szerint nem. Független kétmintás T-próba során kiderült, hogy azon gyermekek fogászati félelem átlagpontszáma magasabb (34,3), akik nem látogatják a fogorvost iskolán kívül, mint azoké, akik igen (átlag 31,75). A két csoport között viszont nincs szignifikáns különbség ($p=0,473$; $t=-0,722$). A gyermek fogászati félelme nem befolyásolja jelentősen, hogy látogatja-e szüleivel a fogorvost az iskolán kívül.

4. ábra: Fogorvos látogatásának gyakorisága (N=70)

A szülőket is megkérdeztük, hogy milyen gyakran járnak gyermekükkel fogorvoshoz. Amint az **4. ábrán** is jól látható, a szülők többsége (44,9%) csak szükség esetén viszi gyermekét fogorvoshoz, 40,6%-a félévente, a többiek ennél ritkábban. Variancia analízissel kimutatható, hogy azon gyermekek fogászati félelem pontszáma a legmagasabb (átlag 42), akik szüleivel csak éves gyakorisággal látogatják a fogorvost, míg a legkevesebb (átlag 29,39) azoké, akik félévente járnak szüleikkel, azonban a két csoport között nincs szignifikáns különbség ($p=0,226$; $F=1,489$). Ezek alapján megállapítható, hogy a gyermek fogászati félelme nem különbözik a fogorvos látogatás gyakorisága alapján kialakított csoportok között.

Mindezen eredményekből megállapítható, hogy a vizsgált mintában a gyermek fogászati félelme nem befolyásolja jelentősen a fog- és szájápolási szokásait, illetve a fogorvoshoz való járás gyakoriságát.

A gyermek temperamentumának összefüggése a fogászati félelmével

A gyermek temperamentumát a szülők számára készült kérdőívvel (EAS-Temperament Questionnaire) (Mathiesen & Tambs, 1999) mértük fel, mely 20 olyan állításon keresztül segít meghatározni a gyermek temperamentumát, ami őket jellemzi. A szülőknek 1-től 5-ig terjedő skálán kell pontozni, mennyire jellemző az állítás a gyermekére (1-egyáltalán nem jellemző; 2-inkább nem jellemző; 3-kicsit jellemző; 4-inkább jellemző; 5-nagyon jellemző). A kérdőív négyféle temperamentumon keresztül vizsgálja a gyermekeket, melyek a félénkség, aktivitás, érzelmesség, és szociabilitás. **(I. táblázat)** Mindegyik típus esetében a maximálisan elérhető pontszám 25, értékelés szerint pedig a legmagasabb pontszám az adott kategórián belül határozza meg a gyermek

temperamentumát. A gyermekek átlag aktivitási pontszáma 19,63, szociabilitás kategórián belül ez a szám 17,90, érzelmességi átlag pontszám 15,53 a minta átlag félénkségi pontszáma pedig 10,84. Az elvégzett statisztikai próba (Pearson-féle korrelációs számítás) alapján, azon gyermekek, akiknek magas fogászati félelem pontszámuk van, az átlag félénkségi pontszámuk 11,33; illetve az érzelmességi pontszámuk átlag 14,95. Mivel nincs szignifikáns, pozitív irányú korrelációs kapcsolat sem a félénkségi szint ($p=0,217$; $r=0,149$), sem pedig az érzelmességi szint ($p=0,904$; $r=0,015$) és a fogászati félelem mértéke között, így nem mondhatjuk azt, hogy a gyermek temperamentuma összefügg a fogászati félelmével jelen mintában.

Megbeszélés, javaslatok

Kutatásunkkal fel szeretnénk mérni a 7-9 éves gyermekek és szüleik fogászati félelmének mértékét, illetve szeretnénk volna megtudni, hogy hatással van-e a szülő fogászati félelme gyermekének fogászati félelmére. Arra is kitértünk, hogy a gyermek temperamentuma milyen módon befolyásolja fogászati félelmének mértékét, van-e összefüggés ezen két tényező között. Mindemellett részletekbe menően kérdeztük a gyermekeket fog- és szájápolási szokásairól, fogorvoshoz való járás gyakoriságáról, illetve a szülők véleményéről a gyermekük hozzáállásáról, viselkedéséről egy-egy fogászati beavatkozás előtt. Ezen felül a gyermekek véleményére is kíváncsiak voltunk a fogorvosról, volt-e esetleg fájdalmas élményük a fogászati kezelések során.

A szakirodalmak áttekintését követően feltételeztük, hogy azoknak a szülőknek, akiknek magasabb a fogászati félelem pontszámuk, gyermekeiknek is magasabb a fogászati félelmük mértéke. A mintában szereplő gyermekek 30%-a magas fogászati félelemmel küzd, ami meghaladja a szakirodalmak szerinti 6-22%-os arányt a gyermekek körében (Baier et al, 2004).

A szülők esetében az átlag félelem pontszám 43,63, emellett kimutatható volt, hogy nincs jelentős korrelációs kapcsolat a szülők és gyermekek fogászati félelmének mértéke között. Megemlítenéd, hogy egy korábbi, 2016-os kutatásunk során (Apró, 2016) szintén ezt az összefüggést kutattuk, és abban a mintában szignifikáns volt a korrelációs kapcsolat a szülők és gyermekek fogászati félelme

I. táblázat: Gyermek temperamentumát vizsgáló kérdések (Mathiesen & Tambs, 1999)

Mennyire jellemzőek ezek a tulajdonságok a gyermekére?	Temperamentum kategóriák
Általában félénk	Félénkség
Szeret más gyerekekkel lenni	
Nagyon társaságkedvelő	
Sok időbe telik, amíg összebarátkozik valakivel	
Nagyon barátságos idegenekkel	
Mindig aktív	Aktivitás
Mikor mozgásban van, lassú	
Aktív, szaladgál, amint felébred	
Nagyon energikus	
Jobban szereti a csendes, inaktív játékokat, mint az aktívabbakat	
Könnyen elsírja magát	Érzelmesség
Kissé érzelmes	
Gyakran sír és hisztériázik	
Könnyen felhúzza magát	
Intenzíven reagál mindenre mikor feldúlt	
Szeret emberek között lenni	Szociálilitás (közvetlenség)
Inkább másokkal játszik, mint egyedül	
Érdekfeszítőbbnek találja az embereket, mint bármi mást	
Inkább magányos	
Mikor egyedül van, elszigetelve érzi magát	

között, tehát minél nagyobb volt a szülő fogászati félelmének mértéke, annál nagyobb volt gyermekének félelem pontszáma is. A továbbiakban a gyermekek fog- és szájápolási szokásaival foglalkoztunk részletesebben.

A gyermek fogászati félelme nem befolyásolja jelentősen a fog- és szájápolási, illetve a fogorvoshoz való járási szokásait. Ennek vizsgálata során kiderült, hogy viszonylag magas azon gyermekek aránya (34,3%), akik naponta csak egyszer mosnak fogat, 48,6%-uk pedig napi kétszer teszi ezt. Ezek az értékek nem álltak kapcsolatban a fogászati félelmük mértékével. A gyermekek 21,4%-a nem jár fogorvoshoz szülei az iskolán kívül, és ezen gyermekek félelem pontszáma magasabb azoknál, akik járnak, viszont a különbség nem jelentős. A szülők 44,9%-a csak szükség esetén jár gyermekével fogászhoz. Azon gyermekek fogászati félelem pontszáma a legmagasabb, akik szülei csak évente látogatják a fogorvost, míg a legkevesebb azoké, akik fél évente járnak szüleikkel, de nincs szignifikáns különbség a két csoport között. A félénk és érzelmes gyermekek fogászati félelem pontszáma sem magasabb jelentős mértékben a más temperamentummal rendelkező gyermekek félelmének pontszámánál.

A gyermekek 44,9%-ával már előfordult fájdalom élmény a fogorvosnál, ezeknek a gyermekeknek a félelem pontszámuk is magasabb, mint azon gyer-

mekeké, akivel nem fordult ilyen elő, azonban ez a különbség sem szignifikáns.

A szülők elmondása szerint leginkább izgatottság, félelem és pánik jelentkezik a gyermekükönél a fogorvos látogatása előtt.

Dentálhigiénikusként elsődleges feladat és munkakör a különböző korosztályú emberek egészségnevelése, egészségfejlesztése, illetve a prevenció tevékenységek elvégzése. Nem csak a különböző fogászati elváltozások megelőzése és kezelése a cél, hanem az általános egészség fenntartása és megőrzése. Sokan nem foglalkoznak kellőképp a fogászati félelemmel, elbagatellizálják, holott ugyanolyan fontos, mint más fogászati probléma, hiszen minden korosztályban előfordul nem elhanyagolható gyakorisággal. Egy magas fogászati félelemmel küzdő páciens nehézségeket tud okozni a további kezelések során, főleg, ha gyermekről van szó. Gyakran ellehetetleníti a kezelést, emiatt el kell azt halasztani. Rendszerint a gyermek már úgy megy először a fogorvoshoz, hogy fél tőle. Ilyenkor érdemes elgondolkozni, hogy talán a családon belül gyökerezik a probléma. Ezáltal a szülő egészségnevelése kiemelkedően fontos, attitűdváltozásra kell törekedni abban az esetben, ha fennáll a probléma. A fogászati félelem megelőzése tehát éppúgy fontos, és ennek ismerete részét kell, hogy képezze a tudásunknak. Megelőzésére számtalan módszer, „trükk” áll rendelkezésünkre, melyeket be is kell vetni

annak érdekében, hogy enyhüljön a páciensben ez a szorongás vagy félelem. Szülőknek lehet tanácsolni, hogy amikor tehetik, kisgyermeküket is vigyék magukkal a fogorvoshoz, így ő már ismerkedhet a rendelővel, hangokkal, szagokkal. Ezáltal a későbbiekben, ha ő kerül a fogorvosi székbe először, már nem lesz annyira idegen a környezet. Jobb minél előbb hozzászoktatni a fog- és szájjápoláshoz a gyermeket, így a fogmosás szokássá alakul. Ismerkedni kell a fogorvoslással és szájhigiénével kapcsolatos dolgokkal, ha a gyermek úgy nő fel, hogy ezek a tevékenységek részét képzik mindennapjainak, akkor kisebb az esélye, hogy problémát okozna ez az életének további szakaszaiban. Ha kiderül, hogy a szülő az, aki kimondottan fél a fogorvostól, mondhatjuk neki, hogy próbálja gyermeke előtt ezt nem kimutatni egyértelműen, ugyanis utánzásos tanulás révén is kialakulhat a fogászati félelem. A gyermekek legnagyobb félelme az injekció, ami a fogászatban is használatos, ez sok gondot okozhat a kezelés alatt, még ha a gyermek nem is kimondottan a fogorvostól fél, csak az injekciótól. Ilyenkor lehet a gyermek szájnyalakáthártyájára felvinni gél alapú felületi érzéstelenítőt, melyek különböző ízekben állnak rendelkezésünkre. Így elviselhetőbb a tűszúrás. Abban az esetben, ha a gyermek hevesen sír, sokszor a probléma megoldódik azzal, hogy megkérjük a szülőt, hogy fáradjon ki a váróba. Általában ilyenkor kezelhetőbb a gyermek. Persze olyan is van,

hogy a gyermek akkor nyugszik meg, ha a szülő végig bent van. Nagyon fontos a pozitív megerősítés a kezelés végén. Szoktunk adni különböző bátorság okleveleket, különböző matricákat, fogkefét, melyeknek a gyermekek kimondottan örülnek és henceghetnek ezekkel a kortársaiknak, így ők is szeretnék ilyen hasonló dolgokat. Fontos még a gyermekbarát rendelő kialakítása, vagy felnőttek esetében a nyugtató zene lejátszása a váróban, kellemes illatok használata, de nem szabad túlzásba esni, mert ha erős az illat, az irritáló lehet. Lehetőleg jól hangszigetelt ajtók ajánlottak, ugyanis egyes eszközök hangja zavarhatja a váróban ülőket, ezáltal fokozva bennük a félelmet. A fájdalom elkerülésére ma már a helyi érzéstelenítők kitűnően alkalmazhatóak. A különböző altatók, szedálás csak szájsebészeti kezelések során javallott, illetve különböző fogyatékkal élő páciensek esetében.

Elengedhetetlennek tartjuk a fogászati félelem megelőzését, megfelelő kezelését gyermekkorban, mivel a gyermek fogászati félelme egyéb negatív következményekkel is járhat, ide tartozik az elhanyagolt fogápolási szokások és a későbbiekben rosszabodó szájhigiéné. Ezek tulajdonképp egy öröki kört fognak kialakítani, ugyanis a gyermek szegényt, alsóbbrendűséget fog érezni, bűnösnek véli magát, mely szintén megerősíti az elkerülő, negatív viselkedést és attitűdöt, azaz szintén kerülni fogja a fogászati beavatkozásokat (Berggren & Meynert, 1984).

Irodalomjegyzék

1. America, L., Crego, A., Romero-Maroto, M. (2012). Emotional contagion of dental fear to children: the fathers' mediating role in parental transfers of fear. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 22(5), 324-330. doi:10.1111/j.1365-263X.2011.01200.x
2. Apró Z. (2016). Szülők fogászati félelmének hatása a gyermek fogászati félelmére, valamint a gyermek félelmének hatása saját szájjápolási szokásaira. 2016. évi tavaszi Tudományos Diákköri Konferenciája absztraktfüzet. 81. <https://docplayer.hu/20953231-2016-évi-tavaszi-tudományos-diakköri-konferenciaja.html> Hozzáférhető: 2021. 06.28.
3. Baier, K., Milgrom, P., Russell, S., Mancl, L., Yoshida, T. (2004). Children's fear and behavior in private pediatric dentistry. *Pediatric Dentistry*, 26(4), 316-321.
4. Berge, M. (2001). Dental fear in children: prevalence, etiology and risk factors. https://pure.uva.nl/ws/files/3274958/16555_UBA002000354_05.pdf Hozzáférhető: 2021.06.25.
5. Berggren, U., Meynert, G. (1984). Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. *Journal of the American Dental Association*, 109(2): 247-251. doi: 10.14219/jada.archive.1984.0328.
6. Boman, U.W., Lundgren, J., Elfström, M.L., Berggren, U. (2008). Common use of a Fear Survey Schedule for assessment of dental fear among children and adults. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 18(1), 70-76. doi:10.1111/j.1365-263x.2007.00863.x
7. Erten, H., Akarslan, Z.Z., Bodrumlu, E. (2006). Dental fear and anxiety levels of patients attending a dental clinic. *Quintessence International*, 37(4), 304-310.
8. Esa, R., Savithri, V., Humphris, G., Freeman, R. (2010). The relationship between dental anxiety and dental decay experience in antenatal mothers. *European Journal of Oral Sciences*, 118(1), 59-65. doi:10.1111/j.1600-0722.2009.00701.x
9. Fábián, G. (2008). A fogászati félelem okai, prevenciója és terápiás lehetőségei, különös tekintettel az orthodontiai és gyermekfogászat gyakorlata. <https://docplayer.hu/16493105-A-fogaszati-felelem-okai-prevencioja-es-terapias-lehetisei-kulonos-tekitettel-az-orthodontiai-es-gyermekfogaszat-gyakorlata.html> Hozzáférhető: 2021.06.27.
10. Freeman, R. (2007). A fearful child attends: a psychoanalytic explanation of children's responses to dental treatment. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 17(6), 407-418. doi:10.1111/j.1365-263X.2007.00871.x.
11. Gustafsson, A., Broberg, A., Bodin, L., Berggren, U., Arnrup, K. (2010). Dental behaviour management problems: the role of child personal characteristics. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 20(4):242-253. doi:10.1111/j.1365-263X.2010.01046.x
12. Klingberg, G., Broberg, A.G. (1998). Temperament and child dental fear. *Pediatric Dentistry*, 20(4), 237-243.
13. Locker, D., Liddell, A., Dempster, L., Shapiro, D. (1999). Age of Onset of Dental Anxiety. *Journal of Dental Research*, 78(3), 790-796. doi:10.1177/00220345990780031201.
14. Lundgren, J., Elfström, M.L., Berggren, U. (2007). The relationship between temperament and fearfulness in adult dental phobic patients. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 17(6), 460-468. doi:10.1111/j.1365-263X.2007.00880.x

15. Mathiesen, K.S., Tambs, K. (1999). The EAS Temperament Questionnaire—Factor Structure, Age Trends, Reliability, and Stability in a Norwegian Sample. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(3), 431–439. doi:10.1111/1469-7610.00460
16. Mungara, J., Injeti, M., Joseph, E., Elangovan, A., Sakthivel, R., Selvaraju, G. (2013). Child's dental fear: Cause related factors and the influence of audiovisual modeling. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 31(4), 215–220. doi:10.4103/0970-4388.121815

Gratulálunk!

Prof. Dr. Kásler Miklós, az emberi erőforrások minisztere és Prof. Dr. Horváth Ildikó egészségügyért felelős államtitkár Semmelweis Ignác születésének 203. évfordulója alkalmából díjakat és miniszteri elismerő okleveleket adott át a Pesti Vigadóban.

