

# NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA  
JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

## A TARTALOMBÓL:

Gondolatok az ápolói kompetenciáról

Fókuszban az endometriosis

A festékes anyajegyek veszélyei



2016. 29. ÉVFOLYAM 2. SZÁM  
<http://www.meszk.hu/nover>

Magyar Egészségügyi



Szakdolgozói Kamara

# FELHÍVÁS

## A MESZK III. SZAKDOLGOZÓI TUDOMÁNYOS KONGRESSZUSÁRA

**Időpont: 2016. szeptember 8-10.**

**Helyszín: Hotel Azúr – Siófok**



A Kongresszusról bővebb információ,  
jelentkezés 2016. április végétől lesz elérhető a  
[www.meszk.hu](http://www.meszk.hu) honlapon.

További információ: Mátésné Horváth Mónika, MESZK Országos Szervezet  
irodavezetőjénél lehetséges, tel.: 1-323-2070,  
e-mail: [kongresszus@meszk.hu](mailto:kongresszus@meszk.hu)

# NÓVÉR

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

*Nóvér, 2016, 29 (2), 1–36.*

## TARTALOMJEGYZÉK

### EREDETI KÖZLEMÉNY

**Colorectalis carcinoma betegek betegség felismerésének körülményei, tájékoztatása, sztóma terápiára való felkészítése**

*Tusóczy Evelin, Németh Anikó*

3

### Fókuszban az endometriosis

*Kovács Zsuzsanna, Váradyné Horváth Ágnes, Kozmann Krisztina, Ferenczy Mónika, Pakai Annamária*

11

### AZ ÁPOLÁS OKTATÁSA

**Gondolatok az ápolói kompetenciáról**

*Adorjáné Zdenkó Erzsébet*

22

### KITEKINTÉS

**A festékes anyajegyek veszélyei**

*Zitás Éva, Mészáros Judit*

33

### SZERZŐI ÚTMUTATÓ

36

## CONTENTS

### ORIGINAL CONTRIBUTION

**Recognizing colorectal cancer, education of patients and preparing them for the stomal therapy**

*Evelin Tusóczy, Anikó Németh*

3

### The endometriosis in the focus

*Zsuzsanna Kovács, Ágnes Váradyné Horváth, Krisztina Kozmann, Mónika Ferenczy, Annamária Pakai*

11

### NURSING EDUCATION

**Thinking about the nursing competences**

*Erzsébet Adorjáné Zdenkó*

22

### OUTLOOK

**Risk factors for naevus pigmentosus**

*Éva Zitás, Judit Mészáros*

33

### AUTHOR'S GUIDE

36

A *Nóvér*ben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja és a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskolája elismeri és beszámítja.

## KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

A *NÓVÉR* folyóirat az ápolás független orgánuma. Célja az, hogy tudományos igénnyel készített írások megjelentetésével az elméleti ismeretek átadása mellett a szakemberek gyakorlati tevékenységét is elősegítse. A *NÓVÉR* a folyamatos önképzés támogatásával hozzá kíván járulni a helyes és hatékony betegellátáshoz, valamint a XXI. század kihívásainak és követelményeinek megfelelni 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  
KIADÓ KFT.

**Nyomdai munka:** Vareg Hungary Kft.

**Felelős vezető:** Egyed Márton ügyvezető igazgató  
ISSN szám: 0864-7003

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. Csernus Mariann (PhD)

**Szerkesztő/Editor**

Dr. Hirdi Henriett Éva (PhD)

**Szerkesztőbizottság/Editorial Board**Dr. Betlehem József (PhD), *egyetemi docens, dékán*Kárpáti Zoltán, *ápolási menedzser*Dr. Oláh András (PhD), *egyetemi docens, dékán-helyettes*Dr. Pápai Tibor (PhD), *centrumvezető ápoló*Szloboda Imréné, *igazgató***Szakértők/Experts**Arany Ida, *megyei vezető ápoló*Jakab Judit, *osztályvezető főnővér*Dr. Papp Katalin (PhD), *főiskolai docens*Dr. Papp László (PhD), *főiskolai docens*Tóth Andrea, *osztályvezető*Dr. Tulkán Ibolya (PhD), *főiskolai docens***Tanácsadó testület/Advisory Board**Boldogné Csurik Magdolna, *osztályvezető,*

Országos Tisztifőorvosi Hivatal

Dr. Helembai Kornélia, *főiskolai tanár*

SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Ápolási Tanszék, Szeged

Mészáros Magdolna, *elnök,* Egészségügyi Szakmai

Kollégium Ápolás Szakmai Tagozat

Prof. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár,* MTA  
doktora, a MTA rendes tagja, Pécsi Tudományegyetem  
Szentágotthai János KutatóközpontRauh Edit, *elnök-helyettes,* ENKKDr. Velkey György, *elnök*

Magyar Kórházszövetség

Sövényi Ferencné, *szaktanácsadó*Tóth Ibolya, *főtanácsos,*

Emberi Erőforrások Minisztériuma

Prof. PhDr. Valérie Tóthova PhD, *dékán,*  
Dél-Csehországi Egyetem, Egészségügyi Szociális Kar,  
Cseh Köztársaság**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 tárgykból 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 CD-n (NŐVÉR Szerkesztőség, MESZK, 1450 Budapest, Pf.: 74.) vagy e-mail útján juttassák el a [nover@meszk.hu](mailto:nover@meszk.hu) címre. Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton) „Szerzői nyilatkozat”-ot is.

A formai szempontból megfelelő kéziratokat névtelenül (esetenként ismételt) szakmai bírálatszakaszunkra 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 idejére, illetve a folyóirat stílusának megfelelő módosítások végrehajtására vonatkozó döntés jogát.

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

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: Mariann Csernus PhD. Editor: Henriett Hirdi. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungarian with english summaries. Editorial office: PoB 214., H-1450 Budapest, Hungary. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Mátésné Horváth. Phone:/Fax (36-1) 323-2070

# Colorectalis carcinoma betegek betegség felismerésének körülményei, tájékoztatása, sztóma terápiára való felkészítése

TUSÓCZKI Evelin, Dr. NÉMETH Anikó

## Összefoglalás

**A vizsgálat célja:** A vizsgálat célja felmérni a betegség diagnosztizálásának körülményeit, a tájékoztatás és a szakemberekkel való kommunikáció mértékét, a sztómaterápiára való felkészítés módját.

**Vizsgálati módszer és minta:** Az adatfelvétel 2015. október–december hónapokban történt egy saját szerkesztésű kérdőívvel, amit colorectalis carcinomában szenvedő betegek közösségi oldalain helyeztünk el, valamint sebészeti osztályon osztottunk ki (N=114). Az adatelemzés SPSS 22.0 program segítségével készült, Khi<sup>2</sup>-, Mann-Whitney-, Kruskal-Wallis-teszt alkalmazásával (p<0,05).

**Eredmények:** A válaszadók 81,6%-a soha nem járt vastagbél-szűrésen. A székrekedés nőknél gyakrabban (p=0,045) fordult elő figyelmeztető tünetként. Azok, akik orvostól vagy orvostól és ápolótól is kapnak tájékoztatást az onkológiai terápiával kapcsolatban, elégedettebbek az információval mint azok, akik csak az egyik személytől kapnak tájékoztatást (p<0,001). Teljes mértékben azok képesek ellátni sztómájukat, akiket igény szerint keresett fel a sztómaterápiás nővér (p=0,035).

**Következtetések:** A több szakembertől kapott műtéti tájékoztatás segíti a félelmek kibeszélését. A sztómaterápiás ápolóval való igény szerinti találkozást kellene preferálni a sztómával rendelkező betegek esetében.

**Kulcsszavak:** colorectalis carcinoma, tünetek, diagnózis, információ, sztóma

### Recognizing colorectal cancer, education of patients and preparing them for the stomal therapy

Evelin TUSÓCZKI, Anikó NÉMETH

#### Summary

**Aim of the research:** The study investigated the circumstances of the diagnosis of the disorder. The assessment of information given to patients, communication of the staff and the preparation for the stomal therapy was also part of the study.

**Research and sampling methods:** A self-constructed questionnaire was administered during October and December of 2015. The inventory was uploaded to self-help sites for colorectal cancer patients and questionnaires were also handed out on surgical wards (N=114). Data were analysed with SPSS 22.0. Chi square, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests were applied (p<0.05).

**Results:** Colorectal cancer screening has never been attended by 81.6% of the responders. Constipation was a more frequent warning sign by women (p=0.045). The patients who received guidance from both doctors and nurses about oncology treatment were more satisfied with the information compared to those who only communicated with one person (p<0.001). The patients who could contact a stomal therapy nurse on-demand were able to handle their stomas autonomously (p=0.035).

**Conclusions:** Information provided by more staff members help to dissolve anxiety. Contacting stomal therapy nurses on-demand should be preferred.

**Key words:** colorectal neoplasms, symptoms, diagnosis, information, stoma

Béérkezett: 2016. február 15. Elfogadva: 2016. március 24.

TUSÓCZKI Evelin ápoló (BSc) hallgató, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar  
Dr. NÉMETH Anikó főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar  
Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport

Levelező szerző (correspondent): TUSÓCZKI Evelin, elérhetőség: 5932 Gádosoros, Rákóczi F. u. 22.,  
Tel.: +36-70/613-1335, e-mail: tisoczkievelin@gmail.com

## Bevezetés

Napjainkban az emberek többsége nem megy el orvoshoz, legyen bármiféle tünete is. Inkább hagyatkoznak arra, hogy bevesznek egy-két gyógyszert, annak reményében, hogy majd elmúlik a panaszuk, nem is sejtve azt, hogy talán így ártanak legtöbbször saját maguknak. A tünetek fontos információkat hordozhatnak magukban, rávilágítanak az éppen kialakuló, vagy a már meglévő betegségekre is.

A fejlett országokban évente 800 000 – 1 000 000 új colorectalis carcinoma megbetegedést regisztrálnak, ami az összes felismert tumor 15%-a. A mortalitás igen magas, megközelíti az 500 000-et. (Gajdácsi et al., 2010) A WHO adatai alapján évente mintegy 492 000 ember hal meg ebben a betegségben. (Herszényi & Tulassay, 2010) Hazánkban a XXI. század elején a rákhalálzáson belül a vastag- és végbélrák a második leggyakoribb daganatos halálok, a nők körében az emlőrák mögött a második leggyakoribb daganatos halál oka tényező, a férfiak között is a második a gyakorisági sorrendben. Előfordulása emelkedő tendenciát mutat. (EüM protokoll, 2010) Évente több mint 8000 új eset ismernek fel, az éves mortalitás meghaladja a 4500 főt. (Gajdácsi et al., 2010) A colorectalis carcinoma kialakulásában a genetikai tényezők mellett számos faktor, kockázati tényező közrejátszik. Jelentősen megnő a kockázata erősen fűszerezett, zsírban gazdag és rostban nagyon szegény ételek fogyasztása esetén. További kockázati tényező a dohányzás, mértéktelen alkoholfogyasztás. A fizikai aktivitás, mozgás és sport hiánya háromszorosára növeli a rizikót. (Kásler, 2008) Az életkor előrehaladtával, különösen 75–80 év felett gyakoribbá válik az előfordulása, valamint a férfiak körében gyakrabban fordul elő, mint nőknél. (Jemal et al., 2009; Rim et al., 2009) Mindezek mellett a daganatos betegségeknek lelki tényezőt is tulajdonítanak, szerepet játszhatnak benne bizonyos személyiségjegyek is: „szélsőséges állandóságra törekvés, a konfliktuskerülő magatartás, a környezet által nyújtott elismerésre való erős igény és a tartós negatív lelki állapotok, pl.: lelki gyötrődés, önbizalomhiány”. (Rikkerné, 2005) Megelőzésében fontos szerepe van a

zöldség- és gyümölcsfogyasztás, a fizikai aktivitás növelésének, az állati eredetű zsírok kerülésének, a dohányzásról való leszokásnak, az alkoholfogyasztás mérséklésének. A figyelmeztető jelek (véres széklet, székletürítési szokások megváltozása, hasi fájdalom, állandó székelési inger) észlelése esetén pedig azonnal orvoshoz kell fordulni. (Raju & Cruz-Correa, 2006; Herszényi et al., 2008)

## Vizsgálat célja

Vizsgálatunk célja volt felmérni a colorectalis carcinómában szenvedő betegek betegségének felismerésének körülményeit, a figyelmeztető tünetek előfordulási gyakoriságának különbségeit a nemek között. Célunk volt továbbá megvizsgálni a kezeléssel kapcsolatos tájékoztatás körülményeit, annak hatását a félelmek, problémák kinyilvánítására, valamint a sztomaterápiás foglalkozások gyakoriságát, és annak hatását a sztóma önálló kezelésének képességére. Négy hipotézist fogalmaztunk meg:

H1: Feltételezzük, hogy a nők tájékozottabbak, gyakrabban járnak vastagbélrák szűrésre, és így hamarabb felismerik és kezelik náluk a betegséget.

H2: Feltételezzük, hogy a műtéti tájékoztatást megértő betegek többször beszélnek félelmekről, problémáikról szakemberrel.

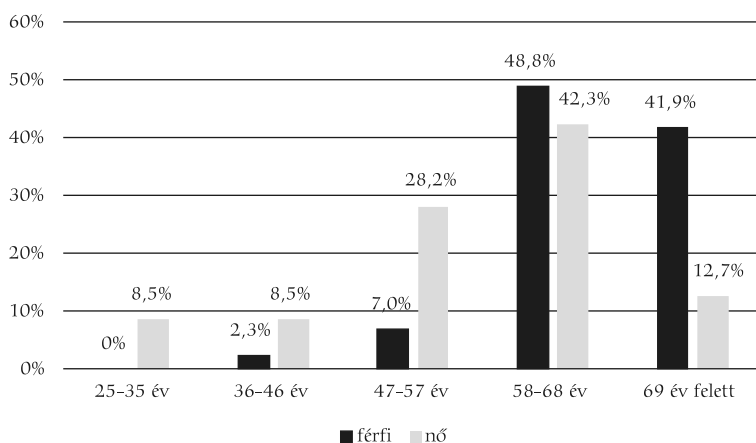
H3: Feltételezzük, hogy azon betegek, akik orvostól vagy orvostól és ápolótól is kapnak tájékoztatást az onkológiai terápiával kapcsolatban, azok sokkal elégedettebbek az információval mint azok, akik csak az egyik személytől kapnak tájékoztatást.

H4: Feltételezzük, hogy azok a betegek, akiket gyakrabban megkeresett a sztomaterápiás ápoló, és a családtagoknak is lehetősége volt részt venni ezeken a foglalkozásokon, jobban tudják sztomájukat kezelni.

## Anyag és módszer

Az online és papír alapú adatfelvétel 2015. október-december hónapokban történt egy saját szerkesztésű kérdőívvel, melyet több, colorectalis carcinómában szenvedő beteget tömörítő közösségi oldalon

1. ábra: Nemek életkor szerinti megoszlása (N=114)



helyeztünk el, valamint sebészeti osztályon osztottunk ki. Online 103, sebészeti osztályról 11 válasz érkezett, mindegyik értékelhető volt (N=114). Az adatelemzés SPSS 22.0 program segítségével készült, Khi<sup>2</sup>-, Mann-Whitney-, Kruskal-Wallis-teszt alkalmazásával ( $p < 0,05$ ).

## Eredmények

A kérdőívet kitöltők 37,5%-a férfi, 62,3%-a nő. A férfiak 90,7%-a 58 év feletti, a nőknél ez az arány 55%, a férfiak szignifikánsan idősebbek, mint a nők ( $p < 0,001$ ). (1. ábra) A válaszadók 1,8%-ának nincs meg az általános iskolai végzettsége, 4,4% végzett általános iskolát, 55,2% rendelkezik középfokú végzettséggel, 38,7% diplomás. A családi állapotot tekintve a többség házas (50,9%), 21,9% özvegy, az elváltak és egyedülállók aránya 8,8-8,8%, kapcsolatban 18,7% él. 60,5% nyugdíjas, 13,2% végez szellemi munkát, 4,4% fizikai munkát, a többi válaszadó egyéb munkavégzést jelölt be: alkalmazott, háztartásbeli, munkanélküli. 23,7% él Budapesten, városban 55,2%, faluban 18,4%, tanyán 0,9%, két fő nem jelölt meg lakhelyet.

### Első hipotézis vizsgálata

A válaszadók többségét (64,0%) nem érdekelte a betegség felismerése előtt a colorectalis carcinoma témája, a nők közül ez 59,2% esetében igaz, a férfiaknál az arány

magasabb, 72,1%. A nők közül többen tájékozódtak az interneten (19,7%), illetve tudtak a megelőzés módjáról is (9,9%), a férfiak közül pedig többen tájékozódtak szakembertől (16,3%), de az arányokban a nemek közötti különbség nem szignifikáns ( $p = 0,122$ ). Többségük (81,6%) soha nem járt szűrésen a tünetei megjelenése előtt, a nők közül majdnem dupla annyian mentek el (8,5%) minden évben szűrésre, mint a férfiak közül (4,7%).

Azon férfiak aránya, akik nem mentek szűrésre azért, mert félték a vizsgálatától duplája a nőkének. A különbség a nemek között nem jelentős a válaszok százalékos arányainak megoszlásában ( $p = 0,563$ ). Egyéb válaszlehetőségként jelezték, hogy bár jártak szűrésre, ennek ellenére nem ismerték fel náluk a betegséget. A 66,7%-nál a tünetek megjelenése után derült ki a betegség. A férfiak 74,4%-ánál a tünetek megjelenése után, a nők közül pedig többen voltak azok, akiknél véletlen derült ki a betegség (35,2%). A válaszok arányában a nemek között nincs jelentős különbség ( $p = 0,270$ ).

### (I. táblázat)

Az életkor ( $p = 0,583$ ), az iskolai végzettség ( $p = 0,300$ ), a családi állapot ( $p = 0,588$ ), a foglalkozás jellege ( $p = 0,701$ ), a lakóhely ( $p = 0,391$ ) nem befolyásolja a tünetek megjelenése előtti vastagbélrák szűrésen való részvételt. Az életkor ( $p = 0,071$ ), az iskolai végzettség ( $p = 0,291$ ), a családi állapot ( $p = 0,765$ ), a foglalkozás ( $p = 0,325$ ), a lakóhely ( $p = 0,960$ ) nem befolyásolja a betegség diagnosztizálásának körülményeit.

