



NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

Scientific and educational journal
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A TARTALOMBÓL:

Az intrauterin elhalás hátterében álló
anyai tényezők vizsgálata

Az ápoló szerepe a Guillain-Barré szindrómás
betegek ellátásában



2016. 29. ÉVFOLYAM 6. SZÁM
<http://www.meszk.hu/nover>



**NŐVÉR FOLYÓIRAT:
SZERESSZEN 16 TOVÁBBKÉPZÉSI PONTOT
OLVASÁSSAL!**

Ajándékozzon Ön is Nővér folyóiratot karácsonyra!

**A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
gondozásában megjelenő kiadvány minősítésre
került, azaz beleszámít a szakdolgozók szabadon
választható pontértékének megszerzésébe.**

Részletek a www.meszk.hu weboldalon található.

**Kellemes Karácsonyi Ünnepeket és
sikerekben gazdag Új Évet kívánunk olvasóinknak!**

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA/

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével/

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Nővér, 2016, 29 (6), 1–44.

TARTALOMJEGYZÉK

SZERKESZTŐI LEVÉL	3
EREDETI KÖZLEMÉNY Az intrauterin elhalás hátterében álló anyai tényezők vizsgálata Zubor Mónika, Szabó László, Karácsony Ilona Hajnalka	4
Az ápoló szerepe a Guillain-Barré szindrómás betegek ellátásában Ádám Éva	13
Az egészségtudatosság néhány elemének vizsgálata magyar munkaképes populációban Szobota Livia, Hirdi Henriett Éva, Balogh Zoltán	24
KÉPZÉS, TOVÁBBKÉPZÉS A probléma alapú oktatás előnyei az ápolásban Pozsár Hajnalka	34
ÁPOLÁS GYAKORLATA A szív majdnem ... gyilkosa Ruttkay Bánk, Csirik Gyuláné	41
KITEKINTÉS Dr. Balogh Mária Emlékiállítás Hirdi Henriett Éva	44

CONTENTS

LETTER FROM THE EDITOR	3
ORIGINAL CONTRIBUTION The examination of the factors which are the underlying causes of the intrauterine fetal death Mónika Zubor, László Szabó, Ilona Hajnalka Karácsony	4
The role of nurses in care of patients with Guillain- Barré syndrome Éva Ádám	13
Elements of health literacy among the Hungarian working population Livia Szobota, Henriett Éva Hirdi, Zoltán Balogh	24
NURSING EDUCATION The problem-based learning benefits in nursing education Hajnalka Pozsár	34
NURSING IN PRACTICE A poisonous heart killer Bánk Ruttkay, Gyuláné Csirik	41
OUTLOOK Dr. Mária Balogh's Memorial Exhibition Henriett Éva Hirdi	44

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

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

A *NŐVÉR* folyóirat az ápolás független orgánuma. Célja az, hogy tudományos igényű készített írások megjelentetésével az elméleti ismeretek átadása mellett a szakemberek gyakorlati tevékenységét és pontszerző továbbképzési kötelezettségének teljesítését is elősegítse. A *NŐVÉR* a folyamatos önképzés támogatásával hozzá kíván járulni a helyes és hatékony betegellátáshoz, valamint a XXI. század kihívásainak és követelményeinek 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
ANNO 1990

LifeTime Media Kft.

Nyomdai munka: Varg Hungary Kft.
Felelős vezető: Egyed Márton ügyvezető igazgató
ISSN szám: 0864-7003

Terjeszti a Magyar Posta Zrt.

Postacím: 1900 Budapest

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

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Dr. Hirdi Henriett Éva (PhD)

Szerkesztők/Editors

Dr. Németh Anikó (PhD)

Dr. Papp Katalin (PhD)

Szerkesztőbizottság/Editorial Board

Dr. Betlehem József (PhD)

Kárpáti Zoltán

Dr. Oláh András (PhD)

Dr. Pápai Tibor (PhD)

Szloboda Imréné

Szakértők/Experts

Arany Ida

Jakab Judit

Dr. Papp László (PhD)

Tóth Andrea

Dr. Tulkán Ibolya (PhD)

Tanácsadó testület/Advisory Board

Boldogné Csurik Magdolna

Dr. Helembai Kornélia

Mészáros Magdolna

Prof. Dr. Kovács L. Gábor

Rauh Edit

Dr. Velkey György

Sövényi Ferencné

Tóth Ibolya

Prof. PhD. Valérie Tóthova PhD

**Lapunkat rendszeresen
szemlézi a megújult****www.observer.hu****N Ő V É R****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 tárgy köréből eredeti közleményeket (összefoglaló közleményeket, összegző elemzéseket, esettanulmányokat, egyéb elméleti közleményeket), előzetes-, valamint sürgős közleményeket, továbbá tudományos leveleket, olvasói hozzászólásokat is.

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

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

A formai szempontból megfelelő kéziratokat névtelenül (esetenként ismételt) szakmai bírálatsnak 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 érintettek-re 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 kéziratrészt.

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

A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.

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

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Henriett Éva Hirdi PhD. Editors: Anikó Németh PhD, Katalin Papp PhD. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungarian with english summaries. The Journal also offers continuing education credits in every issue. Editorial off ce: 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

**MINDEN KEDVES OLVASÓNKNAK
ÁLDOTT, BÉKÉS ÜNNEPEKET,
ÉS BOLDOG ÚJ ESZTENDŐT KÍVÁNUNK!**

**A NÓVÉR
SZERKESZTŐSÉGE ÉS KIADÓJA**



Készítette: Barnaföldi Gábor

Az intrauterin elhalás hátterében álló anyai tényezők vizsgálata

ZUBOR Mónika, SZABÓ László, KARÁCSONY Iona Hajnalka

Összefoglalás

A vizsgálat célja: A halvaszülés még ma is a leggyakoribb, az érintett családokat lelkiileg is próbára tevő súlyos szülészeti szövődmény. A kutatás célja volt megvizsgálni, hogy melyek azok a leggyakoribb anyai tényezők, amelyek a magzat méhen belüli elhalásához vezethetnek.

Vizsgálati módszerek és minta: A retrospektív vizsgálat 2007. január és 2014. december között a Szombathelyi Markusovszky Egyetemi Oktatókórházban történt. Nem véletlenszerű, célzott mintavétel során, a kutatás 50 fős mintán, dokumentumelemzéssel készült. Microsoft Excel program segítségével a leíró statisztika mellett a szerzők Khi-négyzet próbát alkalmaztak ($p < 0,05$).

Eredmények: Szignifikáns kapcsolat volt kimutatható a halvaszületés gyakoriságának előfordulása tekintetében a singuláris terhességek és az ikerterhességek között ($p < 0,05$), valamint a különböző korú nők körében az endocrin betegségek és a halvaszülés gyakorisága között ($p < 0,05$). A méhen belüli elhalás leggyakoribb magzati oka a hypoxia (32,6 %) volt.

Következtetések: A magas rizikójú várandósságok korai felismerésével, a szövődmények megelőzésével, a halvaszülések száma tovább csökkenthető lenne.

Kulcsszavak: perinatális halálozás, ikerterhesség, paritás, endocrin betegségek, keringési betegségek

The examination of the factors which are the underlying causes of the intrauterine fetal death

Mónika ZUBOR, László SZABÓ, Iona Hajnalka KARÁCSONY

Summary

The aim of the study: Nowadays the most common obstetric complication is the stillbirth. The affected families suffer spiritually as well. The aim of our research was to identify those most common maternal factors which lead to the intrauterine death of the fetus.

Material and methods: The retrospective research was carried out between January of 2007 and December of 2014 in Markusovszky Educational Hospital in Szombathely. During the non-random, targeted sampling, the research was carried out with the help of an essay which included the data of 50 people. Beside the descriptive statistics the authors also used Chi-squared test with the help of the Microsoft Excel program ($p < 0,05$).

Results: If we take into account the frequency of stillbirth, there is significant relationship between singular pregnancies and twin pregnancies ($p < 0,05$). Among women from different ages there is a significant relationship between the frequency of endocrine diseases and stillbirth as well ($p < 0,05$). According to the results the most common cause of the intrauterine death was hypoxia (32,6%).

Conclusion: With the identification of high risk pregnancies at an early age and with the prevention the complications we could reduce the number of stillbirths.

Keywords: perinatal mortality, twin pregnancies, parity, endocrine diseases, circulatory disorders

Beérkezett: 2015. november 22. Elfogadva: 2016. december 06.

Bevezetés

A méhen belüli magzati elhalás a terhesség legsúlyosabb szülészeti szövődménye. A gyakorlatban minden 200 élveszülésre jut egy méhen belüli magzati elhalás. „A terhesség

betöltött 24. hete után, vagy >500 g súlyú, vagy >30 cm hosszúságú, a méhben elhalt magzat megszületését halvaszületésnek nevezzük. Gyakorisága kevesebb, mint 1%” (Papp, 2009).

Nagyon sok anyai tényező összefüggés-

ZUBOR Mónika szakoktató Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Szombathelyi Képzési Központ, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet, Védőnő és Prevenációs Tanszék

SZABÓ László szakoktató Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Szombathelyi Képzési Központ, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet, Védőnő és Prevenációs Tanszék

KARÁCSONY Iona Hajnalka szakoktató, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Szombathelyi Képzési Központ, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet, Védőnő és Prevenációs Tanszék

Levelező szerző (correspondent): ZUBOR Mónika Mária; elérhetőség: monika.zubor@gmail.com

be hozható a halvaszületéssel, többek között ilyen az elhízás, a dohányzás, a cukorbetegség, a magas vérnyomás, és az idős anyai életkor, azonban a várandósok többsége ezeknek a tényezőknek a fennállása esetén is egészséges újszülöttet hoz a világra.

„Leggyakrabban a női szervezetben található meg az ismétlődő magzati elhalás oka. Ez lehet például a sárgatesthormon-termelés elégtelensége, a méh fejlődési rendellenességei és a méhnyak zárási elégtelensége is. Ugyancsak lényegesek lehetnek az anya bizonyos betegségei, például a pajzsmirigy túlműködése és az allergiás kórképek” (Czeizel, 1986).

A magzat életkilátásait az anya életkora is jelentős mértékben befolyásolhatja. Számos tanulmány eredményei arra engednek következtetni, hogy az előrehaladott anyai életkor és a terhesség kimenetele között szoros korreláció van (Petőné Csima et al., 2013; Vanya et al., 2015).

A méhen belüli elhalás kockázati tényezőjeként említhetjük az ikerterhességeket is. A KSH 2014-es adatai szerint amióta a mesterséges megtermékenyítést támogató módszerek és az asszisztált reprodukciós eljárások teret hódítottak, ugrásszerűen megemelkedett az ikerszülések, különösen a hármas ikrek száma (Központi Statisztikai Hivatal, 2014). A Semmelweis Egyetem I. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján 104 hármas iker született 1990. január 1. és 2005. december 31. között. Ebből 5 terhességben az egyik magzat in utero elhalt. Érdekeség, hogy mindegyik asszisztált reprodukciós módszerrel fogant terhesség volt (Sassi et al., 2006). A 35 év feletti hármasiker-terhes populáció között kutatási eredmények által bizonyított, hogy gyakoribb az előfordulása a hipertóniának, a cholestasisnak, illetve az idő előtti méhtevékenységnek is (Hruby et al., 2007b). A Kathmandu University Hospital kutatói is arra az eredményre jutottak, hogy az anyák életkora magasabb volt a halvaszületésekkel végződő szüléseknél (25.47 +/- 5,64 év), mint az élve születéseknél (23.62 +/- 4,31 év) (Tamrakar & Chawla, 2012).

Bár a magzati elhalást leggyakrabban genetikai tényezők okozzák, fertőzéseknek, anyai betegségeknek és szülészeti szövődményeknek is lehet oki szerepük (Silver, 2010).

Vanya és mtsai kutatásai alapján a legnagyobb valószínűséggel kialakuló szövődmények a 45 év feletti először szülők körében a magas vérnyomás betegség és a cukorbetegség (Vanya et al., 2015). A diabetes mellitus a XXI. század elejének egyik legjelentősebb népegészségügyi problémájává vált és előkelő helyet foglal el a nem fertőző ún. „civilizációs” betegségek sorában (Egészségügyi közlöny, 2009). A terhességi cukorbetegség (GDM) a terhesség alatt manifesztálódó vagy a várandósság idején kórismézett diabetesforma. Gyakoriságát illetően a hazai beszámolók nagy ingadozást, 1,7-8,5 % közötti előfordulást tükröznek (Salamon et al., 2013). Hazai és nemzetközi eredmények is kimutatják, hogy a magasabb BMI általában magasabb életkorral jár együtt, illetve az OGTT eredményeit kedvezőtlen irányba befolyásolja (Meng et al., 2012). Az edinburghi Simpson Memorial Maternity Pavilionban 1960 és 1999 között lezajlott szülések közül vizsgálták a cukorbeteg anyák és újszülöttjeinek történéseit retrospektív elemzés formájában. A perinatális mortalitás (összesen 29 esetben volt halvaszületés és 20 esetben neonatális halálozás) a dekádokban fokozatosan csökkent mutatott (12 %-ról 1%, illetve 10 %-ról 5 %). A perinatális mortalitás nagyfokú csökkenése feltehetően az időközben javuló diabetes gondozással hozható összefüggésbe (Johnstone et al., 2006).

A graviditás alatt kialakuló frissen felfedezett, vagy a már régebben fennálló hipertónia az anyai és magzati morbiditás vagy mortalitás egyik leggyakoribb oka. Nagyobb statisztikai adatok alapján a gesztációs hipertónia a terhességek nagyjából 8-10 %-ában fordul elő. (Kárpáti, 2014). Ezt bizonyítja egy a Semmelweis Egyetemen végzett kutatás is, amelyben a multiparák csoportjában ritkábban fordult elő a várandósság által kiváltott hipertónia. (Hruby et al., 2007a).

A várandósság bármely időszakában bekövetkező magzati elhalások, vetélések hívhatják fel a figyelmet az antifoszfolipid (APS), vagy más néven Hughes-szindrómára, ami elsősorban a 40 év feletti nőknél fordul elő. (Gadó & Domján, 2012).

Az intrauterin elhalás a várandósság leg súlyosabb szülészeti szövődménye, a vesz-

teség miatti gyász megélése pedig komoly terhet ró a szülőkre, környezetükre és az egészségügyi szakemberekre egyaránt. Zsák Éva és munkatársai kutatásában feltárt gyakorlatok szerint fel sem merül még annak a lehetősége sem, hogy a szülők, az anya, ha szeretné, valamikor is megnézzé, kezébe fogja magzatát, elköszönve tőle (Zsák et al., 2015).

Anyag és módszer

A vizsgálat alapját a szombathelyi Markusovszky Egyetemi Oktatókórházban halvaszületéssel befejeződött várandósságok köre képezte. A vizsgálatból kizártuk azokat a várandósságokat, amelyek élve születéssel végződtek. A mintavétel módja célzott szakértői mintavétel. A vizsgálatot retrospektív módon, dokumentumelemzéssel végeztük. A vizsgált időszakban 2007. január 1. és 2014. december között 50 halvaszületéssel végződött várandósságot, s ebből halvaszületett 52 gyermek adatait elemeztük. Áttekintettük a kórlapokat, zárójelentéseket, kórszövegtani leleteket, és a boncolási jegyzőkönyveket. A kutatásban a következő paramétereket vizsgáltuk: anyai életkor, várandósság száma, szülés módja, magzat fekvése, ikerterhesség, keringési, endokrin, egyéb betegségek, szülészeti előzmények, magzat neme, terhesség kora, születési súly, hossz, intrauterin retardáció, fejlődési rendellenességek, anaemia, magzatvíz állapota, lepény állapota, köldökzsinór, koraszülöttség, elhalás oka. A vizsgálatban az adatok elemzéséhez a leíró statisztika keretein belül az átlag és gyakoriság számítását használtunk, a gyakoriságot megbízhatósági tartományal prezentálva. Két változó összefüggésének megállapítására a Khi-négyzet próbát végeztünk (szignifikancia szint $p < 0,05$). A statisztikai elemzéshez a Microsoft Office Excel programot használtuk. (Pakai & Kívés, 2013; Ács et al., 2014)

Eredmények

A magzati halálozás nem csak fizikálisan, pszichológiai és érzelmi szempontból meg-

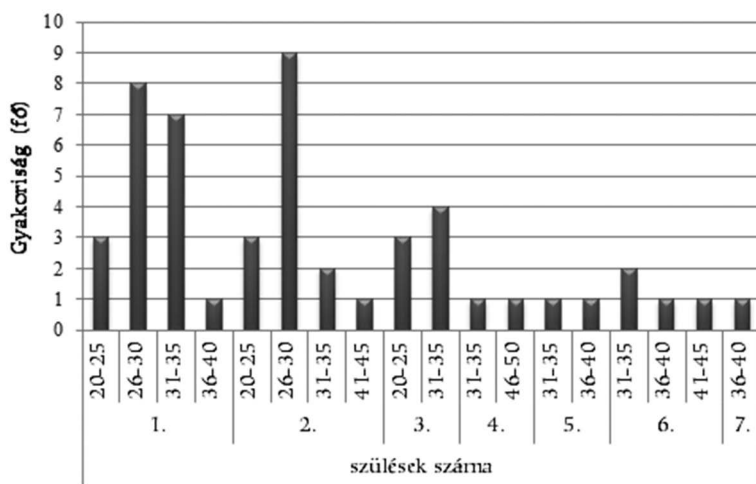
terhelő, de befolyásolhatja a következő terhesség kimenetelét is. Halvaszületést követő terhességekben a korai lepényleválás, a koraszülés, a kis születési súlyú magzat, és az újabb halvaszületés kockázata megemelkedik, sőt az átlagos többszöröse is lehet. Nagyon fontos a magzati elhalás okainak pontos feltárása annak érdekében, hogy a következő terhességekben meg tudják ítélni az intrauterin kóros állapotok vagy méhen belüli elhalás kockázatát.

A vizsgálat alapját a 2007. január 1-től 2014. december 31.-ig történt halvaszületések képezték. Az ez idő alatt történt intrauterin elhalások közül a rendelkezésre álló dokumentációkból 50 esetet tudtunk elemezni.

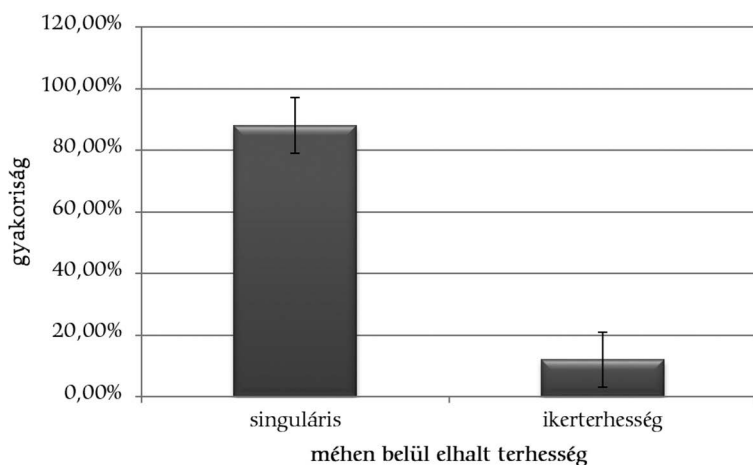
A kutatásban résztvevő anyák 68%-nak életkora 26-35 év közötti (26-30 év: 34%, 31-35 év: 34%), 18% 20-25 év közé tehető, míg 14% 36 év feletti (36-40 év: 8 %, 41-45 év: 4 % és 2% 46 év feletti). A vizsgált 50 várandós közül 19 esetben szerepelt a kórelőzményben egy vagy több szülés, 31 várandós nem szült korábban. A halvaszületéssel végződött terhességek a 2. gyermeküket, 26 és 30 év kor közötti szülő nők esetében volt a leggyakoribb. Ekkor 9 (18 %) intrauterin elhalás történt. Ezt követte az ugyan ebben az életkorban 1. gyermekét szülő nők köre, ahol 8 (16 %) elhalás történt. A 31 és 35 év között 1. gyermeket szülő nők körében 7 (14 %) elhalás történt. 4 (8 %) elhalás történt 31-35 év között 3. gyermekét szülő nők körében. A 20-25 éves korú nők között, 1. 2. és 3. gyermeküket szülő nőknél mindhárom csoportban 3 (6 %) elhalás történt. 31-35 év között 2. és 6. gyermeküket szülő nők körében 2-2 (4-4 %) elhalás történt. 1 (2 %) elhalás történt, egy 1. gyermekét váró 36-40 év közötti, egy 2. gyermekét váró 41-45 év közötti, egy 4. gyermekét váró 31-35 év közötti, két 5. gyermekét váró 31-35 és 36-40 év közötti, két 6. gyermekét váró 36-40 és 41-45 év közötti, és egy 7. gyermekét váró 36-40 év közötti várandós esetében. A várt eredményekkel szemben, jelen vizsgálatban az életkor és a paritás növekedésével a méhen belüli elhalások száma csökkenő tendenciát mutatott (**1. ábra**).

Mivel a szakirodalomban fellelhető adatok alapján elmondható, hogy az ikerterhesség a méhen belüli elhalásra hajlamosító té-

1. ábra. A méhen belüli elhalás életkor és szülések száma szerinti szóródása 2007. január és 2014. december között (n=52)



2. ábra. A szinguláris és ikerterhességek előfordulása (n=50)



nyező, ezért megvizsgáltuk, hogy az ikerterhességek előfordulása mennyire befolyásolja a halvaszülés gyakoriságát. Az 50 (100%) terhességből 6 (12%) ikerterhesség volt. Ebből 1 (2%) volt hármas ikerterhesség. Itt a 3 magzathalál két magzat halt meg méhen belül, a 3. a megszületés után 1 nappal exiált. Az 5 (1%) gemini terhességből egy volt olyan, ahol mindkét magzat intrauterin elhalt, a másik 4 terhességben csak az egyik magzat halt el méhen belül. A vizsgált mintában szignifikáns különbség tapasztalható a halvaszülés gyakoriságának előfordulása tekintetében a szinguláris terhességek (0,88) és az ikerterhességek előfordulása (0,12) között (2. ábra).

A következőkben azt vizsgáltuk, hogy milyen hajlamosító tényezők fordultak elő az anyáknál, amelyek a méhen belüli elhaláshoz vezethettek. Az esetek 24%-ának kórelőzményében különböző műtétek fordultak elő (császármetszés, petefészek eltávolítás, méhkaparás, laparoszkópia, laparotomia). Az esetek 24%-ában keringési, 20%-ában endokrin betegségek fordultak elő. Egyéb betegségek, mint pl. az allergia, cholestasis, ekzema, epilepszia és vesicoureterális reflux betegség, az esetek 6%-ban fordultak elő. A várandósságok 12%-a ikerterhesség volt. Az anyák kórelőzményében 14%-ban vetélés, 2%-ban intrauterin elhalás fordult elő. Toxaemia 2%-ban, praeclampcia 6%-ban fordult elő. Az anyák 4%-ánál fenyegető koraszülés, 2%-ánál fenyegető vetélés állt fenn. Az anyák 10%-a dohányzott a várandóssága alatt. A vizsgálatból jól látható, hogy a legtöbb esetben előforduló hajlamosító tényező, az anyáknál korábban végzett műtétek (24%) és a keringési betegségek (24%) voltak, majd ezt követték az endokrin betegségek (20%).

