

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

Scientific and educational journal
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A TARTALOMBÓL:

Százötven éve született Lillian D. Wald, az otthonápolás
és szegényellátás amerikai hősnője

Cardiovascularis rizikófaktorok vizsgálata
a pitvarfibrilláció prioritásában



Május a vérnyomásmérés hónapja !



**A Nemzetközi Hypertonia Társaság és a Hypertonia Világ Liga
mozgalmat hirdetett 2017 májusára
(May Measurement Month 2017 – MMM17).**

- A mozgalom újabb figyelemfelhívás a népbetegséggé vált hypertonia veszélyeire, kellő időben történő felismerésére és megelőzésére.

A Egészségügyi Világszervezet minden év május 17.-ére hirdeti meg a Hypertonia Világnapját, mely most kiegészül egy egész hónap vérnyomásmérési programjával.

- A 3,5 millió hypertóniás beteg miatt Magyarország is jelentkezett a mozgalomba, melynek során, olyan egyéneknél történik adatlap kitöltés és vérnyomásmérés, akiknél egy éven belül nem volt megmérve a vérnyomása (MMM17-HU Program).

A vérnyomásmérő helyek terveink szerint a Hypertonia Ellátó helyek, a társ-társaságok szakrendelése, a háziorvosi rendelők és a gyógyszertárak, a munkahelyek és a családtagok lesznek. Önkéntesek segítségével közösségi rendezvényeken, bevásárló központokban is sor kerülhet vérnyomásmérésre.

A jelentkezéskor mindenki kódot és a mozgalom dokumentumait kapja meg.

**Kérjük, hogy jelentkezésével, támogató és segítő részvételével segítse
a mozgalom hazai megvalósulását.**

Jelentkezni lehet a Nemzeti Koordinátori Iroda címén:

mmm17.hu@gmail.com

Prof. Dr. Kiss István
az MHT elnöke



a Magyar Hypertonia Társaság vezetősége
névében

Prof. Dr. Járai Zoltán
az MHT főtitkára

Bővebb információ, jelentkezési adatlap elérhető a www.meszk.hu honlapon.

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, 2017, 30 (2), 1–44.

TARTALOMJEGYZÉK

ÁPOLÁSTÖRTÉNET – TOVÁBBKÉPZÉS

Százötven éve született Lillian D. Wald,
az otthonápolás és szegényellátás
amerikai hősnője

Balogh Zoltán, Balogh Ádám, Misi Adelina

3

EREDETI KÖZLEMÉNY

Cardiovasculáris rizikófaktorok vizsgálata
a pitvarfibrilláció prioritásában

Békefi-Meng Zsuzsa, Pakai Annamária,
Szunomár Szilvia, Váradyné Horváth Ágnes

8

Méhnyakrákkal kapcsolatos ismeretszint
roma nők körében

Bogdáné Basa Eszter, Vajda Réka,
Váradyné Horváth Ágnes, Karácsony Ilona,
Pakai Annamária

20

Kockázatos gyógyszerek kezelése hólyag-
instilláció során: epirubicin szennyezettség
mértéke zárt rendszer mellett és hiányában

Bognár Krisztina, Zrínyi Miklós, Juhász Ákos,
Batka Gábor

29

ÁPOLÁS GYAKORLATA

Az intermittáló tiszta önkátéterezés

Nyilasi Anikó

36

KITEKINTÉS

Bemutatók a Magyar Hospice-Palliatív

Egyesület

Lukács Miklós

43

CONTENTS

HISTORY OF NURSING – CONTINUING EDUCATION

American Heroine of home care nursing
and social care, Lillian D. Wald was born
150 years ago

Zoltán Balogh, Ádám Balogh, Adelina Misi

3

ORIGINAL CONTRIBUTION

Examination of cardio-vascular risk factors
in the priority of atrial fibrillation

Zsuzsa Békefi-Meng, Annamária Pakai,
Szilvia Szunomár, Ágnes Dr. Váradyné Horváth

8

An examination of knowledge about cervical
cancer Roma women in Hungary

Eszter Bogdáné Basa, Réka Vajda,
Ágnes Váradyné Horváth, Ilona Karácsony,
Annamária Pakai

20

Handling hazardous drugs during bladder
instillation: epirubicin contamination with
and without a closed system

Krisztina Bognár, Miklós Zrínyi, Ákos Juhász,
Gábor Batka

29

NURSING IN PRACTICE

Intermittent Clean Catheterisation (ICC)

Anikó Nyilasi

36

OUTLOOK

Introduction of the Hungarian Hospice-

Palliative Association

Miklós Lukács

43

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

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

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

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

LITERATURA MEDICA
ANNO 1990

LifeTime Media Kft.

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

Prof. 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

Dr. Velkey György

Sövényi Ferencné

Tóth Ibolya

Prof. PhD. Valérie Tóthova PhD

**Lapunkat rendszeresen
szemlézi a megújult**



www.observer.hu

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

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

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

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

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

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

A szerkesztőség a beérkezett kéziratokkal (elfogadott vagy nem elfogadott) kapcsolatosan biztosítja az érintettek vonatkozásán 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 cikkekben megfogalmazott vélemény a szerző sajátja, és nem feltétlenül esik egybe a szerkesztőség/kiadó álláspontjával.

A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.

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

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

Százötven éve született Lillian D. Wald, az otthonápolás és szegényellátás amerikai hősnője

Dr. BALOGH Zoltán, BALOGH Ádám, MISI Adelina

Lillian D. Wald 1867. március 10-én született az Ohio állambeli Cincinnati városában, Max D. Wald és Minnie Schwarz lányaként. Harmadik gyerek volt egy négygyerekes családban. A Waldok és a Schwarzok németországi és lengyelországi rabbik és kereskedők leszármazottai, akik az 1848-as forradalmak miatt hagyták el Európát jobb üzleti lehetőségeket keresve. Max Wald sikeres optikai eszköz kereskedőként kereste a kenyerét először Cincinnati-ban majd Daytonban míg végül 1878-ban a New York állambeli Rochesterben telepedtek le. Lillian Wald ezt tartotta szülővárosának. Wald úgy emlékezett vissza a 16 évesen házasodott anyjára, mint kedves, barátságos és szívélyes, míg apjára, mint zárkózott, praktikus és csendes ember. Az otthonuk túlsordult könyvekkel és zenével egy szővel művészettel. Wald jó szívvel gondolt vissza szerető nagyapjára is, aki maga egy sikeres kereskedő volt, de figyelmet szentelt unokáira is, mindig érdekes történeteket mesélt és sokszor ajándékokat vitt neki és a testvéreinek. Annak ellenére, hogy a Waldok a megújult rochesteri B'rith

Kodesh templom tagjai voltak Lillian Wald nem kapott semmiféle zsidó nevelést és szabadelvű zsidó légkörben teltek a tanulmányi évei is.

Wald a tanulmányait rochesteri Miss Cruttenden Angol-Francia Bentlakásos és

1. ábra.



Napközis Iskolájában kezdte. Megmutatva a kiváló nyelvi, művészi, matematikai és tudományok béli képességeit, 16 évesen jelentkezett a Vassar Főiskolára ám a kora miatt elutasították a felvételét. Majd 1889-ben beiratkozott a New Yorki Kórház ápolóképző tanfolyamára. Az érettségije után 1 évig dolgozott a New Yorki Fiatalkorú Menekültügyben, de végül elhagyta ezt a fajta nővéri pályát, hogy orvos legyen belőle. Röviddel az után, hogy a New Yorki Női Orvosi főiskolán kezdett órákat venni.

1893-ban elfogadott egy felkérést, hogy képzést indítson otthonápolásból a bevándorlók számára, akik Manhattan alsó keleti részén éltek. Wald az egyik órája alkalmával esett át a „tűzkeresztségen”, amikor egy kislány elvezette egy beteg nőhöz egy lepusztult bérházba. „Látta a társadalmunk

Dr. BALOGH Zoltán PhD, főiskolai tanár, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar
BALOGH Ádám, önkéntes segítő, tanuló, Kossuth Lajos Gimnázium
MISI Adelina, mesterápoló hallgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar

szociális és gazdasági hibáit ebben az egy kis útba befoglalva” ami miatt elhatározta, hogy személyes ügye és felelőssége elfogadható egészségügyi ellátás létrehozása New York e részében élők számára. Elhagyta az orvosi iskolát, barátaival és kollégájával, Mary Brewsterrel elköltözött a „College Settlement House-ba” a Rivington utcába majd a Jefferson utcai bérházba és megalapította a Nurses Settlementet, melyet az önzetlen keresztény programokra alapozott, amik az egyetlen segínyt jelentették a nyomornegyedeknek. Noha Wald zsidó származású volt, a nézőpontja, valamint az egészségügyi ellátás is vallásmentes volt, melyek alapján akkoriban „univerzalista” elnevezést kapott. Ugyancsak 1893-ban találkozott egy tehetős bankárral is Jacob Schiffel, aki maga is 1865-ben ment New Yorkba bevándorlóként. Schiff támogatta Waldot anyagilag is a Henry utcai épület megvételében, és abban is, hogy Wald megfelelően ki tudja alakítani az ápolói ügynökségét, szolgálatát.

1895-ben Wald letelepedett a 265-ös szám alatt a Henry utcában, ahol megalapította a bevándorlókat ápolók közösségét. A megvásárolt épületegyüttes egy csapat nővérnek adott otthont, akik nap, mint nap járták a nyomornegyedeket és megszámlálhatatlan mennyiségű betegséget kezeltek. Egy olyan korban, ahol a szegényektől legtöbbször elfordultak a kórházak Wald és az elképesztő nőkből álló csapata teljesen ingyen nyújtott segítséget a saját testi épségüket kockáztatva olyan betegségekkel szemben, amiket mára már teljesen kiirtottak. E csapatból az egyik hölgy Margaret Sanger volt, aki később az amerikai születésszabályozás egyik nagy szószólója lett.

A menedékháznak semmi problémája nem volt azzal, hogy a régi lakóépületet átalakítsák egy teljes mértékben működő klinikává, a szobák továbbra is otthonosak voltak a legtöbb beteg számára. A nővérek sorban egymás mellett kicsiny hálóban laktak az emeleten, ezek közül sokat ma már átalakítottak takaros kis irodákká. A legéletteli és kétségtelenül a legnagyobb történelmi értékkel bíró házrész az ebédlő volt hatalmas mahagóni fa asztalokkal, ahol Wald szórakoztatta különböző vendégeit a legszegényebbtől kezdve a legnagyobb gondolkodókön át,

a legelőrehaladottabb gondolkodású egyénéig.

Wald egyértelműen látta a szegénység társadalmi okait, a környezetében pedig kiegészítette az ápolói szolgáltatást a terület fejlesztésére irányuló programokkal is. A szomszédos lakosokkal együtt lány és fiú klubokat szerveztek, mint ahogy osztályokat a művészetekből, iparművészetekből, angol nyelvből és drámából, valamint közösségi eseményeket tartottak. Még az újonnan épült Clinton Hallt is kibérelték szakszervezeti találkozó céljából. A ház szakmai képzést és útmutatást nyújtott, sőt Wald még a képzési idő alatt ösztöndíjat is adott a tehetséges fiúknak és lányoknak ezzel lehetővé téve számukra, hogy 16 éves korig járhasanak iskolába. Szorgalmazta a parkok, játszóterek és a jobb lakhatás biztosítását a tuberkulózis megszüntetése érdekében. Ezt más néven a „szabók betegségének” is nevezték, mivel a betegségben szenvedők nagy része zsidó bevándorló volt, akik közül sokan a textillel dolgoztak.

Minthogy a közegészségügy létrehozása elsődleges célja volt, Wald forradalmasította a közegészségügyi ápolást – és megalkotta a szakma nevét is – azzal az ötlettel, hogy „az ápolók szerves kapcsolatot alakítsanak ki a környezetben élőkkel, részei legyenek életüknek és a terület minden lakosa számára egyetemesen nyújtsanak ellátást”. Az ápolók egy csúsztható díjtáblázatot működtettek, ezzel a város minden lakosa számára elérhetővé vált az orvosi állítás és felügyelet. Az ápolók felelőssége volt az orvosok hívása, karitatív szervezetek értesítése és a szükségletek kielégítése. Napi nyilvántartást vezettek és oktatásokat is indítottak. 1905-ben csak a Henry utcai ápolók már 18 kerületet láttak el és 4500 betegre ügyeltek. Wald munkássága imponált mind a Kelet-Európából érkezett zsidó bevándorlóknak, mind pedig a New Yorki német zsidó családok, akik nagy része támogatók lettek, ami önkéntes segítségnyújtáson keresztül valósult meg.