Az első tünetek megjelenése után a válaszadók többsége azonnal (16,2%) vagy 1-2 hét között (36%) felkereste háziorvosát (ez nagyobb arányban a férfiakra jellemző). A nők közül többen vannak azok, akik 3 hónap, vagy annál több idő eltelte után mentek orvoshoz (18,6%), de a különbség a nemek között nem jelentős ( $p = 0,320$ ). Az egyéb válaszlehetőséget megjelölők a következő válaszokat írták: 1 nap, 3 nap, 5 nap, 2 év, 20 év, az első tünetnél hazaküldtek, nem voltak tünetek. A betegség diagnosztizálása és

I. táblázat: Betegség megelőzésének, diagnosztizálásának körülményei nemek szerint (N=114)

	Válaszlehetőségek	Nem		Összes
		férfi	nő	
Betegség megelőzésével kapcsolatos ismeretek forrása	Interneten sokat tájékozódtam róla	4,7%	19,7%	14%
	Családban már előfordult ez a megbetegedés, így tudtam, hogyan előzhetem meg	7,0%	9,9%	8,8%
	Orvostól, szakorvostól, védőnőtől kaptam információt	16,3%	11,3%	13,2%
	Nem is érdekelt a téma	72,1%	59,2%	64%
Vastagbélrák szűrés gyakorisága	Soha nem jártam szűrésen a tüneteim megjelenése előtt	81,4%	81,7%	81,6%
	Családban előfordul megbetegedés, így minden évben elmegyek szűrésre	4,7%	8,5%	7%
	Nem mentem el, mert féltam a vizsgálatról, beavatkozástól	11,6%	5,6%	7,9%
	Egyéb	2,3%	4,2%	3,5%
Betegség diagnosztizálása	Az éves rendszeres szűrővizsgálaton	0%	2,8%	1,8%
	A tüneteim megjelenése után (pl. véres széklet, fogyás) derítették ki nálam a betegséget	74,4%	62%	66,7%
	Véletlen derült ki betegségem	25,6%	35,2%	31,6%

II. táblázat: Az első tünetek megjelenésétől a műtéig eltelt idő (N=114)

	Válaszlehetőségek	Nem		Összes
		férfi	nő	
Az első tünetek megjelenése után mennyi idő telt el, míg elment háziorvosához?	Azonnal, pár órán belül	17,1%	15,7%	16,2%
	1-2 hét között	41,5%	32,9%	36%
	3-4 hét között	7,3%	8,6%	8,1%
	1-2 hónap között	12,2%	4,3%	7,2%
	3-4 hónap között	9,8%	18,6%	15,3%
	5-6 hónap között	0%	8,6%	5,4%
	Több mint 6 hónap telt el	2,4%	4,3%	3,6%
	Egyéb	9,8%	7,1%	8,1%
Mennyi idő telt el a betegsége diagnosztizálása és az operáció között?	Azonnali műtétre volt szükség	14,0%	7,0%	9,6%
	1 hét	7,0%	2,8%	4,4%
	2 hét	11,6%	4,2%	7,0%
	3 hét	9,3%	14,1%	12,3%
	3 hétnél több, de 1 hónapnál kevesebb	18,6%	15,5%	16,7%
	4 hétnél több, de 2 hónapnál kevesebb	25,6%	33,8%	30,7%
	Több, mint fél év telt el	14,0%	22,5%	19,3%

az operáció között a válaszadók 50%-a esetében 4 hétnél több idő telt el. A férfiak közül 14%-nak volt szüksége azonnali műtétre, ez duplája a nőkének. A nőkre jellemző inkább a műtét későbbi időpontja, de a különbség a nemek között nem jelentős ( $p=0,346$ ). (II. táblázat)

Az első, figyelmeztető tünetek észlelését a következő kérdéssel vizsgáltuk: „Milyen tünetet észlelt Önmagán legelőször, amivel or-

voshoz fordult?”. A véres széklet, a székletürítési szokás megváltozása, súlycsökkenés nem jelentős mértékben ugyan, de gyakrabban fordult elő a férfiaknál, a többi tünet pedig a nőknél. A székrekedés szignifikánsan gyakrabban fordult elő nőknél ( $p=0,045$ ), mint férfiaknál. (III. táblázat) A férfiaknak átlag 1,98, a nőknek 2,04 tünete fordult elő az orvoshoz fordulás előtt. A különbség nem jelentős ( $p=0,853$ ;  $U=1496,5$ ).

III. táblázat: Első tünetek gyakorisága nemek szerint (N=114)

Tünet	Nem	%	p
véres széklet	férfi	55,8	0,266
	nő	45,1	
nyálkás széklet	férfi	7	0,452
	nő	11,3	
székletürítési szokás megváltozott	férfi	27,9	0,518
	nő	22,5	
hasmenés	férfi	14	0,260
	nő	22,5	
hasi fájdalom	férfi	34,9	0,972
	nő	35,2	
teltségérzés	férfi	14	0,823
	nő	15,5	
súlycsökkenés	férfi	27,9	0,162
	nő	16,9	
székrekedés	férfi	7	0,045
	nő	21,1	

#### Második hipotézis vizsgálata

A kérdőívet kitöltők 69,3%-a saját bevétele szerint a műtéti tájékoztatás minden részét megértette, 28,9% csak bizonyos részeit, 1,8% pedig semmit sem értett, és nem is kérdezett orvosától. A tájékoztatás megértése nem befolyásolja jelentősen az ápolóval ( $p=0,377$ ), a pszichológussal ( $p=0,245$ ), a gyógytornásszal ( $p=0,934$ ), a segédápolóval

( $p=0,290$ ), a szociális munkással ( $p=0,801$ ), a szobatárssal ( $p=0,071$ ) való kommunikációt, viszont az elmondható, hogy azon páciensek, akik teljes mértékben megértik a kapott műtéti tájékoztatást, szignifikánsan gyakrabban beszélnek az orvossal ( $p=0,013$ ) félelmeikről. A válaszadók 51,8%-a orvossal, 33,3%-a ápolóval, 13,2%-a pszichológussal meg tudta beszélni félelmeit, problémáit. (IV. táblázat)

#### Harmadik hipotézis vizsgálata

A válaszadók 13,2%-a jelezte, hogy nem kapott tájékoztatást az onkológiai terápiával kapcsolatban; 31,6% jelezte, hogy elég kevés információt kapott. 26,3% teljes mértékű tájékoztatásban részesült a kemoterápiáról; 2,6% a sugárkezelésről; 26,3% pedig mindkettő terápiairól (kemo- és sugár) részletes tájékoztatást kapott bevétele szerint. Az onkológiai kezeléssel kapcsolatos tájékoztatással való elégedettségét egy négy fokozatú Likert-skálával mértük („Kérem, az alábbi skálán karikázással jelölje, hogy mennyire volt elégedett az onkológiai terápiával kapott tájékoztatással!”), ahol 1=egyáltalán nem; 4=teljes mértékben jelentéssel bírt. A legelégedettebbek az információval azok, akik az orvostól kapnak tájékoztatást, utána azok, akik az ápolótól és az orvostól is informálódnak. A tájékoztatásban az orvosnak szignifikánsan ( $p<0,001$ ; Chi-Square=43,413) a

IV. táblázat: Félelmek, problémák megbeszélésének összefüggése a műtéti tájékoztatás megértésével (N=114)

Félelmek, probléma megbeszélése	Műtéti tájékoztatás			Összes	p
	Minden egyes részét megértettem.	A tájékoztatásnak voltak részei, melyeket nem érttem, de nem tettem fel kérdéseimet az orvosnak.	Semmit nem érttem a műtéti tájékoztatásból, ennek ellenére mégsem tettem fel kérdéseimet.		
orvossal	60,8%	30,3%	50%	51,8%	0,013
ápolóval	36,7%	27,3%	0%	33,3%	0,377
pszichológussal	10,1%	21,2%	0%	13,2%	0,245
gyógytornásszal	6,3%	6,1%	0%	6,1%	0,934
szociális munkással	1,3%	3%	0%	1,8%	0,801
segédápolóval	0%	3%	0%	0,9%	0,290
szobatárssal	26,6%	48,5%	50%	33,3%	0,071
beteghordóval	1,3%	0%	0%	0,9%	0,800

V. táblázat: Onkológiai kezeléssel kapcsolatos tájékoztatás összefüggése az elégedettséggel (N=114)

Ki tette meg az onkológiai terápiával kapcsolatos tájékoztatást?	N	%	Rangpontszám átlag
orvos	82	71,9	67,59
ápoló	5	4,4	26,30
mindkettő	13	11,4	55,42
egyik sem	14	12,3	11,50

legnagyobb szerepe van, de utána elégedettségben azok következnek, akik mindkét személytől kaptak tájékoztatást. (V. táblázat)

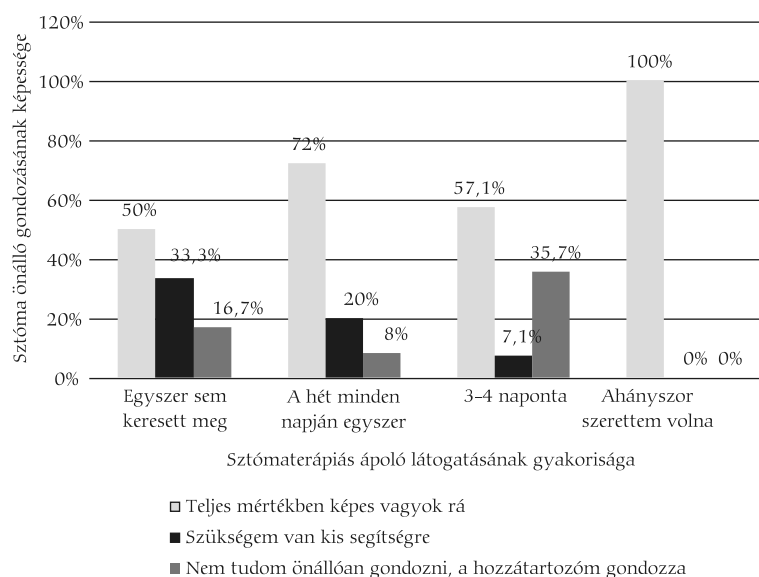
### Negyedik hipotézis vizsgálata

56 válaszadónak van sztómája, közülük 71,9% képes teljes mértékben önállóan gondozni azt. Akiket egyszer sem keresett meg a sztómaterápiás ápoló, azok közül 50% képes teljes mértékben önállóan gondozni sztómáját, és mindössze 16,7%-nak gondozza azt hozzátartozója. Akiket a hét minden napján megkeresett a sztómaterápiás ápoló, azok közül 72% képes sztómájának

önálló, segítség nélküli gondozására, és csupán 8%-nak végzi el ezt a tevékenységet a hozzátartozója. Akiket csak 3-4 naponta keresett csak meg a sztómaterápiás ápoló, azok közül 35,7% képtelen kezelni sztómáját. A sztómaterápiás ápolóval való találkozás gyakorisága szignifikánsan ( $p=0,035$ ) befolyásolja a sztóma önálló gondozásának képességét. Azon válaszadók, akiket annyiszor keresett fel a sztómaterápiás ápoló, ahányszor csak szeretnék volna 100%-a képes önállóan ellátni sztómáját. (2. ábra)

Akiknek nem vett részt hozzátartozója a sztómaterápiás foglalkozáson, azok közül 78,8% képes önállóan gondozni sztómáját, míg akiknek részt vett családtagja, azok közül 68,8% képes erre. Ennek valószínűleg az lehet az oka, hogy az a beteg, akinek hozzátartozója nem vett részt ezen az oktatáson, jobban figyelt, mert tudta, hogy csak magára számíthat a sztóma gondozásában. Egyéb válaszlehetőségek az egyszeri bemutatót jelölték meg. A szignifikancia alapján elmondható, hogy a hozzátartozó részvétele a sztómaterápiás foglalkozáson nem befolyásolja jelentősen a sztóma önálló gondozásának képességét ( $p=0,251$ ). (3. ábra)

2. ábra: Sztómaterápiás ápoló látogatási gyakoriságának és a sztóma önálló gondozásának képessége közötti összefüggés (N=114)

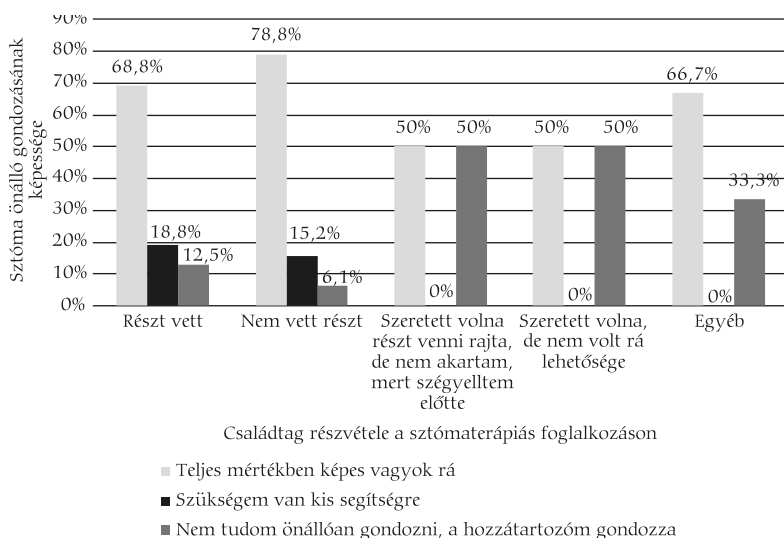


### Következtetések

Kutatásunk során arra kerestük a választ, hogy a colorectalis carcinómában szenvedő betegek esetében milyen körülmények között történt a betegség felismerése, hangsúlyos volt-e a prevenció az életükben, valamint vizsgáltuk a kezeléssel kapcsolatos tájékoztatás körülményeit, annak hatását a félelmek, problémák kinyilvánítására, valamint a sztómaterápiás foglalkozások gyakoriságát, és annak hatását a sztóma önálló kezelésének képességére.

Első hipotézisünkben feltételeztük a nők tájékozottságát a betegséggel kapcsolatban,

3. ábra: Családtag sztomaterápiás foglalkozáson való részvételének összefüggése a sztóma önálló gondozásának képességével (N=114)



és ez által a hamarabbi kezelést is. Az eredmények alapján megállapítható, hogy a női válaszadók közül ugyan kevesebben voltak azok, akiket nem érdekelt a betegség, duplája volt a férfiakénak azon nők aránya, akik minden évben elmentek vastagbél szűrésre, és kevesebb nő volt, akinek a tünetek megjelenése után ismerték fel a betegségét, de az elvégzett statisztikai próbák nem mutattak ki szignifikáns különbséget a nemek között. A nők közül nem jelentős mértékben ugyan, de nagyobb arányban voltak azok, akik több mint három hónappal az első tünetek megjelenése után mentek orvoshoz. Ezen nem szignifikáns különbségek alapján ezt a feltevést elvetettük.

A második hipotézisünk elvetődött a statisztikai próbák során kapott szignifikanciák többsége alapján. Akik teljes mértékben megértik a kapott műtéti tájékoztatást, szignifikánsan gyakrabban beszélnek az orvossal félelmeikről, problémáikról. Nem jelentős mértékben ugyan, de akik megértették a műtéti tájékoztatást, gyakrabban meg tudják beszélni félelmeiket az ápolókkal és a pszichológussal, mint azok, akik nem értették meg a kapott információk egészét. Azon válaszadók, akik nem értették meg a műtéti tájékoztatást teljes mértékben, nem jelentősen ugyan, de problémáikat, félelmeiket inkább a szobatárssal beszélik meg.

Harmadik hipotézisünkben több a több szakembertől (ápoló és orvos) kapott tájékoztatás pozitív hatását feltételeztük a tájékoztatással való elégedettségére. A válaszadók közül azok a legelégedettebbek az onkológiai terápiával kapcsolatban kapott információkkal, akik az orvostól kapnak információt, második helyen pedig azon válaszadók szerepelnek, akik az ápolót és az orvost is megjelölték információ forrásnak, így hipotézisünk igazolódott.

Utolsó feltevésünket részben igazoltnak tekintjük, mivel – ahogy vártuk – a sztomaterápiás ápolóval

való rendszeres találkozás jelentősen hozzájárul a sztóma önálló gondozásának képességéhez, de a családtag sztomakezeléssel kapcsolatos oktatáson való részvétele nem jelentős mértékben ugyan, hátráltató tényezőnek bizonyult. Eredményeinkből kitűnik, hogy a leghatékonyabb oktatás a sztomaterápiával kapcsolatban akkor valósul meg, ha a beteg igényeihez igazodik a szakember látogatásainak száma, mivel azon sztómával rendelkező válaszadók, akiket igény szerint keresett fel az ápoló, mindegyike képes önállóan ellátni azt. Nagyon fontos lenne ezért, hogy az igény szerinti betegoktatás minden ilyen beteget kezelő osztályon megvalósulhasson. Felmérésünkben is megállapítható, hogy a válaszadók többségét nem is foglalkoztatta a betegség addig, amíg ki nem derült, ezért nagyon fontos lenne a szűrések preferálása különösen olyan egyéneknél, akik családjában már előfordult vastagbél daganat. Erre a legegyszerűbb, nem invazív módszer a széklet vér kimutatás (okkult vérzés), mely történhet gyógyszerárban kapható tesztel, illetve laboratóriumban. (Kásler, 2015) Fontos lenne a betegség figyelmeztető jeleinek, tüneteinek köztudatba ültetése akár televíziós felhívások vagy szórólapok formájában, melyet nem csak az orvosi rendelőkben kellene elhelyezni, hanem akár

közterületen is. Szükséges továbbá felhívni a figyelmet a gyanújelek, kezdeti tünetek esetén történő azonnali orvoshoz fordulás jelentőségére, mivel a tünetek figyelmen kí-

vül hagyása csak súlyosbítja, gyógyíthatatlanná teszi a betegséget. Az érthető beteg-tájékoztatás pedig elengedhetetlen a betegek félelmének csökkentése szempontjából.

## Irodalomjegyzék

1. Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a colorectalis daganatok ellátásáról. (2010). Hozzáférhető: [www.eum.hu/download.php?docID=2880](http://www.eum.hu/download.php?docID=2880) Letöltve: 2016-02-05.
2. Gajdácsi, J., Gerencsér, Zs., Galántai, V., Juhász, B., Rózsa, B., Tolnai, Gy. (2010). Colon és rectum daganatok diagnosztikájának és kezelésének finanszírozási protokollja. Budapest: Országos Egészségbiztosítási Pénztár Elemzési, Orvosszakértői és Szakmai Ellenőrzési Főosztály. Hozzáférhető: [http://site.oep.hu/prot2/27\\_Colon\\_es\\_rectum\\_daganatok\\_finanszirozasi\\_protokoll\\_hatteranyaga.pdf](http://site.oep.hu/prot2/27_Colon_es_rectum_daganatok_finanszirozasi_protokoll_hatteranyaga.pdf) Letöltve: 2016-02-05.
3. Herszényi, L., Farinati F., Miheller, P., Tulassay, Z. (2008). Chemoprevention of colorectal cancer: feasibility in everyday practice? *European Journal of Cancer Prevention*, 17(6), 502-514. doi:10.1097/CEJ.0b013e3282f0c080
4. Herszényi, L., Tulassay, Z. (2010). Epidemiology of gastrointestinal and liver tumors. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 14(4), 249-258. Hozzáférhető: <http://www.europeanreview.org/wp/wp-content/uploads/733.pdf> Letöltve: 2016-02-05.
5. Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, Y., Xu, J., Thun, M.J. (2009). Cancer statistics, 2009. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, 59(4), 225-249. doi:10.3322/caac.20006.
6. Kásler, M. (szerk.) (2008). *A komplex onkodiagnosztika és onkoterápia irányelvei*. Budapest: Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió Kft.
7. Raju, R., Cruz-Correa, M. (2006). Chemoprevention of colorectal cancer. *Diseases of the Colon and Rectum*, 49(1), 113-125. doi:10.1007/s10350-005-0170-1.
8. Rikkerné, L.K. (2005). „A rész önmagában nem gyógyítható...” A daganatos megbetegedések lelki hátteréről. *Nővér*, 18(5), 5-14.
9. Rim, S.H., Seeff, L., Ahmed, F., King, J.B., Coughlin, S.S. (2009). Colorectal cancer incidence in the United States, 1999-2004: an updated analysis of data from National Program of Cancer Registries and the Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. *Cancer*, 115(9), 1967-1976. doi:10.1002/cncr.24216.