Ennek ismeretében megvizsgáltuk, hogy az életkor növekedésével megjelenő keringési és endokrin betegségek milyen hatással vannak a halvaszülések gyakoriságára. A 3. diagramon jól látható, hogy a különböző korú nők körében megjelenő endokrin betegségek összefüggésbe hozhatók a halvaszülés gyakoriságával ($p=0,033$), azonban a különböző korú nők körében megjelenő keringési betegségek és a halvaszülés gyakorisága között nincs szignifikáns kapcsolat. ($p=0,689$) (3. ábra).

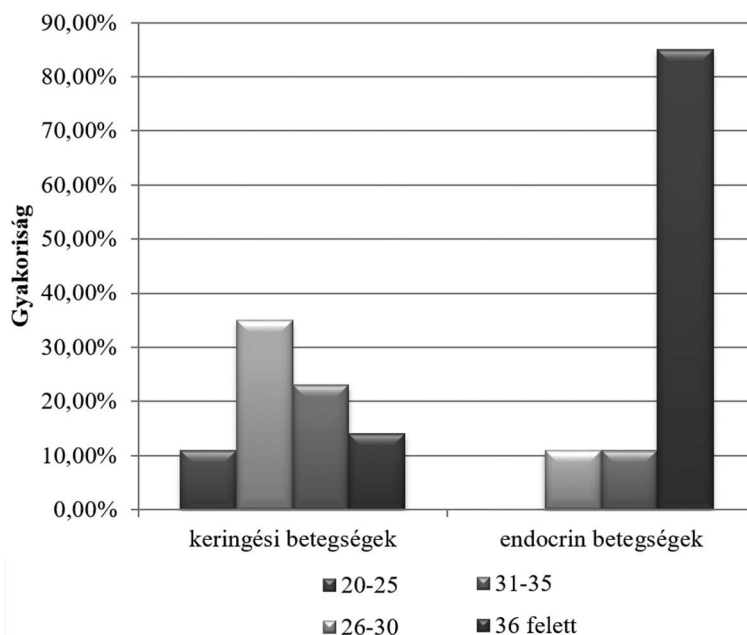
Mivel az anyáknál az intrauterin elhalásra az egyik leggyakrabban hajlamosító tényező az anya korábbi műtétei voltak (24%), ezért a következőkben azt vizsgáltuk, hogy

az adott időszakban meghalt magzatoknál az édesanya kór-előzményében szereplő műtétek befolyásolták-e a halvaszülés gyakoriságát, azonban ebben az esetben a vizsgált mintában ez nem mutatott szignifikáns kapcsolatot ($p=0,973$.) (4. ábra).

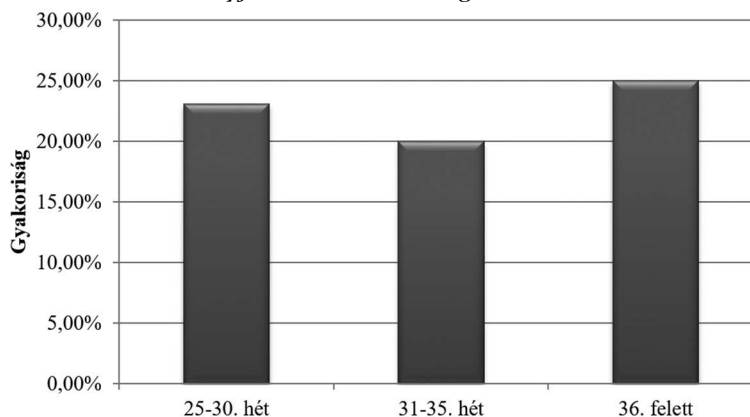
A vizsgált populációban az esetek 6 %-ban praeclampсия, 4 %-ban pedig diabetes fordult elő. Az 5. ábrán látható számításunkban azt vizsgáltuk, hogy a paritások számának függvényében a praeclampсия és a diabetes milyen mértékben befolyásolták a halvaszülések számát. Összességében elmondható, hogy jelen vizsgálatban a paritás függvényében nem volt szignifikáns a kapcsolat sem a praeclampсия és a halvaszülés ($p=0,736$), sem pedig a diabetes és a halvaszülés gyakorisága között ($p=0,206$) (5. ábra).

A 6. ábrából nagyon jól látszik, hogy az intrauterin elhalás leggyakoribb magzati oka a hypoxia volt (32,6 %). A hypoxia 2 magzatnál asphyxiával, 1-1 esetben idő előtti burokrepedéssel és szívelégtelenséggel és 2 esetben nyakra tekeredett köldökzsinórral társult. A második leggyakoribb ok a köldökzsinór nyakra tekeredése volt. Ez 8 (15,3 %) várandósságban fordult elő, melyben két esetben hypoxiával okozta a magzatok elhalását, egy másik magzat extrém éretlen volt, a 3. várandósságban pedig idő előtti burokrepedés is történt. A további 4 esetben a nyakra tekeredett köldökzsinór, mint egyedüli tény fordult elő a méhen belüli elhalás okaként. 5 alkalommal fordult elő extrém éretlenség, ez egy esetben szívelégtelenséggel társult, egy másik terhességben pedig a köldökzsinór nyakra tekeredett. 3 magzatnál az extrém éretlenség önállóan vezetett a méhen belüli elhaláshoz. Idő előtti burokrepedés szín-

3. ábra. Az életkor növekedésével megjelenő keringési és endokrin betegségek

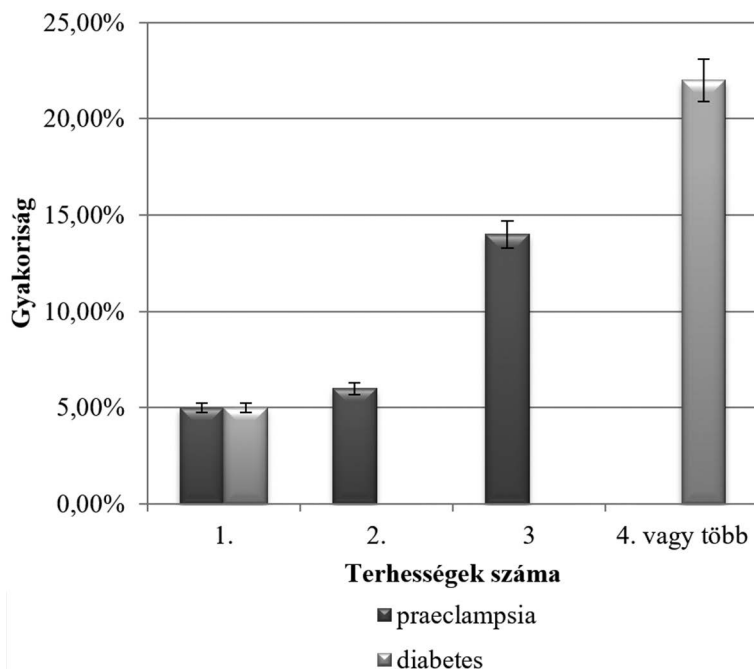


4. ábra. Adott gesztációs héten meghalt magzatok édesanyjánál korábban végzett műtétek

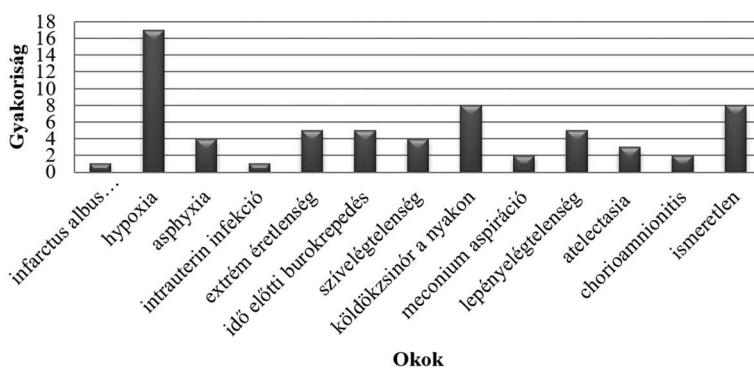


tén 5 (9,6 %) esetben történt. Mind az 5 várandósságban társult hozzá egyéb tényező is, melyek a következők voltak: hypoxia, a köldökzsinór nyakra tekeredése, szívelégtelenség, asphyxia és extrém éretlenség. Szívelégtelenség összesen 4 (7,6 %) várandósságban fordult elő, mely a magzatoknál hypoxiával, extrém éretlenséggel és idő előtti burokrepedéssel okozta a méhen belüli elhalást. 1 esetben az intrauterin elhalás egyedüli oka volt. 5 (9,6 %) alkalommal az intrauterin elhalás oka a lepényégtelenség volt. Atelectasia, mint a méhen belüli elhalás

5. ábra. Praelapsia, diabetes hatása a halvaszületés gyakoriságára a paritás függvényében (n=50)



6. ábra. A szinguláris és ikerterhességek előfordulása (n=50)



oka 3 (5,7 %) alkalommal fordult elő, ami idő előtti burokrepedéssel és hypoxiával is társult. 2 (3,8 %) magzat esetében az intrauterin elhalás oka chorioamnionitis volt. Az esetek 15 %-nál az intrauterin elhalás okát ismeretlennek ítélték meg (6. ábra). Ezekben a várandósságokban külön megvizsgáltuk, hogy milyen anyai, illetve magzati hajlamosító tényezők fordultak elő. A vizsgált mintában az egyik terhesség ikerterhesség volt, azonban csak az egyik magzat halt el méhen belül. 2 (25 %) esetben az anyánál hipertónia állt fenn, az egyik esetben ez obesitással is társult és a magzat dysmaturus volt, a másik

esetben a magzat koraszülött volt. Hyperthyreosis 1 (12,5 %) esetben fordult elő. 1 (12,5 %) anyja vesicoureterális reflux betegséggel küzdött, nála a méhlepény idő előtti leválása következett be. 1 (12,5 %) anyja dohányzott és a várandóssága során polyhidramnion lépett fel, a magzatnál pedig fejlődési rendellenességet diagnosztizáltak. 1 (12,5 %) anyánál a szülészeti előzményben már volt egy méhen belüli elhalás és a magzat koraszülött volt. Így összességében elmondható, hogy azoknál az elhalásoknál, ahol az okokat nem tudták megállapítani, ott is fellelhető az anyánál és a magzatnál is olyan hajlamosító tényező, amely az intrauterin elhaláshoz vezetett.

A 8 év alatt vizsgált eredményeinket két csoportra osztottuk és megnéztük, hogy alakult a méhen belüli elhalások száma és okai a 2007-2010-ig tartó és a 2011-2014-ig tartó időszakban (7. ábra).

A 2007-2010-ig tartó időszakban 36 elhalás történt, míg a 2011-2014-ig tartó időszakban 16. Az 1. időszakban az elhalások vezető oka a hypoxia volt, míg a 2. időszakban a köldökzsinór nyakra tekeredése.

Megbeszélés, javaslatok

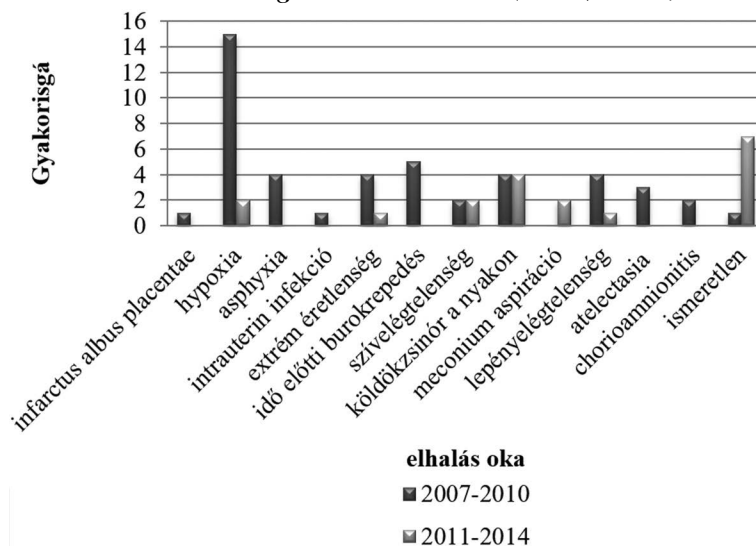
A szakirodalomban fellelhető adatok alapján, Magyarországon évi 95 000 szülésből 470 szülés végződik halvaszületéssel. A védőnői hálózat megkülönböztetett figyelmet fordít a fokozott gondozást igénylő anyák segítésére (Silver, 2010).

A vizsgálat alapján összességében elmondható, hogy a dokumentumelemzésből kapott adatok alapján az életkor és a paritás növekedésével az intrauterin elhalások száma csökkenő tendenciát mutatott. A méhen

belüli elhalás leggyakoribb oka a hypoxia volt, az esetek 15 %-ban pedig nem tudták megállapítani az intrauterin elhalás okát. Leggyakrabban előforduló anyai hajlamosító tényező, az anyánál korábban végzett műtétek (24 %) és a keringési betegségek (24 %) voltak. Ezt követték az endokrin betegségek (20 %).

Mivel a méhen belüli elhalás anyai okai sokfélék lehetnek, nagyon fontos az okok időbeni feltárása, így megelőzhető lenne a várandósság ilyen jellegű kimenetele. Fontos, hogy várandósgondozásban résztvevő szakembereknek a lehető legtöbb információja legyen a kismamáról és a magzatról egyaránt. Hangsúlyos lenne, hogy már a várandósság vállalása előtt egészséges életmódot folytasson a leendő édesanya és az egészségi állapotáért felelősséget érezve vegyen részt szűrővizsgálatokon is. Nagyon lényeges lenne a szülész-nőgyógyászok, szakorvosok, védőnők, szülésznők bevonásával és az édesanya támogatásával már a serdülő lányok számára a nőgyógyászati szakrendelő bemutatása, a vizsgálat eszközeinek és a kénvetétel folyamatának szemléltetése, biztosítva ezzel azt, hogy a fiatal lányok megismerjék a nőgyógyászati vizsgálatot és a prevenció fontosságát, hogy tudatosan felelősséget vállalva mindent megtegyenek a saját egészségi állapotuk megőrzéséért (Pakai et al., 2009; Millei et al., 2015). Nagyon lényeges az is, hogy a szakemberek tisztában legyenek azoknak a hajlamosító tényezőknek a jelenlétével az adott várandósságban, amelyek a méhen belüli elhaláshoz vezethetnek. Különbféle betegségek fennállása esetén pedig a legfőbb cél, hogy a várandós egészségi állapota optimalizálásra kerüljön, illetve hogy tájékoztassuk a kismamát arról, hogy maga a betegség milyen hatással lehet magára és a magzatra egyaránt. Szontágh Ferenc professzor ma is érvényes megállapítása szerint, érdemi javulást a szakma folyamatos fejlődése mellett is elsősorban a felvilágosítás és a megelőzés hozhat. „A szülésze-

7. ábra. A méhen belüli elhalás okainak alakulása 2007-2010 és 2011-2014-ig tartó időszakban (n=36; n=16)



tés, a műtéti technika, a gyógyszeres terápia aligha fogja jelentősen tovább csökkenteni a perinatális mortalitást, de a késői anyai károsodásokat sem teszi ritkábbá. Csakis a terhességi fiziológia részletes ismeretén alapuló praenatalis gondozás és prevenció hozhat jelentős javulást” (Szontágh, 1965). A családok preventív ellátását, gondozását végző védőnői ellátás fejlesztése csak úgy valósítható meg, ha ismerjük az ellátásban dolgozók és az ellátottak véleményét is, melyre Deutsch és munkatársai kutatásai irányultak. Vizsgálatukban igazolták, hogy a védőnői ellátással a megkérdezett szülők többsége nagymértékben elégedett (Deutsch et al., 2014; Deutsch et al., 2015)

A magas rizikójú várandósságok fokozott figyelmet kívánnak mind az anya, mind az őt kezelő egészségügyi dolgozók részéről. Ezen feladatok ellátása mind az alapellátás, mind a szakellátás kötelessége, természetesen, ha szükséges egyéb szakterületek igénybevételevel együtt. A szülészeti tevékenység színvonala és sikeressége alapvetően függ a nő és családja, környezete fiziológiai és pszichológiai felkészülésétől, valamint a társadalom mindazon törekvéseitől, amelyek ezt elősegítik (Egyed, 2012).

Az egészségtudomány számos területén elismert, bizonyítékokon alapuló kutatások készülnek (Oláh et al., 2012), ezért ebben a témában is nélkülözhetetlen az védőnői ol-

dalról történő kliensoktatás, szakdolgozói továbbképzés, a rendszeres, releváns szakirodalomra épülő kutatás és publikálás.

Saját eredményeink és a szakirodalomban fellelhető eredmények alapján a következő tanulságok vonhatók le:

1. Törekedni kell a felelősségteljes családtervezésre, illetve célszerű lenne a leendő kismama állapotának fogantatás előtti felmérése. Ebben a védőnők és szülészorvosok tájékoztató tevékenységének is fontos szerepe van.
2. Törekedni kell a korai várandósgondozásba vételre.
3. Fontos, hogy a várandósgondozásban résztvevő valamennyi szakember kiemelt figyelmet fordítson a várandós anamnézisére.
4. Fontos, hogy a várandós az egészségi állapotának megfelelő várandósgondozásban részesüljön.
5. Fontos, hogy a szakemberek tisztában legyenek azoknak a tényezőknek a jelenlétével az adott várandósságban, amelyek a méhen belüli elhaláshoz vezethetnek.
6. A keringési és endokrin betegségek fennállása esetén a legfőbb cél, hogy a várandós egészségi állapota optimalizál-

lásra kerüljön, illetve hogy tájékoztassuk a kismamát arról, hogy maga a betegség milyen hatással lehet magára és a magzatra egyaránt.

7. Az intrauterin elhalások megelőzése érdekében a hypoxia időben való felismerése az egyik legfontosabb tényező.
8. Az ikerterhességek összességében nagyobb kockázatot jelentenek, ezért nagyon fontos a várandós állapotának megfelelő gondozás a várandósgondozásban részt vevő valamennyi szakember részéről.
9. Az intrauterin elhalás hátterében álló anyai tényezők esetében a kórelőzményben szereplő műtéteket, a keringési és endokrin betegségeket, valamint az ikerterhességeket rizikótényezőnek kell tekinteni.

Összességében elmondható, hogy a leendő anyák megfelelő felvilágosításával, a problémák megelőzésével, a megfelelő tájékoztatásával várandósgondozással és a mai fejlett diagnosztikus és vizsgáló eljárásokkal az intrauterin elhalás gyakorisága tovább csökkenthető. Nem szabad elfelejteni azt a tényt sem, hogy mindez akkor működhet tökéletesen, ha a várandós és a családja is együttműködik a szakemberekkel.

Irodalomjegyzék

1. Ács, P., Oláh, A., Pakai, A. K., Raposa, B. L. (2014). *Gyakorlati adatelemzés*. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar. Pécs.
2. Czeizel, E. (1986). *Az egészséges utódokért*. Budapest: Kossuth Kiadó.
3. Deutsch, K., Bánfai, B., Petőné, M. C., Jeges, S., Domina-Táncsics, D., Betlehem, J., Lampek, K. (2014). A 0-7 éves gyermeket nevelő szülők elégedettsége a védőnői ellátással Magyarországon. *Egészségakadémia*, 15(31), 25-33. doi:10.1556/650.2015.30189
4. Deutsch, K., Lampek, K., Betlehem, J., Petőné, M. C., Jeges, S., Domina-Táncsics, D., Bánfai, B. (2015). A 0-7 éves gyermeket nevelő szülők elégedettsége a védőnői ellátással Magyarországon. *Népegészségügy*, 91(3), 113.
5. Egészségügyi közlöny. (2009). Az egészségügyi minisztérium szakmai irányelve a diabetes mellitus kórismézéséről, a cukorbetegség kezeléséről és gondozásáról a felnőttkorban. (old.: 2935-2990.).
6. Egyed, J. (2012). Az elmúlt évtized változóban levő szülészeti trendjei. *Orvosi hetilap*, 153(28), 1087-1091. doi:10/1556/OH.2012.29388
7. Gadó, K., & Domján, G. (2012). Antifoszfolipid-szindróma és terhesség. *Orvosi hetilap*, 153.(31.), 1207-1218. doi:10.1556/OH.2012.29425
8. Hrubby, E., Hajdú, J., Görbe, É., Hupuczi, P., Papp, Z. (2007a). A korábbi szülések száma, mint kockázati tényező hármas ikerterhességben. *Gyermekgyógyászat*, 58(6), 395-402.
9. Hrubby, E., Hajdú, J., Görbe, É., Hupuczi, P., Papp, Z. (2007b). Az anyai életkor mint kockázati tényező hármasiker-terhességben. *Orvosi hetilap*, 148(41), 1947-1955. doi:10.1556/OH.2007.28161
10. Johnstone, F., Lindsay, R., Steel, J. (2006). Type 1 Diabetes and Pregnancy: Trends in Birth Weight

- Over 40 Years at a Single Clinic. *Obstetrics & Gynecology*, 107(6), 1297-1302. doi:10.1097/01.AOG.0000218706.38886.10
11. Kárpáti, P. (2014). A terhességhez társuló hipertónia. *IME*, 13.(3.), 23-26.
 12. Központi Statisztikai Hivatal. (2014). Ikerszületések Magyarországon. *Statisztikai tükör* (VIII.), 1-7.
 13. Meng, Z., Várady, Á. H., Oláh, A. (2012). Gestációs diabetes ápolói kihívásai. *Nővér*, 25(4), 36-43.
 14. Millei, K., Vajda, R., Kívés, Z., Máté, O., Pakai, A. (2015). A HPV-fertőzéssel kapcsolatos ismeretek vizsgálata édesanyák és leányaik körében. *Egészségfejlesztés*, 56(3), 9-16.
 15. Oláh, A., Katona, G., Gál, N., Müller, Á., Damásdi, 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.
 16. Pakai, A., & Kívés, Z. (2013). Kutatásról ápolóknak, Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészségügyi kutatásokban. *Nővér*, 26(3), 20-43.
 17. Pakai, A., Németh, K., Kriszbacher, I., Dér, A., Szabóné, M. S., Lampe, K., . . . Balázs, P. (2009). Miért nem élnek a nők a felkínált lehetőséggel? - avagy a szervezett méhnyakrák-szűrés távolmaradás okainak vizsgálata zalaegerszegi női lakosság körében. *Ápolásiügy*, 23(1), 14-17.
 18. Papp, Z. (2009). *A szülészeti-nőgyógyászati tankönyve*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
 19. Petőné, M. C., Németh, L., Gelencsér, E., Lóczi, G., Harjáné, É. B. (2013). A császártmetszések indikációi régen és ma. *NÉPEGÉSZSÉGÜGY*, 91(3), 210.
 20. Salamon, M., Soós, Z., Oláh, R., Hazai, M., László, S., Kovács, D., . . . Winkler, G. (2013). A gestációs diabetes szűrésére ajánlott két nemzetközi eljárás hatékonyságának összehasonlítása. *Orvosi hetilap*, 154(20), 776-783. doi:10.1556/OH.2013.29615
 21. Sassi, L., Görbe, É., Hruby, E., Perlaki, M., Jeager, J., Papp, Z. (2006). Hármás ikerterhességek kimenetele a Semmelweis Egyetem I. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján az elmúlt 15 év alatt. *Orvosi hetilap*, 147(45), 2169-2173.
 22. Silver, R. M. (2010). A nem genetikai okból bekövetkező magzati elhalás kivizsgálása. *Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle*, 12(2), 76-86.
 23. Szerafin, L., & Jakó, J. (2010). Terhességi anaemiák jellemzői Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében. *Orvosi hetilap*, 151(33), 1347-1352. doi:10.1556/OH.2010.28887
 24. Szontágh, F. (1965). A terhességi endokrinológia jelentősége a szülészeti eredmények javításában. *Orvosi hetilap*, 106(44), 2065-2072.
 25. Tamrakar, S., & Chawla, C. (2012). Intrauterine foetal death and its probable causes: Two years experience in Dhulikhel Hospital - Kathmandu University Hospital. *Kathmandu University Medical Journal*, 10(4), 44-48.
 26. Vanya, M., Szili, K., Devosa, I., Bártfai, G. (2015). Magzati és anyai betegségek kockázata a 40 évesnél idősebb édesanyák esetén. *Orvosi hetilap*, 156(40), 1987-1990. doi:10.1556/650.2015.30286
 27. Zsák, É., Kovácsné, Z. T., Hegedűs, K. (2015). A perinatális veszteségek és intrauterin magzati halálozások aktuális szakmai gyakorlatának, valamint a szakemberekre gyakorolt hatásainak vizsgálata. *Orvosi hetilap*, 156(29), 1174-1178. doi:10.1556/650.2015.30199

**A MESZK ORSZÁGOS SZERVEZETE
ÉS
A MESZK SZABOLCS-SZATMÁR-BEREG MEGYEI
TERÜLETI SZERVEZETE**

2017 őszén, Nyíregyházán
rendezi meg

az

**Egészségügyi Szakdolgozók Második Alapellátási
Konferenciája**
c. pontszerző rendezvényt.

Absztrakt beküldési határidő: 2017. február 28.