Történelmi jelentőségű otthoni ápolási szervezetek alakultak ki az Egyesült Államokban a XIX. század végén. A New York Városi Misszió Asszonyi Részlege (Woman's Branch of the New York City Mission) volt

2. ábra.



az első, amely szakképzett ápolót alkalmazott a betegek otthoni gondozására. A Henry Utcai Settlementet (Henry Street Settlement) 1893-ban alapította Lillian Wald és Mary Brewster azzal a céllal, hogy az emigránsokat gondozzák. Ugyanebben az időszakban, Kaliforniában, Los Angeles környékén az állam által támogatott otthoni szakápolási és egészségügyi programok jöttek létre. Wald a nyilvános ápolói ellátás kiterjesztésén is munkálkodott és ennek hatására 1902-ben kérvényezte az első amerikai állami ápolóiskolai programot New York városban. Lillian Wald és Mary Brewster indítottak programot látogató ápolók számára. Wald a közegészségügyi ápolás megalapítója fogalmazta meg azokat a gondolatokat, amelyek összekötötték az ápolás, az anyaság, a társadalmi jólét és a közösség fogalmait. Munkájában célul tűzte ki a legnagyobb kockázatnak kitett populációk szükségleteinek kielégítését az otthoni betegellátás megszervezésével, illetve a betegségek előfordulásának csökkentését a megelőző intézkedések bevezetésével.

Ezen elképzelések és megvalósult fejlesztés

tések hatására a New York-i Metropolitan Életbiztosító Társaság 1909-ben kezdte anyagilag támogatni az otthoni szakápolást. A fejlődés magával hozta az előzetes beavatkozás, a prevenció fogalmát az ápolók részéről, amikor azok a biztosító társaság által finanszírozott betegeket otthonaikban gondozták és oktatták. A Biztosító ápolói szolgáltatást kezdett biztosítani a kötvénytulajdonosaik számára, amit később más biztosítási cégek is bevezettek. 1910-ban a folyamatosan induló ápolóképző osztályai miatt a Columbia Egyetem és Főiskola tanárai elindítottak egy ápolási és egészségügyi szakot. Ugyancsak megalakult a Közegészségügyi Ápolás Országos Szervezete, amelyet a szakmával egyeztetve maga Wald kezdeményezett, így őt választották meg 1912-ben az első elnökének is.

Amíg a Henry utca szigorúan vallásmentes volt, addig Wald látta, hogy a munka spiritualitással megtelve folyik „egy új impulzus egy régi evangéliumhoz.” Támogatta azt az ötletet, hogy a szervezett vallásgyakorlás az etikai kódexbe kerüljön bele. A munkáját úgy látta, mint az emberek jobb akaratúvá és humanitáriusabbá válásának egy része a fokozatos fejlődésben. Nem mutatott semmilyen kifejezett vallási kapcsolatot ő és a zsidó bevándorlók, akikkel dolgozott, de értékelte a társadalomra tett hatásukat és segítette benne őket. Wald mindig is az amerikanizálódás ellen szólat felt, mivel azok a bevándorlók kultúráinak eltűnését eredményezték volna. Úgy tartotta, hogy az újonnan érkezők művészei, hagyományai, szokásai és ötletei „új élet és új vér Amerika számára”. Wald egyik fő céljának látta, hogy ő legyen az emberi összetartozás egyik szószólója. A mozgalom áthidalta az etnikai, raszsi, társadalmi elhelyezkedésbeli és a bevándorlók közötti különbségeket. Wald a szomszédjai, barátjai számára olyan volt, mint egy ügyvéd. Úgy szólt fel, mint a bevándorlók egy „bizalmas ismerőse”. Mind a magánéletben és közéletben egyaránt fenntartotta a szólásszabadság jogát a bevándorlók körében is és a radikalizmusnak is teret engedett, amire úgy érvelt, mint egy példa „a haladás és az igazságra való törekvés”. Wald megvédte az újonnan bevándorlók kulturális értékeit és felkérte főleg a magasabb réte-

gekből származó német zsidó hallgatóságát, hogy tekintsenek felelősséggel az egyre duzzadó külvárosi népesség megvédésére, mint az Országos Zsidó Nők Egyesületének első intézkedésére. Arra ösztönözte őket, hogy sztrájk esetén próbálják megérteni mind a két felet és ne pedig a munkásosztály sikeretlenségét ünnepeljék, hanem próbálják kideríteni, hogy mi volt az oka az elégedetlenségnek.

Wald mint a New York-i kereskedők egy elismert embere tagja volt 1908-ban a bevándorlásért felelős bizottságnak, ami Charles Evans Hughes kormányzó ajánlásával a városban élő bevándorlók élet és munka körülményeit vizsgálta. A bizottság jelentése az Ipari és Bevándorlásügyi Állami Hivatal megalapításához vezetett. A következő évben Wald együtt dolgozott Mary Ovigtonnal, Florence Kellyvel és Henry Moskowitzzal és még sok más emberrel a színes bőrű emberek jólétért harcoló országos szervezet megalapításakor miután felajánlotta a Henry utcai épületet a konferencia helyszínéül.

A textilipari dolgozók sztrájkjai alatt 1910 és 1912 között az érintett felek egyik képviselőjeként vett részt azon tárgyalásokon, ahol a szoknya-, köpeny- és öltönygyártók egészségügyi ellenőrzést vizsgáló közös vezetősége tanácskozott. A testület tűz- és egészségvédelmi intézkedéseket követelt valamint a várandós dolgozók védelmére szolgáló intézkedések törvényesítését.

Wald politikai érdeklődéséből származó energiáját gyakran a gyerekekre és a dolgozó nőkre fordította. 1903-ban segítette megszervezni a Nemzeti Női Liga Szakszervezetét. Élete végéig tagja volt New Yorki Gyermekmunka Bizottságnak, amit Adlerrel, Kellyvel és másokkal együtt 1904-ben alapítottak a gyermekmunka elleni harc céljából. Az ötlet Waldtól származott, hogy a Munkaügyi Hivatalon belül a gyerekeknek is külön hozzanak létre egy részleget, amin 1906-1912 folyamatosan dolgozott. Elutasította Taft elnök ajánlatát, hogy legyen ő az irodavezető mivel úgy gondolta, hogy sokkal hasznosabb lehet a Henry utcai feladatoknál. Ugyan nem volt női jogi harcos, de tudta, hogy a nőknek különleges képességük van ahhoz, hogy a kormányokat a közmegelegedés képviselése felé tereljék. A

New Yorki Női Választójogi Párt tiszteltbeli alelnökeként kampányolt a női egyenjogúságért és az 1915-ös népszavazáson hatalmas többségben lévő munkásosztályra való szavazati jog kiterjesztése érdekében.

Wald félt a növekvő nemzetiségi és kívülálló ellenes kampányoktól, amik Amerika az I. Világháborúba lépésével indultak el. A háborúra úgy tekintett, hogy az az egységes emberiségről alkotott képét akadályozza. Mint az Amerikai Katonaszellem Ellenes Csoport tagja Kellyvel, Addamssal együtt a Wilsoni kormánynál lobbizott azért, hogy az ország ne vállaljon még több aktív katonai szerepet a háborúban. Keményen kitartott elvei mellett még azok után is, hogy több támogató megvonta a segítségét Henry utcai ellátásoktól. Miután az Amerikai Egyesült Államok belépett a háborúba a személyi jogok megvonása ellen dolgozott főleg a háború miatt bevándorlók terén. A Honvédelmi Tanács Otthonápolási Bizottság elnökeként, a Vöröskeresztes Ápolók Vészhelyzeti Tanács élén indította el a küzdelmet az 1918-as influenzajárvány idején. Vezetése alatt a Henry Utcai Settlement minden influenzával kapcsolatos ügyet kezelt és irányított a több ezer önkéntest.

Wald politikai tevékenysége folytatódott a háború után is. Harca a militarizmus ellen oda vezetett, hogy végül megalapította a Szabad Nemzetek Szervezetét, ami a Külpolitikai Társaság előfutára volt. Hűségesen követte a demokrata párt haladásról szóló jövőképét még azután is, hogy 1912-ben Wilson elutasította a női szavazati jog bevezetésének támogatását. Wald Haladás pártban való előrejutása azt eredményezte, hogy elfordult mindkét politikai oldaltól. Alfred E. Smith öt egész karriere során támogatta az Alkohol tilalommal kapcsolatos nézeteltérésük kivételével. Eleanor Roosevelt barátja volt és le volt nyűgözve Franklin Roosevelt politikájától, valamint attól, hogy az elnök több régi Henry utcai dolgozót is kinevezett több közigazgatási posztra. (Adolph A. Berle, Jr., Frances Perkins, Henry W. Morgenthau, Jr., and Sidney Hillman). Úgy gondolta, hogy azon alapelvek, amelyeket ott találtak ki, végül felhasználásra kerültek a kormány által.

1936-ban kezdődő időszakos szívpanaszai és anémia kezdett úrrá lenni az egészségén.

Utazásai, mint például a 1910-es világkörüli útja vagy a 1924-es oroszországi útja ahova a közegészségügyi intézkedések tárgyalásáért ment vagy a vakációi egyre ritkábbak lettek. 1933-ban lemondott, mint vezető a Henry utcai feladatairól és nyugdíjba ment a Connecticut állambeli westporti tó partján lévő házába. Itt megírta a második könyvét, az első egy önéletrajzszerű anekdotázó könyv volt, ami 1915-ben jelent meg „The House on Henry Street” címmel. Az élettapasztalatairól szóló könyvet pedig „Windows on Henry Street” címmel írta meg. Szintén 1936-ban felemelte hangját az Európában egyre növekvő antiszemitizmus ellen. „Ha a rosszat felrobbant valakire, akkor mindenkivel rosszat tesz” és újabb optimizmussal várta, hogy a közérdek majd győzedelmeskedik a gyűlölet és a tudatlanság felett.

Wald munkássága emlékezetes maradt az egész XX. századon keresztül. Becsületbeli tagja, titkára, tanácsadó lett körülbelül 30 államban a nemzeti közegészségügyi és jóléti szervezetnek, valamint arany medált nyert az Országos Társadalomtudományi Intézettől 1912-ben a közegészség ügye kialakításában kifejtett szerepe elismeréseként. További elismerésként a Mount Holyoke Főiskola és a Smith Főiskola tiszteletbeli jogi doktori címet adott neki. A 70. születésnapján, 1937-ben nagygyűlést tartottak a tiszteletére, ahol Rooseveltnél elnöktől és Lehman kormányzótól olvastak fel dicsőítő szavakat, valamint LaGuardia polgármester úr átadta neki a városért tett kiváló szolgálatának bizonyítványát.

Lillian Wald 1940. szeptember elsején halt meg Westportban, 73 évesen hosszú ideig elhúzódó betegségben egy agyvérzés követke-

tében. A New York állambeli Rochesterben temették el, ahol ma is nyugszik.

Az együttérzése és a jó humora sok csodálóját és támogatóját csábította azokra a pályákra, amiket ő végigjárt. Önbizalma, irányítási készsége és a szegénység társadalmi okainak megértése és a körülötte lakók, valamint a nőkhöz kötődő kapcsolatai buzdították arra, hogy az egységes emberiség létrehozásáért dolgozzon. Elkápráztatta az embereket a hihetetlenül nagy együttérző képességével, de sok tekintetben ő egy modern vállalkozó is volt, aki megtalálta a haladás útját, amivel meg tudja oldani a New Yorkot sújtó társadalmi „betegségeket”, amit hatalmas képzelőerővel és mindenféle előítélet nélkül ért el. Folyamatosan egyre több közéleti személy kezdett megemlékezni a munkásságáról, a késő 1940-es években rengeteg barátja gyűlt össze a Carnegie Hallban, hogy megemlékezzenek róla. 1965-ben a nagy tetteket végbevivő amerikaiak közé vették fel, alakját elhelyezték a New Yorki Egyetemen található Amerikai Hírességek Csarnokába is. 1993-ban a Seneca Fallsi Nemzeti Híres Nők Csarnokába is beválasztották. Wald elképzelése az emberi testvériségről – „minden emberrel egyben, aki a világon él” – tette számára lehetővé, hogy a haladás korában nagyot alkosson szociális reformok, közegészségügy és közösségi mozgalmak terén.

A Henry utcai menedékház még ma is üzemel ugyanabban a három épületében, New York ugyanazon részén. Most a nagyrészt ázsiai és színes bőrű, valamint a latin népeségnek nyújt segítséget és halad ugyanazon az úton amit Wald nyitott meg a zsidó bevándorlókkal az 1890-es években a társadalmi egyenlőség és az egységes emberiség irányába.