# Fókuszban az endometriosis

KOVÁCS Zsuzsanna, VÁRADYNÉ HORVÁTH Ágnes, KOZMANN Krisztina,  
FERENCZY Mónika, PAKAI Annamária

## Összefoglalás

**A vizsgálat célja:** Képet kapni a mélyen infiltráló endometriosis betegség perioperatív változásainak az életminőségre és a szexualitásra gyakorolt hatásairól.

**Vizsgálati módszer és minta:** Retrospektív, részben longitudinális vizsgálattal, műtéti beavatkozást követően dokumentumelemzést ( $n=61$ ), és egyénileg szerkesztett kérdőív feldolgozást végeztünk standard elemek felhasználásával. Az életminőség mérésére a 15D, a szexualitás mérésére az MFSQ standardizált kérdőívet használtuk fel ( $n=44$ ). SPSS 22 verzió segítségével relatív és abszolút gyakoriság, átlag, szórás, kétmintás  $t$ -próba, 2- próba, korreláció valamint egyutas variancia analízis számítása történt ( $p<0,05$ ).

**Eredmények:** A páciensek 73,8%-nál minimum 3 szerv endometriosis érintettséget, 82,5%-ban laparoscopos műtéti beavatkozással távolítottak el. Az ápolási idő, szövődmények vonatkozásában emelkedő tendenciát mutat ( $p<0,001$ ). A min-tát vitalitás és a szexuális kapcsolatokban 40,9%-ban, panaszmentesség, a szexuális partner és az elégedettség ( $r=0,442$ ,  $p=0,003$ ), valamint az orgazmus és a szexuális partner között ( $r=0,518$ ,  $p<0,001$ ) közepes korrelációs kapcsolat jellemzi.

**Következtetések:** A műtéti megoldás hatékony a DIE kezelésében, de összefüggés nem mutatható ki a szexuális elégedettség pozitív megítélésével.

**Kulcsszavak:** mélyen infiltráló endometriosis, életminőség, szexualitás.

### The endometriosis in the focus

Zsuzsanna KOVÁCS, Ágnes VÁRADYNÉ HORVÁTH, Krisztina KOZMANN, Mónika FERENCZY, Annamária PAKAI

### Summary

**Aim of the research** was to investigate the deeply infiltrating endometriosis disease perioperative changes impact on the quality of life and on the sexuality.

**Research and sampling methods:** A retrospective, partly longitudinal research, following surgery document analysis ( $n = 61$ ) and we made a processing of the individually structured questionnaire with standard elements. We used 15D to measure the quality of life and MFSQ standard questionnaire to measure the sexuality ( $n=44$ ). We calculated relative and absolute frequency, mean, standard deviation, paired  $t$ -test, 2- test, correlation and one way analysis of variance ( $p<0,05$ ) with the help of the SPSS 22. program.

**Results:** 73.8% of the patients had at least 3 organ with endometriosis involvement and 82,5% were removed by laparoscopic surgery. The length of stay showed an upward turn tendency in the context of the complications ( $p <0.001$ ). The sample vitality and sexual relations 40,9% were characterized by no complaint and between sexual partners and satisfaction ( $r = 0.442$ ,  $p = 0.003$ ) and between orgasm and sexual partners ( $r = 0.518$ ,  $p = <0.001$ ) medium correlation were detected.

**Conclusions:** The surgery was efficient in the treatment of the DIE, but there are no detectable correlation the positive perception of sexual satisfaction.

**Keywords:** deeply infiltrating endometriosis, quality of life, sexuality

Érkezett: január 26. Elfogadva: 2016. február 25.

KOVÁCS Zsuzsanna ápoló MSc hallgató, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Pécs Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet

Dr VÁRADYNÉ HORVÁTH Ágnes c. egyetemi docens, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Pécs Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet

KOZMANN Krisztina ápoló szakoktató, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Pécs Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet

FERENCZY Mónika szakoktató, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Pécs Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet

Dr. PAKAI Annamária PhD adjunktus, tanszékvezető, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Pécs Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet, Védőnői és Prevenációs Tanszék

Levelező szerző (correspondent): KOVÁCS Zsuzsanna, elérhetőség: Tel.: +36/ 30-232-758, e-mail: kovacs.zsuzsanna@pte.hu

## Bevezetés

Az endometriosis ismeretlen etiológiájú, krónikus nőgyógyászati betegség, amelyre a méh üregén kívül megjelenő, az endometriumhoz hasonló sejtek jelenléte a jellemző (Giudice et al, 2004). Az elváltotás jóindulatú nőgyógyászati kórkép, mely leginkább a 30-44 éves kor között lévő nők körében fordul elő. Ennél a korcsoportnál, az ösztrogén hatás miatt a méh üregén kívül elhelyezkedő endometrium szövet követi a menstruáció ciklikus változásait. A hormonális változás miatt méhen kívül, endometriosis helyén fellépő immunológiai reakciók és sejtmediátor anyagok felszabadulása hatására következményes összenövések alakulnak ki. Ezek az összenövések és endometriotikus szövetek jelenléte, súlyos panaszokat és elváltozásokat okozhatnak, mely kedvezőtlenül hat az életminőségre. Az endometriosis gyakoriságát tekintve a reprodukív nők körében 5-10%-ban fordul elő, de a fertilis életszakaszt érintve 95% a gyakorisága (Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium, 2009).

Az orvoshoz fordulási szokások a panaszok tükrében alakulnak, de sajnálatosan ezek atípusosak, más betegségekre is jellemzőek lehetnek (Stephansson et al, 2009). A krónikus kismencedei fájdalom hátterében 40-50%-ban, a dysmenorreában és dyspareuniában (fájdalmas menstruáció és közösülés) szenvedő nők 70%-ban panaszai mögött gyakran találjuk a betegséget (Gao et al, 2006). Klinikai szempontból a betegség legsúlyosabb formájának tekinthető a mélyen infiltráló endometriosis, mely az összes beteg 20-35%-át érinti (Chapron et al, 2001).

Lokalizáció alapján a helye lehet a spatium rectovaginale (végbél és a hüvely közti átmenet), a vagina (hüvely), a rectum (végbél), a colon sigmoideum (szigmabél) és a vesica urinaria (húgyhólyag), ovarium (petefészek), uterus (méh), sacrouterin szalagok. Leggyakrabban 50%-ban a gastrointesztinális traktusban jelenik meg, azon belül is rectumon és a rectosigmoidális átmenetben fordul elő, dyscesiát vagy haematoscesiát (fájdalmas vagy véres székletürítés) okozva. Az urinalis traktusban 1-4%-ban fordul elő, vesica urinariát, illetve az urétert érintve

### Rövidítések jegyzéke

DIE = deep infiltrating endometriosis (mélyen infiltráló endometriosis)  
 VAS = visual analogue scale (vizuális analóg skála)  
 MFSQ = McCoy Female Sexuality Questionnaire (McCoy-féle női szexuális kérdőív)  
 15D = általános életminőséget felmérő kérdőív

dysuriát, és/vagy haematuriat (fájdalmas, véres vizeletürítés) válthat ki (Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium, 2009). A spatium rectovaginale érintettsége gyakran dyspareuniával, dyschesiával, obstipatióval (székrekedés) vagy diarrhéával (hasmenés), krónikus kismencedei fájdalommal járhat. Emellett erős menstruációs vérzés, vaginismus (hüvelygörcs), a libidó elvesztése, krónikus fáradtság és depresszió is jellemezheti, melyek a társas kapcsolat, romlásához vezethet, a női szerepvessztés, a párkapcsolatra negatívan hat, a meddőség potenciális fennállása, frusztrációt okozhat. A panaszok az életminőséget is érintik, így az érintett több diszciplináris területet keres fel panaszainak megoldására. A terápiás lehetőségek közül a hormonterápia, mint konzervatív kezelés előkelő szerepet foglal el, de lehetőséget a sebészi megoldás kínál, melynek célja, diagnosztikus, és terápiás megoldások (Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium, 2009). A műtéti team kialakításában résztvevő szakorvosok között leggyakrabban szülész-nőgyógyász, sebész, urológus vesz részt.

## A kutatás célja

Képet szeretnénk kapni az endometriosis műtétechnikai lehetőségéről, valamint a beavatkozások milyen hatást fejtenek ki a postoperatív szövődmények kialakulására. Megvizsgáljuk, hogy a műtétet követő minimális 6 hónap elteltével milyen változásokat eredményezett a beavatkozás, munkavégzés, a társas kapcsolatok, és érzelem terén, valamint az életminőség egyéb aspek-

tusait is figyelembe véve. Feltérképezzük a műtéti beavatkozást követően minimum 6 hónappal, a szexualitás minden dimenzióját és azok hatását az életminőség vonatkozásában is.

## Vizsgálati módszer és minta

Kutatásunk kvantitatív elemeket tartalmazó részben retrospektív, részben longitudinális vizsgálat. A kutatás első részében a dokumentumelemzésünket a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán, Sebészeti Klinikán és az Urológiai Klinikán végeztük 2010.01.01.–2015.03.31. közötti időszakra vonatkozóan, ezt követően a kérdőíves vizsgálat 2015.10.20.–2015.11.15. között folytatódott.

Célcsoportunk a protokoll szerint elvégzett vizsgálatokkal igazolt, endometriosis miatt operált nőbetegek. A mintavétel során a célcsoportba nem véletlenszerű, célirányos (szakértői) kiválasztás történt. A beválasztási kritériumok szerint, szövettanilag igazolt, endometriosis miatt operált, fertilis korú, aktív nemi életet élő, 18-45 év közötti heteroszexuális nőbetegek kerültek, akik a kérdőív kitöltéséhez beleegyezésüket adták. A műtéti beavatkozás az adatgyűjtést megelőzően minimum 6 hónappal történt. Kizártuk a vizsgálatból azokat a nőket, akiknek a kérdőív kitöltését megelőző 4 hétben, nem volt szexuális kapcsolatuk, vagy krónikus cystitissel kezelték, pszichiátriai, neurológiai eredetű betegségük diagnosztizált. A mintanagyságot tekintve a dokumentumelemzés során a 61 fő, a kérdőív eredményeinek feldolgozásakor viszont a 44 fő képezte a 100%-ot.

Az alkalmazott módszertan és eljárás során a dokumentumelemzés az alábbi kérdésköröket tartalmazta: műtéti beavatkozás típusa, endometriosis lokalizációja, műtét ideje (év), műtéti idő hossza, műtéttel, kórházban eltöltött napok száma, postoperatív szövődmények, az első spontán vizeletürítés ideje, vizeletnyerés módja. A vizsgálat második részében önkitöltős egyénileg szerkesztett, és standard elemek (Életminőség, MFSQ) felhasználásával ké-

szült kérdőívet alkalmaztunk. A kérdőívek a páciensek otthonába kerültek kiküldésre, felbélyegzett válaszborítékkal együtt. A kérdőív kitöltése anonim volt. A kérdőív visszaérkezésének idejére 5 munkanap intervallumot állapítottunk meg.

A kérdőív, az alábbi kérdéscsoportokat öleli át: szocio-demográfiai adatok (életkor, iskolai végzettség), endometriosissal kapcsolatos panaszok befolyásoló hatása. Életminőségre vonatkozó kérdéskörben a 15D általános standard kérdőív (Sintonen, 2001) egyes elemei kerültek felhasználásra: általános egészségi állapot, az ürítés (széklet, vizelet), a mindennapi teendők, mentális funkciók, közérzet és tünetek, depresszió, szorongás, vitalitás és szexuális élet. A standard kérdőív általunk felhasznált 8 elemének Chrobach-alphaja 0,75, ami kiváló eredményt mutat.

Az MFSQ standardizált kérdőív 19 kérdés felhasználásával a páciensek szexualitására kérdezett rá (McCoy, NL., 2000). A kérdőívben az elmúlt négy hét szexuális tapasztalatait értékeli a páciens egy hétpontos Likert-skálán, Az MFSQ szexualitás kérdőív 2000-es verziója a kérdéseket 5 dimenzióban vizsgálja, magába foglalva a szexuális érdeklődést, elégedettséget, hüvelyi nedvességet, orgazmust és a szexuális partnert. Egyes dimenzióhoz tartozó kérdésekre adott pontszámokat összeadva kapjuk meg az eredményt, magasabb pontszám, jobb, teljesebb szexuális működést tükröz. A szexuális érdeklődés dimenziójában: a minimálisan elérhető pontszám a 6 és a maximum a 42 pont. A szexuális elégedettség terén, hüvelyi nedvesség megítélésében, és szexuális partner tekintetében a minimális 3 és a legtöbb a 21 adható, míg az orgazmus ponthatárai a 4-28 között voltak.

A validált kérdőív Chrobach-alpha eredménye 0,81, ami kiváló eredményt jelent. A kérdőív a szexualitással kapcsolatos problémák feltárásában pontosan fogalmazott, jól körülhatárolt kérdéseket alkalmaz.

A fájdalom mértékét vizual analóg skálán (VAS) 1-10-ig terjedően jelölték a kliensek, ahol a 0-s érték a fájdalom hiányát, a 10-es érték a nagyon erős fájdalmat jelezte. A vezető tüneteket célozza meg, mint menstruáció, vizelet-, székletürítés, szexuális együtt-

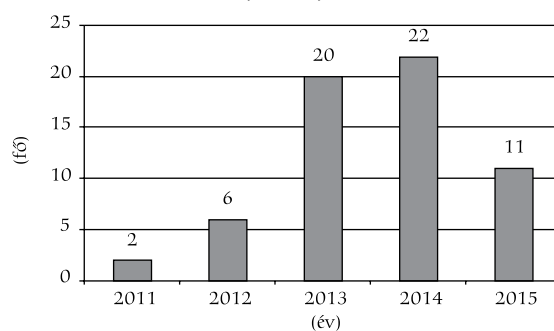
létek, és az állandóan jelenlévő alhasi fájdalom.

Az eredmények számítása a Microsoft Office Excel 2013 program és az SPSS 22-es verzió segítségével relatív és abszolút gyakoriság, átlag, szórás, kétmintás t-próba, <sup>2</sup>-próba, korreláció valamint egyutas varianciaanalízis számítása történt ( $p < 0,05$ ) (Lampe & Kívés, 2012; Pakai & Kívés 2013, Ács et al, 2014).

## Eredmények

A műtéti beavatkozásokat egységes szakmai team végezte, melynek tagjai szülész-nőgyógyász, sebész és urológus szakorvos. 2011 évben 2 esetet operáltak, mely a következő években növekvő tendenciát mutatott. Az 1. ábrán megfigyelhető, hogy a 2011 évhez viszonyítva, két év múlva már 10-szer több páciensnél történt beavatkozás. 2015 év első negyedévre vonatkozó esetszáma már az előző év felével egyenlő értékű, így jól tükrözi, az év végi számszerűsített eredmények várható emelkedését.

**1. ábra: Műtétek száma éves bontásban (n=61)**



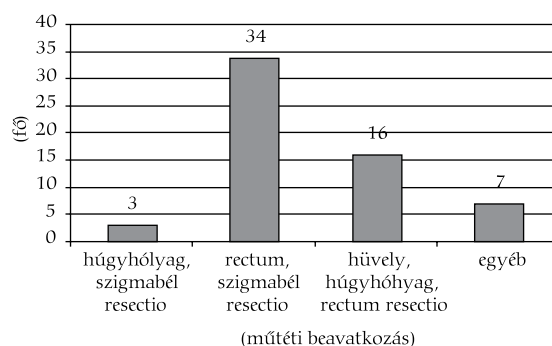
A dokumentumelemzés során az intraoperatív eseményeket vizsgálva 52 főnél (85,2%) laparoscopos műtéti technikát alkalmaztak, míg 9 főnél (14,8%) a laparotomia történt. Eredményeink alapján 10 esetben (16,4%) a vagina, hüvelyfal, rectovaginális spácium volt érintett, a rectum és/vagy colon sigmoideum 2 főnél (3,3%), a vesica urinaria és uréterek a mintánál 3 főnél (4,9%). 1 fő esetén (1,6%) ováriumok, sacrouterin szalagok, míg a minta nagyobb hányadában, 45 főnél (73,8%) minimum három szervet is jelen volt az endometriotikus képlet.

Műtétechnikai megoldásként az esetek nagyobb részében, 52 fő-nél (85,2%), laparoscopos beavatkozás szerepelt, míg laparotomia csak 9 esetben (14,8%) történt. Ennek függvényében a műtéti idő hosszának átlaga 292,79 perc (SD= 111,6), legrövidebb műtéti idő 85 perc, míg a leghosszabb beavatkozás 10 óra és 45 perc volt.

Megvizsgáltuk, hogy a kétféle műtéti beavatkozás, műtéti ideje milyen arányban változik egymáshoz viszonyítva. A laparoscopia esetén a műtéti idő átlagosan 290,19 perc (SD=112,25), míg a laparotomia esetén 307,78 perc (SD=113,14) volt, kétmintás t-próba nem mutat szignifikáns különbséget a két műtéti típus és a műtét ideje között ( $p > 0,05$ ).

A műtéti beavatkozás során minden alkalommal az összenövések oldása történt, az uréterek liberalizálása mellett, az endometriosis góc eltávolítása és szükség esetén az érintett szervek resectioja. (2. ábra) 5 fő (8,2%) esetén csak az összenövések oldását, 1 alkalommal abdominális totális hysterectomiát végeztek. Az endometriosis lokalizációját figyelembe véve egy műtéti beavatkozás során több érintett szerv resectioja is szükségessé vált. A beavatkozások több mint felénél a rectum és colon sigmoideum resectiora került sor, de a vagina érintettségére is jelentős. A fenti műtétechnikai eljárás mellett 3 alkalommal ileum resectio, egy esetben haemicolectomiát végeztek, 2 páciensnél appendix eltávolítás is szükséges volt. A vizsgált esetek közül 2 főnél (3,3%) átmeneti időre ileostoma kialakítása vált indokolttá, mely a műtét után 2 hónap múlva visszahelyezésre került. Az átlagos ápolási idő 8,98 nap (SD 2,79), a minimális ápolási

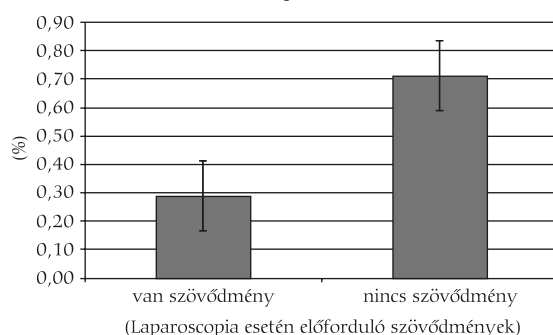
**2. ábra: Műtéti beavatkozás (n=61)**



idő 3 nap, és a leghosszabb idő, amit intézményben töltött a páciens, 20 nap volt.

A kutatás céljaként is megfogalmazott és eredményekkel alátámasztott, kétféle műtéti beavatkozást szövődmények kialakulásának tükrében is összehasonlítottuk. Az eredmények alapján elmondható, hogy laparoscopia esetén 37 főnél, laparotomia esetén 5 főnél nem jelentkezett szövődmény, azonban laparoscopiánál 15 fő, laparotomiánál 4 főnél szövődmény lépett fel. A két műtéti típus között szövődmények vonatkozásában szignifikáns különbség a Fisher's Exact teszt elvégzése során nem mutatható ki ( $p > 0,05$ ) A 3. ábra a laparoscopos beavatkozás esetén előforduló szövődmények arányát prezenálja.