*Az egészségügyi ellátás fejlesztése érdekében végzett szakmai munkája, kimagasló teljesítménye elismeréseként **Batthyány-Strattmann László-díjban** részesült:*

Angyal Magdolna, a Baranya Megyei Kormányhivatal Komlói Járási Hivatal Népegészségügyi Osztályának családvédelmi szolgálat védőnője,

Lőrinczi Orsolya Éva, a Bárka Kőbányai Humánszolgáltató Központ területi védőnője.

*Az egészségügy területén végzett magas színvonalú szakmai munkájáért **Miniszteri Elismerő Oklevélben** részesült:*

Dudás Lászlóné ápoló, a Sátoraljaújhelyi Erzsébet Kórház Neurológiai Osztályának osztályvezető főnővére,

Kovács Edit, a Bugát Pál Kórház Ápolási Osztályának osztályvezető főnővére,

Kovács Viktória, a Bugát Pál Kórház Tüdőgondozó vezető szakasszisztense,

Lamár Ibolya, a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Laboratóriumi Medicina Intézet ápolás-szakmai intézetigazgató-helyettese,

Martonné Fehér Gabriella diplomás ápoló, a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Gyermek-urológiai Osztály osztályvezető főnővére,

Németh Erzsébet, az Országos Onkológiai Intézet minőségirányítási szakreferense,

Pap Márta, a Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekkórháza kórházhygiéniai munkacsoport közegészségügyi és járványügyi ellenőr, kórházhygiénikus vezetője,

Perecné Fórián Ildikó diplomás ápoló, a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Fül- Orr- Gégegyógyászati Osztályának vezető főnővére,

Póczek Andrea, a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Koraszülött Osztályának csecsemő- és gyermek szakápolója,

Schneiderné Garam Szilvia diplomás ápoló, Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Gyermek-bőrgyógyászati osztályának osztályvezető főnővére,

Tóth Judit diplomás ápoló, a Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekkórháza Aneszteziológiai és Intenzívterápiás Osztályának osztályvezető főnővére,

Vajdics-Juhász Krisztina Éva gyermek intenzív szakápoló, Heim Pál országos Gyermekgyógyászati Intézet Aneszteziológiai és intenzív terápiás osztályának osztályvezető főnővére.

*Az egészségügy területén végzett példaértékű szakmai munkájuk elismeréseként **Miniszteri Elismerő Oklevélben** részesült:*

a Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekkórháza SMA munkacsoport,

a Bugát Pál Kórház, Nőgyógyászati Ultrahang munkacsoport,

a Bugát Pál Kórház Covid Intenzív munkacsoport,

a Bugát Pál Kórház Tüdőgondozó,

az Országos Mentőszolgálat,

az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet.

Kimagasló teljesítményükhöz szívból gratulálunk!

Boka-kar index mérés a foglalkozás-egészségügyi rendelőben

SZOBOTA Lívía, Dr. HIRDI Henriett Éva PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

Bevezetés: A halálos és nem halálos kimenetelű cardiovascularis események megnövekedett kockázata perifériás artériás érbetegségek (PAD) magas prevalenciájához kapcsolódik. A foglalkozás-egészségügyi ellátás területén dolgozó ápolók ideális helyzetben vannak ahhoz, hogy a még nem diagnosztizált PAD-ban szenvedő személyeket kiszűrjék, azonosítsák.

A vizsgálat célja: A felmérés célja annak bemutatása volt, hogy a boka-kar index (ABI) egy olyan eszköz, amelyet a foglalkozás-egészségügyi ápolók könnyedén használhatnak a szív- és érrendszeri betegségek megelőzésében.

Anyag és módszer: Keresztmetszeti vizsgálat történt foglalkozás-egészségügyi rendelőben 2021. évben megjelent páciensek körében (N=638). Az ABI mérések kivitelezése egyidejűleg, szinkron-mért oszcillometrikus mérőeszközzel történt. A mérési eredmények értékelése SPSS 22.0 statisztikai programmal, leíró statisztikával történt.

Eredmények: A vizsgálatban összesen 638 fő vett részt. A vizsgált személyek átlagéletkora 46,5 év $\pm$ 8,2 év; 38,4%-uk férfi, 61,6%-uk nő. A jobb oldalon mért boka-kar index átlagértéke 1,08, a bal oldalon mért átlagérték 1,06 volt. 11 fő esetén (a minta 1,72%-a) felmerült perifériás érbetegség.

Következtetések: A foglalkozás-egészségügyi ápolók képesek felismerni a PAD-hoz kapcsolódó kulcsfontosságú rizikótényezőket, elvégezni az ABI mérést, és azonosítani a megbetegedésben szenvedő személyeket. Az ABI meghatározása oszcillometrikus vérnyomásmérő készülékkel megvalósítható és könnyen beilleszthető a foglalkozás-egészségügyi ellátásba.

Kulcsszavak: perifériás artériás érbetegség, boka-kar index, foglalkozás-egészségügyi ápoló, másodlagos prevenció

Use of the ankle-brachial index in occupational healthcare

Lívía SZOBOTA, Henriett Éva HIRDI PhD

SUMMARY

Introduction: Elevated risk of fatal and non-fatal cardiovascular events is associated with high prevalence of peripheral arterial disease (PAD). Nurses working in occupational healthcare are ideally situated to identify individuals with undiagnosed PAD.

The aim of the study: This study aimed to demonstrate that the ankle-brachial index (ABI) is a tool to be used by occupational health nurses in prevention of cardiovascular disease (CVD).

Material and method: A cross-sectional study was carried out with patients (N=638) from an occupational healthcare setting in 2021. The ABI was measured with an oscillometric blood pressure device. The measurements were analysed with the help of SPSS 22.0; descriptive statistics were calculated.

Results: A total of 638 patients were included. Mean age of the population studied was 46.5 $\pm$ 8.2 years; 38.4% were men and 61.6% were women. Mean ABI were 1.08 in right legs, 1.06 in left legs. Only 11 subjects (1.72%) had an ABI < 0.90.

Conclusions: Occupational health nurses are able to identify key factors related to PAD, including use of the ABI, and to identify individuals with the disease. The determination of ABI using an oscillometric blood pressure device is feasible and easy to implement in occupational healthcare.

Keywords: Peripheral arterial disease, ankle-brachial index, occupational health nurse, secondary prevention

DR. SZOBOTA Lívía tag, MSc ápoló, foglalkozás-egészségügyi szakápoló, Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetsége (FOHNEU)

DR. HIRDI Henriett Éva PhD címzetes főiskolai docens, területi gyakorlatvezető, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék, Budapest elnök, egyetemi okleveles ápoló, foglalkozás-egészségügyi szakápoló, Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetsége (FOHNEU) ORCID azonosító: 0000-0003-2159-1025t

Levelező szerző

(correspondent):
SZOBOTA Lívía;
E-mail cím:
szobotalivia@gmail.com

Beérkezett: 2021. augusztus 07.
Elfogadva: 2021. augusztus 13.

Bevezetés

A cardiovascularis betegségben szenvedők egyre növekvő arányával összefüggésben látható, hogy a perifériás artériás érbetegség (PAD) gyakorisága világszerte emelkedő tendenciát mutat (Firnhaber & Powell, 2019; Morley et al., 2018; Criqui & Aboyans, 2015). Magyarországon a 2019-es évben az összhalálozás 0,44%-ért volt felelős (100.000 főre számítva 5.89 halálesetet jelent) (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019).

A betegség lényegében az egész szervezetet érintő, generalizált atherosclerosis egyik megjelenési formája, gyakorisága és az életkor, a nem, valamint a társbetegségek között szoros az összefüggés. Fokozott rizikófaktoroként megemlítendő az elhízás, dohányzás, magas vérnyomás, dyslipidaemia, vér-alvadási zavarok, 2-es típusú cukorbetegség, illetve a szénhidrátanyagcsere zavarok (Tóth-Vajna et al., 2020). Gyakran koszorúér- és agyi érrendszeri megbetegedés következménye (Soltész, 2019; Fowkes et al., 1991).

Az érszűkület hosszú ideig marad panasz- és tünetmentes, sokszor csak későn kerül felismerésre, például ha már az elégtelen vérellátás miatt a járás erősen korlátozott lesz. Ez a korlátozottság életminőség romlással járhat együtt, de akár súlyos esetben az érintett végtag elvesztéséhez is vezethet (Kolossváry et al., 2015; Davies, Kenkre, Williams, 2014).

A perifériás artériás betegség tünetmentes állapotban egyszerűen vizsgálható, az időben történő kezelés megkezdésével a cardiovascularis halálozás csökkenthető. Az érbetegség kiszűrésének egy egyszerű, non-invazív, a páciens számára fájdalommentes vizsgálati módszere a **boka-kar index** vizsgálat (rövidítve ABI vagy BKI), mely segítségével azon érbetegek szűrhetők ki, akik még panasz- és tünetmentesek (Fontaine I. stádium) (Káli, 2009).

A boka-kar index értékének csökkenése korrelációt mutat a PAD progressziójával, ill. klinikai stádiumaival. Szenzitivitása és specifitása a perifériás verőér betegség megállapítására igen magas, meghaladja a 90%-ot. („Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a perifériás verőér megbetegedések ellátásáról,” 2017)

A perifériás artériás betegségben szenvedő páciensek életkilátásai a betegség súlyossági fokával együtt drasztikusan romlanak. Az érszűkületben szenvedők túlélési aránya 5 évvel kevesebb, mint a mellrákban, vagy a Hodgkin lymphomákban szenvedőké. Legtöbbször a betegeket a háziorvosok kezelik. Egy Németországban készült felmérés alapján 344 háziorvos 6880 fő 65 éves vagy idősebb páciens vizsgált meg országszerte (a páciensek átlagos életkora 72,9 év volt). A vizsgálat során minden ötödik

Rövidítések jegyzéke

ABI: Ankle-Brachial Index (boka-kar index)
BKI: boka-kar Index
PAD: Perifériás artériás érbetegség (Peripheral Arterial Disease)

páciens boka-kar indexe kisebb volt, mint 0,9, tehát perifériás artériás betegség igazolódott. Ugyanakkor tünetek mindössze az alacsony boka-kar index értékkel rendelkező páciensek harmadánál jelentkeztek (Diehm et al., 2005).

A pécsi Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai Centrumban egy év alatt 503 páciens szűrését végezték el, melynek szerves része volt a boka-kar index mérése is. E kutatás során a résztvevők magas cardiovascularis rizikócsoporthoz tartoztak, a vizsgálat során 18%-uknál kóros (0,9 alatti) boka-kar értéket találtak, mely az országos átlagnál magasabb arányt jelentett (Kovácsné Levang, 2010).

2010-ben hazánkban a Magyar Hypertonia Társaság és a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság együttműködésében, az EGIS Gyógyszergyár Nyrt. támogatásával hozták létre az „*EREink Védelmében*” programot, valamint az „ÉRV Regiszter Program”-ot, melyeknek célja volt, hogy kiszűrjék a még tünetmentes perifériás érbetegeket, ezáltal csökkentsék a szív-érrendszeri halálozási arányt. Az „*EREink Védelmében*” programban résztvevő betegek 14%-a volt érintett a már kialakult perifériás érbetegség kapcsán, 15,6%-nál pedig felmerült az érszűkület kialakulásának lehetősége. A Regiszter program is hasonló eredményt hozott: a perifériás érbetegség a vizsgált személyek 17,3%-nál egyértelműen diagnosztizálható volt, 20%-nál pedig határértéken lévő eredmények születtek („Egyre népszerűbb az ÉRV program,” 2010; Farkas et al., 2012; Káli, 2009).

A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet 2. melléklete tartalmazza az életkori sajátosságokhoz igazodó, a betegségek megelőzését és korai felismerését célzó szűrővizsgálatokat. A jogszabály értelmében a háziorvosi szolgálat feladatkörébe tartozik, hogy a felsorolt szűrővizsgálatok igénybevételének lehetőségére felhívja a figyelmet, illetve a páciens kérése esetén azokat elvégezze. Ugyanakkor ezek a felnőttkori szűrővizsgálatok nem kötelezőek, az adott korcsoportba tartozó személyek önkéntesen vehetik azokat igénybe. Ha figyelmesen áttanulmányozzuk a jogszabályt láthatjuk, hogy először a 40-64 éves kor közöttieknek jelenítette meg a jogalkotó

a boka-kar index meghatározást ultrahangos áramlásméréssel („mini-Doppler”), a panaszt nem okozó ateroszklerózis tüneteinek a vizsgálata (a perifériás artériák tapintása és meghallgatása) körében. Ezt kétévenkénti gyakorisággal ajánlják a nagy kardiovaszkuláris kockázatú személyeknél. Ugyanakkor 65 éves kor felett már mindenkinél javasolt a boka-kar index meghatározása, függetlenül attól, hogy kinek milyen kardiovaszkuláris kockázata.

Az ABI-t tehát nemcsak külföldön, de hazánkban is egy nem invazív, olcsó és könnyen használható szűrővizsgálatnak tekintik az alapellátás területén. Ennek ellenére sok országban még mindig azt vizsgálják, hogy kiket is kellene szűrni (milyen életkortól és milyen kockázati tényezők fennállása esetén) és mindez mekkora terhet ró az ellátó rendszerre, ki végezze a vizsgálatot. Ennek kérdése azért is fontos, mert egy-egy háziorvos-beteg találkozásra jó esetben maximálisan csak 10 perc jut. Emiatt az időhiány miatt gyakran nem a protokoll alapján végzik el az ABI mérést, pl. nem tartanak 5 perc pihenőidőt a vizsgálat előtt, vagy nem mérik meg mindkét karon és bokán a vérnyomást, hanem csak egyen, hogy felére csökkentsék a vizsgálati időt. Vannak olyan országok is (pl. Hollandia és Ausztrália), ahol az alapellátásban elvégzett ABI mérésért külön díjazást is biztosítanak. A Walesben végzett kutatás szerint a háziorvosok és az ápolók is úgy gondolják, hogy az ABI mérésére az ápolók a legkompetensebbek, hiszen ők azok, akiket a vizsgálat elvégzésére kiképeztek, illetve a mindennapi gyakorlatban is ők végzik el sokkal inkább a méréseket a kiadott irányelveknek megfelelően. Azonban érdekes tény, hogy az ABI mérést Walesben az ápolók nem a szív- és érrendszeri kockázatértékelés céljából végzik elsősorban, hanem a sebkezelési („wound management”) tevékenységhez kapcsolódóan (Davies, Kenkre, Williams, 2014). Ausztráliában 2007 és 2009 között több mint 19500 oszcillometriás elven működő ABI mérő eszközt osztottak szét a háziorvosok körében, ugyanakkor a vizsgálatok elvégzését is az ápolókra bízta, mivel könnyebben elérhetőek voltak a páciensek számára (Nelson et al., 2012).

A boka-kar index vizsgálat

A boka-kar index vizsgálat elvégzéséhez megfelel a Doppler ultrahangos készülék, mely az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet alapján mind a foglalkozás-egészségügyi rendelők, mind pedig a háziorvosi rendelők tárgyi minimumfeltételei közé tartozik.

A Doppler készülék segítségével a felső végtagon végzett vérnyomásmérést követően az alsó végtagon

mérik a vérnyomást. Ezenkívül lehetőség van már ún. oszcillometrikus vérnyomásmérésre is, mely a szűrésre és követő ellenőrzésre könnyebben alkalmazható, mivel széles körben elterjedt, megbízható és használata egyszerű. A hagyományos Doppler mérés esetén a felső végtag és az azonos oldali alsó végtag vérnyomásértékei között különbségek adódhatnak az időeltolódás miatt (a systolés nyomásérték megváltozhat), szemben a szinkronmért, egyidejűleg történő (oszcillometrikus) méréssel (Sipos & Dernóczy-Polyák).

Több kutatásnál is összevetették a standard, hagyományos mérést és az egyidejűleg szinkronmért (oszcillometrikus) alsó- és felső végtagi szisztolés vérnyomás értékeket, mely vizsgálatokból megállapítható, hogy lényegi eltérés nem volt a két módszer között, a vérnyomások különbözősége, az alsó és felső végtagon mért vérnyomások aránya közel egyforma volt. Ennek ellenére célszerűbb a szinkron vérnyomásmérési módszer általi boka-kar index meghatározás, mint a hagyományos Doppler gyakorlat – részben a standard vizsgálat időigénye miatt, másrészt pedig a Doppler mérés esetén több a hibázási lehetőség is, elvégzése gyakorlatot igényel, illetve a betegek számára kényelmetlenebb lehet a hosszabb ideig tartó vérnyomásmérés. Az oszcillometrikus készülék ezzel szemben mind a négy végtagon méri az artériás vérnyomást, egyidejűleg használva a megfelelő mandzsettaméretet a karokon és a lábakon, ily módon elkerülhetők a lehetséges eltérések a vérnyomásváltozásoknak megfelelően (N. Diehm et al., 2009; Nelson et al., 2012).