Irodalomjegyzék

1. Farkas G. (2003) A hagyományos ápolástól az otthoni szakápolás kialakulásáig: nemzetközi és hazai ápolástörténeti kitekintés. *NŐVÉR*, 16 (3) 3-10
2. Henry street settlement and the legacy of Lillian Wald. (2017). Hozzáférhető 2017-03-10 <http://www.boweryboyshistory.com/2017/03/henry-street-settlement-legacy-lillian-wald.html>
3. Hunt, R., Zurek, E. Z. (1999). Bevezetés a közösségi ápolás módszertanába. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest
4. Marjorie N.F. (2010) Lillian D. Wald 1869-1940 Hozzáférhető 2017-03-01 <https://jwa.org/encyclopedia/article/wald-lillian-d>
5. Modly, D.M. (1997). Otthoni ápolás az Amerikai Egyesült Államokban és világszerte. *NŐVÉR*, 10 (1) 3-8
6. Rice, R. (1998). A házi betegellátás ápolói kézikönyve. (pp. 19-31, 566-568) Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest
7. Rosen, G. (1993) A history of public health. The Johns Hopkins University Press Ltd., USA, Baltimore, Maryland

Cardiovascularis rizikófaktorok vizsgálata a pitvarfibrilláció prioritásában

BÉKEFI-MENG Zsuzsa, DR. PAKAI Annamária, SZUNOMÁR Szilvia,
DR. VÁRADYNÉ HORVÁTH Ágnes

Összefoglalás

A vizsgálat célja: A pitvarfibrilláció legnagyobb volumenű kérdésköre a stroke-profilaxis. A kutatás célja feltárni a rizikófaktorokat, a frekvenciakontroll sikerességét, az antikoaguláns terápia hatékonyságát.

A vizsgálati módszerek és minta: A kutatás típusa kvantitatív, keresztmetszeti. Nem véletlenszerű, kényelmi mintavétellel a célcsoportba a pitvarfibrilláló, 20-90 év közötti antikoaguláns terápiában részesülő, minimum NYHA II. stádiumú páciensek tartoznak. Kizárási kritérium: az INR értékeket befolyásoló elektív beavatkozásra érzékenyek. A PTE KK Szívgyógyászati Klinikán, a 2012.01.01.-12.31.-ig regisztráltak adatait dolgozza fel dokumentumelemzéssel. Statisztikai számításként lineáris regressziót, egymintás t-próbát, χ^2 -próbát, ANOVA-t alkalmaz az SPSS 20.0 programmal ($p < 0,05$).

Eredmények: Szignifikáns összefüggés igazolódott a BMI- és systolés vérnyomás érték-, a gyógyszeres terápia módosítás és a frekvenciakontroll-, az antikoaguláns terápia alkalmazása és az INR értékek-, valamint a paroxizmalisan pitvarfibrillálók nagyobb arányú tromboembóliás kockázata között ($p < 0,05$).

Következtetés: Javasolt a rizikóstratifikáció elvégzése, az antikoaguláns gyakorlat individuális optimalizálása a hatékony stroke prevenció-, illetve a nagyobb arányú túlélési esély érdekében.

Kulcsszavak: pitvarfibrilláció, antikoaguláció, rizikófaktor

Examination of cardio-vascular risk factors in the priority of atrial fibrillation

Zsuzsa BÉKEFI-MENG, Annamária PAKAI PhD, Szilvia SZUNOMÁR, Ágnes Dr. VÁRADYNÉ HORVÁTH

Summary

Objectives: Stroke-prophylaxis is the biggest question regarding atrial fibrillation. Their aim is to examine the risk factors, successfulness of frequency control, and the effectiveness of anticoagulant therapy.

Methods: This quantitative cross-sectional study used a non-randomized sampling method. Enrollment criteria: anticoagulant therapy, atrial fibrillation, age 20-90 years, NYHA stage II. Excursion criteria: patients having elective intervention that influences INR rates. Patient data was collected from the records of the University of Pécs, Cardiology Clinic between 01.01.2012-31.12. They used linear regression, T-test, χ^2 -test, variance analysis (ANOVA), SPSS 20.0.

Results: Significant correlation between BMI values-, systolic blood pressure-, modified medication and its effect on frequency control-, correct anticoagulant therapy, INR parameters and the increased risk of thromboembolism in patients with atrial fibrillation. ($p < 0,05$)

Conclusion: Stratification of risk factors and individual optimisation of anticoagulant therapy is important for effective stroke prevention and increased survival rate.

Keywords: atrial fibrillation, anticoagulation, risk factors

Beérkezett: 2017. január 10. Elfogadva: 2017. február 7.

BÉKEFI-MENG Zsuzsa diplomás osztályvezető ápoló, PTE KK Szívgyógyászati Klinika
DR. PAKAI Annamária PhD egyetemi adjunktus, tanszékvezető, mb. képzési igazgató PTE ETK, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet, Védőnő és Prevenció Tanszék
SZUNOMÁR Szilvia szakoktató PTE Egészségtudományi Kar, Pécsi Képzési Központ, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet
DR. VÁRADYNÉ HORVÁTH Ágnes címzetes egyetemi docens, PTE Egészségtudományi Kar, Pécsi Képzési Központ, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet
Levelező szerző (correspondent): BÉKEFI-MENG Zsuzsa; e-mail: mezs89@gmail.com

Bevezetés

A fejlett országokban a vénás thromboembólia népegészségügyi szempontból jelentős problémát okoz, mivel a kórházi mortalitás leggyakoribb, de megelőzhető oka. A páciensek sokszor nem részesülnek megfelelő trombózis-profilaxisban, mivel a kockázatot gyakran alábecsülik a szakemberek (Losonczy & Tar, 2008). A szívritmuszavarok közül leggyakrabban a pitvarfibrilláció igényel hospitalizációt. A nem valvuláris eredetű AF a stroke kialakulásának kockázatát ötszörösére, a cardiovascularis mortalitás arányát kétszeresére növeli. Az AF magas prevalenciája egyes kutatók szerint a jövőben még tovább fog növekedni. Legnagyobb volumenű kérdésköre a stroke-profilaxis, amelyet főként a pitvarfibrilláció kialakulásának kedvező kockázati faktorként jelenléte befolyásol. Problémát jelent az is, hogy epidemiológiai adatok hazánkban nem állnak rendelkezésre, a prevalenciát nemzetközi publikációk eredményeire alapozzák Magyarországon (Tomcsányi et al, 2012). A pitvarfibrilláció előfordulásáról Németországban nem áll elégséges adat rendelkezésre. A prevalencia növekedése nem egyértelmű, azonban a népesség öregedése, valamint a kardiovaszkuláris betegségek túlélési rátája eredményezheti a pitvarfibrilláció gyakoribbá válását (Schnabel et al, 2012). A pitvarfibrilláció alacsony arányban növeli a szívinfarktus-, valamint a szívizom-ischaemiás betegségek előfordulásának gyakoriságát (Hohnloser et al, 2012). A pitvari fülcsében keletkező thrombus kialakulásáért gyakran a pitvarfibrilláció a felelős, mely fokozott thrombóziskészséggel párosul. Gyakori szövődményként stroke, illetve perifériás embolia alakulhat ki (Jánosi et al, 2007). Számos esetben –a klinikai gyakorlatban– ischaemiás stroke kialakulása után derül fény a pitvarfibrilláció fennállására. K-vitamin-antagonisták adásával krónikus antikoaguláns terápia bevezetése javasolt ilyen esetekben, amely gyakori INR-érték (international normalised ratio, alvadási paraméter) ellenőrzést igényel. A kezelés alatti INR-kontroll sok esetben megterhelő a betegnek, valamint a környezetének. A terápiás tartomány szerin-

ti gyógyszer szintet sok esetben nem sikerül elérni, az előbb leírt problémák miatt, illetve szerepet játszhat az is, hogy a páciensek 1/3-a nem részesül antikoaguláns kezelésben (Keltai, 2009). Neurológiai aspektusból vizsgálva a cardioembolisatio, valamint a pitvarfibrilláció prevenciója nagy kihívást jelent napjainkban. Életkori szempontból elmondható, hogy az AF prevalenciája az életkor előrehaladtával, illetve idősebb korban egyre nő. Etiológiai megközelítésben multikauzális okok lelhetők fel. Terápiás javaslatok tekintetében fontos a szívritmusra-, illetve frekvenciára ható gyógyszeres kezelés- és eljárások; valamint olyan kezelés, amely hatékony módon csökkenti a cardioembolisatio kockázatát. Egyes kutatások szerint a frekvenciakontroll-, illetve az antikoagulálás együttvéve nagyobb előnnyel bír, mintha kizárólag a ritmuskontroll lenne a kezelés fő meghatározója (Hofgärt & Vár & Csiba, 2012). A warfarin csökkenti a pitvarfibrillációban szenvedő betegek stroke-, illetve mortalitás-kockázatát, de növeli a vérzés kockázatát, és alkalmazása sokszor nehézségekbe ütközik. Viszont a warfarin ajánlott azoknál a betegeknél, akik pitvarfibrilláció miatt stroke szempontjából veszélyeztetettek. A K-vitamin antagonisták használata bonyolult, mivel interakciókba lépnek egyes élelmiszerekkel és gyógyszerekkel, valamint gyakran szükséges laboratóriumi ellenőrzés. Sok warfarint szedő beteg még mindig nincs megfelelően antikoagulálva. Szükség van új antikoaguláns gyógyszerekre, amelyek hatásosak, valamint biztonságos és kényelmes alkalmazást tesznek lehetővé (Connolly et al, 2009). A páciens nemén, életkorán, táplálkozási szokásain, társbetegségein kívül a genetikai tényezők is befolyásolják az alkalmazott warfarin dózist. A szűk terápiás tartományból adódóan a gyógyszerterápia során magas fokú interindividuuális variabilitást mutattak ki. Ebből következik, hogy túl magas warfarin dózis alkalmazásakor –az alacsony dózist igénylő pácienseknél– testszerte végetes vérzések is felléphetnek, bőrnekrozis is kialakulhat. Ellentétes esetben a várt gyógyszerhatás elmaradásával kell számolni (Sipeky & Melegh, 2008). Az acenocumarol-, illetve a warfarin véralva-

dásgátló gyógyszerek biztonságosságával és hatásosságával kapcsolatban kevés összehasonlító vizsgálat történt (Bernát & Rókusz, 2012).

A vizsgálat célja

A kutatás célkitűzése, hogy képet kapjunk a cardiovascularis rizikófaktorokról. Megfigyeljük a rizikófaktorok tekintetében a BMI értékeknek a systolés vérnyomás értékekre kifejtett hatását. Feltérképezzük a cardiovascularis-, és neurológiai rizikófaktorokat a CHADS₂ pontértékek (a pitvarfibrillációban szenvedő páciensek stroke kockázat megítélésére vonatkozó skála, amely az alábbi kockázati faktorokból tevődik össze: kongesztív szívelégtelenség, hipertenzió, életkor >75 év/, diabetes mellitus, stroke vagy TIA az anamnézisben; a skála angol rövidítése: C=Congestive heart failure, H=Hypertension, A=Age, D=Diabetes, S=Stroke) figyelembevételével, majd elvégezzük a stroke rizikó kockázat becslést. Tanulmányozzuk a kezelési stratégia szempontjából a gyógyszeres terápia módosításnak a frekvenciakontrollra kifejtett hatását, sikerességét. Fókuszálunk az INR értékek alakulására a gyógyszereszedési szokások tükrében. Felmérjük az intézeti felvételtkor az aktuálisan alkalmazott antikoaguláns terápia hatékonyságát az INR-értékek elemzésével. Megvizsgáljuk, hogy a pitvarfibrilláció két csoportjában milyen arányban vannak kitéve a páciensek a tromboembóliás kockázatnak. Elemezzük a stroke-kockázati csoportok gyógyszer-beállítás alatti INR-átlagértékeit. A kutatásban hat hipotézist állítottunk fel:

1. A magasabb BMI érték magasabb systolés vérnyomás értékeket eredményez.
2. A gyógyszeres terápia módosítás sikeres mértékben befolyásolja a frekvenciakontrollt.
3. A gyógyszer-beállítás előtt a páciensek tromboembóliás szövődményének magasabb a kockázata, mint gyógyszer-beállítás alatt.
4. Az antikoaguláns terápia megfelelő alkalmazása kedvező mértékben befolyásolja az INR értékeket.
5. A paroxizmalisan pitvarfibrillálók na-

gyobb arányban vannak kitéve a thromboembóliás kockázatnak.