A rendezvényre vonatkozó bővebb információ hamarosan a www.meszk.hu
honlapon keresztül érhető el.

Az ápoló szerepe a Guillain-Barré szindrómás betegek ellátásában

ÁDÁM Éva

Összefoglalás

A vizsgálat célja: A szakirodalmi adatok felhasználásával a Guillain-Barré szindrómában szenvedő betegek ápolási diagnózisainak felállítása és egy eljárásrend kidolgozása, mely hozzájárul ezen betegek minőségi ellátásához.

Vizsgálati módszer és minta: A vizsgálati módszer dokumentáció elemzés. 2007. július 1 és 2015. október 31. között, neurológiai osztályon kezelt GBS-ben szenvedő betegek adatait analizálom és összevetem a szakirodalomban fellelhető adatokkal. A GBS epidemiológiai, anatómiai hátterének bemutatását követően ismertetem a betegség klinikai tüneteit, azok igazolásának, a betegség diagnosztizálásának lehetőségeit, majd a kezelés és az ápolás szükséges kritériumait.

Eredmény: A Guillain-Barré-szindróma kezelése és ápolása meghatározó a gyógyulást és a rehabilitációt illetően. Az ápolás minősége meghatározó szerepet tölt be a beteg későbbi életminőségét illetően, melyet egy eljárásrendben foglaltam össze.

Kulcsszavak: GBS, minőségi betegellátás, egyénre szabott ápolás

The role of nurses in care of patients with Guillain-Barré syndrome

Éva ÁDÁM

Summary

The aim of study: development of nursing diagnoses that contribute to these patients' quality of supply, and to work out a procedure for patients with Guillot-Barré syndrome, used by datas in the literature.

Test method and sample: The test method is document analysis. I analyze and compare the literature data, between 1 July 2007 and 31 October 2015, details of handled GBS patients suffering from neurologic department. Following the presentation of GBS epidemiology, and anatomy background I present clinical symptoms of the disease, their justification, the opportunities to diagnosis, the treatment criterias, required in order to achieve quality patient care.

Results: Treatment and Care of determining the recovery and rehabilitation of Guillain-Barré syndrome is concerned. The quality of care plays a key role in the patient's quality of life regarding the future, which are summarized in a procedural order.

Keywords: GBS, quality patient care, individualized care

Beérkezett: 2016. április 5. Elfogadva: 2016. december 5.

Bevezetés

Az autoimmun betegségek közös jellemzője, hogy az immunrendszer kóros, támadó jellegű választ generál egy, a szervezetben megtalálható, alapvetően megfelelően működő struktúra ellen. A szervspecifikus, illetve a szisztémás autoimmun kórképek előfordulása napjainkban már minden tizedik embert érintenek.

A klinikai tünetegyüttes leírása két mérnökföldkőhöz köthető, Octave Landry, francia orvos és kutató által 1859-ben ismertett neurológiai állapot, amely generalizált gyengeséggel, distális parestéziával, továbbá

bá több napon át megfigyelhető jellegzetes progresszióval járt. 1916-ban Landry eredményeitől függetlenül Guillain és Barré, továbbá Strohl írta le a szindrómát, amelyben már kimutatásra került a sejt-fehérje disszociáció, valamint a Strohl által meghatározott elektrofiziológiai jellegzetességek. (Gyorsok, ZS.-Simon, G.-Vajda, M., 1998).

Napjainkban az általánosan elfogadott vélemények szerint a GBS ismeretlen eredetű megbetegedés, amelyet gyulladáshoz sejt infiltráció és a perifériás ideg myelinkárosodása hoz létre. Ritka megbetegedés, gyakorisága az össznépeségre vonatkozóan 0,6-2/100.000 lakos. Hazánkban évente 100-

ÁDÁM Éva

Részlegvezető ápoló, MHEK Ideggyógyászat, Budapest Magyarország

Levelező szerző (correspondent): ÁDÁM Éva; elérhetőség: email: adam.eva72@yahoo.com

150 megbetegedést diagnosztizálnak, amelyek jelentős hányadban felső légúti, vagy gastrointestinalis fertőzés előz meg. (Gyorsok, ZS.-Simon, G.- Vajda, M., 1998).

A 20. században a növekvő esetszámnak köszönhetően egyre nagyobb érdeklődés övezte a szindrómát, amelynek pontos diagnosztikai leírása és kritériumai meghatározásra kerültek az USA Nemzeti Neurológiai Kommunikációs Intézete által. (Afifi, 1994)

Klinikai tünetek

A kezdeti tünetek szinte minden esetben zsibbadás, gyengeség, az alsó végtagok zsibbadó fájdalma formájában jelentkeznek, amelyek a betegség különböző szubtypusaiban (**I. táblázat**) eltérőek lehetnek. Az AIDP szubtypus esetében legtöbb esetben (a vizsgált populáció közel 90%-a számolt be az ilyen jellegű tünetekről) a végtagok szimmetrikus gyengesége figyelhető meg, amely a lábokban kezdődik, majd terjed tovább. Amennyiben a gyengeség légzési nehézségeket vált ki, szükségessé válik a mesterséges lélegeztetés, ez a klinikai tapasztalatok alapján a betegek mintegy negyedét érinti.

I. táblázat: A GBS szubtypusai

Típus	Tünetek	Anti- gangliozid ellenanyag
AIDP	Szenzoros tünetek, izomgyengeség	Nem határozható meg
AMSAN	Részleges izomgyengeség	GM1a/b, GD1a
AMAN	Akut izomgyengeség szenzoros tünetekkel	GM1. GD1a
MFS	Ataxia, reflexhiány	GQ1b, GT1a

A légzés elégtelensége gyakoribb azokban az esetekben, amikor a tünetek gyorsan progresszív jelleget öltenek, tehát a felső végtagok gyengesége mellett vegetatív diszfunkció és/vagy bulbáris bénulás lép fel. A gyengeség jellemzően a betegség második hetében éri el tetőfokát, majd változó intenzitású és időtartamú platót követően gyógyul, vagy maradványtünetek mentén stabilizálódik. Elsősorban a ritkább szubtypusok esetében figyelhető meg a kraniális neuropátia hatására kialakuló, az arc, a száj, a garat, a szemmozgató izomzatot érintő bulbáris bénulás. Az esetenként szenzoros tünetekkel járó paraesthesia a lábokban és a kezekben egyaránt tapasztal-

Rövidítések jegyzéke

GBS:	Guillain-Barré szindróma
AIDP:	akut gyulladásos demyelinisációs poliradiculoneuropathia
MFS:	Miller-Fisher szindróma
AMAN:	akut motoros axonális neuropathia
AMSAN:	akut motoros-szenzoros axonális neuropathia
CMV:	Cytomagalovírus
EBV:	Ebstein-Barr vírus
ENG:	elektoneurofiziológia
IVIG:	intravénás immunglobulin

ható, a vegetatív tünetek, mint az aritmia, ortosztázis, vérnyomás ingadozás, vizeletretenció és a bélmozgáslassulás előfordulása a betegek 75%-ánál tapasztalható. A GBS betegség főképp görcsök formájában jelentkező komoly fájdalmat okoz, amelynek csillapítása a neuropátiás jellegből adódóan meg lehetően nehéz.

Összefoglalva, a GBS-ben a klinikai tünetek a kiváltó októl függően jelentkeznek, ugyanakkor a jellegzetes izomgyengeség, areflexia és az érzékelés fokozatosan kiala-

kuló gyengülése gyakorta diagnosztizálható.

Patofiziológia

A klasszikus GBS (AIDP) patológiai jellemzője a perifériás ideg multifokális gyulladásos demyelinisatiója. Szövettanilag makrofág közvetítette demyelinizáció látható a perifériás idegben, melyet Schwann sejtek proliferációja, remyelinizáció követ. Komplement és immunkomplex lerakódás mutatható ki a károsodott myelinben. A károsodás a perifériás ideg bármelyik szakaszán kialakulhat, de leggyakoribb a ventrális gyökökben, a spinális ideg proximális részén

és az alsó agyidegekben. A demyelinizáció elsősorban a Ranvier-féle befűződéseknél alakul ki. Hisztopatológiailag intenzív T-sejtes infiltráció dominál az AIDP-ben. Ez a fajta lymphocitás beszűrődés ritka, vagy hiányzik AMAN, illetve AMSAN szubtípus esetében.

A betegséget molekuláris mimikri modellel magyarázzák. Leegyszerűsítve, az infekatív ágens antigénje, pl. *Campylobacter jejuni* lipooligoszacharid ellen kialakuló antitestek és aktiválódó T sejtek keresztreagálnak a perifériás ideg komponenseivel, pl. gangliozidjaival, vagy proteinjeivel és autoimmun gyulladást generálnak. Molekuláris mimikrire utalhat, hogy a GBS eseteket szerológiailag bizonyított CMV (8-13%), EBV (2-10%), *Mycoplasma pneumoniae* (5%), *Haemophilus influenzae* (2-13) infekció előzheti meg.

A diagnózis felállítása

A diagnózis felállítása során kiindulási pontnak tekinthető a heves hátfájás, a végtagok neuropátiás (dysaesthesias) fájdalma, amely a betegek 90%-ánál jelentkezik, de a fájdalom erőssége nem minden esetben utal rossz prognózisra. A diagnózis felállításának elengedhetetlen feltételei az alábbiak.

Több mint egy végtagot érintő progresszív parézis, amelynek mértéke változó lehet, érintheti a törzs-, bulbáris-, facialis-, és külső szemizmokat is.

Areflexia, amely rendszerint testszerte tapasztalható. A parézis általában 3-4 nappal megelőzi az areflexia kialakulását.

A klinikai tünetek jelenléte esetén indokolt a diagnosztikus kritériumok megállapítása, amelyek közül az első a liquor eltérések vizsgálata. A fizikális tünetek jelentkezését követően az első héten normál sejtszám mellett emelkedett liquor összfehérje (sejt-fehérje disszociáció) tapasztalható.

Az elektroneurográfiai (ENG) vizsgálatok során feltárt eltérések alkalmasak arra, hogy alátámasszák a diagnózist. A megnyúlt disztális motoros latenciák, az idegvezetési sebesség lassulása, a részleges, vagy teljes vezetési blokk, temporális diszperzió, a megnyúlt, vagy ki nem váltható F hullám latencia egyaránt a GBS diagnózisát támasztják alá. (Komoly S., 2004)

Kezelés

Walling-Dickson (2013) szerint a legtöbb GBS beteg gyógyulása spontán következik be, ugyanakkor mivel a szindróma lefolyása nem jósolható meg előre, súlyos esetben rokkantsághoz, halálhoz is vezethet, minden esetben szükséges a beteg kórházi kezelése, ahol multidiszciplináris szupportív ellátás mellett betegségmódosító terápia alkalmazása szükséges. A szupportív ellátás esetében a vénás trombólisok kialakulásának csökkentésére a konszenzusos irányelvek szubkután antikoaguláció, illetve kompressziós harisnya alkalmazását javasolják. A beteg általános fizikai állapotát illetően kiemelt jelentőségű a vegetatív zavarok figyelemmel kísérése, a vérnyomásingadozás, a pulzusszám, a légzés, továbbá a vizelet- és székletürítési diszfunkciók.

A GBS-ben gyorsan kialakulhat légzési elégtelenség, amely mesterséges lélegeztetést tesz szükségessé, amelyre azonban jól megfigyelhető előjelek utalnak a betegség lefolyása alatt. Ilyenek a bulbáris tünetek, a fejemelés, vagy karhajlítás képtelensége, gyenge köhögés, illetve a vitálkapacitás drasztikus csökkenése. A GBS betegek gyakran súlyos neuropátiás fájdalomtól szenvednek, enyhítésére szteroid és fájdalomcsillapítók adása javasolt (gabapentin, carbamazepin).

A plazmaferezis (plazmacsere) a keringő immunkomplexek eltávolításán keresztül enyhíti a betegség lefolyását. Enyhe esetben két alkalommal, súlyos esetben öt alkalommal szükséges két hét alatt. Hatékonyabb, ha a tünetek kezdete után egy héten belül megkezdik a plazmaferezist. Egy-egy alkalommal 200-250 ml/testsúlykg plazmavolumen cseréje javasolt.

Komoly (2014) az intravénás immunglobulin kezelést 2g/kg adagban öt napra elosztva tartotta célravezetőnek a betegségmódosító kezelések közül. Érdemi javulás az immunglobulin kezelés megkezdését követő napon volt tapasztalható.

Ápolás

A GBS betegek ápolása során lényeges, hogy érvényesüljön az ellátás holisztikus szemlélete, mivel ebből kiindulva valósítha-

tó meg leginkább a beteg önellátó-képességének helyreállítása. A megfigyelés, valamint a szükségletfelmérés alapján felállított egyénre szóló ápolás fontos részét képezi a gyógyítási tervnek és beépül a betegellátás folyamatába, melynek elengedhetetlen feltétele a multidiszciplináris szakmai együttműködés.

Az azonnali életmentő beavatkozások mellett alapvetően fontos a károsodott funkciók (pl. mozgás, légzés, látás, beszéd stb.) helyreállítása és a későbbi szövődmények megelőzésére irányuló tevékenység minél korábbi megkezdése. A kórházi ágyon elkezdődő korai rehabilitáció azért is fontos, mert nem csak a beteget, hanem a családtagokat is felkészíti a beteg hazakerülését követően a szükséges teendőkre. Az akut ellátás szakasza a későbbi rehabilitációs lehetőségeket is meghatározza. Jelentős feladat hárul a gyógytornászra a „helyes fektetés”, fordulás, hidalás, felülés, ülés, állás, az álló helyzetben végzett testsúlyáthelyezés, később a törzsirányítási képesség visszanyerésének elősegítése, valamint a segédeszközökkel (bot, járókeret stb.) végzett járógyakorlatok megtanításában és szükség esetén légzőtorna alkalmazásában. A gyógymasszázs különböző formáit (pl. svédmasszázs, szegmentmasszázs, talpmasszázs, kontrakturák kimoztatása, ízületek passzív kimoztatása, stb.) a gyógymasszőr alkalmazza. A beszédzavarok (afázia, dysarthria, dysphonia, stb.) kezelése a logopédus feladata. A rehabilitációs osztályon egyénre szabott tervet készítenek, melynek fontos eleme a beteg terhelhetősége. A rehabilitációt hátráltató tényezők lehetnek és nagyban befolyásolják a várható eredményeket az egymásra épülő tünetek, úgymint fekélyek, deformitások, kontrakturák, valamint az alacsony fizikai és szellemi terhelhetőség és a kimerülő rezerv kapacitások (a beteg belefárad a betegségébe). Itt a neuropszichológusnak nagy szerepe van.

A kutatás célja

Önálló, gyakorlati kutatásom célja a GBS-ben szenvedő betegek ápolási diagnózisának felállítása, egy gyakorlatban is alkalmazható eljárásrend, ápolási algoritmus kidolgozása,

amelynek segítségével az ápoló tevékenységének színvonala és hatékonysága növelhető, az ápolás minősége javítható.

A vizsgálatokat követően a szakirodalom feldolgozása során szerzett elméleti ismeretek, továbbá a gyakorlati tapasztalatok felhasználásával kidolgozom az ápolási eljárásrendet. Segítségével a GBS-es betegek gyógyulása és rehabilitációja elősegíthető, a minőségi ápolás folyamata megvalósítható

A kutatás módszertana

A gyakorlati kutatás első szakaszában 2007. július 1 és 2015. október 31. között, neurológiai osztályon kezelt GBS-ben szenvedő betegek adatait analizálom. A vizsgálat során összefüggéseket keresek a betegség tüneteinek, a betegek neme, kora, illetve a kialakuló maradványtünetek között. A statisztikai elemzés megvalósításához Microsoft® Excel táblázatkezelő, továbbá IBM® SPSS® 22.0 statisztikai analízáló szoftvert használok. A statisztikai próbák eredményei segítségével a változók közötti kapcsolatokat vizsgálom.

Kutatásom jellege empirikus, melynek következménye, hogy leginkább a sztochasztikus kapcsolatok jellemzik azt. Ennek megfelelően az alábbi vizsgálati módszereket alkalmaztam: gyakoriság-eloszlás, kereszt-tábla-elemzés, variancia-analízis, korreláció.

Eredmények

A vizsgált intervallumban az osztályon harminchat beteget kezelték GBS-sel, amely adatok - figyelembe véve az ellátási terület populációjának nagyságát - a betegség incidenciáját illetően alátámasztják a szakirodalom feldolgozása során tapasztaltakat és jelzik, hogy a GBS előfordulási aránya alacsony. A szakirodalom ismertetése során megállapítást nyert, hogy a GBS életkortól és nemtől függetlenül kialakulhat, ugyanakkor a férfiak, és az idősebb, ötven év feletti korosztályok körében előfordulása gyakoribb.

Az általam elemzett minta esetében is megállapíthatóak a szakirodalomban fellelhető életkori és nemi sajátosságok. A vizsgálat elvégzésére gyakoriság-függvényt hasz-

II. táblázat: A fertőzések előfordulásának gyakorisága

		Gyakoriság	Százalék	Kumulált százalék
Érték	Nincs	11	30,6	30,6
	Gastrointestinalis	8	22,2	52,8
	Felsőlégtúti	9	25,0	77,8
	Herpes	2	5,6	83,3
	Egyéb	3	8,3	91,7
	Vakcinatio	3	8,3	100,0
	Összesen	36	100,0	

Forrás: saját kutatás, SPSS 22.0.

III. táblázat: A liquor pozitivitás eredményei

		Gyakoriság	Százalék	Kumulált százalék
Érték	Sejt-fehérje disszociáció	23	63,9	63,9
	Nincs eltérés	9	25,0	88,9
	Nincs információ	4	11,1	100,0
	Összesen	36	100,0	

Forrás: saját kutatás, SPSS 22.0.

nálok. A nemek esetében a rendelkezésre álló 36 dokumentáció adatai szerint 21 férfi (58,1%), illetve 15 nő (41,7%) volt az arány, amely megfelel a szakirodalom során tárgyalt értékeknek.

Az életkori sajátosságokat tekintve, az általam vizsgált populációban az 55 év felettek között szignifikánsan magasabb a betegség előfordulási aránya.

A következő lépésben a betegséget megelőző fertőzések gyakoriságának vizsgálatát végeztem el, melyek az alábbiak szerint alakultak.

A betegek közel 70%-a a GBS kialakulását megelőzően valamilyen fertőző betegségben szenvedett, legtöbbször felső légúti (9 fő, 25%), illetve gastrointestinalis (8 fő, 22,2 %) tüneteiről panaszkodtak. (II. táblázat)

Az infectio és a neurológiai tünetek között eltelt idő vizsgálata során megállapítást nyert, hogy tizennégy esetben (38,9%) kevesebb, mint 14 nap telt el a fertőzés és a tünetek jelentkezése között, tizenkét esetben (33,3%) két héten túl jelentkeztek a neurológiai tünetek, továbbá tíz alkalommal (27,8%) nem állt rendelkezésre információ az eltelt idő megállapításához. Ennek ellenére a kórokozók kimutathatóságának vizsgálata során arra derült fény, hogy mindössze három esetben (8,3%) sikerült kimutatni a be-

tegek szervezetében a kórokozót, harminckét esetben (88,9%) ez nem volt lehetséges, egy esetben (2,8%) pedig nem áll rendelkezésre információ a kérdésre vonatkozóan.

A betegeken elvégzett lumbálpunkció eredményeit a III. táblázat tartalmazza, melynek értékei jelzik, hogy a betegek jelentős hányadánál, 63,9%, megfigyelhető volt az agyi-gerincvelő folyadék eltérése, a sejt-fehérje disszociáció. Kilenc esetben (25%) ez nem volt megfigyelhető, illetve négy esetben (11,1%) nem állt rendelkezésre információ.

A tünetek megjelenése, és a kezelés megkezdése között eltelt idő vizsgálata során megállapítható, hogy a betegek több mint fele, huszonegy fő, 58,3%, egy héten belül a diagnózisnak megfelelő kezelésben részesült.

A betegek egynegyedének, kilenc fő, kezelése a tünetek jelentkezését követő két héten belül megkezdődött, egy fő (2,8%) esetében két hétnél hosszabb intervallum volt tapasztalható, illetve öt fő (13,9%) esetében nem állt rendelkezésre információ.

Huszonhat beteg részesült plazmaferézisben a kezelések során, tíz beteg pedig nem. Nyolc esetben (22,2%) volt szükség immunglobulin terápia alkalmazására, míg huszonnyolc esetben (77,8%) nem került sor a kezelésre.

A légzőizmok érintettségének vizsgálata

IV. táblázat: A szövődmények kialakulása

		Gyakoriság	Százalék	Kumulált százalék
Érték	Pneumónia	1	2,8	2,8
	Thromophlebitis	1	2,8	5,6
	Decubitus	3	8,3	13,9
	Egyéb	5	13,9	27,8
	Nem volt	26	72,2	100,0
	Összesen	36	100,0	

Forrás: saját kutatás, SPSS 22.0.

során megállapítást nyert, hogy a kezelés során mindössze 3 beteg (8,3%) szorult mesterséges lélegeztetésre, 33 esetben (91,7%) a beteg állapota nem indokolta. Vegetatív zavar 5 esetben (13,9%) volt tapasztalható, míg 31 beteg (86,1%) esetében nem jelentkezett.