Fentieket támasztja alá egy 397 páciensen végzett vizsgálat is, ahol összevetették a hagyományos Doppler-elven alapuló boka-kar index meghatározást az oszcillometriás elven történő mérési módszerrel. A kétfajta vizsgálat ugyan egyezést mutatott, a boka-kar index tartomány 0,9 értékéhez közel volt. Viszont fontos azt megjegyezni, hogy a boka-kar index oszcillometriás meghatározása nem minden esetben helyettesíti a Doppler-alapú mérést (korlátok: elmeszesedett artériák, különösen cukorbetegség esetén vagy nagyon idős pácienseknél az artériák inkompresszibilitása miatt nagyon magas lehet az ABI érték, így az megtévesztő lehet) (Tóth-Vajna et al., 2020), ám hatékonyak bizonyul a tünetmentes egyének szűrésekor (Járai et al., 2018).

A boka-kar index mérés kivitelezése

A mérés előtt kb. 5 percig a páciensnek nyugodtan kell feküdnie. A vizsgálathoz meg kell mérni a karok és a lábak szisztolés vérnyomásértékét, így az érték a lábakon mért szisztolés nyomás és a karokon mért magasabb szisztolés nyomás hányadosából kerül kiszámításra. A mérés különösebb előkészítést nem

igényel, fekvő helyzetben történik annak érdekében, hogy a lábakon és karokon összehasonlítható nyomásviszonyokat kapjunk.

ABI meghatározása ultrahangos áramlásméréssel („mini-Doppler”)

Kivitelezés:

- Ismertetjük a vizsgálat menetét és lényegét.
- Megkérjük a páciens, hogy tegye szabaddá a vizsgálandó testrészt, majd fekdjön fel a vizsgálóágyra.
- Mindkét kar vérnyomását megmérjük, rögzítjük.
- A vizsgálandó artériát manuálisan megkeressük (arteria brachialis).
- Beszélgetünk a Doppler-fejet, és rátesszük a megfelelő pontra (áramlási hangot kell hallanunk).
- Ezután proximálisan helyezzük a vérnyomásmérő mandzsettáját, és felpumpáljuk a korábban mért systolés érték felé egészen addig, amíg az áramlási hang eltűnik (ezt az értéket dokumentáljuk), majd fokozatosan leengedjük a mandzsetta nyomását.
- A boka-kar index kiszámításához megmérjük a boka feletti nyomást is, hasonlóan a karhoz, leggyakrabban vagy az arteria tibialis posteriort, vagy az arteria dorsalis pedis vizsgáljuk (1. kép). (Grónai & Téglásné Bácsi, 2015).

Az ABI értéket úgy kapjuk meg, ha az alsó végtagon mért nyomást elosztjuk a felkaron mért nyomással (Grónai & Téglásné Bácsi, 2015).

ABI meghatározása oszcillometriás mérés esetén az elv hasonló: a karokra és lábakra mandzsettákat teszünk (ügyelni kell arra, hogy a felkari mandzsetta jelzése az arteria brachialisra, az alsó végtagra tett mandzsetta jelzése az arteria tibialis posteriorra

kerüljön). A készülék elindítása után a mérés automatikusan történik.

Mindkét vizsgálat típusnál megjegyzendő, hogy a vérnyomásmérő mandzsetta felhelyezését vagy használatát korlátozhatja, vagy akár lehetetlenné teheti a lábszárfelek, a súlyos fokú lábszárödéma, extrém obesitas és hiperesztéziával járó diabéteszes polineuropátia. Ez esetekben lábujj-vérnyomásmérés javasolt. Ilyenkor a lábujjvérnyomás és a felkarvérnyomás hányadosából lehet kiszámítani a lábujj-kar indexet (toe-brachial index; TBI) (Késmárky, 2018).

A boka-kar index mérés értékelése (ABI-érték)

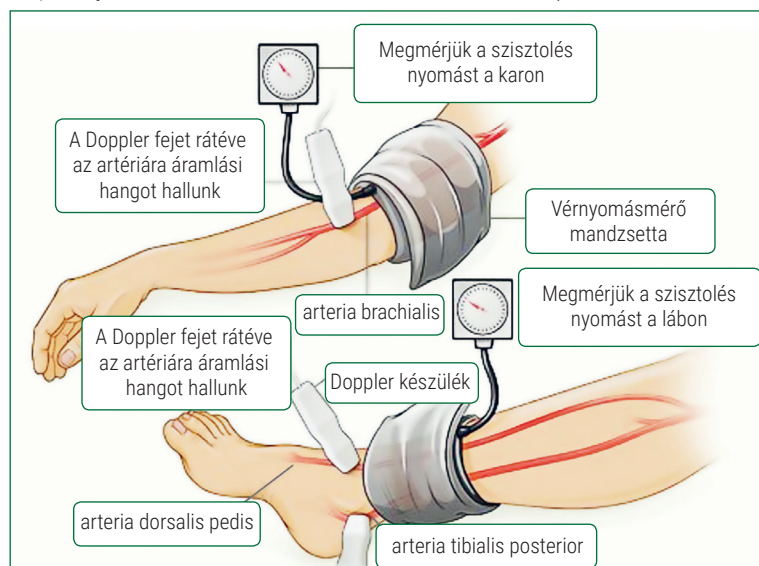
Az alacsonyabb ABI-érték az oldalak összehasonlításában a diagnózis alapja. Normál értéke fekvő helyzetű betegnél 1,0 és 1,4 között van, 0,91 és 0,99 között határértékről beszélhetünk, illetve kórosnak tekintjük, ha az index értéke kisebb vagy egyenlő, mint 0,90. Ezen belül is súlyossági fokokat különíthetünk el, úgy mint:

- 0,90-0,71 között enyhe perifériás betegség,
- 0,70-0,41 között közepesen súlyos,
- 0,40 alatt súlyos perifériás betegség (Fontaine III, vagy necrosis, gangraena esetén Fontaine IV. stádium) (Káli, 2009).

A boka-kar index mérés a foglalkozás-egészségügyi ellátás során

A vibrációs (mechanikus rezgés, rázkódás) expozíció a fizikai kóros tényezők közé tartozik. A behatás helyét és irányát tekintve lehet kéz-kar, illetve egésztest, vagy akár kombinált rezgés, mely számos egészségkárosító hatással rendelkezik. Ezek közül az egyik vibrációs ártalom a perifériás érbetegség, mely befolyásolhatja az adott munkavállaló munkaképességét is. Éppen ezért került be a foglalkozás-egészségügyi szakápoló (OKJ 55 723 06), illetve azt ezt megelőző foglalkozás-egészségügyi specifikus szakápolói (üzemi ápolói) képzési követelmények közé, hogy a szakápolónak a képzés elvégzését követően képesnek kell lennie a vibrációs hatás diagnosztizálására szolgáló oszcillometriás vizsgálat, illetve doppler vizsgálat elvégzésére („Foglalkozás-egészségügyi szakápoló megnevezésű szakképzés-ráépülés szakmai és vizsgakövetelménye”, 2012; Grónai & Téglásné Bácsi, 2015).

1. ábra: Boka-kar index meghatározás doppleres méréssel (Forrás: <https://njheartandvascular.com/ankle-brachial-index/>)



I. táblázat Az ABI vizsgálat során mért értékek elemzése (N7638)

	jobb kar systolés érték (Hgmm)	jobb kar diastolés érték (Hgmm)	bal kar systolés érték (Hgmm)	bal kar diastolés érték (Hgmm)	jobb láb systolés érték (Hgmm)	bal láb systolés érték (Hgmm)
átlag	132,7	83,1	132,2	83,8	145,7	143,6
minimum	99	57	95	59	100	90
maximum	203	135	204	137	231	246
szórás	16,4	10,8	16,2	10,9	18,7	18,8
medián	131	82	130	83	144	142

A boka-kar index vizsgálat elvégzése bizonyos munkakörökben tehát a munkaköri szakmai alkalmassági vizsgálatához szükséges kötelező kiegészítő diagnosztikai vizsgálatként szerepel, illetve ezek kifejezetten a foglalkozási betegségek diagnosztizálására szolgáló vizsgálati eljárások. A vizsgálatot általában mini Doppler készülékkel végzik, mely a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok minimum felszereléséhez tartozik (Grónai & Téglásné Bácsi, 2015).

Annak ellenére, hogy e területen végeznek ilyen vizsgálatokat relatíve kevés publikáció áll rendelkezésre, inkább egyedi eseteket, foglalkozási megbetegedéseket feltáró kéziratokat találunk.

Figyelemre méltó azonban Benchimol és munkatársainak vizsgálata, mely során kimutatták, hogy a nagyon könnyen és gyorsan meghatározható ABI a mindennapi foglalkozás-egészségügyi gyakorlat során kiválóan hasznosítható a magasabb szív- és érrendszeri kockázatnak kitett személyek azonosítására. Vizsgálatuk során Franciaországban 2008-ban 6 hónapon keresztül összesen 16 szakorvos végezte el összesen 634 fő 40-60 év közötti munkavállaló ABI meghatározását OMRON HM 722 készülék segítségével, 10 perc pihenőidő után. A vizsgálatba bevont munkavállalók tünet- és panaszmentesek voltak, és nem volt ismert szív- érrendszeri betegségük. Az átlagos ABI $1,1 \pm 0,1$ volt mindkét lábon. A megvizsgált személyek közül 20 személynek (3%) volt az ABI $<0,90$ (Benchimol et al., 2012).

A vizsgálat célja

Jelen rövid vizsgálatunk célja volt annak bemutatása, hogy a boka-kar index mérését a foglalkozás-egészségügyi ápolók könnyedén használhatják a szív-érrendszeri betegségek megelőzésében, korai felismerésében, ezzel is hozzájárulva a morbiditási és halálozási mutatók csökkentéséhez.

Anyag és módszer

Vizsgálatunk alanyai képernyős munkakörben foglalkoztatott irodai dolgozók voltak, olyan férfiak és

nők, akik 2021. első felében bármely okból (általában az alkalmassági vizsgálat céljából) a foglalkozás-egészségügyi rendelőben megjelentek és önként vállalták a beavatkozással nem járó ABI vizsgálatot. A mintába tehát válogatás nélkül, életkortól, nemtől és kardiovaszkuláris kockázati szinttől függetlenül kerültek be a vizsgált személyek. Kizáró tényezőt nem határoztunk meg.

Az ABI mérések kivitelezése egyidejűleg, szinkronmért oszcillometrikus mérőeszközzel (BOSO ABI system 100) történt. A vizsgálatban résztvevő ápolók (betanítást követően) ugyanazzal a készülékkel végezték el az ABI méréseket, mely minden betegnél hanyatt fekvő helyzetben valósult meg. A mérés előtti várakozási (pihenő) időt 5 percben határoztuk meg. A mérések általában 1,5-2,5 percig tartottak. A BKI automatikusan, a mérőrendszerhez tartozó, CD-ről telepített hardver program révén került kiszámításra.

Az elemzésnél minden mért BKI értéket figyelembe vettünk. Az elemzéshez az SPSS for Windows 22.0 szoftvert használtuk.

Eredmények

A vizsgálatot 2021. I. felében végeztük, melyben összesen 638 fő vett részt, ebből 38,4% férfi (245 fő), 61,6% nő (393 fő). A vizsgált személyek átlagéletkora 46,5 év (minimum: 23, maximum: 65, szórás: 8,24, st.error: 0,328, medián 47). A vizsgálati mintából 521 fő (81,66%) tartozott a 40-65 közötti korcsoportba.

A vérnyomásokat tekintve a felső végtagon mért vérnyomások átlaga: 133/83 Hgmm, az alsó végtagon mért systolés érték átlaga 144 Hgmm. Részletesebb adatokat az **I. számú** táblázat tartalmazza.

A vizsgálatunkban résztvevők esetén a jobb oldalon mért boka-kar index átlagértéke 1,08 (minimum: 0,61, maximum 1,29, szórás: 0,075, medián 1,09), a bal oldalon mért átlagérték 1,06 (minimum: 0,48, maximum 1,26, szórás: 0,077, medián 1,07).

Súlyos perifériás betegségre utaló ABI értéket nem mértünk, viszont az értékeket tekintve 1 főnél mértünk jobb oldalon 0,61, bal oldalon 0,48-as ABI értéket, nála közepesen súlyos perifériás betegségről beszél-

hetünk. 10 fő esetén enyhe perifériás betegség merült fel az érték, illetve az anamnézis alapján. Határértéken (0.91-1.00) között 93 fő volt. Összességében tehát a vizsgálatban résztvevő személyek (N=638 fő) közül 11 személynek (1,72%) volt az ABI <0,90. Ha csak a 40-65 közötti korcsoportba tartozókat nézzük, akkor közülük 9 személynek (1,72%) volt az ABI <0,90. 2 kiszűrt egyén a 40 év alatti korcsoportba tartozott.

A vizsgálatra érkezők többnyire panasz- és tünetmentes páciensek voltak, mindössze 3 fő számolt be időnkénti görcsös jellegű lábikra fájdalomról (a vizsgálat elvégzését követően közülük 2 főnél mértünk alacsonyabb ABI értéket).

Megbeszélés, javaslatok

Hazánkban a boka-kar index mérése 40 éves kor felett a háziorvos által végzett szűrővizsgálatok része kellene hogy legyen az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet értelmében, azonban a tapasztalatok alapján ritkán kerül sor eme egyszerű vizsgálat kivitelezésére, melynek oka lehet a személyzet és/vagy az idő, esetleg az érdekltség hiánya (Tóth-Vajna et al., 2020; Késmárky et al., 2018).

A foglalkozás-egészségügyi szolgálat által végzett vizsgálatok szervezett munkavégzés esetén jogsza-

bályilag kötelező jellegűek a munkavállalók számára, ezért az alkalmassági vizsgálat jó helyszínnek bizonyulna az aktív munkaképes korú páciensek szűrésére is. Ugyan a boka-kar index vizsgálat csak egyes munkakörökben kötelező része a foglalkozás-egészségügyi szolgálat nyújtotta alkalmassági vizsgálatoknak, viszont célszerű lenne az ABI vizsgálat bevezetése valamennyi munkakör esetén, mivel pont azokat a munkavállalókat lehetne széles körben vizsgálni, akik kevesebb hajlandóságot mutatnak a háziorvosuk felkeresésére.

Jelen vizsgálat során csupán 1,72% került kiszűrésre a 23-65 év közötti munkavállalói közösségből. Azonban ez az arány összhangban van a nagyobb tanulmányok adataival, ahol a tünet- és panaszmentes 40-60 év közötti populációból is kb. 4%-ot szűrnek ki az ABI segítségével (Benchimol et al., 2012).

A Doppleres vizsgálattal szemben – mely az időigénye mellett tapasztalatot, gyakorlatot igényel, és a vizsgálatot legtöbbször az orvos végzi – az egyidőben mért oszcillometrikus vérnyomásmérést a foglalkozás-egészségügyi szakápoló is könnyen tudná kivitelezni, így jelentősebb eredmények lennének elérhetőek az érbetegségek hatékonyabb feltárásában és időben történő diagnosztizálásában.