6. A különböző stroke kockázatú csoportok gyógyszer-beállítás alatti INR értékek átlagai között különbség van.

Anyag és módszer

A kutatás típusa retrospektív, kvantitatív, keresztmetszeti. Nem véletlenszerű, szakértői kiválasztással a célcsoportba a pitvarfibrilláló, antikoaguláns terápiaiban részesülő pácienseket választottuk. Beválasztási kritériumként a permanensen/paroxizmalisan pitvarfibrilláló, 20-90 év közötti, minimum NYHA (a szívelégtelenség stádiumbeosztása a New York-i Kardiológus Társaság - New York Heart Association - javaslatára alapján) II. stádiumú pácienseket; kizárási kritériumként az INR értékeket befolyásoló elektív beavatkozásra érkező pácienseket (coronarographia, elektrofiziológia, PM/ICD (pacemaker/ implantálható kardioverter defibrillátor) implantatio-, generátor csere vagy elektróda repozíció, nyitott szívűműtét) határoztuk meg. Jelen kutatásban a beválasztási kritériumoknak megfelelően 185 fő adatait elemeztük. Kutatásunkat a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Szívgyógyászati Klinikáján végeztük; a 2012. január 1.-től 2012. december 31.-ig regisztrált pitvarfibrillációban szenvedő páciensek adatait dolgoztuk fel. Az adatok gyűjtését dokumentumelemzés formájában végeztük. A dokumentumok elemzéséhez orvosi- (belgyógyászati kórlapok, korábbi zárójelentések, lázlap, EKG és echokardiographiás leletek), valamint ápolási dokumentációkat használtunk. Az elemezni kívánt adatok főbb témakörei: szociodemográfiai adatok; rizikóstátusszal kapcsolatos információk (cardiovascularis-, neurológiai-, angiológiai vonatkozások tekintetében; hospitalizációs időszak alatti vérzéses szövődmény előfordulása), CHADS₂ pontrendszer alapján stroke rizikó becslés; műtéti előzmények vizsgálata (kardiológiai-angiológiai vonatkozások); vitális paraméterekre vonatkozó adatgyűjtés, testsúly, testmagasság, BMI érték; ECHO (szív ultrahang vizsgálat; *echokardiográfia*) leletek vizsgálata, NYHA stádium besorolás;

INR értékek hospitalizációs időszak alatti alakulása; pitvarfibrillációra/EKG-ra vonatkozó információk; gyógyszereszedési szokások vizsgálata, az antikoaguláns terápiára fókuszáltnak. A statisztikai elemzést az SPSS 20.0 programcsomag segítségével végeztük, az alábbi statisztikai számításokkal: átlag, szórás, abszolút- és relatív gyakoriság, módusz, medián, minimum, maximum, gyakoriság-, és átlag megbízhatósági tartomány, egy-mintás t-próba, Chi²-próba, lineáris regresszió, egyutas variancia-analízis (ANOVA). Az eredményeket szignifikánsnak tekintettük, amennyiben $p < 0,05$ (Pakai & Kívés, 2013).

Eredmények

Szocio-demográfiai adatok

A páciensek átlag életkora $66,49 \pm 9,83$ év (minimum: 38 év; maximum: 89 év; módusz: 68; medián: 67). Az adatcsoport következő kérdése a nemek szerinti megoszlás, a nők 41,1%-os, a férfiak 58,9%-os arányban szerepelnek a mintában. A nemek szerinti megoszlást a kutatásban összevetettük a felvétel jellegével (elektív/acute), Chi²-próba alkalmazásával az eredmény nem szignifikáns ($p = 0,647$). A családi állapot vizsgálatakor kiderül, hogy a legnagyobb arányban a házasság fordul elő a mintában, mintegy 70,3%-ban, az egyedülálló/özvegy/elvált/élettársi kapcsolatban élők aránya 23,8%, míg a minta 5,9%-ról nem sikerült adatot gyűjteni az acute betegfelvétel miatt. A foglalkozást vizsgálva a következő megállapítások tehetők: az aktív munkát végzők aránya 14,6%, míg a passzív munkavégzés az esetek 82,7%-ban jellemző. 2,7%-ban nem találtunk adatot a kórlapok vizsgálatakor, amelynek magyarázata szintén az acute ellátás volt. A szociodemográfiai mutatók ötödik kérdése a lakóhely szerinti megoszlást vizsgálja. A legnagyobb arányban a városban élők fordulnak elő (67,6%), míg a faluban élők aránya 32,4%. Iskolai végzettség tekintetében elmondható, hogy a középfokú végzettséggel rendelkezők aránya a legmagasabb (44,3%), ezt követi a felsőfokú végzettség mintegy 26,5%-ban, az alapfo-

kú végzettségűek aránya 3,2%. Acute ellátás okán adatgyűjtés az esetek 25,9%-ban nem sikerült. Az ápolási napok átlaga $5,56 \pm 3,19$ nap. A szociodemográfiai adatok utolsó kérdése a felvétel jellegét vizsgálja. Az eredményekből kitűnik, hogy az elektív/háziorvosi beutalóval érkezők aránya több, mint a ketszerese az acute/járóbeteg szakellátóból érkezők arányának (69,2%-, illetve 30,8%).

Rizikóstátusszal kapcsolatos információk (cardiovascularis-, neurológiai-, angiológiai vonatkozások tekintetében)

A rizikóstátusszal kapcsolatos információk fejezete a már korábban diagnosztizált kórképeket mutatja be az alábbi felsorolásban. A hipertónia előfordulása vizsgálatkor kiderül, hogy a minta mintegy 88,6%-a hipertóniás; 21 főnél a betegség nem alakult ki (11,4%). Az anamnézisben fennálló diabetes mellitus előfordulása a következő vizsgálati pont. 30,7%-nál a betegség kialakulása megfigyelhető (10,3%-os az IDDM-es-, 20,5%-os az NIDDM/diétával karbantartott diabetesesek aránya). A minta 69,2%-a nem érintett a diabetes szempontjából. A diabetes mellitus előfordulását az életkor értékek átlagaival vetettük össze egyutas variancia-analízis segítségével. A betegség előfordulása tekintetében a csoportok között nem látható szignifikáns különbség ($p = 0,275$), illetve a variancia-analízis értelmében nem találtunk szignifikáns eltérést az egyes csoportok életkor átlagai között ($F = 1,30$; $p = 0,288$). Hyperlipidaemia előfordulásának vizsgálatakor releváns különbség nem figyelhető meg; a minta 51,4%-ban nem fordul elő, míg 48,6%-ban a betegség fennállása tapasztalható. A következő kérdéskör az obesitást vizsgálja, mely alapján látható, hogy a minta jelentős része 146 fővel (78,9%-a) obese-, 21,1%-a 25,0 alatti BMI értékekkel rendelkezik. Varicositas előfordulása 64 főnél tapasztalható (34,6%)-, míg 65,4%-nál nem fordul elő ez a betegség. Az atherosclerosis fennállása 40 fő érint (21,6%), míg a minta döntő hányada (78,4%) nem érintett a kórképben. TIA (transiens ischaemiás attack) mindössze 5 főnél tapasztalható (2,7%). Az agyi infarktus gyakrabban – 7,6%-os arányban fordul elő, 14 fő esetében. A kutatás-

ban megvizsgáltuk, hogy a korábban agyi infarktuson átesettek milyen arányban részesülnek TAG (thrombocyta aggregáció gátlók) kezelésben; a számítást Chi²-próba alkalmazásával végeztük. A vizsgálatban szignifikáns összefüggés nem igazolódott ($p=0,534$). A számításból látható, hogy a korábban agyi infarktuson átesett páciensek körében 7 fő részesül monoterápiában, illetve érdekesség, hogy szintén 7 főre tehető azoknak a száma, akik nem részesülnek TAG kezelésben. Az anamnesztikus adatok következő eleme, az AMI (akut myokardiális infarktus) a minta 20,5%-át érinti. MVT (mélyvénás trombózis) előfordulása mindössze 8 fő (4,3%) esetében mutatható ki. A kérdéscsoport utolsó eleme a hospitalizációs időszak alatt előforduló vérzéses szövődményeket mutatja meg, amely mindössze 5 fő esetében (2,7%) igazolja a minor vérzések jelentkezését. A kórházi kezelés alatt major vérzés egyetlen esetben sem fordult elő, illetve 180 főnél egyáltalán nem igazolható bármilyen jellegű vérzéses szövődmény kialakulása. Kutatásunkban fontosnak tartottuk a CHADS₂ pontrendszer alapján történő stroke kockázat megítélését (Szapáry, 2011) is, amely az **I. táblázatban** látható kockázati faktorokból tevődik össze. A pontrendszer értékelése a következőképpen alakulhat: kis rizikó=0, közepes rizikó=1, nagy rizikó=2 vagy több pont. A pontrendszer elnevezés alsó indexében látható 2-es szám az adott kockázat kétszeres súlyát mutatja meg. A számítások ezen részét Excel táblázatban készítettük el, HA-függvények segítségével. A rizikófaktorok feltételes meglétét vizsgáltuk minden betegnél. Amennyiben a feltételes vizsgálat igaz eredményt adott vissza, akkor a rizikófaktoroknak megfelelő 1-, vagy 2 pontszámot hozzáadtuk az adott be-

I. táblázat: CHADS₂ pontrendszer

CHADS ₂ -skála rizikófaktorai	Pontszám
Kongesztív szívelégtelenség	1
Hipertenzió	1
Életkor (>75 év)	1
Diabetes mellitus	1
Stroke vagy TIA az anamnézisben	2

Forrás: Szapáry L. (2011)

II. táblázat: CHADS₂ pontértékek %-os megoszlásának vizsgálata (n=185)

Pontérték	Elemzés (n=185)	%-os megoszlás
0	15	8,11%
1	30	16,22%
2	58	31,35%
3	57	30,81%
4	16	8,65%
5	8	4,32%
6	1	0,54%

teg CHADS₂-pontszámához (**II. táblázat**). A kapott eredményekből kiemelendő, hogy az össz-elemszám mintegy 75,68%-a ($n=140$) tartozott a magas kockázatú kategóriába (**III. táblázat**).

III. táblázat: Stroke rizikó kockázat %-os megoszlásának vizsgálata (n=185)

Stroke rizikó kockázat becslés		
Kategória besorolás	Elemzés (n=185)	%-os megoszlás
Alacsony	15	8,11%
Közepes	30	16,22%
Magas	140	75,68%

Műtéti előzmények (kardiológiai-, angiológiai vonatkozások)

A vizsgálat célja, hogy feltérképezze az antikoaguláns terápia indikációs aspektusait. Az első vizsgált adat a korábbi PM implantatíot vizsgálja, amely kapcsán elmondható, hogy 29 főnél, az esetek 15,7%-ban történt műtét. ICD implantatio a vizsgált esetek 4,9%-ban fordult elő. Elektrofiziológiai beavatkozás korábbi előfordulása a vizsgált minta 5,4%-át érintette. MVR (mitrális billentyű csere) műtét 10,3%-os arányban, mintegy 19 főnél történt. AVR (aorta billentyű csere) műtét a vizsgált minta 5,9%-ánál fordult elő, 11 fő esetében. CABG (koszorúér áthidalás – bypass graft műtét) műtétet – az előző műtéttípusoktól eltérően magasabb arányban – az esetek 17,8%-ban végeztek. A kérdéskör utolsó eleme a visszérműtét vizsgálata volt, amely 3,8%-os előfordulást mutatott.