Az EMG vizsgálatok eredményei jelzik, hogy a leggyakrabban a myelin károsodása volt tapasztalható (38,9% esetében állapítható meg). 16,7% esetében az axon károsodása, 19,4% esetében pedig az axon és a myelin együttes károsodása jelentkezett. Egyetlen beteg (2,8%) esetében nem mutat eltérést, illetve 8 esetben (22,2%) nincs eltérésre vonatkozó információ.

A betegség szubtypusai a következők szerint oszlottak meg. 21 beteg (58,3%) esetében volt megfigyelhető az AIDP szubtypus, amely a szakirodalom szerint is a GBS leggyakrabban előforduló megjelenési formája. A Miller-Fisher szindróma 5 esetben fordult elő (13,9%) míg az AMAN és a CIDP tünete 4-4 esetben jelentkeztek (11,1%). Két beteg esetében diagnosztizáltak AMSAN szubtypust, ez a teljes minta 5,6%-a.

A vezető tünetek megoszlása kiemelten fontos ismeret, lényeges a kezelés és a rehabilitáció meghatározása szempontjából. A legtöbb esetben, 20 betegnél (55,6%) tetraparesis a vezető tünet, tehát a betegek több mint felénél mind a négy végtag enyhe bénulása, vagy gyengesége volt tapasztalható. További 10 esetben (27,8%) az alsó végtagi paresis volt, 2 esetben (5,6%) pedig a felső végtagok bénulása volt a vezető tünet. Összeségében a betegek 89%-a esetében volt paresis a vezető tünet. 3 esetben (8,3%) a kettőslátás volt a meghatározó, illetve 1 esetben (2,8%) az arcfél zsibbadás dominált.

A szakirodalom alapján a GBS gyakorta erős, jellemzően a hát, a nyak, illetve a végtagok zsibbadásos, szűrő jellegű fájdalomával

jár. Az általam vizsgált betegeknél 16 esetben (44,4%) volt tapasztalható a szakirodalom által leírt zsibbadásos, szűrő fájdalom, illetve 4 esetben (11,1%) spontán fájdalmat jeleztek a betegek. 16 esetben (44,4%) a betegek nem panaszkodtak komoly fájdalomra.

A GBS-ben komoly veszélyt jelentenek a szövődmények, maradványbetegségek, amelyek a gyógyulást követően meghatározóak a betegek életminőségét illetően.

A IV. táblázatban a megjelent szövődmények eloszlását mutatom be, melyek alátámasztják a szakirodalom megállapításait. Megfigyelhető, hogy a kórházi kezelésben részesült betegek közel háromnegyedénél (72,2%) nem alakult ki szövődmény, maradványbetegség a gyógyulást követően. 1-1 esetben (2,8-2,8%) volt megfigyelhető pneumónia, illetve thromophlebitis, 3 esetben (8,3%) decubitus, 5 esetben (13,9%) egyéb szövődmény jelentkezett a betegeknél. A kezelést követő – a páciens állapota alapján meghatározott – betegelhelyezéseket vizsgálva azt tapasztaltam, hogy a további orvosi ellátás, illetve ápolás gyakran szükséges. A további kezelés történhet neuroinfektológián, rehabilitációs osztályon, illetve amennyiben a beteg állapota azt lehetővé teszi, saját otthonában. A vizsgált minta esetében a legtöbb beteg további kezelése rehabilitációs osztályon, 14 esetben (38,9%) míg 13 esetben (36,1%) neuroinfektologia osztályon zajlott. Mindössze 9 esetben (25%) nyílt arra lehetőség, hogy a betegeket a szindróma kezelését követően otthonukban ápolják.

A rehabilitáció szerepe a GBS-es betegek esetében meghatározó, a szövődmények hatására gyakorta fogyatékos, rokkantság, illetve pszichés problémák is kialakulhatnak.

Ennek megfelelően a teljes gyógyulás érdekében a rehabilitáció, illetve a betegséget követő ápolás minősége meghatározó.

V. táblázat: A légzési elégtelenség és a vezető tünetek közötti összefüggés

Khi-négyzet próba

	Value	Különbség	Eredmények
Pearson Khi-négyzet	5,891	4	,207
Valószínűség-arány	4,876	4	,300
Cramer' s V	,405		,207

Forrás: saját kutatás, SPSS 22.0.

Az akut ellátás során 24-en (66,7%) egyéni gyógytornában részesültek, 5-en (13,9%) fizioterápiás kezelést kaptak, 7-nél (19,4%) pedig nem volt ezzel kapcsolatos adat.

Az általános gyengeség vizsgálata során 25 beteg (69,4%) a fájdalom mellett gyengeséget érzett, 11 esetben (31,6%) a kísérő tünet nem volt tapasztalható. Az általános gyengeség tehát meghatározó tünetként aposztrofálható az általam vizsgált populációban, ellentétben a nyelési nehézségekkel, amely csak a betegek 5,6%-ánál okozott komoly problémát. 2 beteg volt, aki nyelési képtelenségben szenvedett, további 6 beteg (16,7%) jelezte, hogy nehézséget okoz számára a nyelés, ugyanakkor 28 beteg (77,6%), a döntő többség esetében ezek a tünetek nem jelentkeztek.

A decubitus kialakulása sem nevezhető meghatározónak a vizsgált betegek körében, kockázata a betegek több mint fele (52,2%) esetében csekély, 8 esetben (22,2%) alacsony, illetve 9 esetben (25%) magas. A vizsgált csoportból 2 esetben alakult ki felfekvés.

A kutatás eredményeinek ismertetése során a következő szakaszban a kutatási kérdések megválaszolása, illetve az ápolási diagnózisok felállítása érdekében releváns összefüggéseket vizsgálom statisztikai függvények alkalmazásával.

A nominális változók közötti összefüggéseket Cramer's V-szám, illetve a Khi²-próba alkalmazásával végzem el. Az alacsony eset-szám (minta) miatt a szignifikancia szintjét 0,01 értékben határozom meg, azaz $p < 0,01$ esetben tekintem kifejezettnek a változók közötti kapcsolatot.

Elsőként a légzési elégtelenség és a paresis között megfigyelhető összefüggéseket vizsgálom. Az eredményeket az **V. táblázat** értékei jelenítik meg. A keresztábra értékek alapján megfigyelhető, hogy mindössze három esetben volt szükség mesterséges lélegeztetésre abban az esetben, ha a vezető tü-

netek között szerepelt a paresis, két esetben tetraparesis, egy esetben pedig a felső végtag bénulásszerű tünetei mellett kellett lélegeztetni a beteget.

Az V. táblázat értékei szerint nem figyelhető meg szignifikáns összefüggés a légzési elégtelenség, illetve a vezető tünetek között ismertett paresis között, a két tényező közötti kapcsolat a Cramer' V szám értéke alapján gyengének nevezhető. A következő lépés során az akut kezelés és a maradványtünetek közötti kapcsolat mértékét vizsgáltam, mely értékei szerint a plazmaferesis és IVIG kezelésben részesült betegeknél nem volt számottevő a szövődmények mértéke.

Az eredmények azt jelzik, hogy a plazmaferesis, illetve az immunglobulin kezelés jelentős mértékben csökkenti a szövődmények kialakulásának esélyeit, amelyeket szintén alátámaszt az a tény, hogy a kezelésben nem részesült betegek esetében magasabb arányban fordultak elő a szövődmények. Az immunglobulin terápiában részesülők körében az értékek nem pontosan értelmezhetőek, azonban a plazmaferesis esetében a Cramer's V értéke 0,79, amely szoros kapcsolatra utal a két változó között. A szignifikancia szintje ebben az esetben jelentősnek nevezhető, tehát megállapítható, hogy a plazmaferesis kezelésben részesült betegek esetében lényegesen kisebb a maradványbetegségek kialakulásának aránya.

A megállapítás megerősítése érdekében elvégeztem a két tényező korrelációs számítását is, amely szerint annak értéke 0,054, tehát a két változó nem független egymástól.

A dokumentációelemzés eredményeképpen megállapítom, hogy a vizsgált populációra vonatkozóan az általam felállított ápolási diagnózisok helyessége igazolódott. A GBS betegek körében reális veszélyt jelent a légzési nehézség, elégtelenség kialakulásának kockázata, amely az ascendáló paresis következménye. A tartós fájdalom megviseli a betegeket,

lehetetlenné teszi a pihenést számukra, amelyek következtében türelmetlenné válnak, nehezen viselik a kezeléseket, illetve az ápolási folyamatok során megvalósítandó mozgásterápiát. Az autonóm diszfunkció következtében a keringési rendszer megfelelő működése is veszélybe kerülhet, amely momentum szintén meghatározó lesz az ápolás során.

A zsibbadás, az izomgyengeség, a paresis következtében járásbizonytalanság, esetleg képtelenség következhet be, amelynek következtében fennáll az immobilitás szindróma kialakulásának veszélye. Az autonómia részleges, vagy teljes elvesztése a motoros rendszer károsodásán túl pszichés kockázatokat rejt magában. A nyelészavar következtében problémát okozhat a megfelelő energiaszükséglet biztosítása, valamint a folyadék és az elektrolit háztartás egyensúlyának fenntartása, melyek szintén meghatározzák a beteg életminőségét. Fenti eredmények, továbbá a szakirodalom megállapításainak felhasználásával elkészíttem a GBS betegek ápolási eljárásrendjét, amely reményeim szerint a gyakorlati munka megvalósításában is segítséget jelent, hozzájárul a minőségi és hatékony ápolás megvalósításához.

Összegzés

Kutatásom témája a GBS bemutatása, az ápolási tevékenység eljárásrendjének kidolgozása volt. A szindróma egy relatíve ritka betegség, incidenciája mindössze 2/100.000 lakos átlagosan. Gyakran spontán gyógyul, ám az alkalmazott kezelések és az ápolás elősegítheti a betegek gyógyulását, felgyorsíthatja annak folyamatát, továbbá csök-

kenti a maradványtünetek és szövődmények kialakulásának esélyét.

Munkám első szakaszában a GBS felismerésének és diagnosztizálásának történetét ismertettem, majd a betegség epidemiológiai és anatómiai jellegzetességeinek bemutatása következett. A klinikai tünetek ismertetése során fény derült arra, hogy a betegség különböző szubtypusai milyen tüneteket produkálnak, illetve milyen előzmény anamnézisek jellemzik a szindrómát. A patofiziológiai ismertetést követően a betegség diagnosztikai kritériumait vizsgáltam, amelynek során megállapítást nyert, hogy legtöbb esetben a liquor laboratóriumi eredményei és az elektrofiziológiai lelet alapján lehet egyértelmű diagnózist felállítani a GBS jelenlétét illetően.

Az alkalmazott kezelések bemutatása során kitértem a plazmaferesis és az immunoglobulin kezelés hatásaira, a betegség tüneti kezelésére, majd az ápolás és a korai rehabilitáció fő motívumai kerültek bemutatásra. A szakirodalmi áttekintés során szerzett elméleti ismeretek birtokában önálló gyakorlati kutatást folytattam, amelynek célja a szakirodalom megállapításainak gyakorlatba történő átültetése, továbbá a GBS során alkalmazandó ápolási eljárásrend kialakítása volt.

Az ápolás fontosabb szempontjainak (1. számú melléklet) kiemelése során a GBS jellegzetes tüneteinek kezelését, illetve a hozzájuk kapcsolódó ápolási tevékenységeket és folyamatokat értékeltem, hangsúlyozva az ápolás minőségi betegellátásban betöltött szerepét és jelentőségét.

Reményeim szerint munkámmal hozzájárulhatok a GBS betegek ápoló szakmai tevékenységek javuló eredményességéhez, azaz a minőségi betegellátás színvonalának emeléséhez.

Guillain-Barré szindrómás betegek ápolásának legfontosabb szempontjai

Az ápolás során arra kell törekedni, hogy a beteg mielőbb visszanyerje azon képességeit, amelyek lehetővé teszik autonómiájának visszaszerzését, az önálló életvitel megvalósítását.

Normális légzés: a GBS betegek esetében az ascendáló bénulás következtében a légzőizmok gyengesége, bénulása is bekövetkezhet ami légzési nehézséget, akár elégtelenséget okozhat. Fel kell ismer-

ni a bevezető tüneteket hangsínváltozást, a köhögés gyengülését, a fej és felső végtagok megemeléseinek nehézségét. Célszerű a beteget subintenzív részlegen elhelyezni, oxigénszaturációját, légzésszámát monitorozni, ezzel kiegészül az ápoló megfigyelő tevékenysége és a légzés körös elváltozásai időben észlelhetővé válnak. A betegség következtében kialakuló immobilitás miatt csökken a légzésszám, a mellkasi kiterés, amely hiposztatikus pneumoniához, atelectáziához vezethet. A légzőizmok helyes működése nem csupán az akut kezelés alatt kiemelt jelentőségű, de a maradványtünetek, szövődmények kialakulásának megelőzésében is meghatározónak nevezhető. A beteg állapotának stabilizálódását követően a kezelőorvossal egyeztetve, gyógytornász irányításával naponta kétszer 20 perces légzőtorna végzése szükséges. Ezzel lehetővé válik a légzőizmok erősítése, zsugorodásának elkerülése, atelectázia megelőzése.

További problémák forrása lehet a nyelészavar okozta aspiráció, amely lehetőségének csökkentése szintén fontos feladat. Megelőzése érdekében szükséges, hogy az ápolók észleljék azt, illetőleg az étkezéseket megelőzően végeztesenek próbanyelést a beteggel, majd köhögtessek meg azt követően.

Keringési rendszer: a folyamatos betegmegfigyelés kiterjed a keringési paraméterek monitorozására is, mivel életveszélyes ritmuszavarok léphetnek fel, hypotónia kialakulásának veszélye áll fenn. Az immobilitás következtében trombotikus szövődmény kialakulása lehetséges. A megelőzése érdekében szükséges a megfelelő fektetés, pozicionálás, a korai mobilitáció megkezdése. Gyógytornász bevonásával, passzív mozgatással, az alsó végtagok kompressziós kezelésével (rugalmas harisnya, pólya) elősegíthetjük a keringési rendszer aktivitásának megfelelő mértékét. Kezelőorvos kezdeményezésére megfelelő dózisban naponta kis molekulasúlyú heparin adagolása szükséges. A beteg és a hozzátartozó oktatása a megelőzés szükségességéről és fontosságáról, a rugalmas pólya felhelyezésének módjáról.

Fájdalom: A GBS betegek nagy részé-

nél neuropátiás fájdalom tapasztalható, amely nehezen csillapítható. Az ápoló feladata az anamnézis felvétel során, hogy észrevegye az ún. „fájdalommagatartást”, kérdezzen rá a fájdalomra, hiszen nem minden beteg szeret panaszkodni.

Az optimális fájdalomcsillapítás koordinálásához elengedhetetlen az ápoló felkészültsége, hogy megfelelő ismeretekkel rendelkezzen a fájdalom felmérésének módjáról, valamint a fájdalomcsillapítás lehetőségeiről. Ezen tevékenység során a kezelőorvos és az ápoló összehangolt munkájára van szükség a hatékony kezelés érdekében. Az ápoló megfigyelő tevékenysége elengedhetetlen, hiszen ő tölt több időt a beteggel és a napi ápolási tevékenység során észleli a beteg állapotában történő változásokat, amelyet folyamatosan dokumentál és szóban is jelez a beteg kezelőorvosa felé. Önálló tevékenységként jelenik meg a beteg nyugalombahelyezése, a kényelmes, fájdalmat csillapító testhelyzet biztosítása. Továbbá a közreműködés a kezelőorvossal gyógyszeres fájdalomcsillapításban, a gyógyszerek hatásainak és mellékhatásainak megfigyelésében, regisztrálásában.

Tápanyag- és folyadékbevitel: A betegség következtében kialakulhat rágási, nyelési nehézség, akár képtelenség, amely nehézségeket okoz a táplálkozásban, folyadékbevitelben. Szintén problémát okoz a felső végtagok gyengesége, fájdalma, esetleg bénulása. A betegség során az immobilitás hatására a gyomor és a bélrendszer működése lelassul, az étvágy csökken, a fehérje anyagcserefolyamatok átalakulnak. A nyelészavar, súlyosabb esetben nyelési képtelenség esetén orvosi döntés alapján elsősorban enteriális nasogastricus szonda, szükség esetén parenterális táplálás bevezetése válhat szükségessé.

A nyelészavarral vagy képtelenséggel küzdő betegek esetében, kezelőorvossal konzultálva, dietetikus bevonásával célszerű egyénreszabott táplálási tervet készíteni a malnutrició elkerülése érdekében. Az ápoló feladata, hogy felmérje a beteg táplálkozási szokásait, megfigyelje az étkezéssel kapcsolatos problémákat,

gondoskodjon a számára előírt tápanyagok, folyadékszükséglet biztosításáról. Étkezéseknél állapotának függvényében helyezze el a beteget megfelelő testhelyzetbe, biztosítson számára kulturált feltételt és a szükséges mértékben segítse a beteget az étkezésben, lehetőség esetén tanítsa a saját kéz használatára. A napi folyadékbevitelről vezessen folyadéknapot és amennyiben a beteg nem tud megfelelő mennyiséget szájon át elfogyasztani jelezze a kezelőorvosának. A kezelőorvos utasítása alapján szükségessé válhat a parenterális folyadék és elektrolit pótlás. Ebben az esetben pontosan dokumentálni kell a bevitt és az ürített folyadék mennyiségét.

Ürítési funkciók: A vizeletkiválasztó rendszerben végbemenő változások, amelyek a betegség és az immobilitás hatására következnek be, növelik a vesék vérátáramlását, ezzel párhuzamosan a kalcium egy része a csontokból a szűrletbe kerül. Vizelet pangás valószínűsíthető, amelyek negatív hatásai enyhíthetők a beteg hidratálásával. Retenció kialakulása esetén, vagy ha a beteg nem képes önállóan kielégíteni az ürítési szükségleteit, ápolási beavatkozás szükséges.

Az ápolás része a hólyagkatéterrel kapcsolatos általános teendők ellátása. Az ápolás célkitűzése a vizeleti inger időbeni észlelése, a hólyagkatéter mielőbbi megszüntetése az urogenitális infekciók megelőzése, a bőr épségének megtartása. Teendők: a beteg számára jelezzük, hogy fordítson figyelmet a vizeleti inger megjelenésének jelzésére. Az állandó katétert 10 naponta, a zsákot naponta kell cserélni.

A széketürítés nyomon követése mellett figyelni kell a tartósan ágyban fekvő beteg széketlazítására, egy rendszeresség kialakítására és fenntartására. Figyelni kell a beteg ilyen irányú jelzéseit, biztosítani kell számára a legoptimálisabb körülményeket (ágytál, szoba WC). Hangsúlyt kell fektetni a beteg intimitására, valamint a higiénés szabályokra.

Decubitus prevenció: A GBS betegek több tényező következtében is veszélyeztetettek. A csökkent mobilitás vagy immobilitás, az érzéskiesés, az idegsérü-

lés, esetenként pedig az idős kor. Ezért különös hangsúlyt kell fektetni a prevencióra, minden beteg számára egyénre szóló prevencióstervet kell készíteni. Az önálló mozgásra képtelen betegnél a testhelyzetet forgatási terv alapján két óránként változtatni kell, változó nyomású matrac, valamint egyéb kényelmi eszközök alkalmazása szükséges. A bőr higiéné- és állapot folyamatos optimalizálásával csökkenthető a decubitus kockázata.

Az önálló testhelyzetváltoztatásra képes beteget 15 percenkénti testhelyzet változtatásra ösztönözzük, amely a nyomási fekély megelőzésén túl, az önállóság kialakításában is szerepet játszik.

Az akut kezelés során végzett ápolási tevékenység részét képezi a betegek, illetve hozzátartozóik oktatása, amelynek során a decubitusmegelőző lehetőségeket ismereti az ápoló.

Mozgásszükséglet kielégítése: a decubitus kialakulásának veszélye mellett a betegek autonómiája szempontjából a mozgás is kiemelt jelentőségű. Ennek okán a beteg állapotának stabilizálását követően azonnal meg kell kezdeni a légzőtornát, vénás keringést segítő tornát, az ízületek passzív átmozgatását. Mivel jellemzően petyhüdt parézisről beszélhetünk a GBS betegek esetében, az izomsorvadás nagyon gyorsan kialakulhat. A kezdetben passzív, majd aktív mozgásgyakorlatok minden esetben az ízületvédelmi szabályok betartásával végzendők, lehetőleg gyógytornász bevonásával.

A mobilizálás során nagyon fontos a fokozatosság elveinek betartása, továbbá az óvatosság, különösen idősebb betegek esetében. Fizikai és pszichés értelemben egyaránt fontos, hogy időt hagyjunk a betegnek arra, hogy gyakorlatilag újratanulja a mindennapi élet során használatos mozgulatsorokat, tevékenységeket, a gyorsan fáradó atrófiás izomzat erőtletése nem segíti elő a gyógyulást. Amennyiben a beteg fáradékonyságra panaszkodik, a terhelés átmenetileg csökkenthető, a pihenésre szánt időt pedig növelni kell. A beteget fel kell készíteni arra, hogy adott esetben több hónapig tartó mozgásterápia is szükségessé válhat a teljes gyógyulás érdekében.

Előfordul, hogy állapotuk hetekig, hónapokig stagnál, de el kell fogadtatnunk velük, hogy a testi-lelki erőnlét fenntartása-javítása akkor is kiemelten fontos, amikor aktuálisan nem érzik a gyógyulást.

Lumbálpukció: az orvos-ápoló szakmai együttműködésének fontos momentum, a diagnózis felállításához elengedhetetlen beavatkozás. Fontos lépés a beteg pszichés felkészítése, kompetencián belüli tájékoztatása. Az ápoló feladata, a helyi eljárásrendben szabályozottan a beteg, a környezet és az eszközök előkészítése, az orvos segítése a beavatkozás kivitelezésében, a beteg megfigyelése a beavatkozás alatt és után. Végül dokumentálni kell a beavatkozás tényét, valamint a betegmegfigyelés adatait.

A terápiás beavatkozások: Az intavénás immunglobulin terápia (IVIG) során a kezelőorvos által meghatározott adagban és sebességgel infúzió formájában juttatunk ellenanyagokat, fehérjéket a szervezetbe. A kezelést az orvos felügyelete mellett a vitális paraméterek ellenőrzésével kezdjük és nyomon követjük a kezelés alatt. A kezelés időtartama a beteg toleranciájának megfelelően 5-6 óra. A beteget fel kell készíteni a tartós infúziós kezelésre, biztosítani kell számára a kényelmes testhelyeztet, a kar pozicionálását és a kezelés alatt gondoskodni kell szükségleteinek kielégítéséről. Fontos, hogy a beteg elfogadja a kezelést, hiszen 4-5 napon keresztül ismétlni kell.