**3. ábra: Laparoscopia után előforduló szövődmények (n=61)**



A kutatás részeként arra kerestük a választ, hogy a postoperatív időszakban fellépő szövődmények és a klinikai ápolási napok száma között van-e összefüggés. Az eredmények alapján megállapítottuk, hogy a klinikai ápolási napok száma ahol nem jelentkezett szövődmény 8,02 nap ( $SD=1,91$ ), szövődmény előfordulása esetén átlagosan 11,11 nap ( $SD=3,28$ ). A kétmintás t-próba elvégzése után, az eredmény szignifikáns különbséget mutat ( $p < 0,001$ ), tehát a műtét utáni szövődmények jelentkezése esetén az ápolási napok száma emelkedik. (4. ábra)

Szövődmény vonatkozásában összefüggést kerestünk az endometriosis szervi érintettségének száma, és a szövődmények kialakulásának gyakorisága között. 1-2 szerv érintettsége esetén 14 főnél, a minimum 3 szerv érintettsége esetén 28 főnél nem jelentkezett szövődmény. A minimum 3 szerv érintettsége során azonban 17 főnél, míg a

**4. ábra: A klinikai napok száma a szövődmények előfordulásának tükrében (n=61)**



1-2 szerv érintettségénél 2 főnél tapasztalható szövődmény. A dokumentumelemzés során, az eredmények alapján, arra a következtetésre jutottunk, hogy az endometriosis egy szervi érintettséggel csak kis elemszámmal mutatható. Nagyobb arányban viszont a több mint 3 szerv érintettsége volt a jellemző, mely összenövésekkel párosult. A postoperatív időszakra vonatkozóan a szövődmények számának arányát vizsgálva, ha az endometriosis több szerven is jelen volt, magasabb arányban fordult elő lázas állapot, vizeletürítési probléma, mint az 1-2 szervet érintő betegség esetén. Összességében megállapítható, hogy Fisher's Exact teszt számítása szerint nincs szignifikáns különbség a szervi lokalizáció és a műtét utáni szövődmények kialakulása között ( $p > 0,05$ ). A műtéti beavatkozás során sérülhetnek idegek is, leggyakrabban a húgyhólyag működését is befolyásoló plexus hypogastricus inferior ágai. Ezért fontos a postoperatív időszakra vonatkozóan ez irányú adatok gyűjtése is. Az adatok gyűjtése során meg kell vizsgálni, hogy a páciensek otthonukba távozásakor milyen módon ürítették ki a húgyhólyagot. Egyes ürítési panaszok fennmaradhatnak a pácienseknél akár hosszútávon is, ennek ellenére az eredmények azt mutatják, hogy többségük, 56 fő (91,8 %) spontán módon ürített vizeletet, 3 főnél (4,9 %) Foley katéter eltávolítása után csak rövid ideig tartó vizelet retenció volt megfigyelhető. A megfigyelt eseteknél 2 fő (3,3%) viszont intermittáló katéter használatának javaslatával az urológiai ambulanciára távozott, mert a teljes vizelet mennyiséget csak részben sikerült spontán módon kiüríteni.

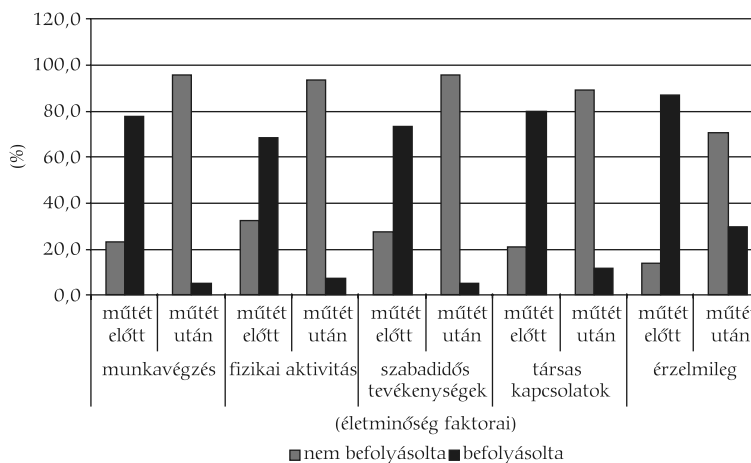
Kutatásunk második részében az endometriózis miatt operált nők számára kiküldött kérdőívek eredményeinek értékelésével folytatódott. A 61 páciens otthonába kiküldött kérdőívei közül 44 érkezett vissza. A kérdőív (n=44) szocio-demográfiai jellemzőit figyelembe véve, életkoruk átlaga 34,73 év (SD=5,12) legfiatalabb 26 éves volt, míg a legidősebb válaszadó 47 éves. A vizsgált mintában, vagyis 1 fő egyedülálló, míg a nagyobb rész, 27 fő (61,4%) házas, 16 fő (36,4%) viszont élettársi kapcsolatban él.

Az iskolai végzettség tekintetében az alapfokú 2 fő (4,6%) középfokú végzettséggel a minta 26,8%-a (25 fő), a felsőfokú végzettséggel 17 fő (38,6%) rendelkezett.

A továbbiakban a kutatás céljaként is bemutatott összehasonlításokat vizsgáljuk, milyen változásokat eredményezett a beavatkozás, műtétet követő minimális 6 hónap elteltével. A kérdőív további eredményei arra keresik a választ, hogy emlékezetük szerint az endometriosis okozta panaszok a megkérdezett mintát milyen mértékben befolyásolták a munkavégzésben, a fizikai aktivitásában, a szabadidős tevékenységekben, de a kérdéskör domináns eleme fókuszál a kapcsolatrendszerre, és kitért az érzelmi attitűdökre is. Egy 5 fokozatú Likert-skála segítségével a válaszlehetőségek: „egyáltalán nem befolyásolta”, „nagyon befolyásolta” között képezték az összetevőket. Az életminőség faktorait, mely kategóriák a tudományos közlés átláthatósága miatt összevonásra kerültek, az 5. ábra prezentálja. A páciensek befolyásoló hatásának átlagát tekintve, 76,8% arányban úgy ítélték meg, hogy az endometriosis okozta panaszok befolyással voltak a műtét előtt a munkavégzésükre, a fizikai aktivitásukra, szabadidős tevékenységükre, a társas kapcsolataikra és az érzelmi állapotukra. Ezzel szemben a műtét utáni követéses vizsgálatban az eredmények ezt mutatják, hogy közel 90%-os (88,5%) a mintának elégedettségét fejezi ki az életminőség speciális dimenzióit tekintve.

Hasonlóan kedvező eredményeket mutat

5. ábra: Endometriosis okozta panaszok befolyásoló hatása (n=44)



az általános egészség állapot megítélése a műtét után. A szubjektív megítélésére adott válaszokat elemezve az eredmények azt mutatják, hogy az ötfokozatú skála középértékéeként 27 fő (61,4%) „jó”-nak ítélte az állapotát az egészség vonatkozásában. Csak 8 fő (18,2%) megítélése, az, hogy „nagyon jó”, 6 fő (13,6%) „elfogadhatóan” érezte magát a kérdőív kitöltésének pillanatában. 2 fő (4,5%) „kiválóan” ítélte, míg egy fő (2,3%) „gyengének” vallotta az pillanatnyi állapotát.

A továbbiakban célunk volt, és részletesen vizsgáltuk a 15D standard kérdőív elemeinek a felhasználásával az életminőség speciális faktorait. Az itemek célja, képet kapni az egyének véleményéről, általános megítéléséről a fizikai, lelki és társadalmi területekről. Ürítés terén a megkérdezettek nők közel fele, 20 fő (45,5%) ítéli úgy műtét után, hogy enyhe problémái vannak a belei/hólyag funkcióval, pl. nehézségek vizelés során, vagy enyhe hasmenés/szorulás. 16 fő (36,4 %) állítása szerint a belei, hólyagja normálisan működik. A fájdalmas székletürítés VAS skálán mért átlaga 1,25 (SD=1,68, módusz=0, medián= 0,0, min=0, maximum=6) erősségű panaszt okozott, ami a skála kategorizálása alapján nem jelent fájdalmat.

A megkérdezett nők közül 36 fő (81,8%) nehézségek nélkül képes elvégezni a mindennapi teendőit, 8 fő (18,2%) viszont kevésbé eredményes vagy csak kisebb nehézségekkel tudja elvégezni azt. A mintában az állandóan jelenlévő fájdalom pontszámának átlaga

1,55 (SD=2,12, módusz=0, medián=0,0, min=0, max=8) ami szintén fájdalmat nem tükröz.

Az eredmények alapján 36 fő (81,8%) mentális funkciójukkal kapcsolatban úgy vélekedik, hogy képesek tisztán, logikusan gondolkodni, memóriájuk jól működik. Szorongás terén aggódónak, stresszesnek, vagy idegesnek 17 fő (38,7%) érezte magát, és szintén ilyen arányban voltak azok a páciensek is akik egyáltalán nem tapasztalták ezeket a tüneteket.

Vitalitás viszonylatában a többség, 21 fő (47,7%) enyhén fáradtnak ítéli meg a saját állapotát, 18 fő (40,9%) egészségesnek, energikusnak érzi magát. Az életminőség tekintetében a szexuális élet is felszínre került. Ezen kérdésre a minta fele, 22 fő (50%) vallja, hogy az egészségi állapotában bekövetkezett változások negatív hatással vannak a szexuális életére. 18 fő (40,9%) viszont arról számol be, hogy nincs kedvezőtlen befolyásoló hatása a szexuális együttléteknek, vagyis az egészségi állapotuk változása nem befolyásolja az intim együttléteket.

A vizsgálat célját képezte az endometriosis műtét utáni szexuális élet aspektusainak vizsgálata. A kérdőív további kérdései a minta szexualitására vonatkozóan, validált, standardizált MFSQ kérdőív elemeivel kerültek felmérésre. A szexuális érdeklődés dimenziója, a szexuális együttlétek során érzett élvezet és izgalmi állapot fokozatára kérdezett rá, a szexualitással kapcsolatos fantáziák megjelentek-e, és milyen mértékű vágyat érzett. Valamint mennyire érezte önmagát és partnerét szexuálisan vonzónak. A megkérdezetteknek közel 70%-os az érdeklődése a szexualitással kapcsolatban, mert az ide kapcsolódó három kérdésre adott válaszaik átlagértéke 27,45 (SD=6,5, módusz=29,0, medián=28,0, min=10, max=38), a legtöbben a 29-es pontszámot érték el, ez a mintából 6 fő (13,6%), mely közel azonos a válaszadók átlagának véleményével.

A további dimenzió kérdésköre, a szexuális együttlétek gyakoriságával kapcsolatos elégedettséget taglalja, a hüvelyi közönsülések számának napi, heti, és havi megjelenítésében és, hogy a partnerének szexuális érdeklődése hiányában milyen gyakran fordult elő, hogy a válaszadó aktivitása csökkent.

A három kérdés összesített eredményeként e kérdéskörben, a maximálisan adható 21 pontszám felét meghaladta a páciensek értékelésének átlaga, mely eredménye 11,5 pont (SD=3,0, módusz=13,0, medián=13,0, min=4, max=16).

A szexuális együttlétek során a hüvelyi nedvesség témakörét vizsgálták azok a kérdések, melyek a hüvelyi nedvesség mértékét, vagy szárazságának gyakoriságát és a közönsülések alkalmával érzett fájdalmat mérték fel. E témakörben a válaszadók 14 pontszámot (SD=4,7, módusz=18, medián=16, min=1, max=19) érték el átlagosan, ami az elérhető maximum pontnak több mint a fele. A legtöbb esetben, 9 fő (20,5%) a 18 pontot adta. Az orgazmus témakörét négy kérdés öleli át. Mely rákérdez a közönsülések és az orgazmusok élvezetének mértékére, az orgazmusok számára, és ehhez alkalmazott kézi vagy vibrátor által alkalmazott stimulációra. A maximálisan adható 28 pont egy főnél (2,3%) jelentett teljes elégedettséget az eredmény a jelen esetben 80%-os elégedettséget tükröz. A mintában átlagosan 18,5 pont (SD=7,0, módusz=21,0, medián=20,5, min=0, max=28) volt a jellemző. Az eredményeket megvizsgálva az orgazmusok száma és annak élvezete a mintának csak a 66%-nál van jelen.

Az ötödik dimenzió a szexuális partnerrel való elégedettséget vizsgálja, mint társ/barát, mint szexuális partner, és a partner erekciós zavarai miatt elmaradt szexuális aktusok gyakoriságát. A minta jellemző része, több 20%-a 12 fő (27,3%) elégedettségét fejezi ki partnere iránt, és a maximális 21 pontra értékelték teljesítményüket. A válaszadók eredményét tekintve 18,4 pontot (SD=2,5, módusz=21,0, medián=19,0, min=13, max=21) érték el átlagosan. A szexuális együttléteket vizsgálva, a mintában átlagosan 1,66 erősségű (SD=1,62, módusz=0, medián=2,0, min=0, max=5) VAS skálán mért fájdalom jelentkezett.

A kutatás során arra kerestük a választ, hogy van e kapcsolat az életkor, és a szexualitásra vonatkozó kérdőív egyes dimenziói között. Az életkor és a McCoy-féle Női Szexualitás Kérdőív (MFSQ) pontozása között nem található korrelációs összefüggés ( $p>0,05$ ). Összességében megállapítható,

I. táblázat: Korrelációs összefüggés a McCoy-féle Női Szexualitás Kérdőív egyes dimenziói és az életkor között (N=44)

		Az Ön életkora	Szexuális érdeklődés	Elégedettség	Hüvelyi nedvesség	Orgazmus	Szexuális partner
Az Ön életkora	Pearson Correlation	1	-,061	-,185	-,075	,027	-,182
	Sig. (2-tailed)		,692	,229	,629	,863	,237
Szexuális érdeklődés	Pearson Correlation	-,061	1	,190	,334*	,254	,118
	Sig. (2-tailed)	,692		,218	,027	,096	,445
Elégedettség	Pearson Correlation	-,185	,190	1	,177	,088	,442**
	Sig. (2-tailed)	,229	,218		,250	,571	,003
Hüvelyi nedvesség	Pearson Correlation	-,075	,334*	,177	1	,300*	,123
	Sig. (2-tailed)	,629	,027	,250		,048	,427
Orgazmus	Pearson Correlation	,027	,254	,088	,300*	1	,518**
	Sig. (2-tailed)	,863	,096	,571	,048		,000
Szexuális partner	Pearson Correlation	-,182	,118	,442**	,123	,518**	1
	Sig. (2-tailed)	,237	,445	,003	,427	,000	

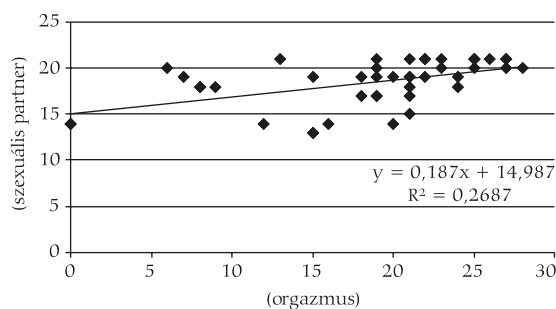
\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).  
 \*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

hogyan az életkor nem befolyásolja az intim harmónia minőségét. (I. táblázat)

A továbbiakban a kutatás arra irányult, hogy az egyes dimenziók között kimutatható-e kapcsolat. Az I. táblázat eredményeit figyelembe véve a McCoy-féle Női Szexualitás Kérdőív (MFSQ) dimenzióinak pontszámai között a szexuális érdeklődés és a hüvelyi nedvesség között gyenge ( $r=0,334$ ,  $p=0,027$ ) korrelációs kapcsolat mutatható ki, a további vizsgálat eredményeként, az elégedettség és a szexuális partner dimenziói között közepes ( $r=0,442$ ,  $p=0,003$ ) korrelációs kapcsolat mutatható ki. Az eredmény alapján a szexuális együttlétek gyakorisága és a partnerrel való elégedettség között összefüggés látható. A hüvelyi nedvesség és orgazmus dimenziói között gyenge ( $r=0,300$ ,  $p=0,048$ ) kapcsolat van, mely szerint a szexuális együttlétek során az orgazmus minőségi változói függenek az izgalmi állapot mértékétől.

A kutatási eredmények alapján az orgazmus és a szexuális partner dimenziói között szintén közepes ( $r=0,518$ ,  $p<0,001$ ) korrelációs kapcsolat állapítható meg. (6. ábra)

6. ábra: McCoy-féle Női Szexualitás Kérdőív (MFSQ) egyes dimenzióinak korrelációs összefüggése (n=44)



A vizsgálatban kiemelt jelentőséggel kuttattuk a szexualitásra vonatkozó dimenziókat, melynek célja, hogy a műtét után a kórképből adódó panaszok negatívan befolyásolhatják az érintettek társas kapcsolatát, és/vagy az érzelmi állapotot, egyutas varianciaanalízissel (ANOVA) „az endometriosis okozta panaszok mennyire „befolyásolják Önt” közül a társas kapcsolatokkal és érzelmi szinttel, de szignifikáns összefüggés nem található ( $p>0,05$ ). Ennek valószínűsíthetően részben az az oka, hogy a műtét utáni

időfaktor minimum 6 hónap volt, ill. a megelőző 5 év. Ez az időszak alatt már a negatív emlékek halványulnak, és érzelmileg stabilak, társas kapcsolatuk kiegyensúlyozott.

## Megbeszélés

A mélyen infiltráló endometriosis számos módon befolyásolhatja a női betegek életminőségét, és a szexuális kapcsolatokra is kifejti hatását. Ezért fontosnak tartottuk, hogy ezen páciensek intra-, és postoperatív állapot regisztrálását dokumentumelemzéssel, és speciális irányú kérdőív eredményeivel felmérjük. Várakozásainknak megfelelően e probléma műtéti megoldásának száma évről-évre emelkedő tendenciát mutat.

Demográfiai jellemzőket tekintve eredményeink hasonlóan megegyeznek más, e témában publikált szerzők eredményeivel. Bokor et al. életkori jellemzői kissé alacsonyabb (Bokor et al, 2014), míg English et al. szintén a colorectális DIE kezelésére alkalmazott szegmentális resectio hatékony eljárást, mely jelen kutatásban is a műtétechnika részét képezte, magasabb átlag életkorú egyének eredményeit dolgozták fel (English et al, 2014).

Az endometriosis lokalizációja nem csak egy szervet érintett, többségében a több mint 3 szerv érintettsége volt jellemző, gyakran összenövések kíséretében. Bokor et al. egy másik tanulmányban szintén megemlíti, hogy a műtéti kiterjesztésre is szükség volt (Bokor et al, 2014).

Ruffó et al., English et al., Bokor et al. vizsgálatukban kiemelten foglalkoztak a bélresectio problémakörével, tükrözve azt, hogy hasonlóan a saját kutatás eredményeinkben is vezető helyen állt a rectum-, szigumbél resectio száma, mely 55,7% (Ruffó et al, 2014; English et al, 2014; Bokor et al 2014).

Jelen tanulmányban a laparoscopos beavatkozásokat részesítették nagyobb számban előnyben, közel megegyezően mint Kössi et al. 84%-ban, míg Kjer et al. is hasonlóan, de kisebb arányban, 57%-ban végezték azt (Kössi et al, 2012; Kjer et al, 2014).