Vitális paraméterek, labor, ECHO, NYHA stádium

A kérdéskör vizsgálatának célja megfigyelni a vérnyomás értékeket, a hospitalizációs időszak alatt az INR értékek változását, valamint az ECHO vizsgálattal összefüggésben az EF (ejekciós frakció) értékeket és a NYHA stádium besorolást. Az első vizsgált adat a felvételi systolés vérnyomás érték, amely átlaga $132,54 \pm 20,62$ Hgmm; a dyastolés érték átlaga $77,56 \pm 13,07$ Hgmm. A távozási systolés vérnyomás átlaga $123,87 \pm 19,32$ Hgmm; a dyastolés érték átlaga $69,80 \pm 12,40$ Hgmm. A testsúly vizsgálata során $83,72 \pm 18,75$ kg-os átlagérték jellemző. A vizsgált populáció átlagos testmagassága $170,06 \pm 10,22$ cm. A WHO kritériuma alapján számított BMI érték a következőképp jellemezhető: a páciensek átlagos BMI értéke $28,52 \pm 5,10$ kg/m². Az életkori sajátosságok és a BMI értékeinek összefüggésére lineáris regresszió elemzésével kerestük a választ. A vizsgálatban megfigyelhető, hogy 1 egységnyi BMI növekedése 0,2%-ban határozza meg az életkort-, valamint az életkor évenkénti növekedésével 0,08 kg/m² értékben csökken a BMI értéke; a kapcsolat nem szignifikáns ($p=0,545$). A kórkép terápiás ellátási algoritmus alapján az echo vizsgálat eredménye határozza meg a kezelési terv további lépéseit, amely elvégzésének vizsgálatakor képet kaptunk arról, hogy a populáció 65,4%-nál történt vizsgálat, mintegy 121 főnél. Az echokardiográfia során megvizsgált EF átlagértéke $49,69 \pm 10,22\%$. A NYHA stádium besorolása esetében a legnagyobb arányban – 145 fő – a II. stádiumú páciensek fordultak elő (78,4%), őket követte a III. stádiumban lévők aránya 12,4%-al, végül 17 fő került a IV. stádiumú besorolásba (9,2%). A NYHA stádiumokat összevetettük

a hipertónia előfordulásával, Chi²-próba alkalmazásával. A kapott eredményekben nem igazolható szignifikáns különbség a csoportok között ($p=0,404$). A következő 5 vizsgálati adat az INR értékeket mutatja be, amelyek a hospitalizáció során különböző időpontokban mért labor értékeket jelölik (az első a felvételi-, a második a gyógyszer-beállítás alatti – gyógyszer-beállítás kezdetekor mért érték-, majd az ápolási napok számának alakulása függvényében további három értéket vizsgáltunk). A vizsgálatban jól látható (**IV. táblázat**), hogy az esetszám csökkenő tendenciát mutat, amelynek további magyarázata lehet a hospitalizáció időtartama, amely az ápolási napok számának alakulásánál figyelhető meg, hiszen a mintában volt például olyan páciens, aki mindössze 1 napot töltött az osztályon. Fontos megjegyezni, hogy az össz-elemszám 96,2%-nál történt meg felvételkor orvosi indikáció okán az alvadász faktor vizsgálata (178 főnél); 7 fő (a minta 3,8%-a) esetében vizsgálati eredmény nem található, amely azt valószínűsíti, hogy a szoros monitorizálás és az eredményekhez igazított terápiás beállítás esetlegesen történik. A kutatásban megvizsgáltuk lineáris regresszióval, hogy a felvételi INR értékek milyen irányban befolyásolják az ápolási napok számát (**1. ábra**). A kapott eredmények szerint szignifikáns kapcsolat kimutatható ($p=0,007$). A kapcsolat szorossága gyenge; valamint látható, hogy az INR értékek 1 egységnyi növekedése 4,1%-ban határozza meg-, valamint 0,46-al növeli az ápolási napok számát.

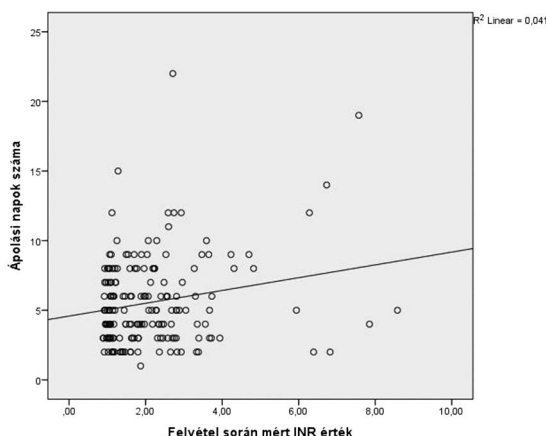
Pitvarfibrillációra/EKG-ra vonatkozó információk

Az első vizsgált adat a felvételi frekvencia meghatározása; amely átlagértéke

IV. táblázat: INR értékek vizsgálata a hospitalizáció ideje alatt

	INR érték				
	Felvétel során (n=178)	Gyógyszer-beállítás alatt (n=93)	3. vérvétel során (n=64)	4. vérvétel során (n=39)	5. vérvétel során (n=20)
Átlag $\pm$ SD	2,12 $\pm$ 1,39	2,50 $\pm$ 1,64	2,48 $\pm$ 1,44	2,37 $\pm$ 0,98	2,38 $\pm$ 0,79
Minimum	0,89	0,93	1,00	0,99	1,00
Maximum	8,58	9,18	8,65	4,70	3,80

1. ábra: Felvételi INR értékek és az ápolási napok összefüggéseinek vizsgálata (n=178; p=0,007)



88,68±25,04/min. A távozási frekvencia átlagértéke 70,72±14,68/min. A pitvarfibrilláció fennállásának ideje két csoport adataira fókuszált. A kutatásban megfigyelhető, hogy a paroxizmalisan pitvarfibrillálók nagyobb elemszámmal (129 fő) fordultak elő a mintában, mintegy 69,7%-os arányban, míg a permanensen pitvarfibrillálók a minta 30,3%-át tették ki. A cardioversio fajtájának vizsgálatakor látható, hogy a gyógyszeres cardioversio volt a leggyakoribb beavatkozás (66,5%-al). Gyógyszeres és elektromos cardioversiot 15,7%-os gyakorisággal-, elektromos cardioversiot 15,1%-al végeztek. Ilyen jellegű beavatkozás mindössze 5 főnél (2,7%) nem történt. A kutatásban összevetettük a konvertálódás sikerességét a cardioversio fajtáival, Chi²-próba segítségével; a kapott eredmények alapján szignifikancia tárható fel (p<0,001). A teljes minta százalékos megoszlása tekintetében elmondható, hogy 43,2%-os a sikertelenül-, illetve 56,8%-os a sikeresen konvertálódók aránya. A konvertálódás sikertelenségét magyarázhatja a pitvarfibrilláció permanens jellege is.

Gyógyszerszedésre vonatkozó információk

A TAG kezelés formájáról elmondható, hogy a páciensek 40,0%-a részesül monoterápiában, illetve mindössze 10 fő (5,4%) a kettős gátlásban részesülők száma. OAC ke-

zelés (orális antikoaguláns) tekintetében a K-vitamin antagonisták (per os Syncumar/Marfarin/Warfarin) a szakmai irányelveknek megfelelő legnépszerűbb választandó szerek; amely jelen kutatásban mintegy 141 főt, az esetek 76,2%-át érintette. A dokumentumelemzés kapcsán megfigyelhető, hogy 2012-ben az általunk vizsgált helyszínen viszonylag ritkább a NOAC-ban (új típusú orális antikoaguláns) részesülő esetek előfordulása, jelen kutatásban is mindössze 7 fő esetében (3,8%) döntöttek a kezelés ilyen formája mellett (a választandó szer a direkt trombin inhibitor - Dabigatran volt; érdekességgént megjegyzendő, hogy direkt Xa-inhibitorokat - Apixaban/Rivaroxaban - egyetlen esetben sem választott a kezelőorvos a NOAC kezelés részeként). Megvizsgáltuk az OAC szedési szokásokat mind a paroxizmalisan, mind a permanensen pitvarfibrillálók körében. Az eredmények alapján látható, hogy a paroxizmalis csoportban 30 főre (23,3%)-, a permanens csoportban 7 főre (12,5%) tehető azoknak az aránya, akik nem részesültek per os antikoaguláns terápiában a hospitalizációs időszak alatt. LMWH (alacsony molekulású heparinok) terápiában a páciensek 44,9%-a részesül, vagy különálló választandó gyógyszerként, vagy az OAC-al ölelkező periódusban. A Vaughan-Williams klasszifikáció alapján az antiarritmiás gyógyszerek alkalmazása a következő gyakorisággal fordul elő: 8,6%-os a Na-csatorna blokkolókat-, 35,7%-os a szimpatikus tónust csökkentőket- (β-blokkolókat, preszinaptikus gátlókat), 16,2%-os a K-csatorna blokkolókat-, valamint 39,5%-os a kombinált szereket szedők aránya. Az antihipertenzív gyógyszerek kapcsán látható, hogy a legnagyobb arányban a kombinált szereket szedők fordulnak elő, mintegy 68,1%-al. Diuretikus terápiában részesülendők legmagasabb arányban szintén a kombinált szereket szedők csoportjából kerülnek ki (33,0%). A NYHA II.-IV. stádium besorolású betegek körében megfigyeltük a diuretikus terápia alkalmazásának formáit; a vizsgálat Chi²-próba alkalmazásával történt. Képet kaptunk arról, hogy a besorolás szerint azok a páciensek, akik magasabb NYHA stádiumba tartoznak, nagyobb arányban részesülnek kombinált diuretikus

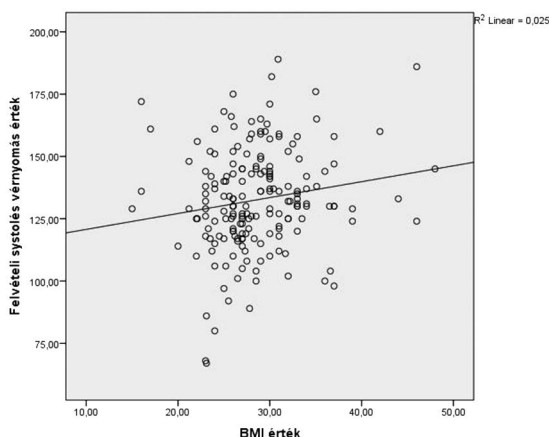
terápiában, a diuretikus monoterápia helyett. Az eredmény szignifikáns ($p=0,001$). A koleszterin csökkentés hatékony módjának az esetek 42,7%-ánál a sztatin származékot tekintették. A kutatásban 54,1%-os volt azon páciensek aránya, akik nem részesültek koleszterin csökkentő terápiában.

Hipotézisek eredményei

Első hipotézis eredménye:

Az első hipotézisben két rizikófaktor vizsgálata történt, amelyben célként szerepelt megfigyelni, hogy a BMI értékek milyen irányba befolyásolják a felvételt mérő systolés vérnyomás értékeit. A számítás lineáris regresszió elemzésével történt. A kapott eredmény alapján (2. ábra) szignifikáns kapcsolat kimutatható; a számításokból a következő megállapítások tehetők: a kapcsolat szorossága: gyenge ($r=0,15$); 1 egységnyi BMI növekedése 2,5%-ban határozza meg a felvételi systolés vérnyomás értéket; 1 egységnyi BMI növekedése 0,63 Hgmm-el növeli a felvételi systolés vérnyomás értéket; a kapcsolat szignifikáns ($p=0,032$).

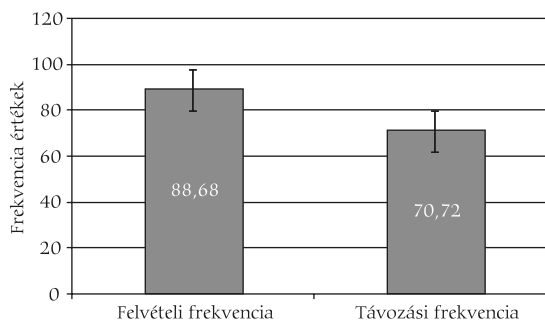
2. ábra: A felvételi systolés vérnyomás-, és a BMI értékek vizsgálata ($n=185$; $p=0,032$)



Második hipotézis eredménye:

A második hipotézis vizsgálatában célként szerepelt megfigyelni a gyógyszeres terápia-módosításnak a frekvenciakontrollra kifejtett hatását, sikerességét. A vizsgálat egy-mintás t-próba alkalmazásával történt. A kapott eredmény alapján (3. ábra) megfigyelhető a szignifikáns eltérés a felvételi-, és

3. ábra: A felvételi- és távozási frekvenciák (/min) szerinti megoszlás ($n=185$; $p<0,001$)

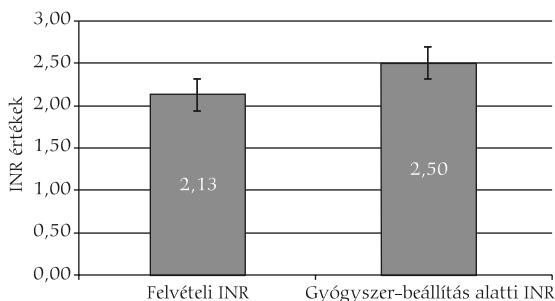


távozási frekvencia értékei között ($t=9,478$; $p<0,001$).

Harmadik hipotézis eredménye:

A harmadik vizsgálatban két időpontban levett vérértékelési minta eredmények összehasonlítása történt. A felvételi INR értékeket (1. mintavétel, gyógyszer-beállítás előtti értékek) vetettük össze a gyógyszer-beállítás alatti INR (2. mintavétel) értékekkel; egy-mintás t-próba alkalmazásával. A kapott eredmények tekintetében (4. ábra) elmondható, hogy nincs szignifikáns eltérés a felvételi-, valamint a gyógyszer-beállítás alatti INR értékek között ($t=-0,552$; $p=0,582$); a hipotézis megdőlt.