Irodalomjegyzék

- 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről
- 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról
- Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a perifériás verőér megbetegedések ellátásáról. (2017). Retrieved 2021.08.04., from https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2477/fajlok/periferias_veroer%20.pdf
- Benchimol, D., Pillois, X., Oysel-Mestre, M., Sagardiluz, P., Bonnet, J. (2012). Ankle brachial index using an automatic blood pressure device in occupational medicine: relevance in routine examination and comparison with Framingham cardio-vascular risk score. *Int J Clin Pract.* 66(9):862-6. doi: 10.1111/j.1742-1241.2012.02984.x.
- Criqui, M. H., & Aboyans, V. (2015). Epidemiology of peripheral artery disease. *Circ Res*, 116(9), 1509-1526. doi: 10.1161/circresaha.116.303849
- Davies, J.H., Kenkre, J., Williams, E.M. (2014). Current utility of the ankle-brachial index (ABI) in general practice: implications for its use in cardiovascular disease screening. *BMC Family Practice.* 15:69. Retrieved 2021.08.04., from <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/69>
- Diehm, C., Darius, H., Pittrow, D., & Allenberg, J. R. (2005). Knöchel-Arm-Index: Ein wegweisender Risikomarker für die hausärztliche Praxis. *Dtsch Arztebl.* 102, (34-35).
- Diehm, N., Dick, F., Czuprin, C., Lawall, H., Baumgartner, I., & Diehm, C. (2009). Oscillometric measurement of ankle-brachial index in patients with suspected peripheral disease: comparison with Doppler method. *Swiss Med Wkly*, 139(25-26), 357-363.
- Egyre népszerűbb az ÉRV program. (2010). Retrieved 2021.08.04, from http://medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/egyre_nepszerubb_az_erv_program
- Farkas, K., Járai, Z., Kolossváry, E., Ludányi, A., L Clement, D., Kiss, I., & ERV Study Group (2012). High prevalence of peripheral arterial disease in hypertensive patients: the evaluation of ankle-brachial index in Hungarian hypertensives screening program, for the ERV Study Group. *Hypertens.* 30(8), 1526-1532. doi: 10.1097/HJH.0b013e3283559a6a
- Firnhaber, J. M., & Powell, C. S. (2019). Lower Extremity Peripheral Artery Disease: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*, 99(6), 362-369.
- Foglalkozás-egészségügyi szakápoló megnevezésű szakképzés-ráépülés szakmai és vizsgakövetelménye (2012). Letöltve: 2021.08.07. Hozzáférhető: https://www.nive.hu/Downloads/Szakkepzesi_dokumentumok/SZVK_150_2012_VII_korm_rendelet_legfrissebb_munkaanyagai/

- szakkepesitesek_es_szakkepesites-raepulesek/DL.php?f=55_723_06_Foglalkozasegeszsegugyi_szakapolo_szv.docx
13. Fowkes, F. G., Housley, E., Cawood, E. H., Macintyre, C. C., Ruckley, C. V., & Prescott, R. J. (1991). Edinburgh Artery Study: prevalence of asymptomatic and symptomatic peripheral arterial disease in the general population. *Int J Epidemiol*, 20(2), 384-392. doi: 10.1093/ije/20.2.384
 14. Grónai, É., & Téglassyné Bácsi, M. (2015). Foglalkozás-egészségügy, Tananyag a foglalkozás-egészségügyi szak-ápolók részére. Budapest: Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ.
 15. Institute for Health Metrics and Evaluation. Seattle, WA. Retrieved 2021.08.09, from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
 16. Járαι, Z., Kolossváry, E., Szabó, I., Kiss, I., Farsang, C., & Farkas, K. (2018). A boka-kar index oszcillometriás elven működő meghatározásának helye a klinikai gyakorlatban. *Orvosi Hetilap*, 159(5), 176-182. doi: 10.1556/650.2018.30957
 17. Káli, A. (2009). ÉRV Szűrőpontok a háziorvosi rendelőben. ÉRV regiszter az ereink védelmében. *MEDICUS UNIVERSALIS XLII/2009*. pp. 73-75.
 18. Késmárky, G., Koltai, K., Biró, K., Endrei, D., Tóth, K. (2018). Alsó végtagi perifériás verőérbetegségek noninvazív diagnosztikája. *Cardiologia Hungarica* 48:206-210. DOI: 10.26430/CHUNGARICA.2018.48.3.206
 19. Kolossváry, E., Ferenci, T., Kovács, T., Kovács, L., Járαι, Z., Menyhei, G., & Farkas, K. (2015). Trends in Major Lower Limb Amputation Related to Peripheral Arterial Disease in Hungary: A Nationwide Study (2004-2012). *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 50(1), 78-85. doi: 10.1016/j.ejvs.2015.02.019
 20. Morley, R. L., Sharma, A., Horsch, A. D., & Hinchliffe, R. J. (2018). Peripheral artery disease. *BMJ*, 360, j5842. doi: 10.1136/bmj.j5842
 21. Nelson, M.R., Quinn, S., Winzenberg, T.M., Howes, F., Shiel, L., Reid C.M. (2012). Ankle-Brachial Index determination and peripheral arterial disease diagnosis by an oscillometric blood pressure device in primary care: validation and diagnostic accuracy study. *BMJ Open*. 2:e001689. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001689
 22. Sipos, G., & Dernóczy-Polyák, A. Kétféle mérési módszer, azonos boka-kar index értékhez vezet? Retrieved 2021.08.04., from <https://premiumorvos.hu/files/file/tanulmanyok/abi100/ABItanulmány-Dr.SiposGyrgy.pdf>
 23. Soltész, P. (2019). A perifériás artériás betegség ellátásának jelene és jövője. *Metabolizmus*, 17(1), 48-50.
 24. Tóth-Vajna, Z., Tóth-Vajna, G., Gombos, Z., Szilágyi, B., Járαι, Z., & Sotonyi, P. (2020). Tapasztalataink az alsó végtagi perifériás artériás érbetegség szűréséről az Észak-Magyarország régióban. *Orvosi Hetilap*, 161, 1382-1390. doi: 10.1556/650.2020.31756

KARÁCSONYI RAJZPÁLYÁZAT 2021.



A 2020. évi pályázat I. helyezettje, **Lakatos Anikó**, 10. évfolyam, Karcagi SzC Teleki Blanka Gimnázium, Technikum és Kollégium (Mezőtúr) alkotása.

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara gondozásában megjelenő **NŐVÉR** szakfolyóirat karácsonyi rajzpályázatot hirdet az **egészségügyi középfokú szakképzésbe és az egészségtudományi felsőoktatásba járó tanulók/hallgatók** körében.

A pályázat részletei:

A rajzok szabadon választott stílusban és tetszőleges technikával (pl. színes ceruza, zsírkréta, festék, toll, tus), színes kivitelben készülhetnek A/4-es méretben.

A pályázat során elkészített műveknek kötődniük kell az egészségügy és a karácsony témakörökhöz egyaránt.

Az alkotásokat beszkenelve (jpg formátumban elküldve) **emailben** **a.nover.karacsony@gmail.com címen várjuk**. Az e-mailben kérjük feltüntetni az alkotó nevét, évfolyamát, szakát, valamint képzőhelyének nevét. Minden pályázó korlátlan számú képpel nevezhet. **Beküldési/beérkezési határidő: 2021. november 10.**

Díjazás: A pályázat nyertesének műve megjelenik a **Nővér** folyóirat 2021. évi decemberi lapszámában. Ezen felül az alkotó és a képzőintézmény is egy-egy éves **Nővér** folyóirat előfizetést kap.

Dr. Balogh Zoltán PhD
felelős kiadó

Dr. Hirdi Henriett Éva PhD
főszerkesztő

Gyulladásos bélbetegségek hatása a gyermekvállalásra

NAGY Berta

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: A kutatás célja felmérni a gyulladásos bélbetegséggel (IBD) diagnosztizált nőbetegek gyermekvállalással kapcsolatos ismereteit, ezáltal megismerni az IBD gyermekvállalásra gyakorolt hatásait.

Anyag és módszer: A felmérésre 2021. február-márciusában került sor, kvantitatív kutatási módszer segítségével, nem véletlenszerű mintavételi technikával. A saját szerkesztésű, önkitöltős kérdőív a populáció azon női tagjai számára készült, akiket korábban IBD-vel diagnosztizáltak (N=200 fő). Az adatok feldolgozása és értékelése, a hipotézisek vizsgálata leíró statisztika alkalmazásával készült.

Eredmények: A vizsgálatban résztvevő nők 83%-a 18 és 40 év közötti, 65%-uk szeretne gyermeket vállalni. Gyermekvállalással kapcsolatban 40,5%-uk kapott tájékoztatást, mely tájékoztatás 38,5%-ukat befolyásolja a gyermekvállalás kérdésében. A megkérdezettek 70,5%-a szerint betegsége állapota, gyógyszerelése befolyásolja a teherbeesés esélyeit, a terhesség kimenetelét, illetve a magzat állapotát. A korábbi terhesség alatti, szülés körüli komplikációk a kitöltők 63,7%-át befolyásolta egy ismételt gyermekvállalásban. A válaszadók 63%-a nyilatkozta, hogy betegségtudatuk negatívan befolyásolja a lelki állapotukat. Az IBD gondozást végző szakember általi ajánlásokat a válaszadók 90,5%-a követné. **Következtetések:** Az eredmények alapján megállapítható, hogy az IBD-s nőbetegek további tájékoztatást igényelnének mind a gyermekvállalást, mind a betegségüket illetően, mindezek mellett kiemelt jelentőségű a pszichés támogatás.

Kulcsszavak: gyulladásos bélbetegség, gyermekvállalás

The effects of inflammatory bowel disease on childbearing

Berta NAGY

SUMMARY

The aim of the study: The aim of the research is to assess the knowledge on childbearing of female patients diagnosed with inflammatory bowel disease (IBD), thereby understanding the effects of IBD on childbearing.

Material and methods: The survey was conducted in 2021 from February to March, using a quantitative research method, not a random sampling technique. The self-designed, self-administered questionnaire was designed for those female members of the population who had previously been diagnosed with IBD (N=200 individuals). The processing and evaluation of the data and the examination of the hypotheses were made using descriptive statistics.

Results: 83% of the women in the study were between the ages of 18 and 40, and 65% would like to have a child. 40.5% of them received information about having a child, which affected 38.5% of them about the issue of having a child. According to 70.5% of the respondents, the condition of their illness and their medication has influence on the chances of getting pregnant, the outcome of the pregnancy and the condition of the fetus. Complications during previous pregnancy has affected 63.7% of respondents in the next childbirth. 63% of respondents stated that their awareness of illness negatively affects their mental state. Recommendations by an IBD care professional would be followed by 90.5% of respondents.

Conclusions: Based on the results, it can be concluded that female patients with IBD would need additional information regarding both childbearing and their illness, and in addition, psychological support is of paramount importance.

Keywords: inflammatory bowel disease, childbearing

NAGY Berta diplomás ápoló,
Petz Aladár Egyetemi Oktató
Kórház, I. Belgyógyászat
– Gasztroenterológiai Osztály,
Győr

Levelező szerző

(correspondent):

NAGY Berta;

E-mail:

nagyberta0801@gmail.com

Beérkezett: 2021. augusztus 11.

Elfogadva: 2021. augusztus 14.

Bevezetés

Bármely, az emésztőszervrendszert érintő probléma hatása jelentős befolyással van mindennapjainkra, legyen az egy egyszerű gyomorrontás, egy epekő, vagy egy bélbetegség. Sokszor okoznak diszkomfort ér-

Rövidítések jegyzéke

IBD: (inflammatory bowel disease) gyulladásos
bélbetegség

zetet olyan embereknél is, akiknél csak átmenetileg állnak fenn, nem is beszélve azokról, akiket egy életen át végigkísér egy betegség, mint például az IBD (Inflammatory Bowel Disease, továbbiakban: IBD), azaz a gyulladásoos bélbetegség.

A gyulladásoos bélbetegséggel diagnosztizált betegek száma napjainkban emelkedő tendenciát mutat. Kialakulásának okai a mai tudásunk szerint ismeretlenek, de számos tudomány foglalkozik vele, és kutatja a témát, hogy minél több információ álljon rendelkezésre az orvostudománynak, megkönnyítve ezzel sokak életét, és életminőségét.

A betegség mindkét nemnél azonos gyakorisággal fordul elő, érinti tehát azon nőket is, akik reprodukív korban vannak, és szeretnének gyermeket vállalni. A tájékozatlanság, az információ hiánya, és a kétségek miatt azonban ezek a betegek sokszor vállalnak önként gyermektelenséget, mely tény a kutatások is alátámasztják: „A betegek megfelelő felvilágosítása a terhesség kimeneteléről, a gyógyszeres lehetőségeiről kiemelt jelentőségű, amellyel a gyulladásoos bélbetegségben szenvedő családok önként vállalt gyermektelenségének aránya csökkenthető” (Hagymási et al., 2012).

A vizsgálat célja

A kutatás célja feltérképezni a gyulladásoos bélbetegséggel élő nők gyermekvállalási szándékait, a gyermekvállalást befolyásoló tényezőket, ezek hátterét, illetve javaslatokat tenni, segíteni a pozitív családtervezés lehetőségeit.

Anyag és módszer

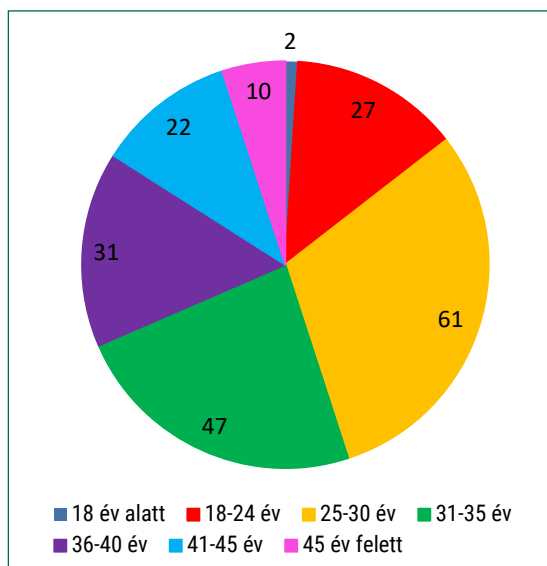
A kutatómunkára 2021. február-márciusában került sor, kvantitatív kutatási módszer segítségével, nem véletlenszerű mintavételi technikával.

A saját szerkesztésű, önkitöltős kérdőív Google Űrlap használatával készült, a populáció azon női tagjai számára, akiket korábban gyulladásoos bélbetegséggel diagnosztizáltak. A vizsgált személyek egy, ugyanazon internetes közösségi oldal, zárt, IBD-s betegeknek létrehozott csoportjába tartozó személyei voltak, kortól, lakóhelytől függetlenül. A vizsgálat anonim módon történt, a kutatásban 200 fő vett részt.

Az adatok felvételéhez készült kérdőív 3 fő részre tagolódott, melynek első része magába foglalta a szociodemográfiai adatok feldolgozásához szükséges kérdéseket, második az IBD betegséggel kapcsolatos kérdésköröket tartalmazta, harmadik része pedig a gyulladásoos bélbetegségek gyermekvállalásra gyakorolt hatásait célozta meg.

A kérdőívet nyílt és zárt, mérték- és skálaformáló, illetve kiegészítendő kérdések alkották.

1. ábra: Életkor szerinti megoszlás (N=200 fő)



Az adatok feldolgozása és értékelése, a hipotézisek vizsgálata leíró statisztika alkalmazásával történt.

Eredmények

Szocio-demográfiai adatok

A válaszadók közül a legtöbben 25 és 30 éves életkor közöttiek voltak (30,5%), ezt a korcsoportot követte 23,5%-al a 31-35 éves korosztály. 15,5% volt a 36-40 éves korcsoport aránya, illetve 13,5% volt a 18-24 év közöttieké. A kitöltők 11%-a a 41-45 éves korosztályba tartozott. A 45 év felettiek aránya csupán 5% volt, a 18 év alattiaké pedig mindösszesen 1% (1. ábra).

A lakhely szerinti megoszlást tekintve megállapítható, hogy a legtöbb válaszadó a közép-magyarországi régió területén él (24,5%). A kitöltési arány a Nyugat-Dunántúlról 24%, Észak-Magyarországról 18,5% volt. A kitöltések 9%-a Dél-Alföldről, 8,5%-a Közép-Dunántúlról, 8%-a Észak-Alföldről, illetve 7,5 %-a a Dél-Dunántúlról érkezett.

A lakóhely szerinti megoszlás a következőképpen alakult. 41%-a a kitöltőknek városban él, 23,5%-a megyei jogú város lakója, 8,5%-uk a fővárosban, illetve 27%-uk falun, vagy községben éli mindennapjait.

A családi állapotra vonatkozó kérdésre a következő válaszokat kaptam. A kitöltők 47,5%-a házasságban él. 39,5%-a élettársi kapcsolatot folytat, 9,5%-uk egyedülálló, 3,5%-uk pedig egyéb kategóriát választott.

Iskolai végzettséget tekintve, a vizsgált személyek közül a legnagyobb arányban a gimnáziumi végzettséggel rendelkezők fordultak elő, 32%-os

válaszadással. A kitöltők 30%-ának van főiskolai végzettsége, 20,5 %-a szakmunkásképzőt, illetve szakiskolát végzett. 1,5% a vizsgálatban résztvevő azon személyek aránya, akiknek legfeljebb 8 általános iskolája van.

A gyulladásos bélbetegségre vonatkozó adatok

A gyulladásos bélbetegség típusát tekintve a válaszadók 68,5%-a (137 fő) M.Crohn betegséggel él együtt, 31,5 % (63 fő) pedig Colitis Ulcerosás.

Az IBD kezelését illetően a vizsgálatban résztvevők 94%-a (188 fő) női beteg nyilatkozta, hogy gyógyszeres kezelésben részesült. A kitöltők 33%-a (66 fő) biológiai terápiát kapott, illetve 26%-uknál (52 fő) sebészi beavatkozás is történt.

IBD-s betegségük jelenlegi állapotáról a válaszadók 79,5% gondolja, hogy tünetmentes, panaszmentes állapotban, 20,5%-uk pedig a gyulladásos bélbetegség aktív szakaszában van.

A válaszadó nők 77%-a rendszeresen jár gondozásra, 23%-uk viszont nem vesz részt rendszeres kontroll vizsgálatokon.

Betegségükkel kapcsolatban a kitöltőknek pontosan a fele, tehát 100 fő kapott életvezetési tanácsokat, 100 fő azonban nem részesült e körben tájékoztatásban. Életvezetési tanácsok között szerepelt a diéta, a mozgás, a sport, az étkezési szokások, illetve a stressz kezelése.

Azt, hogy mennyire voltak elégedettek a betegséggel és a gyermekvállalással kapcsolatban kapott tájékoztatással a kérdőívben a „*Véleménye szerint megfelelő szintű volt-e a betegségével kapcsolatban adott tájékoztatás?*”, és a „*Mennyire volt megelégedve a gyermekvállalással kapcsolatban kapott tájékoztatással?*” kérdésekkel dolgoztam fel. A két kérdésre lineáris skálán történő jelöléssel tudtak a kitöltők válaszolni, melynél 1-es számmal jelöltem az „*Egyáltalán nem voltam megelégedve*” lehetőséget, 5-el a „*Teljes mértékben elégedett voltam*” opciót. A köztes értékeket számmal jelöltem. Elégedettségként fogadtam el a skálán történő 3-4-5-ös választási lehetőséget.