Tekintettel arra, hogy a DIE műtéti kezelésének terápiás eljárása rövid időtartamot

ölel át ( 5 év) kutatás helyszínén, a műtéti idő hossza átlagosan 50%-al magasabb mint Camanni et al., mely 167 perc, vagy a hazai Bokor et al. publikált beavatkozási idejéhez viszonyítva, de hasonló tendenciát mutat mint Kössi et al. tanulmányában (263 perc) (Camanni et al, 2009; Bokor et al, 2014; Kössi et al, 2012).

Kjer et al. adatai alapján rövidebb ápolási időt (5,7 nap), töltöttek a páciensek az intőzetben a saját eredményekhez viszonyítva (Kjer et al, 2014).

A műtétechnikai fejlődést követi a szakdolgozói értéknövelő innovatív ápolási módszerek alkalmazása a vizeletürítés elősegítésére. A bizonyítékon alapuló módszerek gyakorlata e tekintetben még szűk kapacitást mutatnak, de a jövő kihívásai közé tartozik, az eszközök és a gyakorlat szélesítése. Kihívásként jelenik meg a gazdasági szereplők bevonása miután döntési pozícióban központi szerepet töltenek be. (Oláh et al. 2007; Oláh et al. 2008, Oláh et al. 2012, Cs.Horváth Z et al. 2013, Ágoston et al. 2009, Boncz, 2007). Az idegkímélő műtéti technikának köszönhetően a húgyhólyag funkció és a szexuális zavarok száma csökken. Ezt támasztja alá Che et al. vizsgálata, mely szerint a megfigyelt eseteiknél a műtét után önkátérezésre nem volt szükség, valamint Kjer et al. szintén hasonló eredményről számoltak be (Che et al, 2014; Kjer et al, 2014). Saját kutatásunk során 3 esetben volt szükség az otthoni önkátérezés alkalmazására a húgyhólyag kiürítése céljából.

A vizeletürítést kísérő fájdalom mértékére is rákérdeztünk, mely számottevően a VAS skála legalacsonyabb értékeit mutatta, míg Ruffó et al. eredményei közepes erősségű fájdalmat mértek (Ruffó et al, 2014). Szövegmények tekintetében Setätä et al. ideiglenes vizelet visszatartásról számoltak be 14%-ban, hasonlóan Bokor et al. is átmeneti tranzienis hólyagatóniát tapasztaltak (Setätä et al, 2012; Bokor et al 2014).

Az endometriosis és ezen belül is a DIE által kiváltott életminőségre gyakorolt kedvezőtlen hatásról Bokor et al. is beszámoltak. Összehasonlítva a saját eredményeinkkel, pácienseink sokkal magasabb arányban jellegmítették munkavégzés során és a kapcsolatokban aló részvételben az endometriosis ki-

váltotta panaszok negatív befolyásoló hatását (Bokor et al 2013). Fourquet et al. is fájdalom kiváltotta hatásokat vizsgálták, munkavégzés során 43%-ban van jelen, mely megközelítőleg Bokor et al. 47,6%-os eredményeivel voltak azonosak (Forquet et al, 2011; Bokor et al, 2013).

Fourquet et al. tanulmányában viszont a mindennapi tevékenységek során csupán 10%-a a mintának nem érezte befolyásoló hatását, saját kutatásunk eredményével összevetve, pácienseink kedvezőbb eredményekről számoltak be (Forquet et al, 2011).

Bokor et al. tanulmányában a fájdalom hatását vizsgálták a munkavégzésre irányuló vizsgálatban, VAS skálán 1,54 értékű, hasonlóan alacsony eredményt prezentáltak mint jelen munkánkban, mely érték a nem minősül fájdalomnak (Bokor et al, 2013).

Életminőség egyes aspektusait megvizsgálva, Kössi et al. minden elemében szignifikáns eredményről számoltak be a műtét előtti és utáni értékeket összehasonlítva (Kössi et al, 2012). Jelen vizsgálatban csak a beavatkozás utáni életminőség felmérés eredményei állnak rendelkezésre, mely értékek közel azonos eredményeket mutatnak mint a nemzetközi tanulmányok szerzői.

A vizsgált nők szexualitására vonatkozó eredményeket műtét után, külföldön is elfogadott és gyakran alkalmazott MFSQ standardizált kérdőívet használva mértük fel. Vizsgálatunkban a dimenziók kapott pontszámait figyelembe véve 60%-os elégedettségéről számoltak be a minta alanyai. Összefüggéseket kerestünk egyes dimenziók között: a szexuális érdeklődés és a hüvelyi nedvesség, valamint a hüvelyi nedvesség és az orgazmus között gyenge, az elégedettség és a szexuális partner, a szexuális partner és az orgazmus között közepes kapcsolatokat találtunk. Az életminőség terén, a társas kapcsolatok és érzelmi állapot

nem mutatott összefüggést a szexuális aspektusok között.

A VAS skálán mért fájdalom mértékét közösülés során, közel megegyezően alacsony számértéken fejezték ki az általunk megkérdezett esetek és Evangelista et al. által megkérdezettek, mely 2,1 erősségű (Evangelista et al, 2014).

A **kutatás korlátjaként** jelenik meg, hogy a műtét előtti időszakban nem készült ez irányú felmérés, ami az összehasonlítás tárgyát képezhetné, de megjegyzendő a dokumentációs hiányosság, ami részben a korábban nyomtatott verziót érinti, illetve 2014 évtől a kutatás helyszínén elektronikus orvosi és ápolási dokumentáció került bevezetésre, melynek korlátai a témát érintően megjelenik, illetve, meghatározza és / vagy irányt mutathat a fejlesztésre. A kutatás korlátai közé tartozik még, hogy jelenleg alacsony elemszámmal tudtunk számolni, és az eredmények nem minden esetben hozták a kívánt eredményeket. **Fejlesztési javaslatként** szükséges lehet, az érintettek hosszú távú követése, az életminőség kontextusában, kiknél indokolt az összehasonlító vizsgálat a műtét előtti állapot/ tünetek/ panaszok objektív, és célirányos feltérképezése. Mindezekhez az elektronikai lehetőségek a XXI. században rendelkezésre állhatnak, amennyiben a műtéten átesettek elektronikus elérhetőség feltüntetése a dokumentációban rendelkezésre áll.

Elvárható, hogy gyakorlattá tenni DIE hatását a női szexuális funkciókra, széles körben kívánatos alkalmazni az ez irányú standard kutatási módszereket, melynek egyik lehetőségét kínálja az MFSQ és az FSFI kérdőív, melynek domináns elemei az intim harmóniára kérdeznek rá, és még szakmai körökben is tabu témát érint.

Megjegyzendő, hogy egy későbbi időpontban nagyobb elemszámú minta ismételt felmérése javasolt hasonló témakörben.

## Irodalomjegyzék

1. Ágoston, I., Vas, G., Imhof, G., Endrei, D., Betlehem, J., Boncz, I. (2009). A magyar egészségügyi kapacitások törvényi szabályozásának változásai. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 47(5), 3–7.
2. Ács, P., Oláh, A., Karamánné Pakai, A., Raposa, LB. (szerk.) (2014). *Gyakorlati adatelemzés*. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.
3. Bokor, A., Brubel, R., Lukovich, P., Rigó, J. (2014). Mélyen infiltráló colorectalis Endometriosis miatt végzett multidiszciplináris laparoszkoós műtétek során szerzett tapasztalataink. *Orvosi hetilap*, 155(5), 182–186.
4. Bokor, A. Koszorús, E. Brodszky, V. Hooghe, T., WERF EndoCost Consortium, Rigó, J. (2013). Az endometriosis hatása az életminőségre Magyarországon. *Orvosi hetilap*, 154(36), 1426–1434.
5. Boncz, I. (2007) A teljesítmény-volumen korlát (TVK) hatása az aktív fekvőbeteg szakellátás teljesítménymutatóira intézményi, megyei és regionális bontásban. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, 6(8), 19–24.
6. Camanni, M., Bonino, L., Delpiano, EM., Berchiolla, P., Migliaretti, G., Revelli, A., Deltetto, F. (2009). Laparoscopic conservative management of ureteral endometriosis: a survey of eighty patients submitted to ureterolysis. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 7, 109.
7. Chapron, C., Dubuisson, J. B. (2001). Management of deep endometriosis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 943, 276–280.
8. Che, X., Huang, X., Zhang, J., Xu, H., Zhang, X. (2014). Is nerve-sparing surgery suitable for deeply infiltrating endometriosis? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 175, 87–91.
9. Cs, Horváth, Z., Molics, B., Boncz, I. (2013). Szociális és egészségügyi ellátórendszer gyakorlati együttműködési lehetőségei. *Egészség-Akadémia*, 4(1), 12–27.
10. English, J., Sajid, M. S., Lo, J. Hudelist, G., Baig, MK., Miles, WA. (2014). Limited segmental rectal resection in the treatment of deeply infiltrating rectal endometriosis: 10 years' experience from a tertiary referral unit. *Gastroenterology Report*, 2(4), 288–294.
11. Evangelista, A., Dantas, T., Zendron, C., Soares, T., Vaz, G., Oliveira, MA. (2014). Sexual Function in Patients with Deep Infiltrating Endometriosis. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 140–145.
12. Forquet, J., Báez, L., Figueroa, M., Iriarte, RI., Flores, I. (2011). Quantification of the impact of endometriosis symptoms on health-related quality of life and work productivity. *Fertility and Sterility*, 96(1), 107–112.
13. Gao, X., Outley, J., Botteman, M., Spalding, J., Simon, JA., Pashos, CL. (2006). Economic burden of endometriosis. *Fertility and Sterility*, 86(6), 1561–1572.
14. Giudice, LC., Kao, LC. (2004). Endometriosis. *Lancet*, 364(9447), 1789–99.
15. Lampek, K., Kívés, Zs. (2012). Kutatásmódszertani és biostatistikai ismeretek. In: Oláh, A. *Az ápolástudomány tankönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
16. Kjer, JJ., Kristensen, J., Hartwell, D., Jensen, MA. (2014). Full-thickness endometriosis of the bladder: report of 31 cases. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 176, 31–3.
17. Kössi, J., Setätä, M., Mäkinen, J., Härkki, P., Luostarinen, M. (2012). Quality of life and sexual function 1 year after laparoscopic rectosigmoid resection for endometriosis. *Colorectal Disease*, 15(1), 102–108.
18. McCoy, NL. (2000). The McCoy Female Sexuality Questionnaire. *Quality of Life Research*, 9(Suppl. 1), 739–745.
19. Oláh, A., Betlehem, J., Kriszbacher, I., Boncz, I., Bódis, J. (2007). Re: the clinical nursing competences and their complexity in Belgian general hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 58(3), 301–302.
20. Oláh, A., Katona, Gy., Gál, N., Müller, A., Damasdi, M., Boncz, I., Betlehem, J. (2012). The comparison of two minimal invasive surgeries, the tension-free vaginal tape (TVT) and the transobturator tape (TOT) in terms of efficiency and the complications. *South Eastern Europe Health Sciences Journal*, 2(2), 82–87.
21. Oláh, A., Józsa, R., Csernus, V., Sándor, J., Müller, Á., Zeman, M., Hoogerwerf ... Halberg, F. (2008). Stress, Geomagnetic Disturbance, Infradian and Circadian Sampling for Circulating Corticosterone and Models of Human Depression? *Neurotoxicity Research*, 13(2), 85–96.
22. Pakai, A., Kívés, Zs. (2013). Kutatásról ápolóknak, Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészség-tudományi kutatásokban. *Nővér*, 26(3), 20–43.
23. Ruffo, G., Scopelleti, F., Manzoni, A., Santori, A., Rossini, R., Ceccaroni, M. ... Falconi, M. (2014). Long-term outcome after laparoscopic bowel resections for deep infiltrating endometriosis: a single-center experience after 900 cases. *BioMed Research International*, 2014, 463058.
24. Setätä, M., Härkki, P., Matomäki, J., Mäkinen, J., Kössi, J. (2012). Sexual functioning, quality of life and pelvic pain 12 months after endometriosis surgery including vaginal resection. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 9(6), 692–698.
25. Sintonen, H. (2001). The 15D instrument of health-related quality of life: properties and applications. *Annals of Medicine*, 33(5), 328–36.
26. Stephansson, O., Kieler, H., Granath, F., Falconer, H. (2009). Endometriosis, assisted reproduction technology and risk of adverse pregnancy outcome. *Human Reproduction*, 24(9), 2341–7.
27. A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium. *Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja Endometriosisról*. Retrieved from <http://www.kk.pte.hu/docs/protokollok/SZUL-endometriosis.pdf> (2015.03.20.)

# Gondolatok az ápolói kompetenciáról

ADORJÁNNÉ ZDENKÓ Erzsébet

## Összefoglalás

*Az ápolói hivatás elméleti és gyakorlati összetevőkből álló komplex tevékenység, amelyben a szakmai ismeret az empátia, az etika, és kommunikáció mellett szükséges a modern technikai, műszaki ismeret, és manuális készség. A tudásátadás hagyományos módszerei, egyre kevésbé képesek kiszolgálni a megváltozott munkaerő-piaci igényeket. Az ápolók képzési rendszere ezekre a kihívásokra válaszolva az igényekhez alkalmazkodva megváltozott, illetve folyamatosan változik. A korszerű oktatás céljának középpontjába a képességek, készségek kialakítása, illetve ezek elsajátítását leginkább segítő szimulációs oktatás került. A szerző szeretné felhívni a figyelmet a megszerzett ápolói kompetenciák fenntartásának és fejlesztésének fontosságára, lehetőségeire valamint az ápolói kompetenciák szabályozatlanságára és felülvizsgálatának jelentőségére.*

**Kulcsszavak:** gyakorlati készségfejlesztés, kompetencia fenntartás, ápolói hatáskör

### Thinking about the nursing competences

Erzsébet ADORJÁNNÉ ZDENKÓ

#### Summary

*Nursing is a complex profession consisting of several vocational skills such as empathy, theoretical, clinical, ethical, and communication skills. Beside these, technical knowledge is also essential for a nurse. The conventional methods of knowledge transfer are less and less able to meet the changed requests of the labor market. As a result of that nurse education has adapted to these changes, therefore the aim of the recent education system is to bring the acquisition of skills and competencies into prominence by using simulations as a helpful teaching strategy. Although for nurses working bedside at present improving their adequate technical skills still needs to be solved. The author wants to draw attention to the importance of maintaining and improving the acquired nursing competences, and that unregulated nursing competences are also important to be revised.*

**Keywords:** improving practical skills, maintaining competences, nursing competences

Beérkezett: 2016. március 08. Elfogadva: 2016. március 30.

## Bevezetés

A felgyorsult tudományos-technológiai fejlődés világszerte új kihívás elé állít minden szakterületet, ez alól az egészségügy és ezen belül az ápolás, mint önálló diszciplína sem kivétel. A változás folyamatosan jelen van termék-, valamint, folyamat-innováció tekintetében, elkerülhetetlen tehát az új diagnosztikus-, terápiás- és ápolási technológiák, módszerek, eszközök bevezetése és alkalmazása a napi betegellátás során. Ezek elsősorban új lehetőségeket teremtettek, de ezzel párhuzamosan új követelményeket is támasztanak az egészségügyi ellátás gyakorlójától. Készség szintű alkalmazásuk el-

várás és közös érdek az egészségügyi piac valamennyi résztvevőjének részéről. A biztonságos betegellátás egyik alapfeltétele a szakdolgozók magas színvonalú elméleti és gyakorlati tudása, amely az ellátást igénybe vevők részéről is egyre gyakrabban előtérbe kerülő szempont az egészségügyi szolgáltató választásakor.

## Aktualitás

Az ápolói kompetencia kérdését szintén a folyamatos innováció jellemzi, az ápolás területén tapasztalható szabályozási hiányosságok felszámolására a jogalkotó számos

Levelező szerző (correspondent): ADORJÁNNÉ ZDENKÓ Erzsébet Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Honvédkórház vezető ápoló  
MSc ápoló hallgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar  
Tel.: 06-30-812-84-34, e-mail: adorjannebobe@gmail.com

jogszabály megalkotásával próbálkozott már megoldást találni. A teljesség igénye nélkül például a 14/2003.(IV.30) ESzCsM rendelet az egészségügyi dolgozók rendtartásáról, vagy az ápolói tevékenység kompetenciáiról szóló 3/2010.(I.26) EüM rendelet és annak módosítása a 6/2010. (II. 24.) EüM rendelet) (Kárpáti, 2014; Deák & Kárpáti, 2010)

Az ellátásban résztvevő team, napi feladatelosztásának középpontjában továbbra is az ápolói kompetencia érvényesítése, határainak betartása áll. Az ápolók a kompetenciák és felhatalmazások kérdését körülölelő szabályozatlanság miatt, nem ismerik pontosan saját hatáskörüket. Többet feladatot és talán fel sem ismert felelősséget vállalnak ez által magukra.

## Gyakorlati jelentősége

Az ápolók számára a közvetlen szakmai vezetők részéről kiadásra kerülnek a munkavégzésük kereteit szabályzó munkaköri leírások, illetve annak részeként a szakmai végzettségüknek megfelelő, kompetencia listák. Hatáskörük kiterjed az osztályon előforduló különböző ellátást igénylő betegek ápolására, de sok esetben az ápolóknak olyan szakmaspecifikus ápolói feladatokat is el kell tudni látniuk, amelyet nem végeznek napi rendszerességgel, illetve nem tartozik szakmai kompetenciájukba. Adott beteg ellátása során, gyakran kerülnek szembe új eszközökkel, eljárással, új technikával. Ilyen esetek alkalmával felvetődik a beteg-, és dolgozói biztonság megvalósulásának kérdése. Kompetensnek tekinthető-e az ápoló a végzettsége alapján azokban a tevékenységekben is, melyeket nagyon ritkán vagy esetleg még sohasem végzett?

A feltett kérdés megválaszolásán kívül, még számos ok miatt szükséges az ápolói kompetenciák meghatározott időnként történő felülvizsgálata, aktualizálása. A teljesség igénye nélkül a legfontosabbak:

1. Az alacsony ápolói létszám gyakran teszi indokolttá a megszakított munkahelyi környezettől eltérő munkavégzést. Átírányítás, helyettesítés, vagy átmeneti időre létrehozott úgynevezett „influenza osztály” kialakítása nehéz helyzet elé állítja a menedzsmentet. A kompetencia elvárások módosításával, a változások viszonylag jól menedzselhetők.