4. ábra: A felvételi- és gyógyszer-beállítás alatti INR értékek vizsgálata ($n=93$; $p=0,582$)



Negyedik hipotézis eredménye:

A negyedik hipotézisben megvizsgáltuk az OAC alkalmazásának formáit a felvételi INR értékekkel (kategóriákká transzformált adatok formájában). Célunk volt kideríteni arról, hogy az antikoaguláns terápia alkalmazása megfelelő-e (INR terápias tartományban van-e). A vizsgálat Chi²-próba alkalmazásával történt. A számítások alapján

a következő megállapítások tehetők a felvételi INR értékek esetében: 178 fő adatait tudtuk vizsgálni (a felvételi mintavétel ennyi esetben történt meg). Százalékos megoszlás: kiemelendő a K-vitamin antagonistákban részesülők csoportjában, hogy 48,2%-os az alacsony-, 31,7%-os a normál-, 20,1%-os a magas INR értékekkel rendelkezők aránya; összességében az INR értékek az alábbi megoszlásban értelmezhetők: a minta 58,4%-nak alacsony-, 25,8%-nak normál tartományú-, 15,7%-nak magas értékei figyelhetők meg. Az eredmény szignifikáns ($p < 0,001$), a hipotézis igazolódott – látható, hogy az OAC terápiában részesülők közül magasabb arányban kapunk terápiás INR értékeket, mint azoknál, akik nem részesülnek megfelelő antikoaguláns védelemben.

Ötödik hipotézis eredménye:

Az ötödik hipotézisben a pitvarfibrilláló páciensek két csoportjában vizsgáltuk a felvételi INR értékeket (kategórikus adatokkal), χ^2 -próba alkalmazásával. A paroxizmalisan pitvarfibrillálók körében feltételeztünk magasabb INR értékeket.

A következő megállapítások tehetők: 178 fő adatait vizsgáltuk. Megfigyelt érték: paroxizmalisan pitvarfibrillálók adatai: alacsony INR: 79 fő, normál INR: 32 fő, magas INR: 13 fő; permanensen pitvarfibrillálók adatai: alacsony INR: 25 fő, normál INR: 14 fő, magas INR: 15 fő. Teljes minta százalékos megoszlása: a teljes minta 58,4%-nál további gyógyszer-beállítás szükséges; 25,8%-ban terápiás tartomány látható, míg 15,7%-nak magas INR szintje van, amelynek magyarázata lehet a nem megfelelő gyógyszer-dózis, vagy adott esetben a korábbi műbillentyű beültetése. Az eredmény szignifikáns ($p = 0,011$), a hipotézis igazolódott – látható, hogy a paroxizmalisan pitvarfibrillálóknál nagyobb arányban szükséges a megfelelő gyógyszer alkalmazása a thromboembóliás szövődmények elkerülése érdekében.

Hatodik hipotézis eredménye:

Az utolsó hipotézisben megvizsgáltuk, hogy van-e különbség a három csoport (alacsony-, közepes-, magas rizikó) gyógyszer-beállítás alatti INR értékek átlagai között. A stroke rizikó kockázati beosztását a már korábban említett CHADS₂ pontrendszer alapján készítettük el, három kockázati csoport

létrehozásával. A számítások az egyutas variancia-analízis (ANOVA) segítségével történtek. A különböző kockázati csoportok között ($p = 0,259$), valamint – a variancia-analízis értelmében – az egyes csoportok gyógyszer-beállítás alatti INR értékei között nem találtunk szignifikáns eltérést ($F = 1,37$; $p = 0,553$).

Megbeszélés

A pitvarfibrilláció különböző típusainak kezelése és gondozása rendkívül összetett feladat, amely megnöveli a hospitalizációt, viszont a végleges gyógyítás alacsony arányban valósul meg. Nagy hangsúlyt fektetnek a rendszeres szakorvosi gondozásra, amely kivitelezése nehézségekbe ütközhet a páciensek ellenőrzéseken való távollmaradásai miatt (Tomcsányi et al, 2012). Korábbi kutatási eredmény (Matos, 2009) a pitvarfibrilláció alulkezelését általános jelenségként fogalmazza meg, azonban nem vitatja az antikoagulánsok megfelelő és kontrollált alkalmazásával járó nagyobb arányú túlélési esélyt a magas kockázattal rendelkező páciensek körében. Másik kutatás javasolja a kockázat-besorolás elvégzését, melynek tükrében – a szakmai ajánlások alapján – a döntéshozók megkezdhetik a trombózisprofilaxist az előnyök-hátrányok vizsgálata után (Járai, 2008).

A dokumentumelemzés főbb kérdésköreinek összefüggései az összefüggő-kapcsolatkereső statisztikai próbák eredményei alapján a következők: az életkor – BMI-; a felvétel jellege – nemek-; a diabetes mellitus előfordulása – életkor átlagértékei-; a korábban lezajlott agyi infarktusz – TAG kezelés; a NYHA stádium besorolás – hipertónia vizsgálatakor nem igazolható szignifikáns eredmény ($p > 0,05$). A stroke rizikó besorolásban látható, hogy az alacsony kockázati kategóriába 8,11%-os, a közepesbe 16,22%-os, míg a magas kockázati kategóriába 75,68%-os arányban tartoznak a pitvarfibrilláló páciensek. A felvételi INR értékek – ápolási napok száma-; a konvertálódás sikeressége – cardioversio fajtája-; a NYHA stádium besorolás – diuretikus terápia alkalmazása alapján szignifikáns eredmény igazolható ($p < 0,05$).

A hipotéziseink eredményeit az alábbi kutatásokkal vetettük össze: a pitvarfibrilláció kialakulásában fontos kockázati faktor a hipertónia, a pitvari remodelling révén (Rostás, 2006). Az antikoagulálás-, illetve a frekvenciakontroll együttvéve nagyobb előnnyel bír, mintha kizárólag a ritmuskontroll lenne a kezelés fő meghatározója (Hofgárt & Vér & Csiba, 2012); továbbá a felvételi értékek vizsgálatában a kutatás kimutatta, hogy a <2 alatti értékek előfordulási aránya 74,13%-os-, a terápiás tartományba 11,86%-uk-, míg a >3 fölötti értékek kategóriájába 15,25%-uk tartozott; végül a szerzők kifejtik, hogy a pitvarfibrilláció-, valamint a stroke-kockázat kapcsolatának egyértelműsége ellenére a páciensek még mindig nagy arányban nem részesülnek megfelelő trombózis-profilaxisban - az irányelvek világos útmutatásai ellenére. Egy tanulmány megállapította, hogy a vizsgált két csoport (acenocumarol=A-, warfarin=W) INR értékeiben nem látható szignifikáns különbség (Bernát & Rókusz, 2012); a kontrollok alkalmazásával a W-csoportban nagyobb arányban találtak terápiás INR értékeket, az A-csoport adataival összevetve. Egy közleményben a szerzők megjegyzik, hogy az új, per os adható antikoaguláns gyógyszerek ígéretes eredményeket hozhatnak a permanensen pitvarfibrillálók körében a stroke megelőzésében (Baumhäkel & Schirmer & Böhm, 2011).

Javaslatok

A jövő innovációját képezhetik a pitvarfibrilláció kezelésében az újabb típusú, reverzibilis, direkt, orális antikoagulánsok, mint például a dabigatran-etexilát, és a rivaroxaban (Boda, 2010). Egyes kutatók „ígéretes terápiás alternatívának” nevezik a NOAC készítményeket (Baumhäkel & Schirmer & Böhm, 2011). Fontos lehet egy olyan kezelési szemlélet kialakítása, amely a korszerű alvadásgátlók megfelelő alkalmazását biztosítja. Fontosnak tartjuk a megfelelő stroke rizikó kockázat-beccslés besorolását is, amely alapján az ajánlások dokumentáltan is betarthatók, alkalmazhatók. A kockázat-beccslés **(III. táblázat)** elvégzé-

se figyelemfelkeltő lehet a döntéshozók-, és az ellátási protokollt készítők számára. Az új típusú antikoagulánsok alkalmazásával kapcsolatos nemzetközi eredmények hazai konferenciákon való bemutatása és népszerűsítése segítheti a gyógyszer alkalmazásának gyakoribbá válását Magyarországon is; azonban tovább nem halasztható az egészségbiztosítói támogatás a hazai alkalmazásban, mivel a stroke a „harmadik vezető halálok” (Habon, 2012). A NOAC készítmények közül a dabigatran kerülendő szer a műbillentyűs betegek antitrombotikus profilaxisában; egyebekben a három új típusú gyógyszer alkalmazásában (dabigatran, rivaroxaban, apixaban) nem tesznek különbséget a szakmai ajánlások – fontos lenne az ellátásban résztvevők figyelmét felhívni az újabb eredményekre, népegészségügyi kérdésekre, összességében a paradigmaváltás lehetőségeire (Kiss, 2013). Az alapellátásban résztvevő praxisok felelőssége a betegvezetés, melyben központi helyet foglal el a felsőfokú/egyetemet végzett ápoló – ő lehet az a központi személy, aki facilitátorként hozzájárul a motiváltság fenntartásához-, valamint kiemelkedő szerepet vállal az állapot monitorizálásban, a betegutak menedzselésében. A krónikusbeteg-gondozásban, a diéta betartásának szakmai szemmel történő ellenőrzésében és a személyes tanácsadásban nagyobb szerepvállalás javasolt a dietetikusoknak is. Javasolt továbbá a mechanikus-fizikális trombózis profilaxis tárházának kiaknázása is, úgy, mint a lábpumpa, a kompressziós harisnya-, illetve az intermittáló pneumatikus kompresszió alkalmazása. Egyes kutatók a perioperatív időszakban fontos szereplőként említik a mechanikus módszereket, amelyek méltó kiegészítői és adjuvánsai lehetnek a gyógyszeres profilaxisnak is (Erdei & Nyilas, 2009). K-vitamin-epoxidreduktáz gén esetén a haplocsoport vizsgálata segítséget nyújthat a trombózis-profilaxis optimalizálásában, a megfelelő gyógyszeradag meghatározásával (Sipeky & Melegh, 2008). Az egészségtudomány számos területén elismert, bizonyítékokon alapuló ápolói kutatások készülnek (Oláh et al, 2007, Oláh et al, 2008, Oláh et al, 2012,

Fusz et al, 2016), ezért ebben a témában is nélkülözhetetlen az ápolói oldalról történő kliensoktatás, szakdolgozói továbbképzés, a rendszeres, releváns szakirodalomra épülő kutatás és publikálás. A pitvarfibrilláció és az antikoaguláns terápia alkalmazásának kérdésköre további kutatások elvégzésének adhat alapot, mely szakmai kihívás

lehet az MSc-t végzett ápolók körében (Oláh et al, 2015).

Köszönetnyilvánítás

A jelen tudományos közleményt a szerzők a Pécsi Tudományegyetem alapításának 650. évfordulója emlékének szentelik.