Az adatok alapján a kitöltők 90%-a elégedett volt a gyulladásos bélbetegségével kapcsolatban kapott tájékoztatással. Kiemelném azonban, hogy ez az arány az összesen vizsgált személyeknek a feléből, azaz 100 kitöltő válaszaiból adódott, a kérdésre ugyanis csak azon személyek tudtak válaszolni, akik korábban feltett „*Betegségével kapcsolatban kapott-e Ön életvezetési tanácsokat?*” kérdésre „*Igen*”-nel válaszoltak.

A kapott eredmények alapján az elégedett személyek 30%-a teljes mértékben elégedett volt a kapott tájékoztatással, 20%-uk közepesnek ítélte a kapott információkat. Olyan személy, aki abszolút elége-

detlen volt a tájékoztatással, nem volt. A tájékoztatás megfelelőségét, az elégedettséget a kitöltők 1-től 5-ös skálán tudták jelölni, melynél az 5-ös jelölés a teljes mértékű elégedettséget, az 1-es szám pedig az elégedetlenséget jelentette.

Életvezetési tanácsokhoz kapcsolódóan kérdésként szerepelt, hogy melyek voltak azok a témakörök, amelyekkel kapcsolatban részletesebb tájékoztatást igényeltek volna. A legtöbb válasz a pszichés támogatásra érkezett, vagyis a válaszadók 60%-a igényelné a pszichés támogatást. A pszichés támogatás mellett a legtöbben a családvállalással kapcsolatban szeretnének több információt kapni. 47%-a a kitöltőknek igényelné több információt a családvállalási témakörben. A vizsgált személyek 31%-ának több információra lenne szüksége a diétával kapcsolatban, 29%-ának életmódbeli segítség is kellene, 25%-a a gyógyszereléssel kapcsolatban szeretne részletesebb tájékoztatást kapni. A vizsgálatban résztvevőknek mindösszesen a 18%-a igényelné a sportolási lehetőségekkel kapcsolatos információkat.

A betegségtudatukra vonatkozó kérdésre az alábbi eredmények születtek. A kitöltők 63%-ának (126 fő) befolyásolja negatívan betegségtudata lelki állapotát, 37%-ának nem befolyásolja lelki állapotát IBD-s betegsége.

Az IBD gyermekvállalásra gyakorolt hatásai

Felmérésre került, hogy a vizsgált személyek a gondozásuk során kaptak-e tájékoztatást a gyermekvállalással kapcsolatban. A válaszadók 59,5%-a nyilatkozta, hogy nem kapott a gyermekvállalással kapcsolatban tájékoztatást. 40,5%-a a válaszadóknak vélekedik úgy, hogy informálták a gyermekvállalással kapcsolatos kérdésekben. Az eredmények azt mutatják, hogy valamennyi kitöltő válaszait elemezve, összességében 62%-uk volt elégedett a kapott információkkal. A válaszadók 15%-a teljes mértékben meg volt elégedve a kapott tájékoztatással, 21,5%-a viszont egyáltalán nem. Közepes szintű megelégedettség 28%-os visszajelzés érkezett.

Vizsgáltam azt is, hogy a kapott információk befolyásolják-e a gyermekvállalási hajlandóságot. E célból a „*Befolyásolja-e/befolyásolta-e Önt a kapott információk birtokában betegsége a gyermekvállalásban?*” kérdésre adott válaszokat elemeztem. A kérdésre minden kitöltő válaszolhatott, így a teljes vizsgált populáció válaszait összesítettem, amely szerint a válaszadók 38,5%-a nyilatkozta, hogy befolyásolja, illetve befolyásolta a tudomására jutott információ a gyermekvállalás kérdésében. A vizsgált személyek nagyobb részét, 61,5%-át (123 fő) azonban egyáltalán nem befolyásolja a betegséggel kapcsolatos informáltsága a gyermekvállalásban.

„Volt-e már korábban várandós?” kérdéssel igyekeztem a szülészeti előzményeket felmérni. A válaszokat tekintve megállapítható, hogy a válaszadók 51%-a már volt várandós, 49%-a (102 fő) azonban még nem. A kitöltőknek 10%-a várandós jelenleg.

Szerettem volna azt is megtudni, hogy „Várandósság előtt ismert volt-e már gyulladáisos bélbetegsége?” a válaszadóknak. A kapott válaszok alapján 79,4%-uknak már a várandósság előtt felfedezték IBD-s megbetegedését, 15,7%-uknak viszont nem volt ismert gyulladáisos bélbetegsége, 4,9% volt azoknak az aránya, akiknek a várandósság alatt vált ismertté betegsége.

Korábbi terhességek, szülések alatt előforduló komplikációkat vizsgálva a következő eredmények születtek. 12 esetben fordult elő koraszülés, 10 esetben alacsony születési súly, 36 esetben császármetszés, 24 esetben a betegség fellángolása is megtörtént a terhesség alatt. A válaszadók 63,7%-át befolyásolta a korábban lezajlott várandóssága, illetve szülése a további gyermekvállalás kérdésében. Ezen szülészeti előzmények a vizsgált személyek 28,4%-át teljes mértékben befolyásolják, 36,3%-át egyáltalán nem befolyásolják egy ismételt gyermekvállalásban.

„Tervez-e Ön gyermeket vállalni?” kérdéssel a jövőben gyermekvállalási szándékot szerettem volna felmérni. A kapott válaszokból kiderült, hogy a vizsgálatban résztvevők 7,5%-a egyáltalán nem szeretne gyermeket. A kitöltők 27,5%-ának már van gyermeke, és már nem terveznek az újbóli gyermekáldást. Ugyanakkor a válaszadók 65%-a szeretne gyermeket vállalni. Közülük a kitöltők 39%-ának még nincs gyermeke. Azon kitöltők között, akiknek már van gyermeke a következő képpen alakul a gyermekek száma és a jövőbeni gyermekvállalási szándék. 21%-uknak már van egy gyermeke, de szeretnének még további gyermeket vállalni. A válaszadók 5%-ának már 2 vagy annál több gyermeke van, és emellett még szeretnének gyermeket.

Fontosnak tartottam feltenni a következő kérdéseket is: „Betegsége jelenlegi állapota mellett vállalhat-e gyermeket?”, illetve „Követni fogja-e a szakember által ajánlott életmódbeli változtatásokat gyermekvállalási tervek esetén?”. A válaszadók 65%-a betegsége jelenlegi állapota mellett vállalhatna gyermeket. A mintába bekerült hölgyek 14%-a nem betegsége jelenlegi állapota mellett vállalhatna gyermeket, 12,5%-a nem vállalhatna és nem is szeretne. 8%-uk jelenleg várandós. 1 kitöltő jelöl-

te, hogy ugyan nem vállalhatna betegsége jelenlegi állapota miatt gyermeket, de éppen várandós.

Betegségük jelenlegi állapota a válaszadók 44%-át (88 fő) befolyásolja a gyermekvállalásban, 56%-át (112 fő) nem.

A kapott eredményekből láthatjuk, hogy a gyermeket tervezők aránya (65%) megegyezik azoknak az arányával, akik jelenleg betegségeük jelenlegi állapota mellett vállalhatnának gyermeket (65%). Ebből arra következtethetünk, hogy a betegséget illetően a vizsgált személyek tervezetten készülnek a gyermekvállalásra.

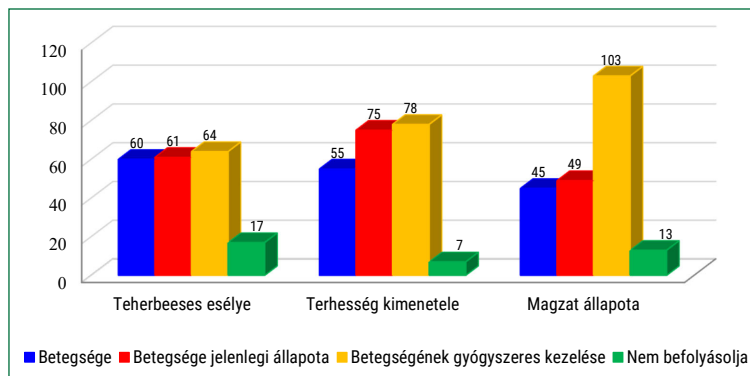
Visszajelzéseik alapján a szakember által ajánlott életmódbeli változtatásokat gyermekvállalási tervek esetén a vizsgált személyek 90,5%-a követné, 9,5%-a nem. Ez a magas arány szintén arra utal, hogy a vizsgálatban résztvevők tudatosan készülnek e fontos eseményre.

A vizsgálatban résztvevők 26%-ának módosított terápiáján a gyermekvállalás tényének ismeretében kezelőorvosa. A válaszadók 59,5%-ának nem módosította az egyénre szabott terápiáját gyermekvállalási szándéka. 14,5% nem szeretne gyermeket vállalni.

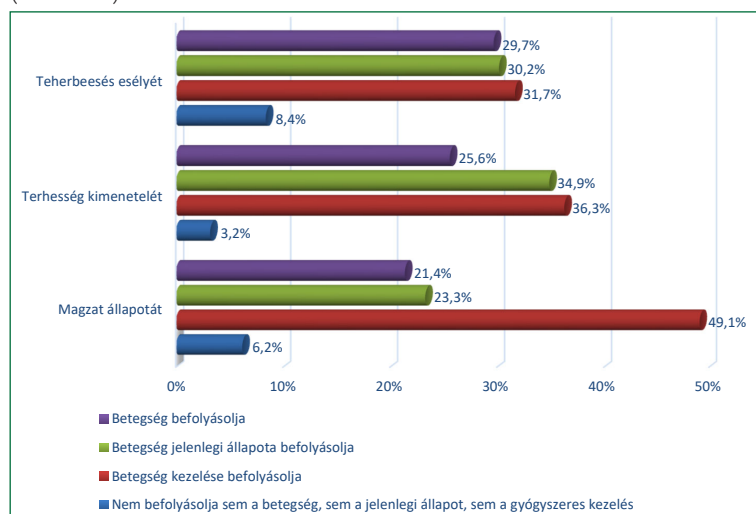
A válaszadók 41,5%-a jelölte, hogy gyógyszeres terápiaja egyáltalán nem volt hatással a gyermekvállalási szándékára, 13,5%-a nyilatkozta, hogy teljes mértékben hatással volt gyógyszeres kezelése a gyermekvállalásra. 23,5%-a a kitöltőknek a közepesen befolyásolta kategóriát választotta.

Arra a kérdésre, hogy véleményük szerint befolyásolja-e a teherbeesés esélyét, a terhesség kimenetelét, illetve a magzat állapotát a betegsége, a betegségük jelenlegi állapota, illetve a betegség kezelése, a kitöltők a következőket választották. 70,5%-uk szerint befolyásolják a fent felsorolt dolgok a terhességük kimenetelét, illetve a magzat állapotát, melynek arányait a **2. számú ábra** szemlélteti. 29,5%-a a válaszadóknak nyilatkozta, hogy szerinte nem befolyásolják a felsoroltak a terhességüket, illetve a magzat állapotát sem.

2. ábra: A teherbeesés esélyét, terhesség kimenetelét, magzat állapotát befolyásoló tényezők (N=141 fő)



3. ábra: Betegséggel összefüggő dolgok hatása a gyermekvállalásra (N=200 fő)



Az egyes elemeket vizsgálva látható, hogy a válaszadók 44%-a nyilatkozta, hogy betegsége jelenlegi állapota befolyásolja gyermekvállalási szándékában. 58,5%-uk úgy gondolja, hogy gyulladásos bélbetegsége gyógyszeres kezelése is hatással van a tervezett gyermekvállalására.

A kapott eredmények alapján elmondható, hogy a legnagyobb rizikófaktorok mind a fogantatásra, mind a terhesség kimenetelére, mind a magzat állapotára nézve a gyulladásos bélbetegségük esetében alkalmazott gyógyszeres kezelést tartják a válaszadók (3. ábra).

Megbeszélés, következtetések

A vizsgálatban résztvevő nők készséggel válaszoltak kérdéseimre, válaszaikkal hozzájárultak kutatásom sikerességéhez.

Eredményeim alapján arra a következtetésre jutottam, hogy a gyulladásos bélbetegséggel élő nők egy része nem kap elegendő információt a betegségéről, illetve az IBD melletti gyermekvállalás lehetőségeiről, „veszélyeiről”, amely maga után vonhatja a gyermekvállalás elmaradását, illetve ezáltal nehezíti a tudatosan tervezett, felkészült gyermekvállalást.

A külföldi szakirodalmi adatok azt mutatják, hogy azok a nők, akiknek terhesgondozását nem IBD specifikus terhes klinikákon végzik, 16%-os a tájékoztatottsági szint gyermekvállalás terén, szemben azon várandósokéval, akiket IBD specifikus terhes klinikákon látnak el, esetükben ugyanis 77%-os a tájékoztatottság, vagyis náluk sokkal nagyobb a felkészültségi szint, tájékozottabbak a gyermekvállalás kérdéseiben (Laube et al., 2020). Hazánkban tudomásom

szerint ilyen specifikus klinikák jelenleg még nem elérhetőek.

Összevetve eredményeimet a feldolgozott külföldi szakirodalomban található adatok eredményeivel megállapítható, hogy bár itthon nem minden esetben részesülnek az IBD-s nők megfelelő szintű tájékoztatásban betegségüket, illetve a gyermekvállalást tekintve, a külföldi nem specifikus klinikák sem nyújtanak elegendő tájékoztatást – adataik alapján ugyanis még kisebb százaléku a tájékoztatottság, mint esetünkben –, tehát mindenképpen szükség lenne az IBD-s betegek, különösen a gyermekvállalás előtt álló nőkre nagyobb figyelmet fordítani.

Eredményeim alapján megállapítható, hogy széleskörű tájékoztatást biztosítottak a szakemberek a vizsgálatomban résztvevő nők részére az IBD melletti diétát, az életmódváltást illetően, viszont kevés információt adnak át a gyulladásos bélbetegség gyógyszereléséről, a sportolási lehetőségekről, a pszichés hatásokról, illetve nem utolsósorban a gyermekvállalásról. Látható továbbá, hogy a megkérdezettek többsége igényelné a magasabb szintű, mindenre kiterjedő tájékoztatást, és nagyon magas azoknak az aránya is (90,5%), akik megfogadnák, és követnék a szakember által javasolt tanácsokat.

A kitöltők 63%-ánál láthatjuk, hogy betegségtudatuk negatívan befolyásolja a lelki állapotukat, emiatt úgy gondolom, hogy kiemelt hangsúlyt kellene fektetni az IBD-s nőbetegek pszichés vezetésére is.

A gyermekvállalási szándék a megkérdezettek 59,5%-nál nem módosított az IBD egyénre szabott terápiáján, 41,5%-át egyáltalán nem befolyásolta gyógyszeres kezelése a gyermekvállalásban, ennek ellenére a kitöltők nagyobb aránya (70,5 %-a) gondolja úgy, hogy a teherbeesés esélyére, a terhesség kimenetelére, illetve a magzat állapotára is a gyógyszeres kezelés van a legnagyobb hatással. A kutatási eredmények azt mutatják, hogy a várandósság alatti gyógyszeres kezelést veszélyesebbnek tartják a válaszadók a magzatra nézve, mint magát a betegség állapotát, amely szintén a tájékoztatatlanságra enged következtetni.

Egyes külföldi irodalmak beszámolóit alapján sok az olyan IBD-vel diagnosztizált nő, aki szeretne gyermeket vállalni, de fél a fertilitásukra, illetve a gyermekükre ható szövődményekről. Félelmeik hátterében nagyrészt az IBD miatt alkalmazott gyógyszerek állnak (Julsgaard et al., 2011; Nielsen

et al., 2010). Más tanulmányok szerint azok a nők, akik IBD terhes klinikákra jártak, fontosnak találták (vizsgáltak 80%-a), hogy már a fogantatás előtt remissziós fázisba hozzák betegségüket, vagyis beállítsák gyógyszeres terápiájukat (Laube et al., 2020). Eredményeim és a feldolgozott szakirodalmak alapján elmondható, hogy az IBD-s betegek nagy része tart betegségének gyógyszeres kezelésétől, ennek ellenére, ha kellő tájékoztatásban részesülnek, a gyermekvállalás iránti félelmük csökken, betegségük gyógyszeresen a gyermekvállaláshoz szükséges, megfelelő állapotba tehető.

A vizsgált külföldi irodalmak alapján az IBD-vel élő nők kevesebb gyermeket vállalnak. Sok nő vállal ugyanis önkéntes gyermektelenséget, a betegség alatti komplikációktól, és a betegség fellángolásától való félelem miatt. Kutatások bizonyítják, hogy aki-nek az első terhesség alatt előfordult komplikációja, annak a következő terhesség alatt is nagy valószínűséggel elő fog fordulni (Rottenstreich et al., 2020). Összevetve a külföldi tanulmány tényeit hipotézisem eredményeivel, nem megerősíthető, hogy az IBD miatt kevesebben vállalnának gyermeket, illetve az sem, hogy egy korábban lezajlott várandósság, vagy kimenetele kizárja az újbóli gyermekvállalás lehetőségét.