2. „Évente átlagosan 1,5 évvel nő a szakdolgozói átlagéletkor és számos szakterületen már közelít az 50 évhez.” (Balogh, 2014, 2.p.) Következésképpen „a ma ápolói” szakmai képesítésüket több évvel ezelőtt a jelenlegitől lényegesen eltérő szakképzési rendszerben szerezték, ebből adódóan még nem tapasztalhatták a szervezett gyakorlati oktatás innovációt követő szemléletének jelenlegi előnyeit. Az akkor tanultak gyakorlatban való alkalmazása napjainkban már nem elegendő. Az elmúlt évtized változásai legnagyobb mértékben éppen a képzés és a szakmai gyakorlatok területét érintették. A moduláris és az ezt megelőző képzési időszak különböző képzésformáin túl, követelmény és kompetencia különbség is fellelhető. A napi ápolási tevékenység ugyan nem változott, de szakmai kompetencia leírással a megfogalmazott feladatok száma nagymértékben bővült. A 10-15 évvel ezelőtti gyakorlati oktatás céljára használt demonstrációs tantermek bemutató felszerelései, eszközei akkor még nem tartalmazták a mai ápolási munkában már természetesen jelenlevő és napi rendszerességgel használt ápolási eszközöket így ezek készségszintű elsajátítására sem volt lehetőségük. Ezek az ápolók a mindennapi munkájuk során találkozhattak először az ápolás és orvostechnika nagyléptékű fejlődésének eredményeként az egészségügyben folyamatosan megjelenő innovatív eszközökkel, eljárásokkal.
3. A team munka meghatározó jelentőségű az egészségügyben, ezért minden résztvevőjének pontosan ismernie kell feladatát, hatáskörét és felelősségét. A képzési struktúra változásainak eredménye, a képzettségi szintek emelkedése, amely a gyakorló ápoló, OKJ ápoló, szakápoló, főiskolai illetve egyetemi ápoló kompetencia köreinek megfelelő feladatellátást tesz indokolttá. Ez egyben munkáltatói igény is, hiszen ön-

álló munkavégzésre alkalmas, elméleti és gyakorlati tudását képesség szintjén alkalmazni tudó, ápolókra van szüksége. (Kérdés, hogy jelen helyzetben a súlyos ápolói létszámhiánnyal küszködő kórházak esetében van-e reális esély a kompetencia határok meghatározására, betartására?)

4. Az orvosi kompetenciák átadása, orvosok részéről számos tevékenység esetében megtörtént írásbeli felhatalmazások kiadásával. A mindennapi tapasztalat azonban azt igazolja, hogy „az ápolók számos olyan munkát végeznek a gyakorlatban, amely orvosi kompetenciába tartozik, ezáltal többletfeladatot teljesítenek, sőt az ezzel járó felelősség terheit is viselik.” (Balogh, 2012a, 111.p.) A kompetenciák meghatározott időnként történő felülvizsgálata lehetőséget nyújt a nem ápolói hatáskörbe tartozó, de ápolók által végzett tevékenységek jelenlétének feltárásához.
5. Az ápolásszakmai kompetenciák meghatározásában természetesen elsősorban a hatályos törvények, rendeletek és a megfelelő szakmai végzettség az irányadóak, de mindezek figyelembe vételén túl az egyéni képességek, készségek felmérése sem hagyható figyelmen kívül. Az intézményi szintű szabályozás a személyre szóló szakmai kompetencia alapú munkaköri leírás és a hozzátartozó kompetencialista kiadásával valósul meg.

A kompetenciakörök végzettségnek megfelelő mielőbbi jogszabályszerű tétel meghatározása a kompetenciák aktualizálásának is alapvető feltétele.

## Ápolói kompetencia

Az ápoló szakmai kompetenciája egy gyakran használt kifejezés nemcsak a szakdolgozók feladatait szabályzó törvények, rendeletek, irányelvek, képzési követelmények esetében, de a felelősségteljes napi ápolási munka során is. A gyakori szóhasználat okán felvetődik a kérdés, ismerjük-e pontosan a kompetencia szó fogalmát, illetve mit

értünk az ápolói kompetencia megnevezés alatt?

A hazai és nemzetközi szakirodalomban kutatva számos megfogalmazással, definícióval találkozunk. Az Ápolói és Szülésznői Szakma Szabályozása című V. Nemzetközi Konferencia meghatározása szerint: „A kompetencia kifejezés azt a tudást, készségeket, képességeket és viselkedésformákat foglalja magába, melyek a munkavégzéshez szükségesek és kulcsfontosságúak az egészségügy célkitűzéseinek, megfelelő eredményeinek megvalósításában”

Egy következő megfogalmazás szerint „A kompetencia valamely hivatás, vagy foglalkozás gyakorlásához és az ahhoz tartozó szakmai tevékenység biztosításához, felelős és eredményes elvégzéséhez szükséges ismeretek, továbbá a viselkedés és ezek önálló gyakorlásához szükséges készségek és képességek kombinációja.” (Ujváriné Siket, Papp, Farkas, & Törő, 2009, 3.p.)

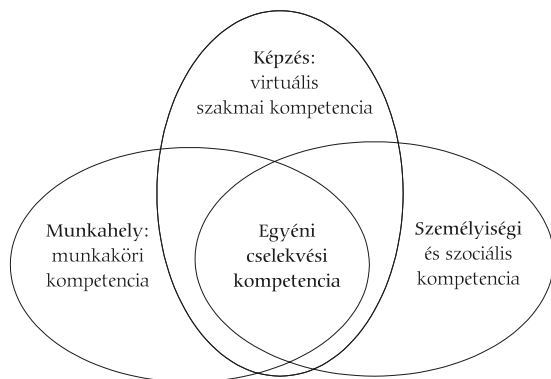
A holisztikus kompetencia-értelmezés megközelítésében „Az ápolói kompetencia, az ápolási gyakorlathoz szükséges tudás, tevékenység, készségek, értékek, attitűd komplex kombinációja. A tudás és készségek hatékony alkalmazása a kívánt eredményeknek megfelelő feladatok teljesítése érdekében történik, melyhez hozzájárulnak még az adott egyén tulajdonságjellemzői, ahogyan az adott egyén képes a feladat teljesítésére.” (Tulkán, 2010, 27.p.)

„A kompetencia készségek és képességek együttese, melyek segítségével valaki problémamegoldásra képes egy adott területen, jelenti továbbá az illetőnek azt a hajlandóságát is, hogy a problémamegoldásra való képességét alkalmazza és kivitelezze. A fogalom magában foglalja az illető tudását, tapasztalatait éppúgy, mint személyes adottságait. A kompetencia a döntést, kivitelezést, megvalósulást szolgáló képességrendszer.” (Falus, 2003; Pápai, 2013, 54.p.)

A kompetencia fogalmának különböző meghatározásait olvasva megállapíthatjuk, hogy a kompetencia legfontosabb összetevői a képesség, készség, jártasság, tudás, attitűd személyes értékek és a motiváltság. **(1. kép)**

Nemzetközi szakirodalmat tallózva a competence és competency fogalma gyakran összekeveredett, összemósódott fogal-

## 1. kép. Az egyén cselekvési kompetenciája



Forrás: <http://szocialis-gondozo.lapunk.hu/?modul=oldal&tartalom=1094912>

mak. A competence egy konkrét munka sikeres elvégzéséhez szükséges tudás képesség alkalmazását jelenti „vagyis a tevékenység olyan aspektusaként határozható meg, amit az egyén el tud végezni.” (Tulkán, 2010, 26.p.) A competency pedig a viselkedéses jellemzőkkel leírható tulajdonságokra vonatkozik, amelyek meghatározzák a teljesítményt. A két fogalom együttes értelmezése során olyan kompetenciamodellhez jutunk, amely összefoglalja, mire van szükség a jó teljesítmény érdekében intézeti szinten vagy konkrét munkakör esetében. (Kárpáti, 2014)

Az International Journal of Nursing Knowledge-ban megjelent cikk. B. Rodgers az University of New Mexico College of Nursing professzorának újszerű módszerét alkalmazza az ápolói kompetencia fogalmának elemzésére. Az ápolói kompetencia előzményei között szerepel a személyes és a külső motiváció. A lényegi tényezők: a megszerzett tudás integrálása a napi gyakorlatba, a tapasztalat, a kritikai gondolkodás, a szakmai készségek, a gondoskodás, a kommunikáció, a környezet, a motiváció és a szakszerűség. Az eredmények: magabiztosság, biztonságos gyakorlatok és átfogó gondoskodás. A szerző következtetésként leírja, hogy meg kell határozni az ápolói felelősség vonatkozásait az ápolói kompetencia meghatározása és biztosítása terén. További kutatás szükséges az ápolói kompetencia, különböző oldalai legalkalmasabb mérési módszereinek meghatározásához is. (Smith, 2012)

## Az ápolói kompetencia és a szakképzés kapcsolatának történeti áttekintése

A szakmai kompetenciák meghatározásának alapja az adott végzettséghez tartozó, ágazati rendeleti szinten előírt szakképzési és vizsgáztatási követelmény, amely a szakképzettségtől függően határozza meg azokat a feladatokat, melyeket a szakdolgozó önállóan, orvosi utasításra önállóan, illetve orvosi utasításra együttműködő funkcióban végezhet. Ehhez társulnak a gyakorlati munka során kialakult készségek és jártasságok.

Az egységes kimeneti követelmény a 2/1975 (III.1) EüM számú rendelet alapján vált biztosítottá a négy éves általános ápoló és általános asszisztens szakképzés formájában. A szakiskolai képzés nappali tagozaton három év, munka melletti képzés keretében két év tanulmányt jelentett. (Pápai, 2013) A két éves ápolási asszisztens szakképzés központi programjában a kompetenciára vonatkozólag három fogalom különült el:

- ⇒ Önállóan végezhető feladatok (pl. inhalálás, higiénés szükségletek kielégítése)
- ⇒ Segédkezés a klinikai ápolási feladatoknál (pl. fogyatékosok ápolása)
- ⇒ Ismereti, felismerési, észlelési szint (pl. kardinális tünetek, életjelenségek megfigyelése, egészségügyi jogszabályok ismerete.)

A képzés az ápolási asszisztentst összességében arra készítette fel, hogy az ápológondozói team tagjaként, az ápoló felügyelete mellett képes legyen az alap ápolási és gondozási feladatok ellátására. (Ujváriné Siket et al., 2009)

1976-tól az Egészségügyi Szakdolgozók Központi Továbbképző Intézete a másodfokú szakosító képzések szervezését kibővítette (pl. aneszteziológiai asszisztens, intenzív osztályos ápoló). Említett szakképzések megszerzése csak meghatározott alap-szakképzés és érettségi bizonyítvány birtokában történhetett. 1998-tól egészségügyi szakközépiskolai osztályok indítására, már nem volt lehetőség, az iskolák úgynevezett humán középiskolává alakultak át. A ta-

nulmányaikat befejezők nem kaptak szakmai képzést, de megszerzett ismereteik beszámíthatóak voltak a további egészségügyi szakképzésekbe. Az 1993. évi LXXVI. törvény alapozta meg az egészségügyi szakképzés új rendszerét. Ebben az évben került kiadásra az Országos Képzési Jegyzék is, amely az állam által elismert szakképesítéseket tartalmazta két nagy csoportra osztva azt. Az egyik csoportba az úgynevezett „alap” szakképzések tartoztak (pl. ápoló, csecsemő és gyermekápoló, mentőápoló) a másik csoportba pedig a „ráépülő” szakképzések, melyek a már meglévő „alap” szakképzésre épülnek (pl. onkológiai szakápoló). (Pápai, 2013)

1993-ban a DACUM módszer alkalmazásával a Munkaügyi Minisztérium által meghirdetett program keretében az ápolási gyakorlatot alkotó kompetenciák leírására történt kísérlet az ápolói hivatással kapcsolatos tevékenységek, kompetenciák csoportosítása révén. (Tulkán, 2010) A DACUM módszer (Developing A Curriculum) logikai elemekre épülő műhelymunka, melynek eredménye a munkakör, foglalkozás, feladatcsoportjainak és feladatainak rendezett halmaza az úgynevezett kompetencia táblázat. Ez kiegészül még a munkakör sikeres ellátásához szükséges általános ismeretekkel, készségekkel, a dolgozói magatartásformákkal, az eszközök, anyagok részletezésével. A két DACUM tábla kimeneti követelményként értelmezhető. (Farkas, 2015)

Az OKJ képzés 1993-ban történt megjelenését követően került sor a különböző szakképzések szakmai és vizsgakövetelményének kidolgozására. Az elsők között került kiadásra a 14/1994. (IX. 15.) NM rendelettel az ápoló szakképzés szakmai és vizsgakövetelménye, majd központi oktatási programja. Az ápoló szakképzés az OKJ alapján érettségire épülő három éves szakképzés, mely három év vagy 4600 óra alatt szervezhető. A hosszú idejű képzést az EU előírásainak való megfelelés indokolta. A képzési idő csökkentésére (kettő illetve egy év) az előző szakirányú tanulmányok beszámításával, egyéni elbírálás alapján, az előzetes szakmai végzettség és a pályán eltöltött szakmai gyakorlat figyelembe vételével kerülhetett sor. (Pápai, 2013) A három éves érettségi-

re épülő OKJ ápoló szakképzés programja a kompetenciák három szintjét fogalmazta meg:

- ⇒ Teljes kompetencia kör – azon ápolástudományi ismeretek tartoztak ide, amelyeket az ápoló önállóan végezhet (pl. ápolási terv készítése)
- ⇒ Részleges kompetencia kör – utasításra végzendő feladatok összessége, amelyeket a szakképzett ápoló csak orvossal, illetve a felügyeletét gyakorló vezetővel történő konzultáció során kapott felhatalmazással végezhet.
- ⇒ Minimális kompetencia - az ápoláshoz közvetlenül nem kapcsolódó feladatok köre, amelyek vonatkozásában a végzett ápoló nem rendelkezett megfelelő kompetenciával, de mint egészségügyi dolgozó a beteg érdekében eljárni volt köteles, azonban ezt kizárólag szakirányú/orvosi segítséggel tehetette. (Ujváriné Siket et al., 2009)

1998-ban világbanki projekt indult, amely a kompetencia alapú szakképzések fejlesztését célozta meg. 1999-ben az Egészségügyi Dolgozók Továbbképző Intézete ápolói kompetenciákon alapuló, moduláris szakképzési modell fejlesztését kezdte meg. (Tulkán, 2010)

A 36/1999.(III.5) Kormány rendelet a főiskolai végzettségű diplomás ápolók kompetenciáit ugyan részletes felsorolásban fogalmazta meg, azonban lényeges eltérést a három éves felsőfokú ápolói szakképzés kompetencia szintjétől nem jelentett. A 2000-ben megjelent Egyetemi okleveles ápoló képzés követelményrendszerének elvárásaként fogalmazódik meg először, hogy a hallgatókat képessé kell tenni arra, hogy az egészségügyi ellátásban részt vevő más szakterületek képviselőivel kidolgozzák az ápolói kompetenciákat. (Kállayné Óry, 2001)

A felsőfokú képzés tematikájában jelentős változást hozott a Bolognai Nyilatkozat, amely 1999-ben került aláírásra 29 ország felsőoktatásért felelős minisztere által. Elsődleges cél, hogy az egymásra épülő, képzési rendszer (BSc, MSc, PhD) bármelyik szintjén végzetteknek nemzetközi mobilitást biztosítson. (Balogh, Betlehem, Papp, Tulkán, & Kovácsné, 2009)

Az ápolóképzés felsőoktatási szintre eme-

lését azonban nem követte a szakápolóképzés szerkezetének átalakítása, így azok teljes köre továbbra is középfokú szinten zajlik. Elmaradt az ápolói hatáskör képzési szintek szerinti differenciálása is. Ugyanakkor szakirodalmi adatok támasztják alá, hogy a BSc, illetve MSc végzettségű, kibővített kompetenciakörrel rendelkező ápolók foglalkoztatása mellett csökken az orvoshiány, a várakozási idő, az ellátás költsége és javul a betegek elégedettsége. A kibővített feladatkörrel párhuzamosan a pályaelhagyás és a külföldi munkavállalás mértéke is csökkenő tendenciát mutat az ápolók körében. Mindezek alapján hazánkban is szükségsszerű lenne a BSc és MSc végzettségű ápolók felsőoktatási keretek közötti szakápoló képzésének és kiterjesztett hatáskörének megteremtése. (Oláh, Máté, Betlehem, & Fullér, 2015)

Egészségügyi főiskolai alapképzettséggel és egyetemi diplomával rendelkező szakembereknek a képzés bemeneti feltételeinek megfelelően, 2000-től doktori fokozat (PhD) megszerzésére van lehetőség az ápolás és az egészségtudományok területén. (Balogh et al., 2009)

## Kompetencia körök változásai az új képzési rendszerben

A modul rendszerű szakképzés az 1/2006. (II.17.) OM rendelet alapján bekövetkező OKJ módosítással került bevezetésre, szakmai és vizsgakövetelménye pedig a 32/2008. (VIII.14.) EüM rendeletben jelent meg.

Az új típusú, ápolóképzés központi oktatási programja kilenc modulú (tanulási egységet) tartalmazó követelmény, amelynek nagy előnye, hogy továbbbepíthető, kiemelhető, esetenként több képzésbe is beilleszthető. A moduláris szakképzés bevezetésnek köszönhetően, a képzés különböző szintjei átjárhatóak, a tanulmányok egy-egy modul befejezésével, megszakíthatók, majd a szakmai orientáció kialakulásának megfelelően folytathatók. Kiemelt jelentőségű a kompetenciaméréssel történő, régi szakképesítések, ismeretek beszámításának lehetősége. (Pápai, 2013)

„Az ismeret alapú képzés a kompetenciaelvű képzés felé mozdult el.” (Farkas, 2014, 109.p.)

A hatályon kívül helyezett 32/2008. (VIII.14) EüM rendelet a szakmai képesítések elismeréséről szóló, 2005/36/EK európai parlamenti és tanácsi irányelv 31. cikkének való megfelelést szolgálta. Kiemelten kezelte a szakmai ismeretek, illetve a szakmai készség fogalmát. (32/2008. (VIII.14) EüM rendelet, 2008).

A jogszabály megkülönböztette az előzőekben már tárgyalt szakmai készséget (competence) és a kompetenciát (competency). Ennek megfelelően az egységes kimeneti szabályozásokban (szakmai vizsgakövetelmények, kimeneti képzési követelmények) az adott képzettség ellátásához szükséges feladatprofilok és tulajdonságprofilok kerültek meghatározásra. A feladatprofil, vagy más néven a feladatkompetenciák listája az elsajátítandó szakmai tevékenységeket tartalmazta, meghatározva, hogy mit kell tennie annak a szakembernek, aki a szakmát gyakorolja. A tulajdonságprofil a tulajdonságkompetenciák listája, amelyet szakmai, személyes, társas és módszertani csoportokra bontott. (Pápai, 2013) A szakmai készség 5-1 szintjét, a kompetencia A-E szintjét különböztette meg, attól függően, hogy a munkavégzés a szokásostól eltérő vagy a szokásos munkahelyi körülmények között, illetve szakmai vezető irányításával vagy önállóan történt. (Kárpáti, 2014)

A képzési rendszer 2010-ben kezdődő újabb átalakulásai kapcsán, az OKJ, a szakmai és vizsgakövetelmények sok ponton változtak. Alapképesítés csak iskolarendszerű képzés keretein belül szerezhető, ráépülő képzések viszont iskolarendszeren kívüliek is lehetnek. (Pápai, 2013)

Az ápolói tevékenység kompetenciáiról szóló 3/2010. (I.26.) EüM. rendeletben meghatározásra kerültek a kórházi fekvőbeteg ellátásban dolgozó OKJ végzettségű ápolók, felnőtt szakápolók, általános betegápolók feladatkörei. Az ápolói tevékenységek osztályozására a döntési és kivitelezési szintek hármas rendező elve került alkalmazásra:

⇒ Az ápoló döntése alapján, ápoló által önállóan kivitelezendő

⇒ orvosi utasításra, de az ápoló által önállóan kivitelezendő

⇒ az orvossal együttműködve kivitelezendő (asszisztencia) (Deák & Kárpáti, 2010)

A 150/2012. (VII.6) Kormányrendelet hatályba lépésével bevezetésre került a komplex képzési rendszer a szakképzésben. (150/2012.(VII. 6.) Korm. rendelet, 2012) Legfontosabb változások:

⇒ a szakképesítés elágazások megszűntek

⇒ a szakközépiskolai ágazatok megjelölésével a szakmai érettségi végzettség is bekeült a jegyzékbe

⇒ meghatározza a felnőttképzésben oktatható szakmák minimális és maximális képzési idejét

⇒ az OKJ-ban szereplő 54-es és 55-ös szintű szakképesítések 50 kredit értékben beszámíthatóvá válnak a felsőoktatási alapképzésbe

⇒ komplex szakmai vizsga visszaállítása, melynek eredménye, hogy a korábbi tanulmányok beszámítása nem lehetséges. (Farkas, 2014)

2013-ban újra indultak az egészségügyi szakközépiskolai képzések, így a szakmai érettségi vizsgával rendelkezők, egészségügyi szolgáltatónál már munkát vállalhatnak. A továbbtanulók egy év után gyakorló szintű szakképesítést szerezhetnek, majd újabb meghatározott idejű képzés után befejezett szakmai képesítés birtokában léphetnek ki a munkaerőpiacra. (Pápai, 2013) Az OKJ jelenleg változtatás alatt áll, amely minden bizonnyal érinti az egészségügyi szakképzés rendszerét is.(25/2016. (II. 25.) Korm. rendelet, 2016)

Az ápolásszakmai kompetenciák meghatározásában minden esetben a hatályos törvények és rendeletek az irányadóak, vagyis jelenleg az emberi erőforrások minisztere ágazatába tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeiről szóló 37/2013. (V. 28.) EMMI rendeletben meghatározottak.(37/2013. (V. 28.) EMMI rendelet, 2013)

## Megbízások, felhatalmazások kérdése

Az ápolók számos olyan tevékenységet végeznek a gyakorlatban, megbízásokkal vagy esetenként anélkül, amely orvosi hatáskörbe tartozik.