Pszichés vezetés: a betegség akut kezelési szakasza során leginkább az autonómia elvesztése okozhat súlyos pszichés problémát, a későbbiek során pedig a tünetek stagnálása, a lassú javulás miatt nehezedik rájuk lelki teher. Az ápolási tevékenység során kiemelt jelentőséggel bír az empatikus, biztató, ösztönző magatartás, amely erőt adhat a betegek számára a traumák pszichés hatásainak kezeléséhez. Gondoskodni kell arról, hogy lehetőségeihez mérten részt vegyen saját ellátásában, a maradék funkcióinak maximális kihasználásával végezzen tevékenységeket. Értékeljük az önállósodási kísérleteket, ismerjük el igyekezetét és semmi olyan önellátási tevékenységet ne tegyünk meg helyette, amelyre ő is képes. (Helembai, 2012)

Életminőség: Az alapvető funkciók, étkezés, járás, öltözködés, tisztálkodás, ürítési funkciók újratanulása minden esetben kiemelt jelentőségű. Ugyanakkor a GBS betegek felépülését követően gyakran tapasztalhatóak olyan szövődmények, amelyek munkahelyváltást, esetleg új képzettség megszerzését, kompetenciabővítést követelnek meg. Abban az esetben, ha a beteg szövődmények miatt nem lesz képes visszatérni régi életéhez, fel kell készíteni a változásokra is. Ez elsősorban pszichológusi feladat, de az ápoló tevékenysége is hozzájárulhat a pszichés terhek elosztásához, a kialakult helyzet elfogadásához, a társadalmi szerep átalakulásának megértéséhez. (Balogh, 2012)

Irodalomjegyzék

1. Afifi, A. (1994): The Landry – Guillain – Barré – Strohl Syndrome 1859 to 1992 A Historical Perspective. *Journal Family Community Med* (1.) 1., 30.-34.
2. Balogh, Z. (2012): A transzkulturális ápolás jelentősége a hazai egészségügyi ellátásban. *Nővér*, (25.) 5. 39.-40.
3. Gyorsok, ZS.- Simon, G.- Vajda, M. (1998): A Guillain – Barré Syndroma kezelése immunglobulinnal. *Pediáter*, (7.) 1. 33.-37.
4. Helembai, K. (2012): *Általános ápoláslélektan*. Budapest: Medicina.
5. Komoly, S. (2004): *Az akut és gyulladásoos neuropathiák*. Orvostovábbképző Szemle, (XI.) 1. 61.
6. Komoly, S. (2014): *Intravénás immunglobulin-kezelés neuroimmunológiai betegségekben Ideggyógyászati Szemle*, (67)7-8. 281-282.
7. Sajtos, L.- Mitev, A. (2007): *SPSS kutatási és adat-elemzési kézikönyv*. Alinea, Budapest
8. Walling, A. D.- Dickson, G. (2013): *A Guillain – Barré – szindróma*. Orvostovábbképző Szemle, (XX.), 6. 53.-60.

Az egészségtudatosság néhány elemének vizsgálata magyar munkaképes populációban

SZOBOTA Lívia, HIRDI Henriett Éva PhD, BALOGH Zoltán PhD

Összefoglalás

A vizsgálat célja: A szerzők célja magyar aktív korú munkavállalók egészségi állapotának, életmódjának és egészségmagatartásának feltárása.

Vizsgálati módszer és minta: A keresztmetszeti vizsgálat Magyarországon irodai és ügyviteli munkakörben foglalkoztatott munkavállalók körében, egyszerű véletlen mintavételi technikával történt. Az adatgyűjtés web-alapú anonim, önkitöltős kérdőív alkalmazásával történt. Az alkalmazott saját készítésű kérdőív alapját az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) standard, egészségmagatartásra vonatkozó felmérésnél alkalmazott kérdőív adta. A szerzők a kapott adatokat a Microsoft Office Excel 2010 program segítségével, Khi négyzet próbával és leíró statisztikai módszerrel elemezték. Szignifikánsnak a $p < 0,05$ értéket tekintették.

Eredmények: A kérdőívet összesen 735 munkavállaló töltötte ki (63% férfi, 37% nő). A vizsgálatban résztvevők egészségértéke tízfokozatú skálán 9,6-os átlagértéket mutatott. Külön elemeztük a dohányzási szokásokat és a fizikai aktivitást. Pszichoszomatikus tüneti skálán vizsgálva az egészségi állapotukat, leggyakrabban hát- és derékfájást és alvási problémákat jeleztek a válaszadók.

Következtetés: A vizsgálat eredményeiből megállapítható, hogy a válaszadók egészségi állapota nem kielégítő. Sok irodai alkalmazott szenved pszichoszomatikus tünetektől. Összességében megállapítható, hogy a munkavállalók egészségmagatartása változtatásra szorul.

Kulcsszavak: életmód, irodai alkalmazottak, foglalkozás-egészségügyi szakápolás

Elements of health literacy among the Hungarian working population

Lívia SZOBOTA, Henriett Éva HIRDI PhD, Zoltán BALOGH PhD

Summary

Aim of the research: The authors' objective was to reveal the state of health, lifestyle and health behaviour of economically active population.

Research and sampling methods: The cross-sectional survey was conducted among white-collar workers in Hungary, selected using a random, sampling method. The data gathering took place using web-based, anonymous, self-completion questionnaire. The proprietary questionnaire used was based on the questionnaire used in the National Population Health Survey (OLEF) for the standard survey of health behaviour. The authors analysed the gathered data with Microsoft Excel 2010 software, using chi-square test and descriptive statistical method. They regarded the value of $p < 0,05$ as significant.

Results: The survey was completed by 735 workers (63% man, 37% woman). The average health value of workers in the survey was 9.6 on a scale of ten grades. We separately analysed smoking habits and physical activity. Examining their state of health based on the psychosomatic symptoms scale, the respondents most frequently indicated back and lumbal pain, and sleep disorders.

Conclusions: The results of survey revealed that the health condition of respondents is unsatisfying. Many white-collar workers are suffering from psychosomatic symptoms. On the whole it can be concluded that health behavior of workers needs to be changed.

Key words: lifestyle, white-collar workers, occupational health nursing

Beérkezett: 2016. január 22. Elfogadva: 2016. november 6.

SZOBOTA Lívia MSc ápoló hallgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Budapest

HIRDI Henriett Éva PhD területi gyakorlatvezető, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék, Budapest

BALOGH Zoltán PhD tanszékvezető, Semmelweis Egyetem

Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék, Budapest

Levelező (correspondent) szerző: SZOBOTA Lívia, elérhetőség: e-mail: szobotalivia@gmail.com

Bevezetés

Az aktív korú munkavállalók körében végzett egészségfelmérés kiváló képet ad a munkaképes dolgozók egészségi állapotáról, egészségmagatartásáról. Már 1946-ban az Egészségügyi Világszervezet (WHO) is kimondta, hogy „az egészség a teljes testi, szellemi és szociális jólét állapota, nem pusztán a betegség vagy fogyatékosság hiánya.” (Ádány és mtsai, 2011), illetve az 1997. évi egészségügyi törvény rögzítette, hogy „az egészség az egyén életminőségének és önmegvalósításának alapvető feltétele, amely döntő hatással van a családra, a munkára”. (1997. évi CLIV törvény, 1998) Az egészségünkért mi saját magunk tehetünk a legtöbbet életmódunkra való odafigyeléssel, többek között káros szenvedélyek mellőzésével, rendszeres testmozgással, ill. helyes táplálkozással. Mindezek nagyban hozzájárulnak a megfelelő munkavégzéshez is, hiszen ahhoz, hogy a munkánk eredményes legyen szükséges a jó szellemi és fizikai állapot is. Nem véletlen, hogy a 2015-ben hatályba lépett az egészségügyi alapeljárásról szóló törvény 17. §-ában foglaltak értelmében a foglalkozás-egészségügy egyik fő feladata, hogy együttműködve a háziorvossal a munkaképes korosztály számára a szervezett munkavégzés keretében, az egészséges életmód tekintetében, valamint a fertőző és krónikus nem fertőző megbetegedések megelőzésében gyógyító-megelőző feladatokat lásson el. (2015. évi CXXIII. törvény)

A munkavédelemről szóló törvény alapján kötelezően biztosítandó foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatás keretében nyújtott szűrővizsgálatokon és az alkalmassági vizsgálatokon való rendszeres részvétel komplex képet adhat az egészségi állapotról, általuk időben felismerhetők és megelőzhetők a különböző krónikus betegségek. (1993. évi XCIII. törvény) A vizsgálatok eredményeinek átbeszélése, a munkahelyi egészségnapok és egészségmegőrzési programok nagyban hozzájárulnak a munkavállalók ismereteinek bővítéséhez, az egészségkárosító életmód megváltoztatásához. A munkahelyeknek hosszútávon anyagilag is megéri a munkavállalók egészségét aktívan támogatni, hiszen a káros szenvedélyek, a rossz

táplálkozás, a fizikai inaktivitás mind negatív hatással vannak az egészségi állapotra, arról nem is beszélve, hogy az akut és a krónikus betegséggel töltött időszakok csökkentik a termelékenységet. (Ungváry & Morvai, 2010; Hendriksen és mtsai, 2016)

Nemzetközi kutatások igazolják, hogy a foglalkozás, a munka jellege befolyásolja a dolgozók egészségi állapotát, életmódját, egészségmagatartását. Az irodai dolgozók körében a munkahelyi és magánéleti stressz jelenti az egyik legnagyobb kihívást. Az ülőmunkát végzők munkahelyükön akár napi több mint 6 órát is ülhetnek, mely jobban terheli a gerincet, mint az állás. Ezen felül tovább növelik az ülőhelyzetben töltött idejüket a gépjárművel, tömegközlekedési eszközön közbeni utazások során, illetve otthonukban tévénézés, internetezés közben. Esetükben általában kevesebb figyelem irányul a rendszeres fizikai aktivitásra. Előzőek miatt a munkahelyi egészségmegőrzést célzó programok tervezésénél fontos figyelembe venni, hogy a célcsoport milyen munkatevékenységet végzők köréből tevődik össze. Más-más programot kell összeállítani a fizikai munkát végzőknek, és mást az irodai alkalmazottaknak. (Gans és mtsai, 2015; Leslie és mtsai, 2013; Uijtdewilligen és mtsai, 2014; van den Berg és mtsai, 2008)

A megoldandó problémákat, hiányosságokat a foglalkozás-egészségügyi ápoló tudja leginkább felderíteni a vizsgálatok során keletkezett adatok, illetve különböző felmérések segítségével. Az alkalmassági vizsgálatok a kötelezettségükből adódóan jó helyszínt jelentenek az orvos-beteg találkozás mellett az ápoló-beteg személyközpontú találkozásának, mely kiváló alkalom lehet az egészségnevelésre, tanácsadásra, az esetleges krónikus betegségek kiszűrésére.

A vizsgálat célja

Jelen tanulmányunk célja a magyar aktív korú – irodai és ügyviteli munkakörben foglalkoztatott – munkavállalók egészségi állapotának, életmódjának és egészségmagatartásának feltárása. Ezen felül célunk a kapott értékek összehasonlítása az országos adatokkal.

Hipotézis

Feltételeztük, hogy az aktív korú munkavállalók egészségi állapota és egészségmagatartása eltérést mutat az országos átlaghoz képest. Feltételeztük, hogy a jelen felmérésben részt vevő irodai alkalmazottak jobban odafigyelnek egészségükre, az általános egészségi állapotuk jobb, mint a lakosság állapota.

Vizsgálati módszer és minta

A keresztmetszeti vizsgálat Magyarországon irodai és ügyviteli munkakörben foglalkoztatott munkavállalók körében, egyszerű véletlen mintavételi technikával történt. Az adatgyűjtés web-alapú anonim, önkitöltős kérdőív alkalmazásával valósult meg. Az alkalmazott saját készítésű kérdőív alapját az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) standard, egészségmagatartásra vonatkozó felmérésnél alkalmazott kérdőív adta. (OEK, 2005) Ezen felül az egészségi állapot felmérésére a Pszichoszomatikus skála felhasználásával került sor. (Pikó és mtsai, 1997) A kérdőívben az egyszerű és egyértelmű kiértékelés érdekében összesen 43 zárt kérdéseket alkalmaztunk, az alábbi témakörök köré csoportosulva:

- ⇒ szocio-demográfiai adatok (nem, életkor, családi állapot, iskolázottság, lakóhely)
- ⇒ munkahelyre vonatkozó kérdések (munkával eltöltött évek száma, munkarend)
- ⇒ egészségi állapot önértékelése, egészségmagatartással kapcsolatos kérdések (testmozgás, dohányzás, alkoholfogyasztás).

A kérdőív kipróbálására 20 fő részvételével került sor, akik a végső felmérés mintájával megegyezően irodai alkalmazottak voltak. A résztvevőket biztosítottuk az önkéntes és anonim válaszadás lehetőségéről, továbbá arról, hogy az eredményeket jelen kutatáshoz kötődő célokhoz használjuk fel. A kutatás során gyűjtött adatok feldolgozása Microsoft Excel 2010 szoftver felhasználásával történt. Az elemzés során alapstatisztikaként gyakorisági eloszlást, átlagértékeket és szóródást vizsgáltunk. A változók közötti kapcsolatok végzésére Pearson Khi-négyzet próbát alkalmaztunk. Az eredményeket sta-

tisztikailag szignifikánsan különbözőnek tekintettük, ha $p < 0,05$ volt.

A vizsgálat erősségei és korlátai

A kutatás erősségei közzé sorolható, hogy a felmérést kellően nagy elemszámmal sikerült lefolytatni, és ez erősíti az eredmények érvényességét és megbízhatóságát. A kutatás korlátai között kell megemlítenünk az online önkitöltős kérdőív módszerének azon jellegzetességét, hogy a felmérésből egyrészt kimaradhattak az internet hozzáféréssel nem rendelkező munkavállalók, másrészt az önbevallás miatt a válaszadók hajlamosak lehettek a valóságtól eltérő kép kialakítására.

Eredmények

A felmérés eredménye a mintavételi módszerből adódóan nem reprezentatív, azonban tájékoztató jellegű következtetések levonására alkalmas. A kérdőívet összesen 735 fő töltötte ki, melyből 735 db kérdőív volt értékelhető. Jelen közleményben a kérdőívnek csak egyes részre adott válaszok kerülnek ismertetésre.

Szocio-demográfiai adatok

A vizsgált mintában nemek megoszlása egyenlőnek mondható, a válaszadók 63%-a férfi (464 fő), 37%-a nő (271 fő). Az elemzés során négy korcsoportot használtunk. A vizsgált populáció 6,5%-a 18-25 év közötti, 41,5%-a 26-35 év közötti, 43,4%-a 36-45 év közötti, 8,6%-a 46 év feletti. A válaszadók lakóhely szerinti megoszlása egyenlő, a fővárosban a kérdőívet kitöltők 30%-a, megyeszékhelyen 24%, városban 29%, míg községben 17% él. Régiók szerint a legtöbben Közép-Magyarországon dolgoznak (43%). A válaszadói arány a többi régióból közel azonos mértékű volt (Dél-Dunántúl 7%, Közép-Dunántúl 11%, Nyugat-Dunántúl 12%, Észak-Alföld 12%, Dél-Alföld 9% és Észak-Magyarország 6%). **(I. táblázat)**

Családi állapotukat tekintve 14% egyedülálló, 78% él párkapcsolatban, 7% elvált és nincs élettársa, 1%-uk pedig özvegy és nincs élettársa. Ami a legmagasabb is-

I. táblázat: A minta szocio-demográfiai jellemzői (n=735)

		N	(%)
		(fő)	
Nem	férfi	464	63
	nő	271	37
Életkor	18-25 év	48	6,5
	26-35 év	305	41,5
	36-45 év	319	43,4
	46 év felett	63	8,6
Lakóhely	főváros	223	30
	megyeszékhely	174	24
	város	213	29
	község	125	17
Lakóhely régió szerint	Dél-Alföld	64	9
	Dél-Dunántúl	54	7
	Észak-Alföld	91	12
	Észak-Magyarország	47	6
	Közép-Dunántúl	78	11
	Közép-Magyarország	314	43
	Nyugat-Dunántúl	87	12
Családi állapot	egyedülálló	105	14
	párkapcsolatban él	577	78
	elvált és nincs élettársa	49	7
	özvegy és nincs élettársa	4	1
Iskolai végzettség	szakmunkásképző	4	0,5
	érettségi	253	34,4
	főiskolai végzettséget nem tanúsító felsőfokú szakképesítés	55	7,5
	főiskola	325	44,2
	egyetem	98	13,3
Gyermek	van	442	60
	nincs	293	40
Munkával töltött évek száma	Kevesebb, mint 1 éve	40	5,4
	1-5 éve	160	21,8
	6-10 éve	96	13,1
	11-15 éve	234	31,8
	16-20 éve	153	20,8
	21-25 éve	39	5,3
	26-30 éve	12	1,7
	több mint 30 éve	1	0,1

kolai végzettséget illeti, csupán 4 fő nem rendelkezik érettséggel, 253 fő rendelkezik érettséggel (34,4%), 65,1%-uk pedig

felsőfokú végzettséget szerzett. A kérdőívre válaszolók 31,8%-a 11-15 éve áll munkaviszonyban.

Az egészség önértékelése, vélt egészség

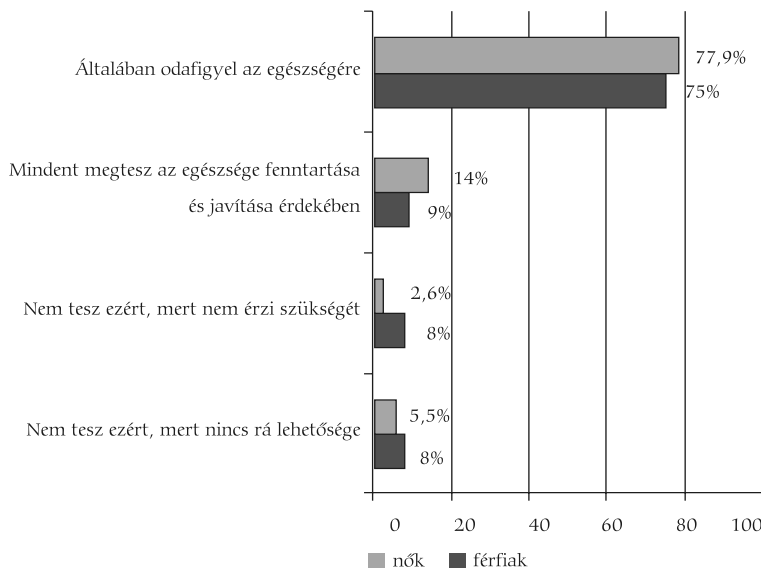
Az egészségi állapot önértékelésének vizsgálatakor a következő kérdésekre tértünk ki: „Hogyan értékelné általában saját egészségi állapotát?“, „Megítélése szerint, a kortársaihoz viszonyítva általában milyen az Ön egészségi állapota?“, „Az elmúlt három évben megítélése szerint milyen irányban változott az egészségi állapota?“. Az aktív dolgozók 97,95%-a elégedett az egészségével, illetve kielégítőnek tartja az egészségi állapotát. Az összes válaszadó 2,05%-a véli az egészségi állapotát rossznak. Ez az eredmény az „Európai Lakossági Egészségfelmérés” (ELEF) 2014-es eredménye alapján mindenképp jónak mondható az ottani 61%-os eredményhez képest.

A válaszadó férfiak fele gondolja úgy, hogy egészségi állapota ugyanolyan, mint a kortársaié, 33,6%-uk jobbnak véli saját egészségi állapotát, 5,6% pedig sokkal jobbnak látja, mint a vele egykorú férfiak. 9,7% saját bevallása szerint rosszabb egészségi állapotú, mint vele hasonló korúak, 0,6% sokkal rosszabbnak gondolja állapotát. Ezzel szemben a nők több, mint 2/3-a véli egészségi állapotát jobbnak, illetve ugyanolyannak, mint a velük egykorúak: 5,5%-uk sokkal jobbnak, 43,9%-uk jobbnak, 45,8%-uk ugyanolyannak véli állapotát. Mindössze 4,8%-uk gondolja, hogy egészségi állapota rosszabb, mint a hasonló korúaké.

Az elmúlt három évhez viszonyítva a férfiak közül 193 fő (férfiak 41,6%-a), a nők közül 110 fő (a nők 40,6%-a) nem érez változást egészségi állapotában, a férfiak 17,9%-a, a nők 16,2%-a jobbnak tartja közérzetét, míg a férfiak 28,2%-a (131 fő), a nők 27,7%-a (75 fő) rosszabbnak véli egészségi állapotát. 29 férfi (6,3%) és 13 nő (4,8%) érzik sokkal rosszabbnak, valamint 28 fő férfi (6%) és 29 fő nő (10,7%) sokkal jobbnak egészségi állapotát.

A válaszadók többsége odafigyel az egészségére (a férfiak 75%-a, a nők 77,9%-a), fér-

1. ábra: A válaszadók egészségtudatos magatartásának százalékos megoszlása nemek szerinti bontásban (n=735)



fiak 9%-a mindent megtesz egészsége fenntartása és javítása érdekében, a nőknél ez az arány 14%. A férfiak közül 16%-uk nem tesz az egészségi állapotának javításáért (a 16% fele nem érzi szükségességét, hogy odafigyeljen a jobba tételére, a másik felének pedig nincs rá lehetősége) a nők közül ez 8,1%-ot jelent (2,6%-uk nem érzi szükségességét, 5,5%-nak nincs lehetősége rá). (1. ábra)

Testkép és testtömeg

A kérdőívünkben a válaszadóktól a testtömegük és a testsúly megadását követően kitértünk az önértékelésre is. Az adatok önértékelés alapján alapulnak. A testtömeg indexet (BMI) úgy számoltuk ki, hogy a kg-ban megadott testsúlyt elosztottuk a méterben mért testmagasság négyzetével. A normál BMI érték: 18,5-24,9 kg/m². A válaszadók többsége, 52,2% (384 fő) önbevallás alapján túlsúlyosnak gondolja magát, míg 35,1%-uk úgy gondolja, hogy ideális testsúllyal rendelkezik, 6,7%-uk véli azt, hogy elhízott, és megkérdezettek 6%-a úgy véli, hogy sovány testalkatú. Ezzel szemben a számolt értékek eltérést mutatnak: 42,2% a normális BMI (azaz testsúly és testmagasság aránnyal) kategóriába tartozik, 40,1%-uk túlsúllyal ren-

delkezik, 15,8% (116 fő) elhízott, és mindössze 1,8% (13 fő) sovány. 1 fő nem tudta megállapítani sem a testmagasságát, sem a testsúlyát. A **II. táblázat** tartalmazza nemek szerinti felosztásban az önértékelt, ill. az önbevalláson számolt értékeket.

Mennyit tehetünk egészségünkért?

A jelen felmérésünk jól mutatja, hogy az általunk megkérdezett aktív korú dolgozók közül 95,5% úgy gondolja, hogy a saját egészségi állapotáért nagyon sokat, ill. sokat tehet. Mindössze 4,5%-uk válaszolta, hogy kevés, ill. semmi sem tehető az egészségünk megőrzéséért. A kapott eredményeket összevetettük az ELEF 2009-es és 2014-es eredményeivel, melyet a **III. táblázatban** összesítettünk.