A vizsgált személyek 51%-a volt már korábban várandós. A vizsgáltak körében a leggyakrabban előforduló várandósság körüli komplikáció a császármetszés volt, a lezajlott terhességek a válaszadók 63,7%-át befolyásolták egy ismételt gyermekvállalásban. A válaszadóknak több mint a fele egy gyermek mellett döntött, annak ellenére, hogy több gyermeket szeretett volna, melyet a kapott adatok is igazolnak, és amely szintén utalhat a gyulladásos bélbetegség és a gyermekvállalással kapcsolatos információk átadásának elmaradására, illetve hiányosságára. Véleményem szerint a megfelelő szintű tájékoztatás mellett többen vállalnának gyermeket.

Az ajánlásokat illetően – vizsgálatom eredményei mellett – a feldolgozott külföldi szakirodalom adatai is arra engednek következtetni, hogy az ismert IBD-s nőbetegek követik a szakorvos terhességre vonatkozó ajánlásait. Felmérésünkben látható ugyanis, hogy a vizsgált IBD-s nők 78,8%-a betegségük remissziós fázisában volt a várandósság előtti időszakban. A vizsgálatba 378 IBD-s nőbeteget vontak be (Rottenstreich et al., 2020). A legfontosabb életmódbeli tanács a nyugalmi fázis elérése, fenntartása a gyermekvállalás előtti időben.

Kutatásom, illetve levont következtetéseim alapján úgy gondolom, hogy kiemelt figyelmet kellene fordítani az IBD-vel rendelkező nőbetegekre, különösen a gyermekvállalás előtt állókra. Ápolóként ezt segíthetném a betegek igényeinek felmérésével, és

szükség szerint a megfelelő szakemberek bevonásával, elérhetőségeik ismertetésével, illetve tájékoztató füzetek – melyek tartalmazhatnák röviden az IBD-s betegség fontosabb tudnivalóit, hogy mire készüljenek, mire figyeljenek várandósság esetén, a gyógyszerelést illetően ismertesse az előnyöket és hátrányokat egyaránt, a terhesség kimenetelére, szülésre, szoptatásra vonatkozó legfontosabb dolgokat, a legfontosabb étrendi, életviteli tanácsokat – kiadásával.

Szintén megvalósítható ötletnek tartanám – melybe szervezési feladatokat ápoló is el tudna látni – az IBD gondozáson megjelent, gyermekvállalás előtt álló betegek névsorának összegyűjtését, a célból, hogy meghívhatóak legyenek egy havonta egy alkalommal megrendezésre kerülő, tanácsadási óra keretében zajló, IBD és gyermekvállalás témakört érintő, szakorvos – gasztroenterológus és szülész-nőgyógyász szakorvos –, és a témában jártas pszichológus által tartandó prezentációs előadásra, melynek során a kérdések megválaszolására is lehetőséget biztosítanának.

Pszichés támogatás céljából segíthetne a fentiek mellett egy minden beteg számára elérhető, rövid stresszkezeléssel kapcsolatos útmutató készítése, melyet természetesen pszichológussal összedolgozva lehetne megvalósítani, illetve különböző relaxációs tréningek megszervezése is.

Nagyobb távú terveket nézve, kezdeményezni lehetne elsősorban a nagyvárosokban az IBD terhes centrumok kialakítását – a külföldi minták áttekintésével –, amelyek specifikusan csak az IBD-s várandós nőkkel foglalkoznak, állami vagy magán szektorban.

Összefoglalás

A gyulladásos bélbetegség napjainkban egyre gyakrabban előforduló, „krónikus” betegség, mely mai tudásunk szerint egyenlőre gyógyíthatatlan, a megfelelő gyógyszeres kezeléssel, életvitellel azonban tünetmentessé tehető. Nemek megoszlását illetően azonos arányban fordul elő férfi és női beteg egyaránt, érintve tehát a reprodukzív életkorban lévő, gyermekvállalás előtt álló nőket.

A gyulladásos bélbetegség fennállása, amennyiben a betegség a remissziós fázisában van, nagyobb kockázatot a fogantatásra, a várandósság kimenetelére, illetve a szülést illetően nem jelent, vagyis hasonlóképpen zajlik, mint a nem IBD-vel élő nőknél. Kiemelt fontosságú tehát az IBD-s nőbetegeknél, hogy mielőtt gyermeket vállalnak, betegségüket tünetmentes állapotba segítsék.

Kórházi gyakorlatom során megismert gyulladásos bélbetegséggel diagnosztizált nőbetegek körében gyakran tapasztaltam félelmet, bizonytalanságot,

mind a betegséget, mind a gyermekvállalás kérdését illetően. Tájékoztatásuk egyes témakörökben ugyan megtörtént, a betegek további kérdései, lelki állapota mind-mind arra engedtek következtetni, hogy szükséges további tájékoztatásuk, pszichés vezetésük, alaptól függetlenül rendszeres gondozásuk.

Szakirodalmi kutatómunkám is azt igazolta, hogy az IBD-vel küzdő nőbetegek körében gyakori a betegséget illetően a tájékoztatatlanság, melynek következtében ezen nők a gyermekvállalás kérdését gyakran elutasítják, vállalva ezzel az önkéntes gyermektelenséget.

Kutatási eredményeim, illetve a feldolgozott szakirodalmak egyaránt mutatják, hogy az IBD-s betegek tájékoztatása nagyobb mértékben elmarad a szükségessé. A vizsgált személyek több mint fele ugyanis nem kapott betegségével kapcsolatos életvezetési tanácsokat, és azoknak a betegeknek is, akik kaptak információkat egyes dolgokról, sok kérdése

maradt megválaszolatlan, vagy a válaszok minőségét tekintve elégtelen, különösen a gyermekvállalás esetében, illetve a pszichés tényezőket illetően. Sokan gondolják úgy, hogy teherbeesésük esélyeit, a terhesség kimenetelét, illetve a magzat állapotát nagymértékben befolyásolja a betegség, különös tekintettel a gyógyszeres terápiára, mely sokakra nagy hatással volt a gyermekvállalásban, és amely szintén a tájékoztatatlanságra enged következtetni.

Összességében tehát elmondható, hogy a megfelelő tájékoztatás, a betegek pszichés segítése kiemelt fontosságú ahhoz, hogy a gyermekvállalást tervező IBD-s nők betegsége tünetmentessé váljon, mely által szervezetük, testük felkészíthető a várandósságra, a fogantatásra, egy panaszmentesen lezajló terhességre, illetve a várandósság szövődésmentes befejeződésére, és amelynek segítségével a magzat, illetve a születendő gyermek egészségi állapota is megőrizhető.

Irodalomjegyzék

1. Hagymási K., Miheller P., Tulassay Zs. (2012). Adatok az „önként vállalt gyermektelenség” csökkentésére gyulladásos bélbetegségben. *Orvosi Hetilap*, 153(47) 1855-1862. doi:10.1556/OH.2012.29492
2. Laube, R., Yau, Y., Selinger, C.P., Seow, C.H., Thomas, A., Chuah, S.W., Hilmi, I., Mao, R., Ong, D., Ng, S.C., Wei, S.C., Banerjee, R., Ahuja, V., Alharbi, O., & Leong, R.W. (2020). Knowledge and Attitudes Towards Pregnancy in Females with Inflammatory Bowel Disease: An International, Multi-centre Study. *Journal of Crohn's and Colitis*, 1248-1255. doi:10.1093/ecco-jcc/ijaa047
3. Rottenstreich, A., Shifman, Z., Grisaru-Granovsky, S., Mishaël, T., Koslowsky, B., Bar-Gil Shitrit, A. (2020). Factors Associated with Inflammatory Bowel Disease Flare During Pregnancy Among Women with Preconception Remission. *Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature* 2020. https://doi.org/10.1007/s10620-020-06282-7
4. Julsgaard, M., Norgaard, M., Hvas, CL., Buck, D., Christensen, LA. (2011). Self reported adherence to medical treatment prior to and during pregnancy among women with ulcerative colitis. *Inflamm Bowel Dis* 2011;17:1573-80.
5. Nielsen, MJ., Norgaard, M., Holland Fisher, P., Christensen, LA. Self reported antenatal adherence to medical treatment among pregnant women with Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2010; 32:49-58.
6. Rottenstreich, A., Fridman Lev, S., Rotem, R., Mishaël, T., Grisaru Granovsky, S., Koslowsky, B., Goldin, E., Bar-Gil Shitrit, A. (2020). Disease flare at prior pregnancy and disease activity at conception are important determinants of disease relapse at subsequent pregnancy in women with inflammatory bowel diseases. *Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature* 2020. *Archives of Gynecology and Obstetrics* (2020) 301:1449-1454. https://doi.org/10.1007/s00404-020-05557-8

Egy országos felmérés eredményei az alapellátás területén

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

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: Az országos felmérés célja az egészségügyi alapellátásban dolgozó szakdolgozók foglalkoztatásának és keresetének közelmúltbeli nemzeti tendenciáinak azonosítása, valamint annak meghatározása, hogy a fizetések és a bérek növekedése összefügg-e a foglalkoztatás változásával.

Anyag és módszer: A keresztmetszeti vizsgálat 2021. május 17. és 2021. június 17. között történt Magyarországon a háziorvosi, házi gyermekorvosi, vegyes praxisokban, illetve fogorvosi alapellátásban dolgozó egészségügyi szakdolgozók körében, egyszerű véletlen mintavételi technikával (N=2007). Az adatgyűjtés web-alapú anonim, önkitöltős kérdőív alkalmazásával történt. A szerzők az összegyűjtött adatokat Microsoft Excel 2007 és SPSS 22.0 szoftverek segítségével, leíró statisztikai módszerekkel elemezték.

Eredmények: A felmérésben résztvevők nagy tapasztalattal rendelkeznek, 80%-uk több mint 16 éves tapasztalatról számolt be. Az alapellátási területen dolgozó ápolók 7,9%-a rendelkezik főiskolai vagy annál magasabb végzettséggel. A többség (89,5%) teljes munkaidőben dolgozik alkalmazottként (95,4%).

Következtetések: A háziorvosi szolgálatokban alkalmazott ápolók területi ellátási kötelezettség szerinti foglalkoztatásán alapuló jövedelmi különbségei jelen felmérés alapján bizonyítottak, ami ösztönözheti az egészségpolitikai döntéshozókat arra, hogy végezzék el a bérek méltányossági újraértékelését, azonosítsák és enyhítsék a bérekben mutatkozó egyenlőtlenségeket. A kutatás megállapításai azt is mutatják, hogy az illetményeknek az egyes ápolók képzéséhez való hozzáigazítása segítség lehetne az ápolók toborzásában és megtartásában.

Kulcsszavak: alapellátás, életpályamodell, egészségügyi szakdolgozók, fizetések, jövedelmek

Results of a national survey in the field of primary care

Henriett Éva HIRDI PhD, Mária KÁLMÁNNÉ SIMON, Zoltán BALOGH PhD

SUMMARY

The aim of the study: To identify recent national trends in the employment and earnings of nursing personnel in primary healthcare and determine whether salaries and wage growth are associated with changes in the employment.

Material and method: The cross-sectional survey was conducted between 17 May 2021 and 17 June 2021 among nurses working in general, child and family practices, and dental practices selected using a random, sampling method (N=2007). The data gathering took place using a web-based, anonymous, self-completion questionnaire. The authors analysed the gathered data with Microsoft Excel 2007 and SPSS 22.0 software, employing descriptive statistical methods.

Results: Participants are highly experienced, with 80% reporting more than 16 years of experience. 7.9% of nurses are educated at or above the baccalaureate level. The majority (89.5%) work full-time as employees of their organizations (95.4%).

Conclusions: The GP's territorial care obligation disparities in nurses salaries documented here should spark healthcare policymakers to conduct pay equity assessments of employees' salaries to identify and ameliorate pay inequality. The study findings also indicate that tailoring salaries to qualification for the individual nurses may aid in recruiting and retaining nurses in practice.

Keywords: primary care, career model, health professionals, salaries, wages

DR. HIRDI Henriett Éva PhD
alapellátásért felelős alelnök,
Magyar Egészségügyi
Szakdolgozói Kamara
(MESZK) Országos Szervezete
címzetes főiskolai docens,
területi gyakorlatvezető,
Semmelweis Egyetem
Egészségtudományi Kar,
Ápolástan Tanszék, Budapest
ORCID azonosító: 0000-0003-
2159-1025

DR. KÁLMÁNNÉ SIMON
Mária alapellátásért felelős
alelnök, Magyar Egészségügyi
Szakdolgozói Kamara (MESZK)
Budapesti Területi Szervezete
diplomás ápoló, okleveles
egészségfejlesztési tanár,
Talomed Egészségügyi
Szolgáltató Kft., Budapest

DR. BALOGH Zoltán PhD
elnök, Magyar Egészségügyi
Szakdolgozói Kamara (MESZK)
Országos Szervezete
tanszékvezető, főiskolai tanár,
Semmelweis Egyetem
Egészségtudományi Kar,
Ápolástan Tanszék, Budapest

Levelező szerző

(correspondent):

DR. HIRDI Henriett Éva;

E-mail:

hirdi.henriett@gmail.com

Beérkezett: 2021. augusztus 11.

Elfogadva: 2021. augusztus 14.

Bevezetés

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) 2012 óta az egészségügyi alapellátás területén foglalkoztatott szakdolgozók helyzetének megismerése céljából több országos felmérést is végzett annak érdekében, hogy átfogó, kvantitatív meg-alapozottságú képet adjon az egészségpolitikai döntéshozók számára. Ennek keretében külön-külön vizsgálta – esetenként együttműködve más szakmai szervezetekkel – a háziiorvosi praxisokban, védőnői ellátásban, foglalkozás-egészségügyi ellátásban, és az alapellátáshoz kapcsolódó otthoni szakápolás és otthoni hospice ellátásban dolgozók foglalkoztatási körülményeit, végzettségét és tevékenységét, valamint a szakdolgozói kompetenciák kiterjesztésének támogatottságát.

A felmérések egyik kulcskérdése az alapellátás területén alkalmazott szakdolgozók jövedelmi helyzete volt, illetve az, hogy egyetértene-e azzal, ha az alapilletményük a mindenkor érvényben lévő egészségügyi ágazati bértábla alapján kerülne megállapításra. A MESZK vizsgálta azt is, hogy az e területen foglalkoztatottak mit várnának egy életpálya-modell bevezetésétől, illetve, hogy a különböző kormányzati intézkedések (pl. a körzeti ápolók szakdolgozói kiegészítő díjazása) hogyan valósulnak meg a mindennapi életben (Hirdi, Kálmánné, Balogh, 2012; Hirdi & Balogh, 2018).

Sajnos a felmérések eredményei az évek előrehaladtával nem mutattak javuló tendenciát. A MESZK 2018. évben 3740 fő alapellátásban dolgozó részvételével megvalósult országos felmérése során a szakdolgozók 75,6%-a nyilatkozta azt, hogy anyagi nehézségeik vannak, közülük 2,7% érezte úgy, hogy nélkülözések között él, 21,4%-nak pedig hónapról hónapra anyagi gondjai voltak. A szakdolgozók fele (51,7%) pedig éppen, hogy kijött a jövedelméből. E felmérésben 1007 háziiorvosi praxisban alkalmazott ápoló szolgáltatott adatot, mely alapján megállapítást nyert az is, hogy a vonatkozó jogszabályi rendelkezés (43/1999. (III.3.) Kormányrendelet 14.§ (4a) bekezdés) ellenére 50,7%-uk nem kapta meg a szakdolgozói kiegészítő díjazást. Döntő többségük évekre visszamenőleg nem kapta meg ezt a kiegészítő díjazást. Közülük 385 fő jelezte, hogy 24 hónapot meghaladó elmaradásról van szó. A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőhöz (NEAK) a szakdolgozók nem mertek fordulni problémájukkal, mert féltek, hogy elveszítik az állásukat. Előzőek miatt nem meglepő, hogy a szakdolgozók legelégedetlenebbek (81,5%) a jövedelmi viszonyaikkal voltak (Hirdi & Balogh, 2018).

Az előzőekben említett felmérések idején az alapellátásban dolgozóakra (kivéve a védőnőket) egy-

Rövidítések jegyzéke:

MESZK: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara

NEAK: Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

SZOCHO: szociális hozzájárulási adó

TEK: területi ellátási kötelezettség

TEKN: területi ellátási kötelezettség nélküli

általán nem terjedt ki az egészségügyi ágazatban dolgozók bérfejlesztése, melynek jogszabályi alapjait az *egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény, valamint egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevételének részletes szabályairól szóló 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet* adta meg. Figyelemmel arra, hogy e témakörben az alapellátás valamennyi területéről érkezett visszajelzés a MESZK-hez, melyben sérelemként, negatív diszkriminációként élték meg a szakdolgozók a szakterület kimaradását a bérfejlesztési intézkedésekből, a Köztisztviselői Fontosnak tartotta e kérdés objektív felmérését. Ennek során megállapítást nyert, hogy az alapellátásban dolgozók 96,2%-a értene egyet azzal, ha az alapilletményük – figyelembe véve a képesítést és a szolgálati időt – a mindenkor érvényben lévő egészségügyi ágazati bértábla alapján kerülne megállapításra.