Irodalomjegyzék

1. Baumhäkel, M., Schirmer, SH., Böhm, M. (2011). Új alvadásgátló gyógyszerek a pitvarfibrillációban szenvedő betegek tromboembólia-profilaxisában. *Orvostovábbképző Szemle*, 18(6-7-8),29-34.
2. Bernát, S., Rókusz, L. (2012). Az acenocumarol és a warfarin hatásossága és biztonságossága alsó végtagi mélyvénás trombózis kezelésében. *Orvosi Hetilap*, 153(20),786-790. DOI: <http://dx.doi.org/10.1556/OH.2012.29350>
3. Boda, Z. (2010). Krónikus pitvarfibrilláció, antikoaguláns terápia, rizikófaktorok. *Metabolizmus*, 8(4),252-253.
4. Connolly, SJ., Ezekowitz, MD., Yusuf, S., Eikelboom, J., Oldgren, J., Parekh, A., Pogue, J., Reilly, P., Themeles, E., Varrone, J., Wang, S., Alings, M., Xavier, D., Zhu, J., Diaz, R., Lewis, BS., Darius, H., Diener, HC., Loynes, CD., Wallentin, L. (2009). Dabigatran versus Warfarin in patients with atrial fibrillation. *The New England Journal Of Medicine*, 361(12),1139-1151. DOI: 10.1056/NEJMoa0905561
5. Erdei, T., Nyilas, L. (2009). A kompressziós harisnyák alkalmazása a perioperatív trombózis profilaxisban. *Aneszteziológia És Intenzív Terápia*, 39(1),24-27.
6. Fusz, K., Faludi, B., Pusztai, D., Sebők, N., Oláh, A. (2016). Insomnia és elalvást segítő szerek felmérése felnőttek körében. *Orvosi Hetilap*, 157(49),1955-1959. DOI: <http://dx.doi.org/10.1556/650.2016.30593>
7. Habon, T. (2012). Stroke-prevenció új orális véralvadásgátlókkal – Direkt trombingátló dabigatran kezelés a napi klinikai gyakorlatban az irányelvek alapján. *Cardiologia Hungarica*, 42(4),202-208.
8. Hofgárt, G., Vér, Cs., Csiba, L. (2012). Antikoagulálás a gyakorlatban. *Orvosi Hetilap*, 153(19),732-736. DOI: <http://dx.doi.org/10.1556/OH.2012.29357>
9. Hohnloser, SH., Oldgren, J., Yang, S., Wallentin, L., Ezekowitz, M., Reilly, P., Eikelboom, J., Bruckmann, M., Yusuf, S., Connolly, SJ. (2012). Myocardial ischemic events in patients with atrial fibrillation treated with dabigatran or warfarin in the RE-LY (Randomized Evaluation of Long-Term Anticoagulation Therapy) trial. *Circulation*, 125(5),669-676. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.111.055970
10. Jánoskúti, L., Föhrécz, Zs., Keltai, K., Zsáry, A., Nagy, E., Bodó, I., Prohászka, Z., Karádi, I., Lengyel, M. (2007). Protrombotikus markerek változása pitvarfibrilláció elektromos kardioverziója után. *Cardiologia Hungarica*, 37(3),166-171.
11. Járai, Z. (2008). A belgyógyászati betegek vénás tromboembólia profilaxisa - klinikai tapasztalatok. *Magyar Belorvosi Archívum*, 61(Suppl.2.),100-103.
12. Keltai, M. (2009). Dabigatran vagy warfarin pitvarfibrillációban: a RE-LY vizsgálat eredményei és jelentősége. *Lege Artis Medicinæ*, 19(11),687-690.
13. Kiss, RG. (2013). Paradigmaváltás a pitvarfibrilláció orális antikoaguláns kezelésében – Új kezelési lehetőségek versus évtizedek tapasztalata. *Cardiologia Hungarica*, 43(5),260-263.
14. Losonczy, H., Tar, A. (2008). Az ENDORSE vizsgálat magyarországi eredményei: az akut kórházi betegek vénás thromboembolia-kockázatának és -profilaxisának nemzetközi, keresztmetszeti felmérése. *Orvosi Hetilap*, 149(44),2069-2076. DOI: <http://dx.doi.org/10.1556/OH.2008.28488>
15. Matos, L. (2009). A pitvarfibrillációban szenvedő betegek antikoaguláns kezelése: 1948-2009. és tovább.... *Háziorvos Továbbképző Szemle*, 14(6),379-381.
16. Oláh, A., Betlehem, J., Kriszbacher, I., Boncz, I., Bódis, J. (2007). Re: the clinical nursing competences and their complexity in Belgian general hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 58,301-302. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04245.x
17. Oláh, A., Józsa, R., Csernus, V., Sándor, J., Müller, Á., Zeman, M., Hoogerwerf, W., Cornelissen, G., Halberg, F. (2008). Stress, geomagnetic disturbance, infradian and circadian sampling for circulating corticosterone and models of human depression? *Neurotoxicity Research*, 13,85-96. DOI: 10.1007/BF03033560
18. Oláh, A., Katona, Gy., Gál, N., Müller, A., Damasdi, M., Boncz, I., Betlehem, J. (2012). The comparison

- of two minimal invasive surgeries, the tension-free vaginal tape (TVT) and the transobturator tape (TOT) in terms of efficiency and the complications. *South Eastern Europe Health Sciences Journal*, 2,82-87.
19. Oláh, A., Máté, O., Betlehem, J., Fullér, N. (2015). Advanced Practice Nurse (APN) MSc képzés bevezetése Magyarországon. *Nővér*, 28(2), pp. 3-10.
 20. Pakai, A., Kívés, Zs. (2013). Kutatásról ápolóknak 2. rész Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészségtudományi kutatásokban. *Nővér*, 26,20-43.
 21. Rostás, L. (2006). A renin-angiotenzin-aldoszteron rendszer (RAAS) és a pitvarfibrilláció – Angiotenzin-receptor-blokkolók alkalmazása hipertóniás betegek perzisztens pitvarfibrillációja recidívájának megelőzésében. *Cardiologia Hungarica*, 36(3),209-213.
 22. Schnabel, RB., Wilde, S., Wild, PS., Munzel, T., Blankenberg, S. (2012). Vorhofflimmern: Prävalenz und Risikofaktorenprofil in der Allgemeinbevölkerung. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(16),293-299. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0293
 23. Sipeky, Cs., Melegh, B. (2008). K-vitamin-epoxid-reduktáz gén haplocsoport-meghatározása: egy újabb elem az antikoaguláns terápia optimalizálásában. *Orvosi Hetilap*, 149(39),1839-1844. DOI: <http://dx.doi.org/10.1556/OH.2008.28456>
 24. Szapáry, L. (2011). Az orális antikoagulálás új lehetősége a kardiogén eredetű stroke prevenciójában. *Lege Artis Medicinae*, 21(3),177-184.
 25. Tomcsányi, J., Bózsik, B., Rokszin, Gy., Abonyi-Tóth, Zs., Katona, L. (2012). A pitvarfibrilláció prevalenciája Magyarországon. *Orvosi Hetilap*, 153(9),339-342. DOI: <http://dx.doi.org/10.1556/OH.2012.29305>.

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

2017. október 6-7-én, Nyíregyházán
rendezi meg

az
Egészségügyi Szakdolgozók Második Alapellátási Konferenciája
c. pontszerző rendezvényt.

Absztrakt beküldési határidő: 2017. május 15.

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

Méhnyakrákkal kapcsolatos ismeretszint roma nők körében

BOGDÁNNÉ BASA Eszter, VAJDA Réka, DR. VÁRADYNÉ HORVÁTH Ágnes,
KARÁCSONY Ilona, DR. PAKAI Annamária

Összefoglalás

A vizsgálat célja: felmérni a roma nők méhnyakrákkal, méhnyak-szűréssel kapcsolatos ismereteit.

Anyag és módszer: Kvantitatív, keresztmetszeti vizsgálat során a mintát a Nagyatád és vonzáskörzetében élő roma nők alkották (N=126). A saját szerkesztésű kérdőívben a hangsúlyt a méhnyak-szűréstől való távolmaradás okainak vizsgálatára és 20 kérdésből álló tudástesztre helyeztük. A statisztikai analízis során a leíró statisztikai módszerek mellett χ^2 -próbát, t-próbát alkalmaztunk ($p < 0,05$).

Eredmények: A válaszadók átlag életkora $37,45 \pm 12,05$ év. A megkérdezettek 26,2%-a még nem vett részt nőgyógyászati szűrővizsgálaton. A szűrővizsgálaton megjelent nők (n=91) átlagéletkora az első alkalommal $24,05 \pm 8,96$ év. A méhnyak-szűrésen való megjelenést, az utolsó szűrésen való részvétel időpontját, a gyakoriságot a szocio-demográfiai tényezők nem befolyásolják ($p > 0,05$). A tudásteszt átlaga $31,4 \pm 3,93$ pont. A tudásteszt tekintetében a szűrésen részt vett, illetve távolmaradók csoportja között nincs különbség ($p > 0,05$).

Következtetések: A részvételi hajlandóságát alapvetően meghatározza az ismeretek hiánya, melynek növelése elsődleges szempont a közösségben. Ennek elérésére a roma nők és leánygyermekük körében szervezett ismeretterjesztő előadások és a védőnők bevonásával volna lehetőség.

Kulcsszavak: roma nők, méhnyakrák, HPV, prevenció, ismeret

An examination of knowledge about cervical cancer Roma women in Hungary

Eszter BOGDÁNNÉ BASA, Réka VAJDA, Ágnes VÁRADYNÉ HORVÁTH, Ilona KARÁCSONY, Annamária PAKAI PhD

Summary

The aim of our study was to assess the main reasons for romany women to stay away from cervical cancer screening and knowledge about cervical cancer.

Methods: We carried out a quantitative, cross-sectional study with non-probability convenience sampling in 2016. Our sample consists of romany women living in the agglomeration of Nagyatád, Hungary (N=126). In the questionnaire we measured reasons for non-attendance and knowledge. During statistical analysis we calculated descriptive statistics, χ^2 -test and t-test ($p < 0,05$).

Results: Mean age of responders is $37,45 \pm 12,05$ years. 26,2% of women have not attended any kind of gynecological screening in their life. Mean age of women when they attended for screening for the first time was $24,05 \pm 8,96$ years (n=91). Main score of the knowledge test is $31,4 \pm 3,93$ points. According to knowledge level there is no connection between attendants and non-attendants ($p > 0,05$).

Conclusions: The lack of knowledge determines the participating willingness, to increase has been possible by organized knowledge transmitter performances.

Keywords: romany women, cervical cancer, HPV, prevention, knowledge

Beérkezett: 2017. január 23. Elfogadva: 2017. március 20.

BOGDÁNNÉ BASA Eszter Ápolás MSc hallgató, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet

VAJDA Réka szakoktató, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségbiztosítási Intézet

DR. VÁRADYNÉ HORVÁTH Ágnes címzetes egyetemi docens, PTE Egészségtudományi Kar, Pécsi Képzési Központ, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet

KARÁCSONY Ilona szakoktató, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet, Védőnő és Prevenció Tanszék

DR. PAKAI Annamária PhD, egyetemi adjunktus, tanszékvezető, képzési igazgató, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet, Védőnő és Prevenció Tanszék

Levelező szerző (correspondent): BOGDÁNNÉ BASA Eszter, Ápolás MSc hallgató; elérhetőség: +36/ 20-491-5626; e-mail: basaeszter@tvn.hu

Bevezetés

A mortalitás statisztikai mutatóit áttekintve a daganatos megbetegedések szív-, és érrendszeri megbetegedések után a második helyet foglalják el a halálozási statisztikákban. A méhnyakrák hazánkban a WHO adatai alapján a nők körében a hatodik helyen áll, és a női nemi szervek leggyakoribb rosszindulatú daganata (HPV Information Centre, 2015.)

Globális becslések azt mutatják, hogy több mint félmillió nőnél diagnosztizálnak méhnyakrákot minden évben, és ez évente 266 000 ember halálát okozza. A leginkább veszélyeztetett a 15–39 év közötti korosztály. A méhnyakrák kialakulását több tényező elősegítheti, mint a korai nemi élet, a gyakori szexuális partnercseré, de elsősorban a HPV-fertőzés (Walboomers et al, 1999.). A HPV törzsek közül a 16. és 18. az invazív méhnyakrákos esetek 70%-ért, a 6. és 11. típusok az anogenitális szemölcsök 90%-ért felelős (Twinomujuni et al, 2015.).

A humán papillomavírus (HPV) okozta megbetegedések megelőzésére három intramuscularisan beadandó készítmény áll rendelkezésre. Mindhárom oltóanyag rekombináns, a humán papillomavírus meghatározott szerotípusainak tisztított fehérjéit tartalmazza bivalent, quadrivalent vagy nonavalens formában. A CERVARIX a humán papillomavírus 2 típusa (16-os és 18-as), a SILGARD 4 típus (6-os, 11-es, 16-os, 18-as), és a GARDASIL 9 a HPV 9 típusa (6-os, 11-es, 16-os, 18-as, 31-es, 33-as, 45-ös, 52-es, 58-as) által okozott betegségek ellen biztosít védelmet (Országos Epidemiológiai Központ, 2016.).

A méhnyakrák a betegség korai szakaszában teljesen tünetmentes lehet, ha ebben a periódusban szűréssel időben felfedezik, a betegség jó eséllyel kezelhető. A betegség korai szűrésének tekintetében a Paptesztet és a Bethesda-módszert alkalmazzák. Hazánkban már az 1950-es években bevezették a kolposzkópos szűrést, az 1960-as évektől a komplex szűrővizsgálati módszer része lett a kolpocitológia. A szűrések jó eredményeket hoztak, de a halálozási mutatók nem változtak. Annak érdekében, hogy a szűréseket minél szélesebb körben elérjék a nők, 2003-ban hazánkban is bevezetésre ke-

rült a szervezett lakossági szűrés. A személyes meghíváson alapuló szűrőprogram kezdeti tapasztalatai kedvezőtlenek voltak, aminek az alacsony lakossági részvétel az oka. Az asszonyok többsége a hagyományos módon, a szervezett szűrőprogramon kívül élt a szűréssel, más része pedig figyelmen kívül hagyta a meghívást, és nem fogadta el a felkínált szűrővizsgálatot (Kovács et al, 2007.).