Dohányzási szokások

A válaszadók kb. fele (férfiak 56,5%-a, a nők 49,6%-a) nem dohányzik, míg rendszeresen a férfiak 24,3%-a, a nők 18,8%-a dohányzik. A nők 3,7%-a szív rendszeresen naponta legalább 20 szál cigarettát, ugyanez az

érték a férfiaknál 8,4%. 74 fő férfi (15,9%) és 41 fő nő (26,2%) nyilatkozta azt, hogy naponta kevesebb szál cigarettát szív el, mint 20 szál. A kérdőívet kitöltők közül 58 férfi (12,5%) és 48 nő (17,7%) mondja magáról, hogy alkalmanként dohányzik. A minta 20,6%-a, 63 férfi és 19 nő elmondása szerint leszokott a dohányzásról. A dohányzás gyakoriságának elemzésekor megállapítottuk, hogy a mintában a nem ($p=0,004$) és az iskolai végzettség ($p=0,000$) befolyásolta a dohányzási szokásokat (**2. ábra**)

Alkoholfogyasztás

Az Európai lakosságfelmérés 2014-es kutatása szerint a lakosság kb. 1/3-a nem fogyaszt alkoholt, a nők körében ez az arány 40%, míg a férfiaknál 18%. Úgynevezett nagyívó kategóriába a teljes lakosság 5,4%-a sorolható a bevallott értékek alapján. Jelen vizsgálatunkban a válaszadók 3%-a (12 férfi és 1 nő) vallotta be, hogy naponta fogyaszt alkohol tartalmú italt, míg 14,8%-uk (24 férfi, tehát a férfiak 5,2%-a és 26 nő, tehát a női válaszolók 9,6%-a) soha nem fogyaszt. A nők jó része (60,1%-a) csak különleges alkal-

II. táblázat: Testtömeg index megoszlása nemek szerint a válaszadók körében (n=735)

BMI	Önbevalláson alapuló számolt érték				Önértékelés			
	Gyakoriság (fő)	%	Gyakoriság (fő)	%	Gyakoriság (fő)	%	Gyakoriság (fő)	%
	nők (n=271)		férfiak (n=464)		nők (n=271)		férfiak (n=464)	
sovány (<18,5)	12	4,4	0	0,0	8	3,0	36	7,8
normális (18,5-24,9)	172	63,5	139	30,0	120	44,3	138	29,7
Túlsúly (25-29,9)	68	25,1	227	48,9	124	45,8	260	56,0
elhízott (>30)	19	7,0	97	20,9	19	7,0	30	6,5
nem tudja			1	0,2				

III. táblázat: A megkérdezettek véleménye az egyén hozzájárulásáról a saját egészsége érdekében

Mennyit tehetünk egészségünkért? (%)	ELEF 2009			ELEF 2014			Jelen felmérés		
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen
Nagyon sokat, sokat (együtt)	77,2	74,3	75,6	79,9	81	80,5	95	96,3	95,5
Keveset, semmit (együtt)	22,8	25,7	24,4	20,1	19	19,5	5	3,7	4,5

makkor, a férfiak többsége (39 %-a, azaz 181 fő) pedig havonta 2-4 alkalommal iszik szeszes italt. Az alkoholfogyasztás gyakoriságának elemzésekor szignifikáns eltérés mutatkozott a nemek között ($p=0,000$). Az értékeket nemek szerinti felbontásban a **3. ábra** mutatja.

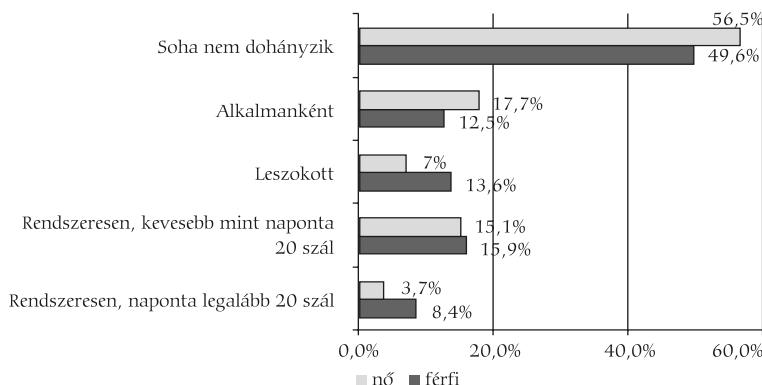
Élvezeti szerek közül kiemelendő még a kávéfogyasztás. A kérdőívet kitöltők nagy többsége, 253 férfi (54,5%) és 188 nő (69,4%) napi rendszerességgel fogyaszt kávé. 148 fő a férfiak közül (31,9%) és 54 fő a nők közül (19,9%) nyilatkozta azt, hogy egyáltalán nem szokott kávé inni. (**4. ábra**) Iskolai végzettség szerint nincs különbség ezen élvezeti szer fogyasztásában ($p=0,829$).

Az energiatartalmú fogyasztásra is kitértünk: a váltószolgálatban, ill. a folyamatos 24 órás szolgálatban dolgozók közül mindösszesen 11 fő nyilatkozta, hogy napi, ill. heti rendszerességgel iszik energiatartalmú. Az aktív dolgozók többsége, a férfiak 64%-a (297 fő), a nők 77,5%-a (210 fő) egyáltalán nem fogyaszt energiatartalmú. A férfiak szignifikánsan gyakrabban fogyasztanak energiatartalmú ($p=0,001$), mint a nők.

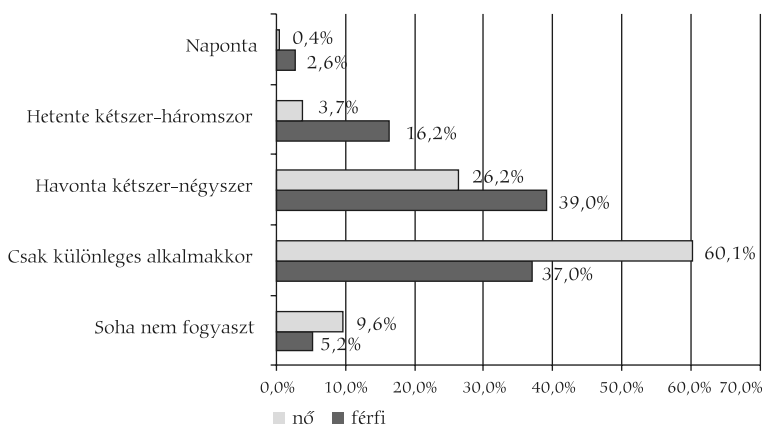
Sportolási szokások

Vizsgálva a válaszadók sportolási szokásait megállapítható, hogy a férfiak 87%-a (404 fő), a nők 86%-a (232 fő) sportol, tehát szignifikáns különbség nincs a két nem között ($p=0,693$). A megkérdezettek mindössze 13,5%-a sohasem, vagy ritkábban, mint havi egy alkalommal végez testedzést: ez a férfiak esetében 60 fő (13%), míg a nőknél 39 fő (14%). A testedzést végző férfiak 66%-a

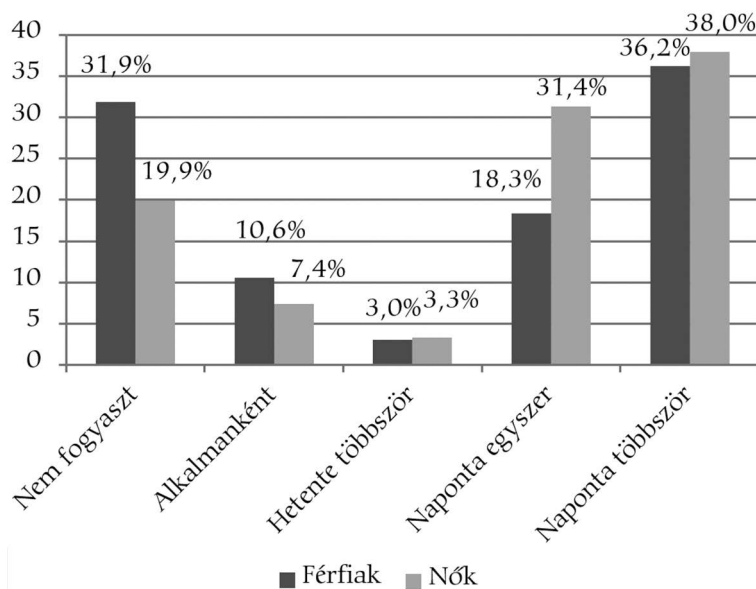
2. ábra: A nők (n=271) és a férfiak (n=464) dohányzási szokásainak százalékos megoszlása



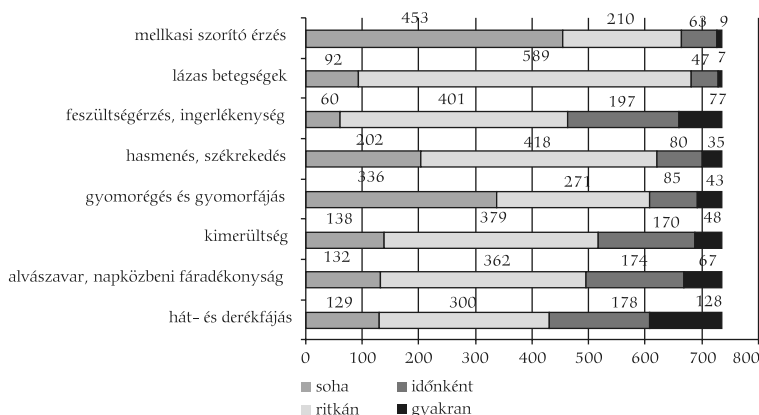
3. ábra: A nők (n=271) és a férfiak (n=464) alkoholfogyasztásának százalékos megoszlása



4. ábra: A nők (n=271) és a férfiak (n=464) kávéfogyasztásának százalékos megoszlása



5. ábra: Pszichoszomatikus tünetek megoszlásának gyakorisága a válaszadók körében (n=735)



rendszeresen sportol (10%-uk naponta, 56%-uk heti 1-2 alkalommal), a nők esetében is ugyanez az érték, azaz 66%-uk sportol napi rendszerességgel, illetve hetente többször is (8% naponta, 58% heti 1-2 alkalommal)

Ugyan a férfiak 13%-a és a nők 14%-a jelentette ki magáról, hogy nem sportol, azonban a férfiak 14,2%-a, ill. a nők 22,1%-a vélte magáról, hogy edzettségi állapota gyenge. A kérdőívet kitöltők többsége az edzettségi állapotát megfelelőnek tartja (férfiak 44,2%-a, nők 40,2%-a), a kielégítő és a kiváló válaszokra kapott eredmények esetén a két nem között nincs jelentős eltérés (kielégítő a válaszadók 33%-a, kiváló 7,3%-a szerint).

Pszichoszomatikus tünetek nemek szerinti előfordulási gyakorisága

Kérdőívünkben a megkérdezetteknek a pszichoszomatikus tünetek megjelenési gyakoriságát mértük fel, aszerint, hogy a válaszadóknál milyen időközönként (soha, ritkán, időnként, gyakran) jelentkezett az alábbi 8 tünet/betegség: hát- és derékfájás, alvászavar és fáradékonyság, kimerültség, gyomorégés-gyomorfájás, hasmenés vagy székrekedés, feszültségérzés vagy ingerlékenység, lázas betegségek, mellkasi szorító érzés. A pszichoszomatikus tünetek közül a legtöbbször megjelenő tünet a hát- és derékfájás volt, melyet az **5. ábra** szemléltet. A hát- és derékfájás a nőknél gyakrabban jelentkezik (p=0,026), valamint az alvás-

zavar, napközbeni fáradékonyság esetén is szignifikáns különbséget találtunk (p=0,000), a nőknél gyakrabban jelentkeznek ezen tünetek, mint a férfiaknál.

Kérdőívünkben arra is kerestük a választ, hogy az aktív korúak milyen arányban és kihez fordulnak panasz, probléma esetén. Egészségügyi szakemberhez, szakorvoshoz a válaszadók mintegy 79%-a fordul, ebből a férfiak 15,3%-a, a nők 19,9%-a foglalkozás-egészségügyi szakorvoshoz fordul. Legtöbbször betegség, ill. egyéb

panaszok miatt a házi orvosukat keresik fel, a válaszadók 60%-a, a férfiak 63,4%-a, a nők körében pedig 55%-uk nyilatkozta azt, hogy a lakhely szerinti házi orvosuknál jelennek meg.

Megbeszélés, javaslatok

Vizsgálatunk egyik céljának tekintettük, hogy feltárjuk a magyar aktív korú irodai és ügyviteli munkakörben foglalkoztatott munkavállalók egészségi állapotát, életmódját és egészségmagatartását, valamint saját eredményeinket összehasonlítjuk a 2003-ban készült Országos Lakossági Egészségfelméréssel (OLEF) és a 2014-es Európai Lakossági Egészségfelméréssel (ELEF).

Az egészségi állapot szubjektív értékelésénél az aktív korú dolgozók 97,9%-a válaszolta azt, hogy elégedett az egészségi állapotával. Az ELEF 2014-es eredményével összehasonlítva kedvezőbb megoszlást kaptunk az ottani 89%-os eredményhez képest. Az összes válaszoló 2,1%-a gondolja úgy, hogy az egészségi állapota rossz. Ez az arány az ELEF felmérésében 11,10%.

A kérdőívet kitöltő munkavállalók jelentős része (az összes kitöltő 95,5%-a, a nők 96,3%-a, a férfi válaszadók 95%-a) véli úgy, hogy sokat vagy nagyon sokat tehet egészségéért. A kapott eredmény a 2003-ban készült Országos Lakossági Egészségfelméréssel összehasonlítva mindenképp jobbnak mond-

ható, hiszen ez az arány a férfi válaszadók körében 73,9%, míg a nők esetén 69,8% volt, a 2014-es ELEF-nél pedig 79,9% a férfiaknál, 81% a nőknél.

Az egészség önértékelése nagyban függ az egyén életmódjától, az egészségmagatartástól. Kutatásunkban arra is kitértünk, hogy az egyes egészségkárosító magatartások, különböző káros szenvedélyek – úgy mint a dohányzás és az alkoholfogyasztás-, illetve az egészségi állapot javításához hozzájáruló rendszeres testmozgás milyen mértékben jelennek meg a válaszolók körében.

Nagy jelentősége van a testképnek és a testtömegindexnek (TTI). A túlsúly meglete azonban nem csak genetikai adottság, sokkal inkább életmódbeli hibákra utal. A TTI figyelembe vételénél fontos azt megjegyezni, hogy az önbevallásos adatok nem mindig a pontos állapotot jelzik, hiszen az emberek sok esetben testsúlyukat alulbecsülik, míg a testmagasságukat túlbecsülik. Jelen felmérésben a válaszadók kicsivel több, mint a fele (52,2%) túlsúlyosnak gondolja magát, 6,7%-uk pedig elhízottnak. A BMI megállapítása után azonban a kapott értékek mást mutatnak: 40%-uk túlsúlyos, míg 15,8%-uk elhízott. A férfiak inkább alul, míg a női válaszadók inkább túlbecsülték a testképüket. A 2014-es ELEF felmérésnél a teljes lakosság 54%-a tartozik túlsúlyos-elhízott kategóriába (férfiak 61%-a, nők 48%-a). Az OLEF 2003-as felmérése szerint túlsúlyos, vagy elhízott a nők csaknem fele, a férfiaknak pedig több mint a fele. A kutatásunkban a nők 32%-a, míg a férfiak mintegy 70%-a túlsúlyos, ill. elhízott. Nők esetén kisebb, férfiak esetén magasabb a százalékos megoszlás, mint a lakosság egészségfelmérésénél.

Az OLEF 2003-as kutatási jelentésében a férfiak 15,6%-a, a nők 16,3%-a soha, vagy ritkábban mint hetente végez testmozgást. Jelen mintánkban a megkérdezettek mindössze 13,5%-a nem sportol.

Az ELEF 2014-es felmérésére válaszolók közül a lakosság 29%-a dohányzik rendszeresen, ez a nők mintegy negyedét, a férfiak harmadát jelenti. Az OLEF 2003-as kutatásánál rendkívül magas a dohányzók aránya: a nők kicsivel több, mint a negyede (27,9%),

a férfiaknál pedig a 40%-uk dohányzik rendszeresen. Az aktív korú munkavállalók körében végzett felmérésünknel a férfi válaszadók 24,3%-a, míg a női válaszadók 18,8%-a dohányzik. Itt eltérést láthatunk, hiszen mindkét lakossági felméréssel összevetve kisebb az aránya a rendszeresen dohányzóknak.

Alkoholfogyasztás tekintetében az ELEF 2014-es felmérése során ún. nagyívó kategóriába a válaszadók 5,4%-a tartozik. A kutatásunknál mindössze 3% (12 férfi és 1 nő) vallotta azt, hogy naponta fogyaszt alkohol tartalmú italt.

Kérdőívünkben nem csak az egészségtudatosság főbb elemeire tértünk ki, hanem arra is, hogy a pszichoszomatikus tünetek milyen gyakorisággal jelentkeznek a dolgozókon. A felmérésünkben résztvevők irodai munkakörben dolgoznak, ülőmunkát végeznek. A legtöbbször megjelenő pszichoszomatikus tünet is az ülőmunkára utal: leginkább hát- és deréktáji fájdalmakat említettek. Ennek oka lehet a munkaállomásuk ergonómiai szempontból nem megfelelő kialakítása: a rosszul beállított asztal, szék, monitor, ezáltal a helytelen pozícióban végzett munka. A foglalkozás-egészségügyi szempontból az éves gyakorlat része kell hogy legyen az üzemi szemlék teljesítése, a munkahelyek bejárása. Mivel a panaszokat könnyebb megelőzni, mint a már kialakult betegséget kezelni, ezért a foglalkozás-egészségügyi szakemberek feladata a munkahelyi ergonómiai tanácsadás. Az olyan pszichés tünetek, mint a kimerültség és a fáradékonyság sok válaszadónál jelentkeztek, mint már fennálló probléma.

A felmérésünkből látható, hogy az aktív korú munkavállalók jelentős része elégedett az egészségi állapotával, és bár tudják, hogy önmaguk is sokat tehetnek a javításáért, de a módszer (jelen esetben az életmód) nem mindig megfelelő. A válaszadók több, mint a fele túlsúlyos vagy elhízott, amely ugyan az előzőekben már összehasonlított országos, ill. lakossági felmérésekhez hasonló százalékot jelent, ám hosszú távon egészségükre súlyos következményekkel járhat és a társadalomra is többlet terhet róhat. Mivel a felmérésben résztvevők a munkaidejük jelentős részét

ülve töltik, egy egészségfejlesztési akció révén hangsúlyozni kell az aktív pihenést, a munkavállalók figyelmének felhívását az egészséges táplálkozásra, a rendszeres testmozgásra, a káros szenvedélyek abbahagyására.

Az egészségfejlesztési terv kivitelezésénél elengedhetetlen a munkahely támogatása, a dolgozók aktív részvétele, az egészségügyi szolgáltatók részéről az egészséges életmódot népszerűsítő programok szervezése.

Irodalomjegyzék

1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről (letöltve: 2016.05.30.) Letölthető: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99300093.TV
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (letöltve: 2016.09.01.) Letölthető: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV
2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról (letöltve: 2016.05.30.) Letölthető: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1500123.TV
- Ádány R., et al. (2011) Az egészség definíciója. In: Megelőző orvostan és népegészségtan. pp. 17. (letöltve: 2016.05.30.) Letölthető: www.tankonyvtar.hu/.../2011_0001_524_Megelőző_orvostan_nepegeszsegtan.pdf
- Gans KM, Salkeld J, Risica PM, Lenz E, Burton D, Mello J, Bell JP. (2015) Occupation Is Related to Weight and Lifestyle Factors Among Employees at Worksites Involved in a Weight Gain Prevention Study. *J Occup Environ Med* 2015 Oct;57(10):e114-20. doi: 10.1097/JOM.0000000000000543.
- Hendriksen IJ, Bernaards CM, Steijn WM, Hildebrandt VH. (2016) Longitudinal Relationship Between Sitting Time on a Working Day and Vitality, Work Performance, Presenteeism, and Sickness Absence. *J Occup Environ Med*. 2016 Aug;58(8):784-9. doi: 10.1097/JOM.0000000000000809.
- KSH. Európai lakossági egészségfelmérés 2014. Statisztikai tükör. 2015/29. (letöltve: 2016.05.30.) Letölthető: <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf>
- KSH Egészségfelmérés (ELEF) 2009. Statisztikai tükör 210/50. (letöltve: 2016.05.30.) Letölthető: <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/gyor/jel/jel310021.pdf>
- Leslie JH, Braun KL, Novotny R, Mokuau N. (2013) Factors affecting healthy eating and physical activity behaviors among multiethnic blue- and white-collar workers: a case study of one health-care institution. *Hawaii J Med Public Health*. 2013 Sep;72(9):300-6.
- OEK. (2005) Országos lakossági egészségfelmérés 2003. Kutatási jelentés. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest 2005. (letöltve: 2015.01.31.) Letölthető: <http://www.oefi.hu/olef/OLEF2003/Jelentesek/EgeszsegmagartasOLEF2003.pdf>
- Pikó B, Barabás K, Boda K. (1997) Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population. *Eur J Publ Health* 7: 243-7.
- Uijtdewilligen L, Twisk JWR, Singh AS, Chinapaw M JM, Mechelen W, Wendy J Brown WJ. (2014) Biological, socio-demographic, work and lifestyle determinants of sitting in young adult women: a prospective cohort study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 11: 7. doi: 10.1186/1479-5868-11-7
- Ungváry, G., & Morvai, V. (2010). Munkaegészségtan: Foglalkozás-orvostan, foglalkozási megbetegedések, munkahigiénié. Budapest: Medicina Kiadó.
- van den Berg TI, Alavinia SM, Bredt FJ, Lindeboom D, Elders LA, Burdorf A. (2008) The influence of psychosocial factors at work and life style on health and work ability among professional workers. *Int Arch Occup Environ Health*. 81(8):1029-36. doi: 10.1007/s00420-007-0296-7.

A probléma alapú oktatás előnyei az ápolásban

POZSÁR Hajnalka

Összefoglalás

A XXI században a korszerű oktatást az iskolákban a rugalmasság, innováció és az interakció jellemzi és számos újítás bevezetését teszi szükségessé. Az iskolák korszerűsítéséhez szükséges a tananyag tartalmának és az oktatási technológiák újítása, valamint a hagyományos tanítási módszerek elhagyása. Hangsúlyt fektetnek az olyan változásokra, amelyek célja, hogy hiteles, kreatív és független személyiségeket hozzanak létre. Az érdeklődés középpontjában már nem a tanuló egyén, hanem a gondolkodó ember van, ami különösen fontos az ápolói szakmában. Az ápolók az egészségügyi csapat legszámtottevőbb dolgozói, saját és önálló munkaterülettel, mely igen szerteágazó kompetenciákat kíván. A korszerű tanítás olyan szerkezeti módszereket és eljárásokat kínál, melyben a diákoknak nagyobb mozgásszabadságot és változatos egyéni munkát és alkotást biztosít. A tanulmány a probléma alapú oktatás jellemzőit kutatja, az ápolók sikeres oktatásának és a tanítás magasabb szintre emelésének szempontjából. A korszerű oktatási rendszerek elemzésével olyan eredményeket várunk, melyek útmutatóként szolgálnak, milyen irányba szükséges változtatni, hogy az ápolásoktatás a hagyományos „ex cathedra” tanításból, interaktív, korszerű oktatássá váljon.