Fentiekhez kapcsolódóan megemlítené még, hogy az *egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény* hatályba lépésével egyidejűleg elkészítésre került „Az egészségügyi alapellátás megerősítésének koncepciója” című dokumentum is, melyben a szakdolgozók (kifejezetten a háziiorvosi praxisokban dolgozó egészségügyi szakdolgozók és védőnők) helyzete is részben elemzésre került korábbi kamarai felmérések eredményeit is figyelembe véve. Mindez felvillantotta a reményét egy alapellátási szakdolgozói bértábla kialakításának. A körzeti ápolói bértáblára e dokumentumban konkrét javaslat is készült a következő szempontok kiemelésével:

- „a díjazás az egészségügyi tevékenység végzésével eltöltött évek emelkedésével sávosan emelkedik
- a díjazás figyelembe veszi a végzettséget, a szakképesítés nélküli, a szakképzett és a diplomás szakdolgozókra különböző táblák vonatkoznak
- a háziiorvosi ellátásban való munkavégzés vonzóvá tétele érdekében a háziiorvosi praxisokban dolgozó szakdolgozók jövedelme legyen versenyképes” (EMMI, 2015).

• Az alapellátásban dolgozók tehát várták, hogy az egészségügyi ágazati bértábla, vagy egy alapellátási bértábla hatálya alá kerüljenek, annak érdekében, hogy jogszabályi védelemmel, garanciákkal támogatott, kiszámítható és anyagi biztonságot, magasabb életszínvonalat biztosító feltételek mellett dolgozhassanak. Ugyancsak joggal várták az alapellátásban foglalkoztatottak az életpálya modell kialakítását is, hiszen ezen előmeneteli elem is szerepelt a 2015 nyarán megjelent, korábban idézett törvényben.

Ennek ellenére a szakdolgozói közösséget váratlanul érte a *praxisközösségekről szóló 53/2021 (II.9.) Korm. rendelet* (Pkr.) megjelenése és hatályba lépése, mely az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendeletet is módosította. A jogalkotói szándék egyértelműen az volt, hogy a területi ellátási kötelezettséggel (TEK) rendelkező háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi szolgálatoknál foglalkoztatott szakdolgozók bére elérje a korábban a kórházakra érvényes – a 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 7. melléklet szerinti – egészségügyi szakdolgozói bértábla szintjét. Ugyanakkor a jogalkotók ennek kivitelezését nem az ágazati bértábla hatályának kiterjesztése útján látták megvalósíthatónak, hanem egy bértámogatási rendszer létrehozásával, mely a praxisközösségi szerveződéstől teljesen független. E rendszerben a szakdolgozók után a szolgáltatók a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendeletben megjelölt fix összegeket kapták meg bértámogatásként 2021. január 1-ig visszamenőlegesen. A nagyobb, több szakdolgozót foglalkoztató praxisokban pedig elméletileg lehetőség volt a „további” szakdolgozók után is a táblák szerint szakdolgozói bértámogatást megigényelni, bár ez a korcsoportos alappontszám figyelembevételével – meghatározott kritériumok szerint – történhetett. A bértámogatás összege tehát teljesen független volt attól, hogy eddig mennyi volt a szakdolgozó keresete, az egészségügyi szolgáltató a szakdolgozó elismert gyakorlati ideje alapján a vonatkozó teljes összeget megigényelhetette. Magát a bértámogatás mértékét úgy állapította meg a jogszabály, hogy – a felmerülő közterhekkel (SZOCHO) együtt – akkor is elérje az ágazati bértábla szerinti besorolási alapilletmény összegét, ha a szakdolgozó 2020. decemberi bére csupán a garantált bérminimumot (bruttó 210.600 Ft) érte el. A szakdolgozói bértámogatás megigényléséhez csak a NEAK felé kellett a gyakorlati időket jelezni, más pl. praxisközösségi regisztrációs feladat nem volt (53/2021 (II.9.) Korm. rendelet; 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet; Végvári, 2021).

A Köztisztviselői Szakszervezet elkeseredett levél érkezett be a tagoktól abban a témában is, hogy az 53/2021 (II.9.) Korm. rendelet 2021. február kö-

zépétől hatályon kívül helyezte a 43/1999. (III.3.) Kormányrendelet 14.§ (4a) bekezdését, ami addig a körzeti ápolók szakdolgozói kiegészítő díjazását szabályozta. Ezáltal a 2014-ben bevezetett illetménykiegészítés – melyet praxis típustól függetlenül minden legalább heti 20 órában foglalkoztatott szakdolgozó megkaphatott – egy szempillantás alatt eltűnt a rendszerből. S mivel az új bértámogatási rendszer csak a TEK-es praxisokra terjedt ki, a TEK nélküli szolgáltatóknál alkalmazott szakdolgozók rendkívül hátrányos helyzetbe kerültek.

A helyzetet tovább árnyalta, hogy szinte ezzel egyidejűleg nyílt meg a lehetőség arra, hogy az érvényes finanszírozási szerződéssel rendelkező, kizárólag – ide nem értve a munkavállalói résztulajdont – a helyi önkormányzat tulajdonában vagy fenntartásában álló alapellátó egészségügyi szolgáltatónál foglalkoztatott (közalkalmazotti jogviszonyban vagy munkaviszonyban) egészségügyi dolgozókra is béremelési támogatást kaphasson a munkáltató. Ennek megfelelően ezen szakdolgozókra viszont már az ágazati előmeneteli szabályokat kell alkalmazni.

Az új bértámogatási rendszer bevezetése előtt relatíve kevés adat állt a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) rendelkezésére az alapellátási területen foglalkoztatott egészségügyi szakdolgozókról, mivel csak bizonyos ellátási típusoknál volt a finanszírozásra tényleges hatással az egyes szolgáltatóknál egyidejűleg alkalmazott szakdolgozók létszáma, illetve munkaideje. Míg a háziorvosi finanszírozási szerződésekben a szakdolgozók és a további szakdolgozók is feltüntetésre kerültek, sőt foglalkoztatásuk heti óraszámja is megadásra került. Addig a fogászati finanszírozási szerződésben csupán az asszisztensek száma került feltüntetésre, más adat nem áll rendelkezésre, mivel az asszisztensek száma a fogászati finanszírozást nem befolyásolta (Kőrösi, 2019).

A 2019. évi NEAK adatok alapján megállapítható volt, hogy a háziorvosi ellátásban az egy szolgáltatóra jutó szakdolgozók és további szakdolgozók száma átlagosan 1,32. A megyei megoszlást tekintve a legmagasabb (1,92) Somogy megyében, míg a legalacsonyabb Budapesten (0,98). A szakdolgozók heti munkaidejének megoszlása alapján pedig e területen az „elsődleges” szakdolgozók 94,6%-a heti 40 órában állt alkalmazásban, míg a mellettük alkalmazott „további” szakdolgozóknak csak 62,4%-a volt főállású. Ugyanakkor a fennmaradó 36% ugyan nem volt főállásban alkalmazva, de heti több mint 20 órában dolgozott. A korcsoport analízist tanulmányozva pedig egyértelműen kirajzolódott, hogy a szakterületen jelentős „elöregedés” észlelhető. A szakdolgozók csupán 4,03%-a volt 35 év alatti, 23,53%-uk 36-45

év közötti, 57,19%-uk 46-60 év közötti, míg további 15,25%-uk 60 év feletti. A „további” szakdolgozók korcsoportos megoszlása sem mutatott kedvezőbb képet (Kőrösi, 2019).

A NEAK 2019. évi adatai alapján a fogorvosi szolgálatokban alkalmazott szakdolgozók létszáma 3793 fő volt. A fogorvosi alapellátásban az egy szolgálatra jutó szakdolgozók száma átlagosan 1,13 volt. A megyei megoszlást tekintve a legmagasabb (1,38) Baranya megyében, míg a legalacsonyabb Fejér megyében (1,02) (Kőrösi, 2019).

Figyelemmel arra, hogy a fenti szakterületeken dolgozók a korábbi években teljesen kimaradtak az ágazati illetmény- vagy bérnövelést támogató, elősegítő intézkedésekből, illetve 2021. évben ennek megoldására teljesen új – foglalkoztatási formától függő – bértámogatási rendszerek kerültek bevezetésre átfogó országos felmérés vált szükségessé a szakdolgozók körében.

A vizsgálat célja

Az országos felmérés célja az volt, hogy megismerjük a háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi szolgálatoknál foglalkoztatott egészségügyi szakdolgozók foglalkoztatásának és jövedelmi helyzetének jelenlegi körülményeit és feltárjuk aktuális problémáikat.

Anyag és módszer

A keresztmetszeti, kvantitatív vizsgálat 2021. május 17. és 2021. június 17. között történt Magyarországon a háziiorvosi, házi gyermekorvosi, illetve vegyes praxisokban, valamint a fogorvosi alapellátási szakterületeken dolgozó egészségügyi szakdolgozók körében. Az adatgyűjtés a MESZK honlapján elhelyezett web-alapú anonim, önkitöltős kérdőív alkalmazásával, egyszerű véletlen mintavételi technikával történt.

Az alapsokaságot a felnőtt háziiorvosi, házi gyermekorvosi, illetve vegyes praxisokban, és fogorvosi alapellátási praxisokban dolgozó egészségügyi szakdolgozók jelentették. A NEAK által közzétett 2019. évi adatok alapján összesen a háziiorvosi területről 6429 fős, míg a fogászati alapellátási területről 3793 fős populációméretet feltételeztünk (Kőrösi, 2019). Figyelembe véve az alapsokaság arányát megyére lebontva, azt terveztük, hogy minden megyéből legalább 10%-os arányban kerüljenek a mintába a kérdezettek, országos szinten 1020 fő válaszadóra számítottunk.

Az alkalmazott saját készítésű kérdőívben nyitott és zárt kérdéseket egyaránt alkalmaztunk, de az egyszerű és egyértelmű kiértékelés érdekében a kérdő-

ív többségében zárt kérdésekre épült. A kérdőív az alábbi kérdéskörök köré csoportosult:

- Foglalkoztatás körülményeire vonatkozó kérdések

- Jövedelmi helyzetre vonatkozó kérdések

A kérdőív kipróbálására 20 fő részvételével került sor, akik a végső felmérés mintájával megegyezően alapellátási területen dolgozó egészségügyi szakdolgozók voltak. A tesztelés során a kérdések többségét változatlanul hagytuk, 2 kérdésen változtattunk és 1 kérdést hozzáadtunk. A végleges kérdőív 27 kérdésből állt. A kérdőív kitöltése 10 percnél kevesebb időt vett igénybe.

A kérdőívre mutató link, illetve a részvételi felhívás eljuttatása a célcsoporthoz egyrészt elektronikus hírlével útján a kamarai levelezőlisták felhasználásával, másrészt a MESZK honlapján történő publikálással, illetve a Facebook közösségi oldal felhasználásával történt. A felmérés 16. napján ismételt felhívást küldtünk a kamarai tagoknak, a kérdőív kitöltését kérve. A résztvevőket biztosítottuk az önkéntes és anonim válaszadás lehetőségéről, továbbá arról, hogy az eredményeket jelen kutatáshoz kötődő célokhoz használjuk fel.

A kutatás során gyűjtött adatok feldolgozása és elemzése Microsoft Excel 2007 szoftver és SPSS 22.0 program segítségével történt. Az elemzés során leíró statisztikai módszereket használtunk. Az alapstatisztikaként gyakorisági eloszlást vizsgáltunk.

Eredmények

A MESZK honlapján elhelyezett elektronikus kérdőívet az egy hónapos adatgyűjtési időintervallum alatt összesen 2007 fő egészségügyi szakdolgozó töltötte ki, amely országos szinten az alapsokaság 19,6%-a. A felmérés eredményei mindkét szakterületre és valamennyi megyére nézve reprezentatívak. Szakterületi bontásban vizsgálva a válaszadói arány megoszlását az országos alapsokasághoz viszonyítva elmondható, hogy a háziiorvosi praxisokban dolgozók 22%-a (1429 fő), míg a fogászati alapellátásból az asszisztensek 15%-a (578 fő) vett részt a felmérésben (**I. számú táblázat**).

Foglalkoztatási adatok

A válaszadók több mint fele (63,97%) felnőtt háziiorvosi ellátásban dolgozik, több mint egynegyede (28,8%) fogászati alapellátásban, és 7,23%-a házi gyermekorvosi ellátásban. TEK-es praxisban áll alkalmazásban 90,2%-uk.

A felmérésben résztvevők jogviszonyát megvizsgálva megállapítható, hogy döntő többségük (95,4%) alkalmazottként dolgozik. A legtöbben (78,6%) változatlanul munkaviszony típusú jogviszonyban.

I. táblázat: A 2021. évi országos alapellátási felmérésben résztvevők száma megyei és szakterületi bontásban (N=2007)

Melyik megyében dolgozik?	Milyen szakterületen dolgozik?			Összesen	
	fogászati alapellátás	házi gyermekorvosi szolgálat	felőtt vagy vegyes háziorvosi szolgálat	fő	%
Bács-Kiskun megye	23	16	75	114	5,7
Baranya megye	31	11	49	91	4,5
Békés megye	19	1	36	56	2,8
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	36	11	91	138	6,9
Budapest	136	15	242	393	19,6
Csongrád megye	34	9	55	98	4,9
Fejér megye	24	8	53	85	4,2
Győr-Moson-Sopron megye	27	4	52	83	4,1
Hajdú-Bihar megye	48	6	75	129	6,4
Heves megye	22	4	56	82	4,1
Jász-Nagykun-Szolnok megye	17	0	54	71	3,5
Komárom-Esztergom megye	12	2	34	48	2,4
Nógrád megye	6	6	28	40	2,0
Pest megye	65	18	138	221	11,0
Somogy megye	12	5	35	52	2,3
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	18	6	69	93	4,6
Tolna megye	9	3	33	45	2,2
Vas megye	13	4	27	44	2,2
Veszprém megye	14	8	45	67	3,3
Zala megye	12	8	37	57	2,8
Összesen	578	145	1284	2007	100

Emellett szinte minden létező jogviszonyforma megjelenik a fennmaradó 21,4%-nál. A jogviszonyt tovább elemezve megállapítást nyert, hogy a szakdolgozók alkalmazásának időtartama 96,2%-ban határozatlan idejű, mely jóval nagyobb biztonságot nyújt, mint a határozott időtartam.

A foglalkoztatás jellegét tekintve teljes munkaidősnek (heti legalább 40 órában foglalkoztatottnak) vallja magát a szakdolgozók 89,5%-a. A részmunkaidősök (10,5%; n=210) heti 6-tól heti 35 óráig időtartamig változó óraszámokról számoltak be. A legjellemzőbb közöttük a heti 30 órában történő foglalkoztatás (114 fő), illetve a heti 20 óráig jogviszony (56 fő).

A kérdezettek aktivitási státuszát tekintve jelenleg 11,2%-uk dolgozik nyugdíj folyósítása mellett. A felmérésben résztvevők nagy tapasztalattal rendelkeznek, 80%-uk több mint 16 éves tapasztalatról számolt be. Csúpan 5,4% (110 fő) sorolta magát a 0-3 év közötti gyakorlati idővel rendelkezők közé, közülük 81 fő a fogászati alapellátás területén dolgozik, 29-en pedig a háziorvosi ellátásban.

A felmérésben résztvevőket kértük, hogy iskolai

végzettségüket, szakképesítésüket alapul véve jelöljék meg, hogy melyik fizetési osztályba tartoznak/tartoznának az egészségügyi ágazati bértábla alapján. A válaszadók fele (53,4%) sorolta magát az „E” fizetési osztályba. 38,8% ennél alacsonyabb fizetési osztályba sorolta magát, míg az alapellátási területen dolgozók 7,9%-a jelölte azt, hogy rendelkezik főiskolai vagy annál magasabb végzettséggel (II. számú táblázat).

Jövedelmi helyzetre vonatkozó adatok

Figyelemmel arra, hogy nem egységes a különböző jogviszonyokban, szervezeti formákban foglalkoztatottakra vonatkozó szabályozás – és ezáltal a problémáik is mások – az elemzés során nemcsak az összes válaszadói adatokat, hanem a különböző részhalmazokba tartozók válaszait is értékeltük, analizáltuk.