Az ápolói kompetencia témakörében mindenképpen szükséges a felhatalmazások kiadását érintő változások rövid kronológiai áttekintése is.

⇒ Az orvosi hatáskörbe tartozó tevékenységek esetében, a megbízási folyamatot jól szabályozta a 11/1972 (VI.30) EüM és az azt módosító 14/2003 (IV.9.) ESzCsM rendelet, ugyanakkor nagy hiányossága, hogy nem történt meg ezeknek a tevékenységeknek a konkrét felsorolása.

⇒ A 30/2007. (VI. 22.) EüM rendelet az egészségügyi dolgozók rendtartásáról visszavonja a kiadott megbízásokat. A hatályon kívül helyezés a gyakorlatban azt jelentette, hogy orvosi hatáskörbe tartozó feladatok közül megbízólevéllel feladat nem volt delegálható (Kárpáti, 2014)

⇒ A rendelet valamennyi egészségügyi alapképzésbe és a ráépülő szakképzésbe előírja az írásos felhatalmazás alapján végezhető tevékenységek alapját szolgáló tananyagok beépítését. Meghatározza, hogy írásos megbízás milyen szakképesítéssel, vagy szakképzettséggel rendelkező szakdolgozónak adható, valamint előírja, hogy a felhatalmazást ki, milyen formában és feltételek mellett adhatja ki. A felhatalmazás alapján végzett tevékenység kivitelezéséért a szakdolgozó felelős. (Pápai, 2013)

⇒ A 3/2010.(I.26.) EüM rendelet (2§) szerint „az orvossal együttműködve végzett tevékenység során az ápoló jelen van az orvosi tevékenység végzésekor, de a tevékenységet nem ő végzi, csak asszisztál!”.(Deák & Kárpáti, 2010)

⇒ Későbbiekben a rendelet módosítása alapján írásbeli megbízással lehet felhatalmazni az ápolókat orvosi tevékenységek végzésére (infúzió, intravénás injekció) amennyiben a szükséges szakmai felkészítést megkapta és a tevékenység végzéséhez szükséges képességéről az utasítást adó meggyőződött. Nem egyszeri esetre szóló felhatalmazás esetén az ápoló munkaköri leírását kell kiegészíteni.(6/2010. (II.24) EüM. rendelet, 2010)

⇒ A hatályban lévő 66/2011. (XII. 13.) NEFMI rendelet alapján, meghatározott szakképesítéssel rendelkező egészségügyi szakdolgozó azokat a tevékenységeket, amelyeket a szakképesítésén alapuló

kompetenciák alapján orvosi elrendelésre az orvossal együttműködve végezhet, orvosi elrendelésre önállóan is elláthatja, felhatalmazás alapján. A felhatalmazás a szakdolgozó részére akkor adható, ha az adott tevékenység végzéséhez szükséges szakmai felkészítést megkapta, és a tevékenység végzéséhez szükséges képességéről, annak megfelelő kivitelezéséről a felhatalmazást kiadó személyek a gyakorlatban meggyőződtek. (66/2011. (XII. 13.) NEFMI rendelet, 2011)

## A hatásköri listák jelentősége az ápolói gyakorlatban

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) szakértők bevonásával, uniós pályázati forrás felhasználásával megalkotta 17 egészségügyi szakterület „kompetencia”, azaz hatásköri listáit. A hatásköri lista a szakdolgozók kompetenciáinak egyértelmű kezelését segíti, valamint megelőzhető a szakmai hatásköri szint túllépéséből adódó esetleges jogvita is. 2012 áprilisában megjelent hatásköri lista a szakdolgozók és munkáltatók számára, egy régóta várt hiánypótlást jelentett. A projekt eredményeként elkészített, végzettségnek megfelelő, részletes hatásköri listák egyértelmű javaslatot tesznek arra nézve, hogy milyen tevékenység végzésére jogosult az adott szakterületen feladatot ellátó szakdolgozó. A MESZK hatásköri listákat, említett szervezet szakmai bizottsága, valamint annak a témában érintett 11 szakmai tagozata állította össze, együttműködve szakmai civil szervezetekkel, valamint egyeztetve a szakmai kollégiumok számos orvos és ápolás-szakmai tagozatával. A hatásköri listák kialakítását hazai követelményrendszer nem írta elő, összeállításának alapját a 1/2011. (I.7) NEFMI és a 15/2006. OM rendeletben meghatározott ápolói feladatprofilok és képesítési követelmények nyújtották, figyelembe véve az ellátórendszerben alkalmazott irányelveket, protokollokat és a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardokat. A fentiek eredménye a három egymásra épülő képzési szint (OKJ, BSc, illetve MSc, ápoló) kompetenciáinak egy egységes szerkezetben történő megjele-

nítése. A kidolgozott anyag lehetőséget teremt a kompetencia szintek különbségéből adódó magasabb szakmai végzettséggel rendelkező ápolók hierarchikus helymeghatározására és a munkakörök pontosítására. Az autonómia és felelősség szempontjából három kompetencia szint fogalma került definiálásra:

⇒ **Önálló kompetencia:** az ápoló önállóan, egyéni döntése alapján és teljes felelősséggel végzi egészségügyi tevékenységét.

⇒ **Utasításra végzett tevékenység:** ebben az esetben a tevékenység elrendeléséért az orvos, a feladat szakmai és etikai szabályoknak és orvosi elrendelésnek megfelelő végrehajtásáért az ápoló felel. Az ápoló egészségügyi tevékenységét orvos utasítására, de önállóan végzi.

⇒ **Együttműködő tevékenység:** az ápoló egészségügyi tevékenységét orvos utasítása alapján, az orvos jelenlétében, azzal együttműködve végzi.

A tevékenységet az orvos végzi az ápoló asszisztál a feladat ellátásánál, így az elrendelésért és a kivitelezés szakszerűségéért is az orvos felel.

Az elkészített hatásköri lista nemzetközi gyakorlatra hivatkozva, számos ápolói tevékenység esetében rövid illetve hosszú távú fejlesztésként kompetencia szint emelését javasolja. Kihangsúlyozza, hogy mindenképpen szükséges a kompetenciaszintek újbóli jogszabály szintű, egyértelmű meghatározása. (Balogh, 2012b)

A Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet Egészségügyi Emberi Erőforrás Fejlesztési Főigazgatóság munkatársai – különböző szakmai szervezetek által kidolgozott szakdolgozói kompetenciákat érintő anyagok egységes rendszerbe vétele után – újra indították a Párbeszéd és kompetenciák című projektet. A vizsgálat 34 kompetenciára fókuszál (pl. munkaszervezés, kézügyesség, önálló munkavégzés).

49 egészségügyi intézményben 775 vezető és 3190 beosztott dolgozó vett részt online kérdőív kitöltésével a kutatásban. Az eredmény alátámasztja azt a megállapítást, hogy fontos és szükséges a kompetencia határok tisztázása, mivel az intézmények gyakorlata eltérő és az ápolók jelenleg is végeznek

orvosi kompetenciába tartozó feladatokat. (Nagy András, 2014)

## Skill-központok, mint készség kialakító, készségfejlesztő, szervezeti egységek helye és szerepe a kompetencia szemléletű oktatásban

Az elmúlt év tapasztalatai azt mutatják, hogy a frissen végzett, pályára érkező ápolók, asszisztensek nem megfelelően gyakorolták be operatív feladataikat a képzés során. Sok esetben csak láttak vagy megfigyeltek hasonlót, ugyanakkor az Európai Parlament és tanács szakmai képesítések elismeréséről szóló irányelve szerint a gyakorlati oktatás az általános ápoló képzés felét teszi ki.

„A készségek hiánya aggályos úgy a betegek biztonsága, mint jogai szempontjából.” (Nagy, 2014, 13.p.)

A tudásátadás hagyományos módszerei, egyre kevésbé képesek kiszolgálni a megváltozott munkaerő-piaci igényeket. Az ápolók képzési rendszere ezekre a kihívásokra válaszolva az igényekhez alkalmazkodva megváltozott, illetve folyamatosan változik. Szükségessé vált a gyakorlati ismeretek, jártasságok, hangsúlyossá tétele. A korszerű oktatás céljának középpontjába a képességek, készségek kialakítása, illetve ezek elsajátítását leginkább segítő szimulációs oktatás került. Hazánkban a nem orvosi szakemberek képzésében a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kara vezette be először pl. a páciens szimulátorra épülő gyakorlati oktatást (Borján, Lőrincz & Mészáros, 2010; Csóka & Vingender, 2010; Csóka & Deutsch, 2011) Fontos azonban hangsúlyozni, hogy a szimulátorok ugyan hasznos eszközök az egészségügyi szakemberek gyakorlati képzésében, de semmiképpen nem helyettesítők csak kiegészítők a kórházi gyakorlatoknak. (Borján, Lőrincz, & Mészáros, 2010) Az egészségügyi hivatás gyakorlásában elengedhetetlen, hogy a szakdolgozó alkalmazni tudja az oktatás során megszerzett elméleti és gyakorlati ismereteit a mindennapi munkájában. A Skill laboratóriumokban megvalósítható a kompetencia szemléletű oktatás, mert

azokból a készségekből indul ki, amelyek a hatékony és szakszerű gyógyító munkához engedhetetlenek. „A képességek és készségek csakis gyakorlással alakíthatók, fejleszthetők!” (Csóka & Deutsch, 2011, 28.p.)

A „Practical teaching in emergency medicine” című könyvben is olvashatunk arról, hogy „Miért érdemes szimulációt használni?” A szimuláció hasznos a tanulók számára, hiszen valós-idejű, interaktív helyzetben teremt lehetőséget korlátlan gyakorlásra és hibázásra anélkül, hogy a beteget hátrány érné.

A korcsoport sajátossága miatt, érdeklődők és motiváltak olyan tanulási folyamat iránt, amely szimulációs helyzeteket tartalmaz, mert ezek aktívabb részvételt tesznek lehetővé és korszerű technológiákat használnak. A célzott gyakorlás igénybe veszi a tanulókat, ez a szimuláció-alapú oktatás fontos alapelve. Különösen hatékony olyan készségek fejlesztésében, amelyek szem-kéz koordinációt és kétételes tevékenységet igényelnek.

A szimuláció hasznos az oktató számára, hiszen az egészségügyi oktatás jelenleg eredmény- és kompetenciaközpontú. Egyre több tanulmány mutat rá, hogy több értékelési módszer kombinációja szükséges ahhoz, hogy megfelelően mérjük az egészségügyi gyakorlatot megtestesítő komplex készségeket. A szóbeli és írásbeli vizsgáztatás felmérheti a tudás megszerzését, de a szimuláció mutatja meg, hogyan tud a tanuló beteget ápolni, ellátni.

A szimuláció hasznos a kórházak számára. Az egészségügyi intézmények biztonságos egészségügyi eljárásokat valósíthatnak meg általa rendszereik minden szintjén. A szakmai szervezetek támogatják a szimulációra alapozott továbbképzéseket. A szimulációt alkalmazó gyakorlati továbbképzések csökkentik a fertőzések gyakoriságát, növelik a tanulók kompetenciáját, akár a laborban akár a betegápolás során mérjük azt, javítják a betegek számszerűen mérhető életkilátásait. (Thoureen & Scott, 2012)

A szimulációs technika, fantomok, moulagek alkalmazása ajánlott oktatási és tanulási módszer, amelyet számos fontos tanulmány is alátámaszt így a „Simulation in Nursing Practice: The Impact on Patient Care” című kutatási összefoglaló is. Kiemel-

ve azonban, hogy az elmúlt 20 év során ez a technika szerepet kapott az orvosok és ápolók oktatásában, de nem épült be igazán a gyakorló ápolók készségfejlesztésébe. (Aebersold & Tschannen, 2013)

Több hazai tanulmány is foglalkozott az elmúlt időszakban az ápoló képzésben folyó új oktatási módszerek bemutatásával, a területi gyakorlatok tematikájával, valamint a jövő útjaként megnevezett szimulációs oktatás jelentőségével. (Borján, Lőrincz, & Mészáros, 2010) (Tulkán, 2010) (Csóka, & Deutsch, 2011) Ezzel szemben kevés szó esik arról, milyen lehetősége van a jelenlegi egészségügyi helyzetben, a ténylegesen betegágy mellett dolgozó, több éve-évtizede a pályán lévő ápolónak, megszerzett kompetenciája fenntartására valamint gyakorlati készségeinek javítására, bővítésére?

A munkaerő utánpótlás számára biztosított az innováció követés ezzel szemben a jelenleg betegágy mellett dolgozó, több éve-évtizede pályán lévő ápolók, gyakorlati készségeik javítására, valamint új eszközök és eljárások esetében a megfelelő készségek kialakítására kevés lehetőség adódik. Végzett ápolók esetében a speciális ápolási tevékenységek gyakorlati készségfejlesztő oktatása, amely speciális eszközparkot és ennek megfelelően sajátos oktatói felkészülést igényel legalkalmasabb és talán egyetlen lehetőség (szemben valamilyen szakmai képzés keretében tanulmányokat végzőkkel) a KDE egységben történő oktatás. Költséghatékonyak, hiszen a nagy értékű eszközök jól mobilizálhatóak az intézményen belül és így nemcsak a gyógyítás, hanem az oktatás területén is kiválóan igénybe vehetők. Jelenleg országosan két oktató kórház: MH EK Honvédkórház Budapest és a Petz Aladár Megyei Oktató kórház Győr területén működik KDE-egység. Létjogosultságukat, számuk szükség szerű növelését nemcsak a felsorolt szakmai kívánalmak, hanem az erre irányuló szakmapolitikai törekvések is megerősítik. Speciális oktatóegységek fekvőbeteg ellátó intézetben belüli létrehozásának támogatására irányuló európai pályázati források kiírása történt meg. (1037/2016. (II.9.) Kormányhatározat, 2016)

## Összegzés

Az egészségügyi szektortornak azon belül is a fekvőbeteg szakellátást nyújtó intézményeknek egy folyamatosan változó és a működést jelentősen befolyásoló környezethez kell alkalmazkodnia. Ezek közül a tényezők közül talán a legjelentősebbek: - a demográfiai átrendeződés főbb tendenciái, - a krónikus betegségben szenvedők számának jelentős emelkedése, - a humánerőforrás hiány növekvő szorítása, - a szakellátásra ható technológiai folyamatos fejlődése, terápiai lehetőségek változatossága. Ebben a környezetben a folyamatok megfelelő szabályozása kiemelt jelentőségű. A szakképzések széles köre áll rendelkezésre, hogy a speciális szaktudást igénylő feladatok ellátásához szakembereket biztosítson, azonban a végzettségek rugalmas kezelése végett a közöttük lévő határok elmosódnak, amelyet a kompetenciák tisztázása akadályozhat meg. A jogalkotó azon törekvése, amely a szakember utánpótlás biztosítása mellett a szakképzés rendszerének megújítását is célozza elképzelhetetlen a kompetencia körök jogszabályban történő tisztázása és rögzítése nélkül, amelynek a következménye, hogy a biztonságos ellátást a megfelelő szaktudásra és gyakorlatra alapozza.

Az ápolók megfelelő oktatás és tisztázott hatáskörök esetében képességeik, szakmai tudásuk, iskolai végzettségük és gyakorlati tapasztalataik alapján alkalmasak megszerzett kompetenciájuk fenntartására, bővítésére, de gyakorlati készségeik fejlesztésével, célirányos oktatással, hatáskörük jogszabályban történő tisztázásával ez nem lenne többé nyitott kérdés.

A kompetenciák rendszeres felülvizsgálata, aktualizálása, lehetőséget nyújt és mindenképpen szükséges a nem ápolói hatáskörbe tartozó, de ápolók által végzett tevékenységek jelenlétének feltárásához illetve a feltárt hiányosságok javítását célzó intézkedések meghozatalához. Fel kell hívni figyelmüket a hatályos jogszabályokra és azok megsértése esetén a jogkövetkezményekre.