Kulcsszavak: nővér, oktatás, probléma alapú oktatás, interaktív oktatás, oktatási módszerek

The problem-based learning benefits in nursing education

Hajnalka POZSÁR

Summary

Modern teaching in the schools of the XXI century is marked by terms of flexibility, innovation and requires the introduction of numerous innovations. Schools are required to modernize the curriculum and education technologies, and to leave the traditional teaching methods. Modern educational systems and teaching methods reflect the relevant didactic assumptions to improve the effectiveness of teaching. Emphasis will be put the changes that are designed to create independent and creative personalities. The attention in education is no longer a person who learn, rather the individual who is critical thinking, this is extremely important in the nursing profession. The nurse is the only profile of health workers trained in health care. They are a standalone members of the health team, in the area of its work with the necessary cooperation with other members of the health team. This paper analyzes the characteristics of modern educational systems and teaching methods to improve nurse education, especially problem-based learning and cooperative work, as an important segment in the nurse education. Analysing the modern educational systems, we expect results which will serve as a guide, how to change traditional „ex cathedra” teaching, to interactive and modern education.

Keywords: nursing, education, problem-based teaching, interactive education, teaching methods

Beérkezett: 2015. október 11. Elfogadva: 2016. november 21.

Bevezetés

A számos reform az oktatási rendszerben változást idézett elő az iskolák munkájában is. A mai társadalom nap mint nap új követelményeket állít az iskolákkal szemben. A korszerű oktatási reformok arra következtetésre jutnak, hogy az oktatásban a legfontosabb az absztrakt gondolkodás fejlesztése,

a folyamatok és jelenségek megértése. Az iskoláktól elvárják a tanterv korszerűsítését, az oktatási technológiák fejlesztését, melyek célja a kreatív, független személyiségek létrehozása. Az ápolói szakmában ajánlott a fejlett kreatív, logikai, ok-okozati gondolkodás, mert ezek nélkül lehetetlen elérni a szakmához szükséges tudást és készségeket, melyek nélkülözhetetlenek az ápolás össze-

POZSÁR Hajnalka egészségügyi szakoktató, Április 7-e. Egészségügyi Iskola, Újvidék, Szerbia
Levelező szerző (correspondent): POZSÁR Hajnalka, elérhetőség: email: pozarh@gmail.com

tett folyamata során. Az ápolók az egészségügyi csapat legszámozottabb dolgozói, saját és önálló munkaterülettel, mely igen szerteágazó kompetenciákat kíván.

A korszerű pedagógia megpróbálja megtalálni a megfelelő oktatási formákat a sikeres tanulási folyamat, valamint a tanárok és a diákok munkájának hatékonyságának növelésére, melynek a legjobb példája a probléma alapú tanítás (Ničković, 1980). Bakovljević M. (2003) szerint: „...ha nincs probléma nincs gondolkodás sem. A gondolkodás lényegében a probléma megoldása”.

A probléma alapú tanítás, ill. a problémamegoldó helyzetek használata az oktatásban, ritkán fordul elő a mindennapi gyakorlatban, pedig sokban segítik az oktatást. A problémás helyzet kizökkenti a tanulókat a sztereotip gondolkodásmódból és jelentős szellemi feszültséget követel tőlük, melylyel felgyorsul a probléma megoldásának folyamata is (Ničković, 1980). Ez az oktatási módszer kiküszöböli a mai oktatás legnagyobb hátrányát – a diákok passzivitását, átalakítva az oktatást aktív és független folyamattá. A korszerű oktatási rendszerek gyakorlati alkalmazása függ a tantárgytól, tananyagtól, de nagyban a tanártól is. A külföldön végzett kutatási eredmények, különösen az Egyesült Királyságban, jelzik a probléma alapú oktatás évtizedes jelenlétét a nővérek oktatásában. Széles körben elfogadott és fontos része az ápoló képzésnek, mivel nagyon fontos a problémák gyors megoldása és a kritikai gondolkodás, ami majd a kórházi munkában jelentkezik. Ezek a tanulmányok kimutatják a tanulók nagyobb elégedettségét, jobb eredményeket a záróvizsgán, nagyobb biztonságot a nővéri eljárások során. Ezek az eredmények megfigyelhetők az elektronikus tanulás (e-learning) körében is, amikor a hallgatók biztonságos, szimulált környezetben fejleszthetik tudásukat és készségeiket (Loncer, 2005). A független, önálló munka az egyik alapja a probléma alapú tanításnak, de nagy felelősség hárul a tanárookra is, hogy széleskörűen ismerjék a tantárgyat és a kapcsolódó szakterületeket, és külön figyelemmel dolgozzák ki minden egyes óra tananyagát (Spajić, 2005). A korszerű tanártól elvárják, hogy az oktatásban probléma alapú helyzeteket teremtsen, hogy

ösztönözze a tanulókat a probléma megoldására, hogy vezesse, segítse őket a megoldásokban, ügyelve, hogy a diákok amennyire csak lehetséges függetlenül gondolkozzanak és dolgozzanak. A tanár alapvető feladata kiváltani a tanulók érdeklődését a megoldásra és ezzel a kreatív alkotó tanulásra (Bakovljević, 2003). Egyes vizsgálatok, melyeket angol pedagógusok végeztek, kimutatták, hogy a diákok az iskolában töltött idő mindössze 20%-án aktívak. A többi időt a tanári aktivitások teszik ki. Szemmel látható, hogy a mai oktatás hátránya a tanári tevékenységek túlhangsúlyozása, míg a diákok aktivitása elenyésző. Az optimális egyensúly megteremtése az egyik alapvető kihívása a korszerű pedagógiának (Kuka, 2006).

A korszerű oktatási rendszerek didaktikai értéke a tanítás hatékonyságának növelésében figyelhető meg, ami az oktatási tevékenység (általános tudásszint, az elsajátított tananyag további megmaradása, annak nagyobb gyakorlati alkalmazása); valamint a gondolkodási szint fejlődésében (kreatív, kritikus és rugalmas gondolkodás); és a szűkebb oktatási célokban (kitartás, függetlenség a munkában) tükröződik. A korszerű oktatási rendszerek azzal a céllal alakultak, hogy növeljék az oktatás hatékonyságát, hogy a tanítás folyamán ragaszkodjunk az aktív és kreatív ismeretek alkalmazásához, a gondolkodáshoz. A korszerű oktatási rendszerek középpontjában a tanuló áll, mint bio-pszicho-szociális lény, egy személyiség, aki aktív része az oktatási rendszernek.

A probléma alapú oktatás

A probléma szó, görög eredetű, jelentése: „tudományos feladat eldöntetlen kérdés, feladat, mely megoldásra vár”. Ezekben a jelentésekben megtalálhatók a problémák fő jellemzői: a nézeteltérések és nehézségek. A „munka”, „kérdés” és a „probléma” nem szinonimái egymásnak. Az első két szónak tágabb értelme van, vonatkoznak azon szellemi tevékenységekre is, amelyek nem kapcsolódnak az új helyzethez vagy bizonyos nehézségekhez. Vannak feladatok, amelyek megoldása nem probléma, a tanításban az a

szó szerinti ismétlés, ezek megoldása nem hoz létre megoldatlan érzést és nem váltja ki a kreatív gondolkodási funkciókat. A probléma tartalmaz valamilyen kérdést, csodálkozást, elvárást – mint motivációs (pszichés) feszültséget. A probléma megoldásához keresni és kutatni kell az ellentmondásokat, a megadott, az ismert és ismeretlen, az explicit és implicit emlékezet és gondolkodás során. (Anuradha, 1995).

A probléma alapú oktatás legfontosabb előnye, hogy nagyban hozzájárul a diákok mentális aktivitásához és a kreatív fejlesztéshez; probléma megoldásra ösztönzi a tanulókat, függetlenséget és folyamatos visszajelzést biztosít – ezzel együtt folyamatos értékelést ad a diákokról, ami motiválja őket a jobb és kitartóbb munkára. Ösztönzi a tanulókat arra, hogy a tanultakat a gyakorlatban is felhasználják, a meglévő tudást új helyzetekben alkalmazzák. Lehetővé teszi a tanár számára, hogy a visszajelzések alapján korrigálja a tanítási folyamat hiányosságait, így sikeresen elérje a kitűzött oktatási célokat és feladatokat (Vilotijjević, 1996).

A probléma alapú oktatás egyben megoldás a személyre szabott oktatáshoz, nem az egyedüli, de az individuális oktatás elengedhetetlen eleme a probléma alapú és számítógépes oktatás (Djukić, 2003). Az oktatási reformok a tanulók absztrakt gondolkodásának és a folyamatok-jelenségek megértését tartják fő szempontnak. A probléma alapú oktatás fő pedagógiai előnye az oktatási rendszer hatékonyságának növelésében figyelhető meg, mely sikeressé teszi a tanárok és diákok munkáját, a gondolkodási folyamatok fejlesztését, a kutatást és a problémamegoldó készséget.

A problémamegoldáson alapuló tanulás lényege

A probléma megoldása természeténél fogva összetett és sokdimenziós folyamat, magába foglalja a tanulást és a gondolkodást. A probléma megoldása a legmagasabb képzési forma, amely az emberi tanulás során gondolkodássá és kreativitássá alakul. A prob-

lémamegoldás valójában egy oktatási forma (Ničković, 1980, 356). Pedagógiai szempontból a gondolkodás és problémamegoldás nem azonosíthatók, hiszen mint az oktatásban, mint az életben előfordul, hogy a gondolkodás nincs összekötve problémás helyzettel. A probléma alapú oktatás didaktikai szempontból fontos tényező a nevelés és oktatás hatásának növeléséhez, hiszen a tanulás legmagasabb szintje a problémamegoldás, mely során valamilyen nehézség, hiányosság, rejtély van –mely megoldásra vár új adatok segítségével. A megoldáshoz szükséges az adatok elemzése, ami egy kreatív eljárás, mely során a személyiség folyamatosan fejlődik (Teodosić, 1970)

A probléma megoldása hatékony tanulási forma, amelyre jellemző:

- ⇒ a nehézség jelenléte, új helyzet, ellentmondás az ismert és ismeretlen között;
- ⇒ a tudatos, irányított, kreatív és független tevékenység, mely során a tanuló arra törekszik, hogy a kapott információk között fellelje az összefüggéseket-kapcsolatokat, új utakat és megoldásokat keresve sajátítja el a tudást, melyet új helyzetekben is alkalmazhat (Ničković, 1980).

A probléma megoldása az oktatásban többdimenziós, magába foglalja a pszichológiai dimenziókat (motiváció, a probléma elfogadása, és azonosítása, a tanulók figyelem-felkeltése a megoldás iránt) és episztemológiai dimenziókat (analízis és szintézis, indukció és dedukció, absztrakció és általánosítás), valamint a hipotézisek megerősítését a gyakorlatban.

A problémamegoldás, mint mentális folyamat a következőkből áll:

- ⇒ elsődleges helyzet, amikor a probléma felmerül;
- ⇒ végleges helyzet, ahova a diákok el akarnak jutni az eszközök és célok közötti kapcsolatok belátásával, az eddigi ismeretek felhasználásával új helyzetekben;
- ⇒ egyéb mellékutak, részleges problémák, melyeket a fő probléma lebontásával kapunk.

Módszertani szempontból, a kivitelezés folyamán fontos a probléma alapú oktatási légkört megteremteni, ahol a tartalmak, eszközök és munkamódszerek lehetővé teszik a nagyobb oktatási hatást.

A probléma alapú oktatás didaktikai értéke a következőkben figyelhető meg:

- ⇒ az oktatás hatékonyságának növelése (általános tudásszint javítása, a megszerzett tudás tartósságának növelése, a tudás szélesebb gyakorlati alkalmazhatósága);
- ⇒ a gondolkodási szint fejlődése (kreatív, kritikus és rugalmas gondolkodás);
- ⇒ és a szűkebb oktatási célok elérése (ki-tartás, függetlenség a munkában) (Sui, 2005).

A problémamegoldás természete R. Ničković (1980) szerint

Több kutatás is kimutatja, hogy a problémamegoldás sikeres tanítási eljárás, mivel:

1. A problémamegoldás fontos pszichológiai szempontból (a gondolkodási funkció és forma megnyilvánulása) és didaktikai szempontból (hatékony tanulási és absztrakt gondolkodás fejlesztő);
2. A probléma definiálása után, a tanulók kezdeti hipotéziseket állítanak fel, melyből kiválasztják a legmegfelelőbbet (fontosak a korábbi tapasztalatok);
3. A problémák felosztása különböző kritériumok alapján:
 - ⇒ mentális és gyakorlati problémák,
 - ⇒ a megoldási út alapján: információ beszerzési módszer, a megoldásra való emlékezés kihívása, a helyzet-tények magyarázására vonatkozó feladatok.
4. A tanulók viselkedése a problémamegoldás során:
 - ⇒ Pozitív hatások: rugalmasság, folytonosság, kritikusság az információk iránt, a problémák kreatív, sokoldalú megközelítése, érzékenység a problémára, a korábbi tapasztalatok átszervezése, a diákok aktív szerepe a tanulásban.
 - ⇒ Negatív magatartás: merevség, funkcionális rögzülés, sztereotip viselkedés és helytelen magatartás jelentkezhet.
5. A problémamegoldás hatása kognitív szinten:
 - ⇒ a csoportban történő problémamegoldás hatékonyabb, mint az individuális,
 - ⇒ egyes diákoknak jobban megfelel a csoportos problémamegoldás,
 - ⇒ a tényezők közötti összefüggések felis-

- merésének gyakorlása gyorsítja a problémamegoldás folyamatát,
- ⇒ a problémamegoldás hatékony formája az önálló tanulásnak és megértésnek.

A probléma alapú oktatás folyamatának alapfázisai

A problémamegoldás oktatói szemszögből igen bonyolult. A hagyományos és a probléma alapú tanításhoz használt óravázlatok nagyban különböznek egymástól. A hagyományos óravázlat bevezető részből (előkészületek, az előző óra tananyagának felfrissítése, az óra céljának ismertetése), központi részből (az új tananyag ismertetése) és befejező részből áll (összegzés, iránymutatás a házi feladatokhoz). Míg a probléma alapú órák vázlata: a probléma – problémás helyzet ismertetése, hipotézis felállítása, az általános probléma felbontása, a probléma megoldása, mint a hipotézisek ellenőrzése, a megszerzett tudás alkalmazása új helyzetekben.

Munkafázisok a probléma alapú oktatás során

1. A probléma megteremtése: az óra kezdetén a tanár egy problémát – munkafeladatot ad, ezzel kiváltva a kíváncsiságot, motivációt és készséget, hogy a diákok közösen megoldják a problémát.
2. A hipotézisek feltevése: ezek a tanár bátorításából képződnek, mellyel gondolkodásra ösztönzi a diákokat. Ellentmondásos kérdés, hogy hasznos-e a tévedés és a hibázás, és milyen mértékben engedélyezett. A tanári segítség érkezhetsen új kérdések formájában, melyek közvetlen nem oldják meg a problémát, csak irányt mutatnak a helyes út felé.
3. A probléma felbontása: mely során kisebb alkotóelemeire bontják, kisebb logikus szakaszokra.
4. A probléma megoldása: azaz a feltett hipotézisek megoldása megfigyeléssel, kísérlettel, tanulmányozással történik.

5. Általános következtetés: magába foglalja az összes korábbi ismeretet a probléma megoldásáról.
6. A megszerzett tudás felismerése és ellenőrzése új esetekben, ugyanazon vagy a következő órákon, mely során csak a legfontosabb pillanatok, ok-okozati kapcsolatokat és összefüggéseket tüntetik fel, nem a részleteket (Terzioglu, 2006).

Ajánlatok a sikeres problémamegoldáshoz

Számos didaktikai, pedagógiai és metodológiai tanulmányokban a következő ajánlások találhatók a sikeres probléma alapú oktatás kivitelezéséhez:

- ⇒ nem minden tanítási egység alkalmas a probléma alapú tanításhoz, fontos jól kiválasztani a tantervből a megfelelőket,
- ⇒ a problémát az óra elején kell ismertetni, hogy a diákokat motiválja és készítse a megoldásra,
- ⇒ a tanulók életkora nagyban befolyásolja a probléma nehézségi fokát,
- ⇒ az új probléma legalább részben a korábbi ismeretekre és tapasztalatokra kell, hogy épüljön, mely biztosítja a hipotézis felállítását, de nem ad kész választ az új helyzet megoldására,
- ⇒ fejleszteni kell a kritikus és kreatív hozzáállást a problémamegoldáshoz,
- ⇒ a legfontosabb, hogy a tanulók felfedezék a lényegi összefüggéseket és a kapcsolatokat a problémában, melyet meg akarunk oldani,
- ⇒ olyan helyzeteket kell teremteni, melyben a diákok megismerik a tanulás és az önálló munka módszereit,
- ⇒ minden tanulónak lehetőséget kell adni, hogy elmondja a hipotézisét és a javaslatát a megoldásra,
- ⇒ a munkafázisok nem merev sémák, amelyekről nem lehet eltérni,
- ⇒ ha lehetséges, biztosítani kell a diákoknak, hogy maguk tegyék fel a problémát és tervezzék meg a megoldást,
- ⇒ eredményesebb, amikor a diákok magunk értékelik a tanulási folyamat hatékonyságát és a munka eredményét (Ničković, 1980, 366).

A probléma alapú oktatást lehetséges bármely tantervben alkalmazni, mégis leginkább a számtanban, fizikában, kémiában és biológiában alkalmazzák. Fontos, hogy nem csak kísérletekkel és segédanyagokkal lehet véghezvinni. A lényege, hogy legyen egy nehézség, probléma, ellentmondásos helyzet, ami megoldható új ismeretek alkalmazásával. A korszerű tanártól elvárják, hogy az oktatásban probléma alapú helyzeteket teremtsen, hogy ösztönözze a tanulókat azok megoldására, hogy vezesse, segítse őket ügyelve, hogy a diákok amennyire csak lehetséges, függetlenül gondolkozzanak és dolgozzanak. A tanár alapvető feladata kiváltani a tanulók érdeklődését a megoldásra, és ezzel a kreatív alkotó tanulásra (Bakovljević, 2003, 50).

Interaktív tanulás a problémamegoldás során

A probléma alapú oktatás lényege, hogy a tanár nem jelenti be a végleges eredményeket és következtetéseket, mint valamit, ami bizonyított és adott, amely során a diákok nem tudják, mi alapján származnak azok a tényezők. E helyett a tanár vezeti őket az úton, hogy önállóan fedezzék fel az adott igazságokat.

A probléma alapú oktatás kivitelezhető a kooperatív és interaktív oktatás alapelvein is. Az interaktív oktatás alapja az együttműködés és a kapcsolatok, egymásrautaltság azok közt, akik együtt tanulnak. Ezért a pedagógusok ezt kooperatív-interaktív tanulási módszernek nevezik. Ez a folyamat a munkakészséget, a másokkal való együttműködés hajlandóságát, az egyenrangú kapcsolatokat teremtését fedi, ami nagy bizalom és toleranciát kíván azok iránt, akikkel együtt tanulnak. A kooperatív készség fejleszthető gyakorlással (Miletić, 2007). A probléma megoldása a tanításban jó pedagógiai légkört biztosít a kooperatív –együttműködési készségek fejlesztéséhez. Így az interaktív oktatás véghezvihető a frontális, csoportos, párban való és egyéni munka folyamán is, különböző pedagógiai hatásokkal.

Az interaktív tanulást a probléma alapú oktatásban a következő alapelvek szerint kell megszervezni:

- ⇒ fontos a problémás helyzet vonzereje (attraktivitása) és a diákok motiváltsága, hogy megoldják a helyzetet,
- ⇒ a problémás helyzet összhangban kell, hogy legyen a diákok korával, érettségi szintjével, korábbi ismereteikkel és készségeikkel a probléma megoldásra,
- ⇒ fontos az interaktív tanulás költséghatékonysága és alkalmazhatósága is,
- ⇒ nélkülözhetetlen a tanár felkészültsége, képessége és elkötelezettsége, hogy megfelelően elvégezze a probléma alapú interaktív órákat.

Az interaktív probléma alapú tanítás leghatékonyabb a csoportokban, mivel ilyenkor a csoporttagok között teljes az egymásra támaszkodás. A probléma alapú tanulás összetettsége miatt fontos, hogy a csoporttagok kölcsönösen aktivitásra ösztönözzék és türelemmel segítsék egymást a tanulásban.

Az interaktív oktatás akkor kivitelezhető, ha adott egy társadalmi légkör, amelyben pozitív az összefüggés a csoportok, valamint a csoporttagok között, és különböző interakciók jönnek létre a problémamegoldás során. Biztosítva van minden diák magas szintű önállósága és felelőssége, lehetőség nyílik a különleges szociális készségek fejlesztésére, figyelemmel kísérve a tanulási folyamatot és eredményeket, ill. értékeli a csoporttagok munkáját is.

A tanár, aki probléma alapú interaktív oktatást szervez, a hagyományos előadó – osztályozó funkciók helyett más specifikus kihívások elé néz:

- ⇒ meghatározza a tanulási célokat és a csoport céljait,
- ⇒ kiválasztja a kivitelezhető problémás helyzetet,
- ⇒ tervezi, koordinálja és irányítja a csoporttevékenységeket az interaktív tanulás során,
- ⇒ követi és értékeli az oktatási célok és a csoport céljainak elérését (Jensen, 2003).

Az interaktív tanulás előnyei a hagyományos tanulási formákkal szemben:

- a) Az iskolai eredmények növelése (a tudás mennyisége, minősége, tartóssága és alkalmazhatósága);

- b) Az interperszonális kapcsolatok fejlesztése (diák–diák, diák–tanár, diák–csoporttársak);

- c) Az önbecsülés és önbizalom közti kapcsolat fejlesztéséhez is hozzájárul.

Az interaktív probléma alapú oktatásban a különleges munkafázisok, pedagógiai elvek, az új helyzetek a tanulás során mind hozzájárulnak az interaktív tanulás felsorolt előnyeikhez.

Következtetés

A számos társadalmi és technológiai fejlődés változást okozott az iskolák munkájában is. A korszerű oktatási reformok arra a következtetésre jutnak, hogy az oktatásban a legfontosabb az absztrakt gondolkodás fejlesztése, a folyamatok és jelenségek megértése. A nővérek az egészségügyi csapat legszámottevőbb tagjai, az egyetlen, aki képzett az ápolás elvégzésére. Elvárt, hogy az ápolóknak fejlett kreatív, logikai, ok-okozati gondolkodásuk legyen, csak így tudják elérni a munkában elvárt kompetenciákat és biztonságot. Az iskoláktól elvárják a tanterv korszerűsítését, az oktatási technológiák fejlesztését, melyek célja a kreatív, gondolkodó, független személyiségek létrehozása, amely a nővéri foglalkozásban nélkülözhetetlen. A korszerű oktatási rendszerek beillesztése lehetséges minden tanítási helyzetben. A probléma alapú tanításra az elmúlt években több figyelmet szenteltek, mivel a diákokat kizökkenti a sztereotip gondolkodásból, és szellemi megerőltetést követel. Ezzel kiküszöbölhető a diákok passzivitása a tanítás során, hozzájárul az oktatás hatékonyságának növeléséhez, az iskolai teljesítmény (tudásszint, a tudás tartóssága, alkalmazhatósága), a gondolkodás fejlesztéséhez, a kitarítás és a függetlenség eléréséhez a tanulásban.