Összességében megállapítható, hogy a szakdolgozók 34%-a nem kapott tájékoztatást a munkáltatójától az egészségügyi szolgálati jogviszony, vagy a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet bértámogatási rendszer bevezetéséről. Előzőek miatt számos félre-

II. táblázat: A minta foglalkoztatási jellemzői (N=2007)

		n (fő)	%
Foglalkoztatás jellege	Munkaviszony	1577	78,6
	Egészségügyi szolgálati jogviszony	237	11,8
	Közalkalmazotti jogviszony	73	3,6
	Egyéni egészségügyi vállalkozó	41	2,0
	Egyéni cég tagja	36	1,8
	Társas vállalkozás tagja	16	0,8
	Rendvédelmi igazgatási szolgálati jogviszony	10	0,5
	Közszolgálati jogviszony	8	0,4
	Szabadfoglalkoztatás	5	0,2
	Honvédelmi alkalmazotti jogviszony	3	0,1
	Kormányzati szolgálati jogviszony	1	0,0
	Jogviszony időtartama	határozatlan idejű	1930
határozott idejű		77	3,8
Munkaidő	heti 40 óra	1797	89,5
	kevesebb, mint heti 40 óra	210	10,5
Aktivitási státusz	aktív (nem nyugdíjas)	1783	88,8
	nyugdíjas	224	11,2
Bértábla szerinti fizetési osztály	C - érettségi (pl. általános ápoló, általános asszisztens; körzeti betegápoló)	250	12,5
	D - érettségire épülő szakmai végzettség (pl. felnőtt szakápoló, OKJ 52 gyakorló ápoló, körzeti ápoló, gyakorló csecsemő- és gyermekápoló)	527	26,3
	E - felsőfokú, emelt szintű szakképesítés (pl. OKJ 54, 55 végzettségek: ápoló, körzeti-közösségi szakápoló, csecsemő- és gyermekápoló)	1071	53,4
	F - főiskolai végzettség és szakképezettség (pl. diplomás ápoló)	138	6,9
	H - egyetemi végzettség és szakképzettség (pl. egyetemi okleveles ápoló)	21	1,0
Gyakorlati idő	0-15 év	396	20
	16-30 év	770	38
	31-45 év	787	39
	46 év felett	54	3
Praxis jellege	területi kötelezettséggel járó	1811	90,2
	területi kötelezettség nélküli	196	9,8

értés alakult ki, hiszen sok esetben maguk a munkáltatók sem voltak tisztában a vonatkozó szabályozásokkal és azok alkalmazásával, értelmezésével. A szakdolgozók 58,9%-ának nincs rálátása arra, hogy az őket foglalkoztató egészségügyi szolgáltató mennyi finanszírozást kap a NEAK-tól.

2020-ban a garantált bérminimum összege 210.600,- forint volt a vonatkozó kormányrendelet szerint. A felmérésben résztvevő szakdolgozók 18,1%-a nyilatkozta azt, hogy 2020. december hónapban a munkaszerződésében, kinevezési okmányában meghatározott bruttó (adózás előtti) alapilletmény összege kevesebb volt, mint a garantált bérminimum. 38,1%-uk esetében pedig az alapilletmény összege megegyezett a a garantált bérminimum összegével.

Az összes válaszadó válaszait elemezve a szakdolgozók 72,8%-a nyilatkozta azt, hogy havi jövedelme a bértámogatás bevezetésének hatására növekedett.

A szakdolgozók 30,7%-a nyilatkozta azt, hogy a szakmai béréért nem kompetencia körének megfelelő munkát is kell végeznie (pl. rendelő takarítás).

Egészségügyi szolgálati jogviszonyban foglalkoztatottak

Összesen 237 fő nyilatkozta azt, hogy jelenleg egészségügyi szolgálati jogviszonyban foglalkoztatják. Válaszaikból kiderül, hogy nagy többségüknek alkalmazásra kerültek a 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2.§ (1c) bek. szerint az ágazati előmeneteli szabályok és a 2/A. § (2) bekezdése alapján havi illetményük

nem kevesebb, mint az ezen rendelet 7. mellékletében található szakdolgozói bértábla szerinti összeg. Ugyanakkor az is érzékelhető, hogy sokan nem kaptak egyértelmű tájékoztatást arra vonatkozóan, hogyan is valósul meg a „besorolás”, a „béremelés”, hiszen a média elsősorban a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításában beharangozott bértámogatásra fókuszált. Ennek következtében sokan csalódottságnak adtak hangot, hogy a munkáltató számára kiutalt bértámogatás nem épült rá a korábbi illetményükre. Mindemellett az ágazati bértáblába történő átsorolás sem volt zökkenőmentes, a 237 főből 75 fő nyilatkozott úgy, hogy problémát okozott a gyakorlati idő beszámítása, közülük 44 főnek azóta sem sikerült megnyugtató módon rendezni a problémáját. E személyi körből 163 fő nehezményezte a 2014-ben bevezetett körzeti ápolói szakdolgozói kiegészítő díj 2021 februárjától történt eltörlését.

Egyéb jogviszonyokban területi ellátási kötelezettséggel járó szolgálatban foglalkoztatottak

Összesen 1574 fő nyilatkozta azt, hogy jelenleg nem egészségügyi szolgálati jogviszonyban, hanem valamilyen más (pl. munkaviszony, közalkalmazotti, stb.) jogviszonyban foglalkoztatják, területi ellátási kötelezettséggel járó egészségügyi alapellátó szolgálatban.

Közülük 529 főnek (33%) az idei évben sem a garantált bérminimum összegének emelése, sem pedig a bértámogatás bevezetése kapcsán nem került módosításra a munkaszerződése, kinevezési okmánya a jövedelem tekintetében.

A felmérésből kiderül, hogy a szakdolgozók 41,1%-ánál (655 fő) problémát okozott a gyakorlati idő beszámítása, közülük 17,6%-nak (280 fő) azóta sem sikerült megnyugtató módon rendezni a helyzetét.

Az 1574 főből 266 fő (16,7%) nem kapta meg a 43/1999. Korm. rendelet 36. melléklete szerinti szakdolgozói bértámogatást 2021. januárig visszamenőleg kifizetve. Ennek hátterében a legjellemzőbb okok a következők:

- 69 fő nyilatkozott úgy, hogy azért nem részesült bértámogatásban, mert nem ő volt nevesítve a finanszírozási szerződésben – habár ténylegesen a praxisban dolgozott, de munkáltatója nem jelentette le a jogviszony létesítésekor –, ezért a NEAK nem folyósított bértámogatást utána.

- 52 fő a jogszabály megjelenése előtti munkahelyváltás miatt nem kaphatta meg a bértámogatást visszamenőlegesen 2021. január 1-ig, holott előtte is olyan helyen dolgoztak, ahol jogosultak lettek volna a támogatásra.

- 42 fő esetében több szakdolgozót is alkalmaz a

praxis, ugyanakkor nem érték el a szükséges ponthatárt, ezért a NEAK nem folyósított bértámogatást csak egy szakdolgozó után.

- 27 fő esetében a munkáltató azért nem hajlandó a bértámogatási összeget kifizetni, mert a szakdolgozó 2020. december havi bére magasabb volt, mint a garantált bérminimum összege.

- 7 fő tartósan betöltetlen háziorvosi körzetben dolgozik, ahol az önkormányzat által igazolt ellátási érdekből helyettesítő háziorvos végez tevékenységet, akinek a vállalkozásán keresztül alkalmazzák az ápolót, így a szakdolgozó nem az önkormányzat alkalmazottja, ugyanakkor az önkormányzat van finanszírozási szerződésben a társadalombiztosítóval. Előzőek miatt a szakdolgozó utáni bértámogatást sem a vállalkozó háziorvos, sem pedig az Önkormányzat nem tudja megigényelni.

- 2 főnél a háziorvos pont nyugdíjba vonult a jogszabály megjelenésének idején, s bár az új háziorvos tovább alkalmazta ugyanabban a praxisban az ápolót, jogviszonya mégsem tekinthető folytonosnak a finanszírozási szerződés vonatkozásában, hiszen szolgáltató váltás történt. Emiatt visszamenőlegesen sem a nyugdíjba vonult háziorvos, sem pedig az új háziorvos nem igényelheti meg a bértámogatást.

137 fő nyilatkozott úgy, hogy habár 2020. december hónapban kevesebb, vagy ugyanannyi volt a havi illetménye, mint a garantált bérminimum akkori összege (210.600,- Ft), mégsem emelkedett a havi jövedelme a 2021. évi bértámogatás bevezetésének hatására.

E személyi körből 902 fő nehezményezte a 2014-ben bevezetett körzeti ápolói szakdolgozói kiegészítő díj 2021. februárjától történt eltörlését.

Egyéb jogviszonyokban területi ellátási kötelezettséggel nem járó szolgálatban foglalkoztatottak

A felmérésben részt vettek közül 196 fő dolgozik TEKN praxisban. Válaszaikból egyértelműen kiderül, hogy rendkívül méltánytalan helyzetbe kerültek, hiszen egyrészt nem részesültek a TEKN praxisok bértámogatásában a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 16.§ (1) bekezdésében meghatározott feltételek miatt, másrészt a háziorvosi szolgálatoknál a körzeti ápolói szakdolgozói kiegészítő díj 2021. februárjától történt eltörlése miatt az illetményük csökkent (74 fő).

E személyi körből mindenki nehezményezte a körzeti ápolói szakdolgozói kiegészítő díj eltörlését.

Megbeszélés, következtetések

Vizsgálatunk egyik céljának tekintettük, hogy megvizsgáljuk a háziorvosi, házi gyermekorvosi, illetve

vegyes praxisokban, fogorvosi alapellátási praxisokban dolgozó egészségügyi szakdolgozók foglalkoztatásának jelenlegi körülményeit, feltárjuk aktuális problémáikat.

A 2012-ben végzett országos körzeti ápolói felmérés (N=812) során is azt tapasztaltuk, hogy a válaszadók jelentős része (80,4%) munkaviszony típusú jogviszonyban alkalmazott. Ez a tény az Eszjtv. bevezetésének hatására sem változott, jelen mintában is e jogviszony volt a legjellemzőbb. Az elmúlt közel tíz év alatt a területen alkalmazott szakdolgozók végzettségének szintje sem változott. A diplomások aránya a 10%-os mértéket még mindig nem haladja meg. Ugyanakkor a nyugdíj mellett foglalkoztatottak aránya nőtt, míg a 2012-es felmérésben 3% volt, addig jelen kutatás során ez az arány magasabb (Hirdi et al., 2012).

Áttanulmányozva a hatályos szabályozást sajnos valóban az állapítható meg, hogy a jogalkotók nem hoztak létre átmenti rendelkezéseket azon élethelyzetekre, amikor munkahelyváltás (szolgáltató váltás) történik, vagy helyettesítő háziorvos végez tevékenységet. A bértámogatás megigénylése pedig alapvetően a finanszírozási szerződéssel rendelkező szolgáltatóhoz (és csak rajta keresztül a szakdolgozóhoz) kötött. Ennek a joghézagnak köszönhetően következhetnek be azok a jogos érdeksérelmek, amit több szakdolgozó is jelzett a MESZK felé.

Feltételezhetően nem az volt a jogalkotói szándék, hogy a munkáltatók visszacsökkentsék a szakdolgozók alapbérét a mindenkor garantált bérminimumra. Ezzel szemben több szakdolgozó is azt jelezte, hogy munkáltatója úgy értelmezte a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 16.§ (1) bekezdésben megfogalmazottakban azt a szövegrészt, hogy „A háziorvosi szolgáltató a bértámogatás szociális hozzájárulási adóval csökkentett összegét a szakdolgozó bérének a szakdolgozó 2020. decemberi munkabérére, de legalább a mindenkor garantált bérminimumot meghaladó részének a kifizetésére köteles fordítani.”, hogy nem kötelező a 2020. decemberi munkabér összegét figyelembe venni. S így az új bér megállapításakor figyelmen kívül hagyták a 2020. decemberi munkabér összegét és alapként a garantált bérminimumot vették, majd ezt egészítették ki a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet szerinti bértámogatás összegével.

Javaslatok

Az önhibájukon kívül (pl. az orvos nyugdíjazása, háziorvosi-fogorvosi praxisok közötti munkahelyváltás, tartósan betöltetlen praxisokban helyettesítő orvos általi alkalmazás miatt) a mostani bértámogatásból részlegesen kimaradt ápolók bértámogatásá-

nak visszamenőleges kifizetésére a jogszabályi alapot meg kell teremteni.

Hasonló szemlélettel, mint ahogyan függetlenítve lett a szakdolgozói bértámogatás a praxisközösséghez történő csatlakozástól, tekintettel arra, hogy a szakdolgozónak arra sincs ráhatása, hogy egy praxis TEK-es vagy TEK nélküli, ugyanakkor a lakosság folyamatos és zökkenőmentes ellátása céljából a működő TEKN praxisok szakdolgozóinak megtartása rendkívül fontos, javasoljuk a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 16.§ (1) bekezdésében foglaltak kiterjesztését, a bértámogatás biztosítását a TEKN praxisokra is.

A hazánkban 2019-ben elkészített „*Javaslat Nemzeti Ápolásfejlesztési Stratégia Elemreire*” című vitairatban az egészségügyi ellátórendszerrel érintő javaslatok között rövid távú (2019-2022) célkitűzésként fogalmazódott meg, hogy az alapellátás megerősítése és a népegészségügyi célok elérése érdekében a BSc és MSc ápolók szerepének megerősítése (pl.: szűrővizsgálatok kivitelezése, krónikus betegek széles hatáskörű gondozása) kívánatos lenne.

A dokumentum azt is kihangsúlyozza, hogy a praxisközösségek eredményes működéséhez a meglévő OKJ ápolók kompetencia fejlesztése mellett, kiemelten szükséges a BSc és az MSc ápolók, mint többlétszolgáltató szakemberek helyének kialakítása a jelenleg induló praxisközösségi teamekben (Oláh et al., 2019). Ugyan jelenleg kevesebb, mint 10% a főiskolai, vagy egyetemi végzettséggel rendelkezők aránya a felmért szakterületeken, de megtartásuk érdekében nélkülözhetetlen, hogy a felsőfokú végzettségű ápolót foglalkoztató háziorvosi praxisokban a bértámogatási rendszer vegye figyelembe a megszerzett magasabb végzettséget és a diplomás bérigényt. A 2018. évi országos kamarai felmérés eredményei is azt támasztották alá, hogy az illetményrendszer elemeinél a szakdolgozók ugyan legfontosabbnak a szolgálati idő elismerését, vagyis az egészségügyi tevékenység végzésével eltöltött éveket tartják, de emellett ugyanilyen hangsúlyosnak ítélték meg a szakirányú ismeretek, szakképesítés honorálását is (Hirdi & Balogh, 2018).

Az alapellátási területen dolgozók részéről szintén igényként merül fel, hogy a több szakdolgozót alkalmazó háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátási és fogorvosi alapellátási praxisokban valamennyi ott dolgozó ápoló, asszisztens bértámogatása legyen biztosítva.

Emellett kerüljön visszaállításra a háziorvosi praxisokban alkalmazott ápolók 2021 februárjától eltörölt kiegészítő szakdolgozói díjazása, a korábban ki nem fizetett díjazásokat vizsgálja felül a NEAK.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetet mondanak az adatgyűjtés lebonyolításában nyújtott segítségért a Magyar Egész-

ségügyi Szakdolgozói Kamara Területi Szervezetei Elnökségének, illetve azoknak, akik válaszolva a MESZK felhívására megosztották velünk gondolataikat, elképzeléseiket, véleményüket.

Irodalomjegyzék

1. 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról. Magyar Közlöny 2015. 07.13. 102. szám. 17507-17514.
2. 53/2021 (II.9.) Korm. rendelet a praxisközösségekről. Magyar Közlöny 2021.02.09. 19. szám.
3. 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól. Letöltve: 2021.08.10. Hozzáférhető: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99900043.kor>
4. EMMI (2015). Az egészségügyi alapellátás megerősítésének koncepciója. Letöltve: 2021.08.10. Hozzáférhető: <https://adoc.pub/az-egeszseggyi-alapellatas-megersitesenek-koncepcioja.html>
5. Hirdi, H., Balogh, Z. (2018). Alapellátásban alkalmazott szakdolgozók életpályamodellje. NŐVÉR. 31(4): 9-19.
6. Hirdi, H., Kálmánné, S.M., Balogh, Z. (2012). A háziorvosi, házi gyermekorvosi, illetve vegyes praxisokban dolgozó egészségügyi szakdolgozók munkakörülményei Magyarországon. NŐVÉR. 25(4): 11-27.
7. Körösi, L. (2019). A szakdolgozók szerepe az alapellátásban. Egészségügyi Szakdolgozók III. Alapellátási Konferenciája, Pécs, 2019. május 24. (prezentáció)
8. Oláh, A. et. al. (2019). „Javaslat Nemzeti Ápolásfejlesztési Stratégia Elemeire”. Hozzáférhető: 2021.08.11. Letölthető: <http://www.apolasfejlesztisstrategia.hu/02.html>
9. Végvári, T. (2021). Tájékoztató a praxisközösségi regisztrációról és a bértámogatásról. Letöltve: 2021.08.10. Hozzáférhető: http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/tajekoztato_a_praxiskozossegi_regisztraciorol_es_a_bertamogatasrol

2021. november 26-án
kerül megrendezésre online formában a

FŐISKOLÁT és EGYETEMET VÉGZETT ÁPOLÓK XIV. ORSZÁGOS KONGRESSZUSA

„Kihívások és megoldások az ápolásban” címmel

a Szegedi Tudományegyetem Ápolási Tanszékének Szervezésében.

A részvétel előzetes regisztrációhoz kötött,
amely a rendezvény webes felületén érhető el
(www.feva.etszk.u-szeged.hu).

Az absztraktok benyújtási határideje: **2021. augusztus 21.**

A konferencia hivatalos nyelve magyar. A „Nemzetközi perspektívák az ápolásban” címmel meghirdetett témakör jellegénél fogva angol nyelven is fogad előadásokat és látogatókat.



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!