## Irodalomjegyzék

1. 32/2008. (VIII. 14.) EüM rendelet az egészségügyi miniszter hatáskörébe tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeinek kiadásáról Hozzáférhető: <http://mediatar.eti.hu/webmedialib/media/BB93927E-2DB4-7EBF-19D0-79AA07CC98E4.pdf> Letöltve: 2015.09. 27.
2. 6/2010.(II.24) EüM rendelet az ápolói tevékenység kompetenciáiról szóló 3/2010.(I.26) EüM rendelet módosításáról. Hozzáférhető: <http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2010/6.pdf> Letöltve: 2015.10.12
3. 66/2011. (XII. 13.) NEFMI rendelet az egészségügyi szakdolgozó által, orvosi elrendelésre önállóan is ellátható tevékenységek felelősségi, szakmai, szakképesítési és szakképzettségi feltételeiről. (2011). Hozzáférhető: [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A1100066.NEM](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100066.NEM) Letöltve: 2015.12.10.
4. 150/2012. (VII. 6.) Korm. rendele az Országos Képzési Jegyzékről és az Országos Képzési Jegyzék módosításának eljárásrendjéről. (2012). Hozzáférhető: [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A1200150.KOR](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1200150.KOR) Letöltve: 2015.12.10.
5. 37/2013. (V. 28.) EMMI rendelet az emberi erőforrások minisztere ágazatába tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeiről. (2013). Hozzáférhető: [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A1300037.EMM](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1300037.EMM) Letöltve: 2015.12.10.
6. 25/2016. (II. 25.) Korm. rendelet. Az Országos Képzési Jegyzékről és az Országos Képzési Jegyzék módosításának eljárásrendjéről szóló 150/2012. (VII. 6.) Korm. rendelet, valamint a 2016/2017. tanévre vonatkozó szakmaszerkezeti döntésről és a 2016/2017. tanévben induló képzések tanulmányi ösztöndíjra jogosító szakképesítéseiről szóló 297/2015. (X. 13.) Korm. rendelet módosításáról (2016). *Magyar Közlöny*, 132(24), 1282-1433.
7. 1037/2016.(II.9.) Kormányhatározata az Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program éves fejlesztési keretének megállapításáról. (2016). *Magyar Közlöny*, 132(15), 757-779.
8. Aebersold, M., & Tschannen, D. (2013). Simulation in nursing practice: the impact on patient care. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 18(2), 6.
9. Balogh, Z. (2012a). Az ápolói hatáskörök kialakítása és összefüggései. Hozzáférhető: <http://www.etszk.u-szeged.hu/download.php?docID=16934> Letöltve: 2015.12.10.
10. Balogh, Z. (2012b). Hatásköri listák egészségügyi szakdolgozói területen MESZK Web-rendszer. Hozzáférhető: [http://www.meszk.hu/docview.aspx?web\\_id=&r\\_id=3336333131](http://www.meszk.hu/docview.aspx?web_id=&r_id=3336333131) Letöltve: 2015.05.12.
11. Balogh, Z.(szerk.) (2014). Levél Dr.Orbán Viktornak-Az egészségügyi ágazat fejlesztésének stratégiai elemei 2014-2018 a Magyar Egészségügy Szakdolgozói Kamara véleménye alapján MESZK Web-szerkesztőség. Hozzáférhető: [http://www.meszk.hu/upload/meszk/document/MESZK\\_miniszterelnoki\\_level.pdf?web\\_id=](http://www.meszk.hu/upload/meszk/document/MESZK_miniszterelnoki_level.pdf?web_id=) Letöltve: 2015.12.10.
12. Balogh, Z., Betlehem, J., Papp, K., Tulkán, I., & Kovácsné Tóth, Á. (2009). Az elmúlt két évtized ápolóképzése a hazai felsőoktatásban. *Nővér*, 22(1), 3-12.
13. Borján, E., Lőrinc, A., Mészáros, J. (2010). Szimulációs csúcstechnika az egészségügyi oktatásban-Tapasztalatok lehetőségek a HPS6 alkalmazásában. *Nővér*, 23(2), 32-39.
14. Csóka, M., & Deutsch, T. (2011). A jövő útja: szimulátoros gyakorlati oktatás a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán. *Orvosi Hetilap*, 152(1), 27-33.
15. Deák, E., & Kárpáti, Z. (2010). Az ápolói tevékenység kompetenciáiról szóló 3/2010. (I. 26.) EüM rendelet előkészítésének szakmai kompetenciájáról. *Nővér*, 23(1), 52-56.
16. Farkas, É. (2014). *A rejtett tudás. A nem formális környezetben szerzett tanulási eredmények hitelesítése* Szeged: SZTE JGYPK FI 100-150
17. Falus, I. (2003). *Didaktika*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó. idézi Pápai, T. (2013). Az egészségügyi tisztek és altisztek katona-egészségügyi ismeretei, kompetenciái, azok fejlesztésének lehetőségei Doktori (PhD) Értekezés Nemzetközi Közzolgálati Egyetem Katonai Műszaki Doktoriskola Budapest. 54.p. Hozzáférhető: [http://hhk.uninke.hu/downloads/tudomanyos\\_let/kmdi/2013/Papai\\_T\\_ertekezés\\_tervezet.pdf](http://hhk.uninke.hu/downloads/tudomanyos_let/kmdi/2013/Papai_T_ertekezés_tervezet.pdf) Letöltve: 2015.09.16.
18. Kállayné Öry, C. (2001). Az ápolóképzés és az ápolói kompetencia alakulása 1945-től napjainkig : az "Ápolásmenedzsmen" című konferencián elhangzott előadás nyomán. *ETInfo*, 4(6), 10-11.
19. Kárpáti, Z. (2014). Ápolói-szakmai kompetencia... és annak szinten tartása. *Ápolásügy*, 28(3), 6-9.
20. Nagy, A. L. (2014). Az intézmények szolgálatában - Beszélgetés Rauh Edittel, az EFF megbízott főigazgató-helyettesével *IME* 13(1), 12-14.
21. Oláh, A., Máté, O., Betlehem, J., & Fullér, N. (2015). Advanced Practice Nurse (APA) MSc képzés bevezetése Magyarországon. *Nővér*, 28(2), 3-8.
22. Pápai, T. (2013). Az egészségügyi tisztek és altisztek katona-egészségügyi ismeretei, kompetenciái, azok fejlesztésének lehetőségei Doktori (PhD) Értekezés Nemzetközi Közzolgálati Egyetem Katonai Műszaki Doktoriskola Budapest Hozzáférhető: [http://hhk.uninke.hu/downloads/tudomanyos\\_let/kmdi/2013/Papai\\_T\\_ertekezés\\_tervezet.pdf](http://hhk.uninke.hu/downloads/tudomanyos_let/kmdi/2013/Papai_T_ertekezés_tervezet.pdf) Letöltve: 2015.09.16 .
23. Smith, S. A. (2012). Nurse Competence: A Concept Analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(3), 172-182. doi: 10.1111/j.2047-3095.2012.01225.x
24. Thoureen, T., & Scott, S. (2012). Use of simulation in emergency department education. In R. L. Rogers, A. Mattu, M. E. Winters, J. P. Martinez & T. M. (Editor) (Eds.), *Practical teaching in emergency medicine* (pp. 178-179). Oxford: Wiley-Blackwell.
25. Tulkán, I. (2010). *Ápolói kompetenciák mérése különös tekintettel a területi gyakorlatokra* (No. 3506681). Hozzáférhető: ProQuest Dissertations & Theses Global. (1013672386). <http://search.proquest.com/docview/1013672386?accountid=32048> Letöltve: 2015. 12.08.
26. Ujváriné Siket, A., Papp, K., Farkas, N., & Törő, V. (2009). Tevékenységi körök a betegellátásban. *IME* 8(9), 31-36.

# A festékes anyajegyek veszélyei

ZITÁS Éva, Dr. MÉSZÁROS Judit

## Összefoglalás

*A festékes anyajegyek a bőr leggyakoribb fejlődési rendellenességei, melyek általában nem okoznak problémát. Előfordul azonban, hogy némelyik rosszindulatú daganattá, melanoma malignummá alakul.*

*A malignizációnak észrevehető bevezető tünetei vannak, amelyek időben történő felismerése és a megváltozott anyajegy szakszerű eltávolítása megmentheti a beteg életét. E tüneteket, valamint az anyajegyek eltávolításával kapcsolatos állásfoglalást részletezi a cikk.*

**Kulcsszavak:** Anyajegy/naevus, melanocyta, naevus pigmentosus, melanoma, anyajegy eltávolítása

### Risk factors for naevus pigmentosus

Éva ZITÁS, Judit MÉSZÁROS

### Summary

*Naevi are the most frequent disorders of the skin, which usually do not cause a problem. It can occur though, that some of them develop into a malign tumour, called melanoma malignum. This process, called malignisation, has perceivable introductory symptoms; and if they are detected in time and the affected birthmark is removed expertly, it can save the patient's life.*

*The article describes these symptoms and provides guidelines to the removal of birthmarks.*

**Keywords:** birthmark/naevus, melanocyte, naevus pigmentosus, melanoma, removal of naevus

Beérkezett: 2016. február 29. Elfogadva: 2016. március 26.

Az anyajegyek (naevusok) már születéskor meglevő, vagy csak később kialakuló, éles határú, maradandó elváltozások a bőrön vagy a nyálkahártyákon, melyeknek színe vagy felszíne eltér a környezetétől.

A leggyakoribbak közülük a hám pigmentjét, a melanint termelő sejtekből a melanocytákból kialakuló festékes anyajegyek (Kárpáti, 2013). Egy ember bőrén átlagosan 30-50 található belőlük. Klinikai képük igen változatos. A lentigo sötétbarna színű, 1-2 mm átmérőjű sima pigmentfolt. **(1. kép)** Általában a pubertás előtt keletkezik, de később is kialakulhat.

A szűkebb értelemben vett pigmentnaevusok lehetnek lapos, sima felszínű, néhány mm (esetleg cm) átmérőjű, pigmentgyűrűvel övezett, enyhén kiemelkedő; szemölcsös felszínű vagy félgömbömszerű anyajegyek, melyekből szőrszálak növekedhetnek

1. kép: Lentigo



**(2. kép);** olykor pedig keskeny alapú „nyeles” növedékek.

Pigmenttartalmuk, így színük is, igen változatos. Ritkán a pigmentált göbcsét 4-6mm

ZITÁS Éva Semmelweis Egyetem, Doktori Iskola, Budapest

Dr. MÉSZÁROS Judit Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Alkalmazott Egészségtudományi Intézet, Budapest

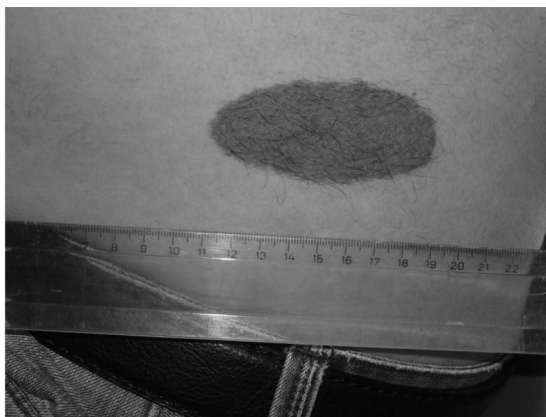
Bevezető szerző (correspondent): Zitás Éva, elérhetőség: 1114 Budapest, Könyves György u. 4. Tel: 70/212-6110, e-mail: zitaseva@hotmail.com

2. kép: Mérsékelt pigmentált naevus pigmentosus



széles, pigmenthiányos, fehér színű gyűrű övezi. A nagyobb kiterjedésű, érdes felszínű, szőrrel fedett anyajegyeket állatbőr naevusoknak nevezzük. (3. kép) Ezek néha egész testrészeket is beboríthatnak (Cseplák, 2011).

3. kép: Állatbőr naevus



A pigmentnaevusok mozgásban lévő képletek: bármilyen életkorban újak keletkezhetnek, vagy ritkán- a meglévők eltűnnek, elhegesednek.

A festékes anyajegy mértéktelen napozás, szoláriumozás, vagy tartós irritáció hatására (pl. ruhapánt dörzsölése), vagy minden különösebb ok nélkül rosszindulatú daganattá, melanomává alakulhat. A melanoma melanocytákból képződik, amelyek szö-

vet- és fejlődéstanilag az idegelemekkel rokon sejtek. Helytelen egy festékes anyajegy „elrákosodásáról” beszélni, mert a rák (vagy carcinoma) a hámsejtekből keletkezik, és sokkal kevésbé veszélyes. A melanoma az egyik legrosszabb indulatú daganatfélése. Általában sötétbarna vagy fekete, egyetlen felszínű és színű, szabálytalan alakú (4. kép) (Király et al., 1986). Viszonylag gyorsan kialakulhat, a nyirokutakon hamar távoli daganatokat, áttéteket képezhet (Hajdú, 2001).

4. kép: Melanoma malignum



A fentiekből következik, hogy mennyire fontos a még kellő időben végzett orvosi kezelés, vagyis a megváltozott anyajegy eltávolítása.

Ha egy anyajegy:

- ⇒ Gyakran megsérül, vérzik
- ⇒ Növekedésnek indul, asszimmetrikussá válik
- ⇒ Körülötte gyulladáso-, vagy pigmentszegély alakul ki
- ⇒ Sötétebbé vagy egyetlen színűvé válik
- ⇒ Nedvedző, pörkös felszínű lesz

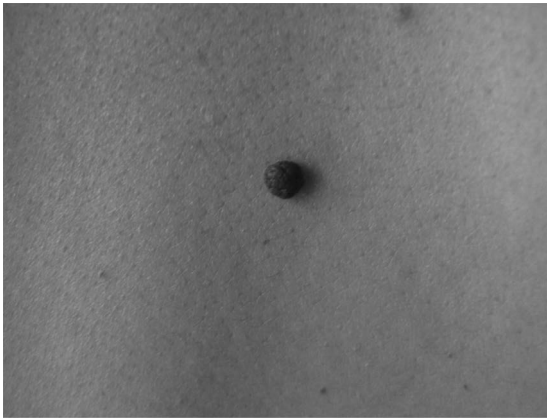
Vagyis ha „megmozdul”, azonnal el kell távolítani!

Nagyon elterjedt az a laikus vélemény, hogy az anyajegyekhez nem szabad „hozzányúlni”. Ezért előfordul, hogy egy-két évig is halogatja a beteg az anyajegyvizsgálatot. Más esetben véletlenül, egyéb orvosi vizsgálat során fedezzük fel a már kifejlődött, esetleg áttéteket képző melanomát.

A pigmentnaevusok nagy számához viszonyítva a melanoma előfordulása meglehetősen ritka. Magyarországon évente kb.

2000 esetet jelentenek (Kiss, 2007). Nem minden pigmentanyagjegy hajlamos a rosszindulatú elfajulásra, minél mélyebben helyezkedik el a bőrben, annál kevésbé veszélyes. A szőrszálakat tartalmazó, szemölcsszerű anyagjegyek - ellentétben a közhiedellel- ártalmatlan növedékek. (5. kép) Ilyen esetekben feleslegesen ragaszkodnak az emberek az esztétikailag kifejezetten hátrányos anyagjegyükhöz.

5. kép: Szemölcsös naevus



Az anyagjegyeket esetleges eltávolításuk szempontjából három csoportba sorolhatjuk:

#### El lehet távolítani

Ide tartozik a pigmentált anyagjegyek legnagyobb része. Természetesen csak a megfelelő szaktudással rendelkező orvos távolíthat el anyagjegyet. A pigmentált anyagjegyek nagy részét csak sebészi úton „in toto” lehet eltávolítani, mert ha „leveszik” vagyis csak a bőr szintje fölé eső részét távolítják el, a visszamaradt részből kiújulhat, vagy esetleg rosszindulatúvá válhat (Baran, 1998).

#### Célszerű eltávolítani

Ide tartoznak az állandó irritálásnak kitett anyagjegyek (ruhapánt), a megsérült anyagjegyek, valamint azok az anyagjegyek, amelyeknél fennáll a lehetőség, hogy esetleg malignizálódnak. Ennek vizsgálata dermatoszkóppal történik és igen nagy tapasztalatot igényel. Ha egy anyagjegyet kioperálnak a bőrből, ezzel az esetleges rosszindulatúvá válás megelőzhető.

#### El kell távolítani

A megváltozott anyagjegyeket a beteg életének megmentése érdekében kell eltávolítani.

A fentiekből következik, hogy sokszor életfontosságú, hogy az egészségügyben dolgozók tisztában legyenek ezen elméleti alappal, és kellő tanácsokat tudjanak adni pácienseiknek, illetve megfelelő szakemberekhez irányítsák őket.

## Irodalomjegyzék

1. Kárpáti, S. (szerk.), (2013). *Bőrgyógyászat és venerológia*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
2. Cseplák, Gy. (2011). *Gyakorlati bőrgyógyászat*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
3. Király, K., Rác I., Török I. (1986). *Bőr és nemibetegségek*. Budapest: Medicina.
4. Hajdú, I. (szerk.), (2001). *Kozmetikai kézikönyv*. Budapest: Műszaki Könyvkiadó.
5. Kiss J. (2004). *Vaszcularizációt befolyásoló tényezők vizsgálata emberi melanómában*. Doktori disszertáció. Budapest: Semmelweis Egyetem. Hozzáférhető: [http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd\\_live/vedes/export/kissjudit.d.pdf](http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/kissjudit.d.pdf) (Letöltve: 2016. 01.23.)
6. Baran, R. (szerk.), (1998): *Textbook of cosmetic dermatology*. London: Martin Dunitz Ltd.

# Szerzői útmutató

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.

## Formai szempontok

A kézirat formai követelményei és szerkezeti felépítése, az ábrák és táblázatok szerkesztésének általános elvárásai, valamint az irodalomjegyzék és a hivatkozások szabályai részletesen megtalálható a [www.mesz.hu](http://www.mesz.hu) Kiadványaink menüponton belül a NŐVÉR cím alatt.

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

## Hova küldje kéziratát?

• Az írást szerkesztőségünkbe CD-n (NŐVÉR Szerkesztőség, MESZK, 1458 Budapest, Pf.: 74.) vagy e-mail útján juttassa el a [nover@meszk.hu](mailto:nover@meszk.hu) címre.

• Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton) „Szerzői nyilatkozat”-ot is, melyben a szerző(k) nyilatkoznak az összeférhetetlenségről, a vizsgálat és a publikálás etikai megfelelőségéről, valamint tartalmazza a megjelenéshez szükséges hivatalos beleegyezést. Ennek két változata van (egyszerűs kézirat és többszerzős kézirat), honlapunkon mindkettő megtalálható ([www.mesz.hu](http://www.mesz.hu) NŐVÉR menüpontjában).

A beküldött kézirattal kapcsolatban tájékoztatást kérhet a [nover@meszk.hu](mailto:nover@meszk.hu) címen, vagy a (06-1) 323-2070-es telefonszámon a szerkesztőségi titkártól.

## Mi történik a kézirattal?

• A formai követelményeknek nem megfelelő írást (tartalmi értékelés nélkül) visszaküldjük a szerzőnek átdolgozásra.

• A formai szempontból megfelelő kéziratokat névtelenül (esetenként ismételt) szakmai bírálatnak vetjük alá, melyet független szakértők végeznek.

• A kéziratról a szakértők véleményének figyelembe vételével a Szerkesztőbizottság dönt az alábbiak szerint:

- elfogadja közlésre,
- javításokat, korrekciókat javasol, és ezek megtörténte esetén elfogadja közlésre,
- a javítások, korrekciók után megismételi a bírálati eljárást,
- nem fogadja el közlésre.

• Ismételt bírálat esetén, ha a véleményezést további szakértő végzi, akkor az elsőként bírálok véleményeit névtelenül kapja meg.

• A szerzőt a szerkesztőség értesíti a Szerkesztőbizottság döntéséről, de nem indokolja azt.

• Az elfogadott cikk felhasználója a NŐVÉR című folyóirat lesz.

• 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.

## Szerkesztőségi és kiadói kitételek

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

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

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

## Szerzői jog és másolás

• Minden jog fenntartva. A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.

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

• A cikket más lapban leközölni, ismételt megjelentetni csak a kiadó engedélyével, a lapra történő hivatkozással lehet („Megjelent a NŐVÉR ... év., ... számban. Utánközlés a kiadó engedélyével.”)

# FELHÍVÁS



A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara  
Országos Természetgyógyászati Szakmai Tagozata és  
a MESZK Budapesti Területi Szervezete

2016. június 16-án csütörtökön 10.00 órai kezdettel  
szervezi meg

## „A TERMÉSZETGYÓGYÁSZAT LEHETŐSÉGEI AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN”

**Szakmai Továbbképzését**



Helyszín: **Lurdy Ház I. emelet 6-os Konferencia terem,**  
Budapest IX kerület, Könyves Kálmán krt. 12-14.  
Megközelíthetőség: M3 metróval a Népliget megállóig, onnan az  
1-es villamossal 3 megálló a Rákóczi híd irányába.

**Jelentkezés kizárólag online formátumban a [www.meszk.hu](http://www.meszk.hu)  
honlapon  
(Továbbképzések link alatt) lehetséges**

További információ:  
e-mail: [meszk@meszk.hu](mailto:meszk@meszk.hu)  
honlap: [www.meszk.hu](http://www.meszk.hu)