Az ápolásoktatás gyakorlati keretein belül is alkalmazható az interaktív oktatás, így például az egészségügyi eljárások gyakorlása során. A tanár az óra vezető részén elmondja az egészségügyi eljárás lényegét és hogy mikor végzik, a kivitelezést viszont a diákokra bízta. A diákok 4–5 csoportra vannak felosztva, mindegyik csoport kap egy munkafeladatot egy papíron, a tanulóknak

5 percük van, hogy átolvassák és előkészítik a szükséges eszközöket, kipróbálják a testhelyzetet, az ápolást a beavatkozás után stb... a tanár ez idő alatt körbejárja a csoportokat, és segít, amennyiben ez szükséges. Majd a munkalapok számozása alapján a csoportok képviselői elmondják, bemutatják, demonstrálják a munkafeladatukat a többi diák előtt. Az összes munkalap elmondásával az egész egészségügyi eljárás be lesz mutatva, amit majd közös vita követ.

A korszerű oktatási rendszerek növelik a diákok érdeklődését, hogy aktívan részt vegyenek a munkában, könnyebben felfedjék és megértsék az egészségügyi eljárások lényegét. Ez nagyon fontos az ápolási-gondozási folyamatok során, mely lényege, hogy a páciens a legjobb és legmagasabb szintű

ellátást kapja, ezért fontos az ápolásoktatásban a kreatív, logikai, ok-okozati gondolkodás fejlesztése. E nélkül lehetetlen, hogy az ápolók elérjék a szükséges szaktudást és hozzáértést. A korszerű oktatásban a független, aktív tanítás van előnyben. A tanulók minél többet kell, hogy olyan helyzetben legyenek, melyben önállóan kutatják az új tartalmakat, gyakorolják, ismételik azokat, összekössék a gyakorlatot és az elméletet, közvetlen kapcsolatban legyenek a tananyaggal, ne pedig a tanártól készen kapják azokat. Tehát nélkülözhetetlen több figyelmet szentelni az interaktív probléma alapú oktatásnak az ápolóképzés során, valamint a tanárok folyamatos továbbképzésének, hogy sikeresen alkalmazzák ezeket a módszereket.

Irodalomjegyzék

- Anuradha A. G. (1995). Collaborative Learning Enhances Critical Thinking. *Journal of Technology Education*, 7(1), 1045-1064. Hozzáférhető: <http://scholar.lib.vt.edu/ejournals/JTE/v7n1/gokhale.jte-v7n1.html>, 2014. 09.25.
- Bakovljević, M. (2003). *Didaktika*. Sombor: Univerzitet u Novom Sadu, Učiteljski fakultet u Somboru.
- Bakovljević, M. (1993). Za operativnije metodike [Részletes módszertan]. *Nastava i vaspitanje*, 5, 495-496.
- Đukić, M. (2003). *Didaktičke inovacije kao izazov i izbor* [Didaktikai innovációk, mint kihívás és választás]. Novi Sad: Savez pedagoških društava Vojvodine.
- Jensen, E. (2003). *Super-nastava*. Nastavne strategije za kvalitetnu školu i uspješno učenje [Szuper-tanítás. Tanítási stratégiák a minőségi oktatásért és sikeres tanulásért]. Zagreb: Educa.
- Kuka, M. (2006). Deskripcija algoritma problemske nastave egzaktnih prirodni nauka [A probléma alapú oktatás algoritmusai a természettudományokban]. Novi Sad: *Pedagoška stvarnost*, 1-2.
- Loncer, V.M., Abbot, R., Allen, K., Davidhizar, R. (2006). Implementation of problem-based learning in a final semester comprehensive nursing course. *Health Care Manager*, 25(2). Retrieved from: <http://www.scopus.com>
- Miletić, J. (2007). Kooperativna ili saradnička nastava [Kollaboratív tanítás]. Beograd: *Obrazovna tehnologija*, 3. Hozzáférhető 2014. 09.05. http://www.edu-soft.rs/cms/mestoZaUploadFajlove/6_OT_3_2007_JELENA_MILETIC_.pdf
- Ničković, R, Prodanović, T. (1980). *Didaktika*. Beog-rad: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Spajić, N. (2005). O nekim pitanjima pripremanja i izvođenja problemske nastave [A probléma alapú tanítás előkészítésének és végrehajtásának kérdései]. Novi Sad: *Pedagoška stvarnost*, 5-6.
- Sui, M.S., Spence Laschinger H.K., Vingilis, E. (2005). The effect of Problem-Based Learning on Nursing students Perceptions of Empowerment. *Journal of Nursing Education*, 2005, 44 (10) , 459. Retrieved from <http://www.scopus.com>
- Teodosić, R. (1970). Problemska nastava [Probléma alapú oktatás]. *Nastava i vaspitanje*, 3, 258-269.
- Terzioglu, F. (2006). The perceived problem-solving ability of nurses managers. *Jurnal of Nursing Managment* 14 (5), 340-347. Retrieved from <http://www.scopus.com>
- Vilotijević, M. (1996). *Sistemska-teorijske osnove nastavnog procesa* [Az oktatási folyamat rendszerei és elméleti alapjai]. Beograd: Učiteljski fakultet.

A szív majdnem ... gyilkosa

RUTTKAY Bánk, CSIRIK Gyuláné

Bevezetés

Bár a medvehagymaszezion a cikk írásának időpontjában már véget ért, mégis érdemes, és talán tanulságos az alábbi esettel megismertetni a Tisztelt olvasót. A XXI. században ismét reneszánszát éli az egészséges táplálkozás. A konyhába előtérbe kerültek a természetes alapanyagok, a természetes gyógy és fűszernövények. Ezek közül is legismertebb a medvehagyma (*Allium ursinum*). A medvehagyma számos az egészségre pozitívan ható tulajdonsággal rendelkezik. Erről Johan Künzle, svájci gyógyfűves lelkész a következőket írta: „Az egész testet megtisztítja, kihajtja belőle a megrekedt kóros anyagokat, egészségessé teszi a vért, kiüzi és elpusztítja a mérgező anyagokat....Nincs a Földön még egy olyan növény, amelyik ennyire hatásosan tisztítaná a gyomrot, a bélrendszert és a vért, mint ez.” [1] A természet flórája azonban megteremtette a medvehagyma negatív rokonát, a gyöngyvirágot (*Convallaria majalis*). [2] Magában a növényben található szívglikozidok miatt tekinthető rendkívül mérgezőnek. Ezen glikozidok felelősek a rendszertelen, lassú pulzusért. Okozhatnak hasi panaszokat, hasmenést. A gyöngyvirágból már közepes mennyiség elfogyasztása is halálhoz vezethet.

Esetismertetés

Az 53 éves nőbeteg, 04.01-én jelentkezett kórházunk sürgősségi osztályán. Akkori dokumentációja alapján, vagotóniát vélemé-

nyeztek. Egy napi obszerváció után otthonába bocsátották, negatív leletek birtokában, azzal a kitéttel, hogyha állapota romlik, ismét jelentkezzen. 04.02-án ismét jelentkezett a sürgősségi osztályon, állapot rosszabbodás miatt. Nagyon elesett állapotban érkezett, elmondása szerint délelőtt mellkasi nyomásérzés, majd erős hányingere, hányása jelentkezett. Vizsgálata alatt folyamatosan hányt. Egyéb tünete (véres széklete, vérhányása) nem volt. A vizsgálat alatt egyszer volt hasmenéses széklete. Fizikális státusza eltérés nélküli. Neurológiai vizsgálata eltérés nélküli. Az elkészült 12 elvezetéses EKG-n 35/min. junkcionális pótritmus, horizontális tengelyállás, QRS 80 msec., izoelektromos ST-k voltak láthatók (1. ábra). A bradycardiára való tekintettel 0,5 mg Atropint kapott iv. Az így elkészült kontroll 12 elvezetéses EKG-n 110/min sinus ritmus, bal tengelyállás, PQ távolság 120 msec., QRS 80 msec., izoelektromos ST-k. (2. ábra)

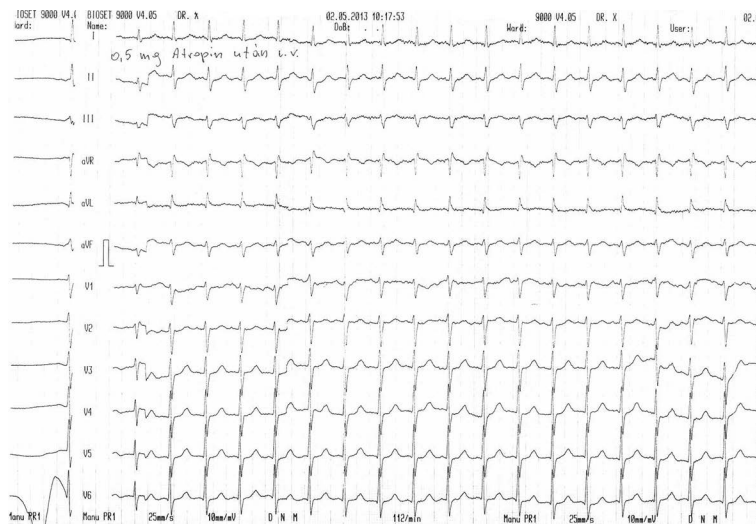
Elsődleges ellátása után, osztályunk kóránária őrzőjébe helyezik a beteget. Felvételekor 45/min sinus bradycardiája volt, megtartott vérnyomás (113/69 Hgmm) mellett. (3. ábra) Az elkészült ASTRUP érdemi eltérést nem mutatott (pH: 7,4, pCO₂: 25,6 Hgmm, pO₂: 100 Hgmm, O₂Sat: 99 %). A levett laborokban, különös tekintettel a necroenzimre Troponin-T, CK, CK-MB, GOT, LDH eltérés nélküliek voltak. A hat órával később megismételt necroenimek, kiegészítve D-Dimer vizsgálattal, szintén negatívak voltak. A labor eredmények ismeretében sem a pulmonális embóliát (PE), sem

RUTTKAY Bánk Diplomás ápoló, Pest megyei Flór Ferenc Kórház, III. Belgyógyászat – Kardiológia
CSIRIK Gyuláné Diplomás ápoló, Pest megyei Flór Ferenc Kórház, III. Belgyógyászat – Kardiológia
Levelező szerző (correspondent): RUTTKAY Bánk; elérhetőség: email: ruttikaybank@gmail.com
Beérkezett: 2016. szeptember 29. Elfogadva: 2016. november 21.

1. ábra. Felvételi 12 elvezetéses EKG, junkcionális pótritlussal



2. ábra. 0,5 mg Atropin adása után készült 12 elvezetéses EKG. Leírását lásd a szövegben



a NSTEMI-t igazolni nem tudtuk. A carotis sinus hyperestéziát (CSH) az SBO-n elvégzett carotis compressióval kizárták. A helyszínen elkészült mellkas RTG, érdemi eltérést nem igazolt. Bradycardiáját továbbra sem tudtuk mivel magyarázni. Többszöri rákérdezésre, igaz ekkor még csak gyógyszerekre gondolva, negálta bármiféle lassító (pl.: béta receptor blokkoló) szedését. Rendezett családi körülményei voltak ennek ellenére a suicid szándék lehetősége is felvetődik, de ezt is negálta páciensünk. A nap folyamán továbbra is bradycardiás, megtartott vérnyomás-

sal. Legmagasabb frekvenciája az első napon, 80/min (atropin hatásban), legalacsonyabb az éjszakai órákban 35/min volt. Az elkészült ECHO vizsgálat, kp tág üregeket, enyhe bal kamra hypertrophiát, megtartott systolés, és dyastolés funkciót igazolt, mitrális és aorta insufficientiát nem igazolt. A 16 óra 45 perckor elvégeztük a Schellong tesztet [3] (ortosztatikus hypotónia/syncope kizárása), melynek eredménye fekvő RR: 112/59 Hgmm, HR: 50/min., ülve RR: 86/49 Hgmm, HR: 74/min., állva RR: 85/55 Hgmm., HR: 50/min volt. Az elvégzett teszt bradycardiáját, és egyéb panaszait nem magyarázta. Hasi panaszai különös tekintettel a hányásra ekkor már csökkentek, per os folyadékot tudott fogyasztani, így a volumen terápiától a kezelőorvosa eltekintett. Az elvégzett invazív és non-invazív vizsgálatokkal strukturális szívbetegséget igazolni nem tudtunk, így a bradycardia okát tovább kerestük. Többszöri rákérdezésre és a családdal folytatott beszélgetések kapcsán, osztályos kezelésének cc 5. órájában kiderült, hogy az első SBO-s megjelenése előtt medvehagyma salátát fogyasztottak. Megjegyzendő és a diagnózis felállítását ne-

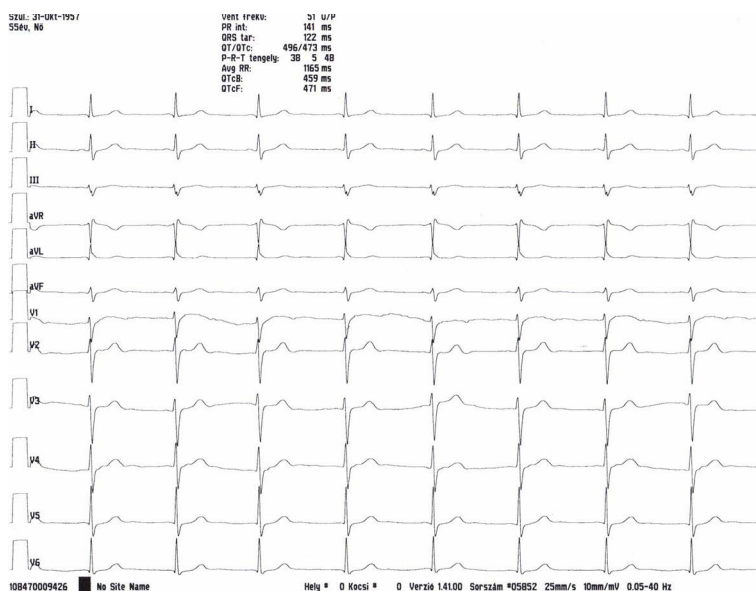
hezítő körülmény, hogy a 4 tagú családból csak az édesanyának voltak panaszai. A beteg és a család elmondása szerint a medvehagymát egy ismeróstól kapták, aki már évek óta hozza nekik a gyógynövényt, eddig semmi gondot nem okozva. Az osztályvezető főorvos kérésére, az akkora már kidobott, majd a kukából kiszedve a medvehagyma saláta alapanyagát, illetve a maradékot bevizsgálásra behozták. A behozott mintát a Péterfy kórház toxikológiájára küldtük. A bevizsgálattal során a vizsgáló azonosította a gyöngyvirág levelét, illetve

annak hatóanyagát a mintában. Ápolásunk második napján betegünk panaszmentessé vált, ételt italt fogyasztani tudott, bradycardiája megszűnt, normofrekvensé vált, vérnyomása megtartott volt. Életet közvetlenül veszélyeztető ritmuszavart megfigyelése alatt nem tapasztaltunk így, stabil vitális paraméterekkel, negatív 12 elvezetéses elektrokardiogrammal otthonába bocsátottuk. (4. ábra)

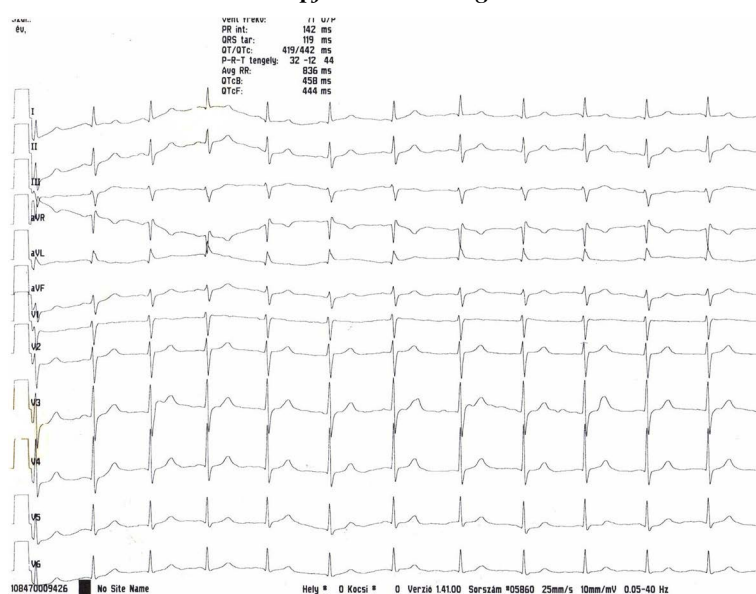
Összegzés

Látszólag teljesen egészséges betegnél, akinek bármilyen panaszt, vagy tünetet okozó bradycardiája van, melyet strukturális szívbetegség jelenlétével megmagyarázni, igazolni nem tudunk, gondoljunk egyéb lehetőségekre. Leggyakrabban gyógyszer okozza a súlyos, néha az életet közvetlenül veszélyeztető bradycardiát. Az évnek bizonyos szakaszában (május – június) hónapokban jusson eszünkbe a medvehagyma illetve a gyöngyvirág összetévesztéséből, összekeveréséből adódható mérgezés, és a kisebb vagy nagyobb mennyiségben a szerveszetbe kerülő szívglikozidák jelenléte. Gyanú esetén szerezzük be az alapanyagot, küldjük bevizsgáltatásra, ezzel a felállított diagnózist megerősíthetjük. A fenti eset mindenki számára, de leginkább a család számára

3. ábra. Koronária őrzőben készült felvételi 12 elvezetéses EKG



4. ábra. Az elbocsátás napján készült negatív 12 elvezetéses EKG



szerecsésen végződött, tapasztalva, okulva a törtétekből.

Irodalomjegyzék

1. Márciustól április végéig medvehagyma – ameddig a szem ellát... (letöltve: 2016. 11.21.)
2. <http://ambergvendeghaz.hu/hasznos-infoprogramtervekhez/marciustol-aprilis-vegeig-medvehagyma-ameddig-a-szem-ellat/>
3. Wikipédia: Gyöngyvirág (letöltve: 2016. 11.21.) <https://hu.wikipedia.org/wiki/Gy%C3%B6ngyvir%C3%A1g>
4. Kardiológiai Szakmai Kollégium: Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja: A syncope diagnosztikája és terápiaja. (letöltve: 2016. 11.21.) http://www.kk.pte.hu/docs/protokollok/KARD_Syncope_P.pdf

Dr. Baloghy Mária Emlékiállítás

HIRDI Henriett Éva PhD

Az 1910 és '12 között – Vágó József, korának híres építészének tervei alapján szecessziós stílusban épült – Schiffer-villában található Pénzügyőr- és Adózástörténeti Múzeumban nyílt meg Dr. Baloghy Mária, a hazai foglalkozás-egészségügyi szakápolói képzés alapítójának életművét bemutató emlékiállítás. Mint az a Nővér folyóirat korábbi lapszámaiban már ismertetésre került 1933-ban – jelenlegi ismereteink szerint Európában elsőként –, Budapesten indult el a gyárgondozónői tanfolyam. (Hirdi, 2013; Hirdi, 2015)

A „Dr. Baloghy Mária és a magyar foglalkozás-egészségügyi ápolás kezdetei” című időszaki kiállítás ünnepélyes megnyitójára 2016. október 15-én, a MESZK VII. Foglalkozás-egészségügyi Ápolói Továbbképző Nap keretei között került sor. A megnyitót megtisztelte jelenlétével Judith Fakkal, a Foglalkozás-egészségügyi Ápolók

Európai Szövetségének (FOHNEU) elnöke is.

A kiállítás fókuszában a kutatásom során fellelt eredeti oklevelek és tankönyvek mellett egy látványos idővonal áll, mely bemutatja Dr. Baloghy Mária életútját. Szintén kiemelt helyet foglalnak el irodalmi alkotásai, az általa írt, szerkesztett és fordított ifjúsági könyvek.

A kiállítás 2017. február közepéig ingyenesen megtekinthető, ahol a fentiekén kívül az is megtudható, hogy ki volt az első szakképesítéssel rendelkező gyárgondozó, aki egy újpesti gyárban került alkalmazásra.

Szeretettel várunk minden kedves látogatót!

Elérhetőség:

Pénzügyőr- és Adózástörténeti Múzeum
1063 Budapest, Munkácsy Mihály utca 19/B. (egykori Schiffer-villa)
Nyitva tartás: hétfőtől csütörtökig 8.00-16.30 és pénteken 8.00-14.00.



Irodalomjegyzék

1. Hirdi H. (2013) Magyarország a foglalkozás-egészségügyi szakápolói képzés bölcsője. *Nővér*, 6: 26-40.
2. Hirdi H. (2015) 120 éve született Baloghy Mária, a hazai gyárgondozónői képzés alapítója. *Nővér*, 1: 35-39.

HIRDI Henriett Éva PhD alapellátási alelnök, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, Budapest
Levelező (correspondent) szerző: HIRDI Henriett Éva, elérhetőség: e-mail: hirdi.henriett@gmail.com



TENA Pants Plus

A diszkrét, fehérneműként használható pelenkanadrág

A TENA Pants termékek jellemző tulajdonságai:

- ✓ **Diszkréción** – hagyományos fehérneműhöz hasonló kialakítás
- ✓ **Légáteresztő** – kíméletes a bőrhöz
- ✓ **Feel Dry™ technológia** – kiemelkedő szárazságot biztosít
- ✓ **Biztonság** – körkörös gumírozásának köszönhetően szorosan illeszkedik a testhez, így véd a szivárgások ellen

TENA Pants Plus inkontinencia termékek rendelkezésére:

Termék	Darab/ csomag	Nedvszívó- kapacitás (ml)	Támogatás mérete	Fizetendő bruttó betegrés/ hó (90 db)*	TB támogatás bruttó összege (Ft/hó)	Támogatás nélküli bruttó fogyasztói ár/ csomag**
☾ TENA Pants Plus S	14	1843	FIX	5144 Ft	8001 Ft	2045 Ft
☾ TENA Pants Plus M ÚJ!	30	1890	80%/KGY	2515 Ft	10287 Ft	4266 Ft
☼ TENA Pants Plus L ÚJ!	30	1910	FIX	6858 Ft	10287 Ft	5715 Ft

☼ = nappali kategória, ☾ = éjszakai kategória, (KGY) = közgyógyellátásra írható, 80% = általános jogcímmel írható
 A TENA Pants Super termékek kizárólag teljes áron vásárolhatók meg a gyógyszerüzletekben és a gyógyászati segédeszköz boltokban.
 Az árak 27% ÁFA-t tartalmaznak. * Bruttó térítési díj. ** A közfinanszírozás alapjól elfogadott ár+ÁFA (csomag darabszámmal számolva).
 Negyedévre írható maximális mennyiség 270 db. Bővebb információ a termékekről: www.TENA.hu, sejk.oep.hu



INKO-INFO (ingyenesen hívható zöldszám): 06-80-20-10-20
 Hívható hétköznapokon 9.00 – 13.00-ig
 SCA HYGIENE PRODUCTS Kft. 1021 Budapest, Budakeszi út 51.
www.TENA.hu

A dokumentum lezárásának ideje: 2016. 12. 02.