Ez különösen jellemző Magyarország legnagyobb számú etnikumára, a cigányságra. A cigánysággal kapcsolatban sok sztereotípiát él a társadalomban, ilyen például, hogy a romák korán kezdik a szexuális életet, gyakran váltogatják szexuális partnereiket, a nők sok gyermeket szülnek, és családon belül tabutéma a szex (Boros et al, 2014.). Mivel a korai nemi élet és a gyakori szexuális partnercseré is elősegítheti a méhnyakrák kialakulását, emiatt a romák még inkább veszélyeztetett réteget képviselnek. A romák ismerik a szűrővizsgálatokat, és fontosnak is tartják, de az irányukba történő felhívás nem hatásos. Ennek oka lehet, hogy többször éri a roma lakosságot hátrányos megkülönböztetés, mint a társadalom többi tagját (Arató et al, 2013.).

A vizsgálat célja

Vizsgálatunkban célul tűztük ki, hogy megismerjük a 18–65 év közötti roma nők méhnyak-szűréssel szembeni attitűdjét, a befolyásoló tényezőket, azok összefüggéseit. További célunk felmérni az ismeretszintjüket a méhnyakrák rizikótényezőiről, a méhnyakrákról, és a méhnyak-szűrésről. Tájékozódni szeretnénk a saját egészségi állapotuk megítéléséről, a családjukban előforduló méhnyakrákos esetek előfordulásáról. Célunk továbbá megismerni a védőoltással szembeni attitűdöt.

Anyag és módszer

Kvantitatív, keresztmetszeti, leíró jellegű kutatást végeztünk Somogy megyében, Nagyatádon és vonzáskörzetében 2016. május-szeptember között. A nem véletlenszerű, teljes körű, célirányos kiválasztás során a mintánkba 18–65 év közötti roma nők kerültek. Kizártuk azokat a nőket, akiknél

méhnyakrákot diagnosztizáltak, nőgyógyászati daganatos betegség miatt kezelés alatt álltak, vagy akik méheltávolításon estek át és azokat a válaszadókat is, akik több mint 50%-át nem töltötték ki kérdőívnek. Saját szerkesztésű kérdőíves vizsgálatot végeztünk. A kiosztott 150 kérdőívből 126 került feldolgozásra ($n=126$). A kérdőív 148 kérdésből állt, nyitott és zárt kérdéseket tartalmazott. Az első kérdéscsoportban szocio-demográfiai adatokat gyűjtöttünk, és az egészségi állapotukra vonatkozó kérdéseket tettünk fel. Ezt követően a humán papillomavírussal, majd a méhnyakrákkal kapcsolatos ismereteikre kérdeztünk rá. A negyedik kérdéscsoportban a méhnyakszűrőssel kapcsolatos szokásairól érdeklődtünk, majd a humán papillomavírus elleni védőoltással kapcsolatos attitűdjéről kérdeztünk (Pakai 2011, Vajda et al 2014.a; Vajda et al 2014.b). Az adatokat SPSS 20.0 szoftver segítségével dolgoztuk fel. Leíró statisztikát - átlag, szórás, relatív és abszolút gyakoriság, medián, módusz, valamint 95%-os valószínűségi szinten ($p<0,05$) matematikai statisztikai - χ^2 -próba, t-próba, ANOVA - elemzéseket végeztünk (Pakai & Oláh 2014; Pakai & Kívés 2013).

Eredmények

Szocio-demográfiai adatok

A kiosztott 150 kérdőívből 126 darabot elemeztünk ($N=126$), a válaszadási arány 84%. A válaszadók átlag életkora 37,45 év ($SD=12,05$). A megkérdezettek túlnyomó többségének iskolai végzettsége alapszintű (88 fő, 69,8%), felsőfokú bizonyítványa csak 2 főnek (1,6%) van. Gazdasági aktivitásukat tekintve nagy részük fizikai munkás (57,9%), 31%-uk inaktív, és mindössze 11,1% végez szellemi munkát. Az anyagi helyzetét 70 fő (55,6%) átlagosnak, 55 fő (43,7%) pedig átlag alattinak véli. Az egészségi állapotát 63,5% jónak, 15,1% nagyon jónak, 21,4 % rossznak ítéli.

Egészségi állapot

A megkérdezettek fele (54%) gondolja, hogy nem betegszik meg könnyebben, mint

mások, 19,8% tartja makkegészségesnek magát. Krónikus betegsége a megkérdezettek 24,6%-nak van ($n=31$). A krónikus betegségek jelenlétét nagymértékben meghatározza az életkor előrehaladása, a 40-49 évesek között 35,3%-a, az 50 év felettiek 57,1%-a valamilyen krónikus megbetegedésben szenved ($p<0,001$). A leggyakoribb krónikus betegségek a válaszadó roma nők között a tüdő-, a szív-, a gyomor-bélbetegségek és az endokrin betegségek, illetve nagy arányban (41,9%) fordul elő multimorbiditás. A családjában esetleg előforduló méhnyakrákról 82,5%-nak nincs tudomása. A nők 66,7%-a dohányzik, alkoholt 81%-uk soha, vagy nagyon ritkán (évente 1-2 alkalommal) fogyaszt. A roma nők dohányzási szokásait a szocio-demográfiai tényezők nem befolyásolják ($p>0,05$).

Méhnyakszűrősen való részvétel

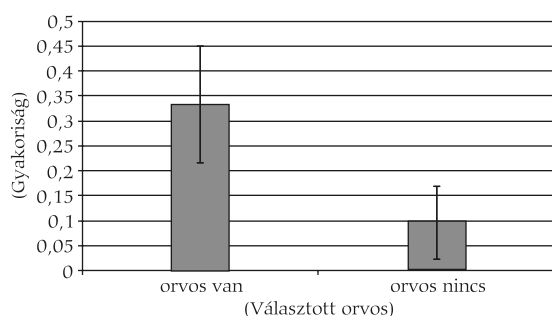
A megkérdezettek közül 33 fő (26,2%) még soha nem vett részt nőgyógyászati szűrővizsgálaton. A válaszadók jelentős része (87,3%) tudja, hogy évente részt kell venni méhnyak-szűrősen, de csak 59,7% ismeri a szűrési módszert. A szűrővizsgálaton megjelent 91 fő ($N=91$) átlagéletkora az első alkalommal 24,05 év ($SD=8,96$). A legfiatalabb életkor 14 év volt, a legidősebb 54 év. 43,7%-uk évente jár vizsgálatra, és 39,7% fordul meg 3 évnél ritkábban. A válaszadók 90,5%-a szándékozik a jövőben szűrésre menni, közel 50%-a (43,7%) egy év múlva. 89,7%-uk gyermekük számára is fontosnak tartja a rendszeres szűrővizsgálaton való megjelenést, és csak 4 fő (3,2%) nyilatkozta, hogy ezt anyagi lehetőségei nem engedik meg. A megkérdezettek 73,8%-a nem volt még leánygyermekével nőgyógyásznál, de 80,2%-uk szeretné elkísérni majd őt. A megkérdezettek 50,0%-nak van választott nőgyógyász szakorvosa. A választott orvossal rendelkezők 61,9%-a állította, hogy mindegy volt számára az orvos neve. Az orvosválasztás fő szempontja az volt, hogy meg tudja vele beszélni a problémáját (23,8%). Méhnyakrák előfordulásáról a családjában 82,5%-nak nincs tudomása. χ^2 -próbával a szűrősen való megjelenés gyakoriságát a szocio-demográfiai tényezők és az egészségi állapot

nem befolyásolja ($p>0,05$). χ^2 -próbával azt vizsgálva, hogy a választott nőgyógyász befolyásolja-e a szűrési attitűdöt, azt az eredményt kaptuk, hogy számos kérdésben befolyásoló tényező.

A szűrésre járási szokásokat a választott orvos nagymértékben meghatározza. Akinek van orvosa, 33,3%-ban 2016-ban járt utoljára méhnyak-szűrésen, szemben az orvossal nem rendelkezőkkel, akik 9,5%-a jelent meg 2016-ban. A két csoport között szignifikáns eltérés mutatkozik ($p<0,001$).

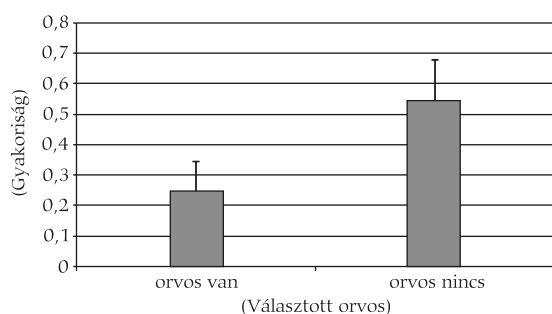
(1. ábra)

1. ábra. 2016-ban méhnyak-szűrésen részt vett (n=126)



A választott orvossal rendelkezők közül 15 fő (23,8%) jelenik meg szűrésen három évnél ritkábban, míg az orvossal nem rendelkezők esetében ez az arány nagyobb (35 fő, 55,6%), a két csoport között szignifikáns a különbség ($p<0,001$) (2. ábra).

2. ábra. Méhnyak-szűrési részvétel 3 évnél ritkábban (n=126)



χ^2 -próbával vizsgálva megállapítottuk, hogy az orvossal rendelkezők szignifikánsan nagyobb arányban készülnek a jövőben szűrésen részt venni (96,8%), mint akinek nincs választott orvosa (84,1%) ($p=0,015$).

Ismeretszint a méhnyakrákról és a humán papilloma-vírusról

A méhnyakrák megelőzéséről szóló információ forrása 69,8%-ban televízióból, 53,2%-ban nőgyógyásztól, 27%-ban a házi-orvostól, 25,4%-ban rokontól vagy ismerőstől hallott.

A tudásszint felmérésére egy húsz kérdésből álló kérdéscsoportot állítottunk össze. A tudástesztben elért pontok minimuma 21, maximuma 41 pont volt, az átlag 31,4 pont ($SD=3,93$, medián=32, módusz=33). 11 fő (8,7%) kevés információval rendelkezik, 110 fő (87,3%) közepes fokú ismeretekkel rendelkezik, és mindösszesen 5 főnek (4%) van megfelelő ismerete a HPV-ről és a méhnyakrákról.

Kétmintás t-próba alapján megállapítható, hogy a szűrésen való részvételt a tudásszint nem befolyásolja ($p=0,211$). A szűrésen résztvevők pontjainak átlaga 31,67 pont ($SD=3,89$ minimum:21, maximum:41), a szűrésen még nem járt nők pontjainak átlaga 30,67 pont ($SD=4,02$ minimum:24, maximum:37).

A humán papillomavírusra vonatkozó kérdések közül arra, hogy mit jelent a HPV rövidítés, a megkérdezettek 52,4 %-a nem tudta a választ. A HPV-fertőzést elősegítő tényezők közül 89 fő (70,6 %) gondolta úgy, hogy a korai szexuális élet nem befolyásolja a fertőzés kialakulását. 73% viszont úgy látja, hogy a szexuális partnerek gyakori változtatása kedvez a vírusfertőzésnek. A válaszadó 126 főből 105 fő (83,3%) nincs tisztában azzal, hogy a HPV ajak-, és szájüregi daganatot vagy végbéldaganatot is okozhat, örövendetes 110 fő (87,3%) tudja, hogy elősegítheti a méhnyakrák kialakulását. Arra a kérdésre, hogy kiket érinthet a HPV fertőzés 80 fő (63,5%) válaszolta tévesen, hogy csak nőket. 113 fő (89,7%) ismeri, hogy a HPV vírus szexuális úton terjed. A HPV fertőzést 109 fő (86,5%) tartja megelőzhetőnek, annak ellenére, hogy 33,3 %-uk még soha nem hallott a HPV elleni védőoltásról. Mindössze 40 fő (31,7%) tudja, hogy a védőoltásnak kétféle módja van. 115 fő (91,3%) nem oltatta még be magát HPV fertőzés ellen, de 44,4 %-uk szívesen tenné azt a jövőben. Gyermekeit a megkérdezettek 81,7%-a még nem oltat-

ta be, 62,7%-uk megtenné és 19 fő (15,1 %) azért nem tartja fontosnak, mert nincs elég ismerete a védőoltásról.

A méhnyakrákra vonatkozó kérdéskörben felmértük, hogy milyen ismeretekkel rendelkeznek a betegségről. 2 fő (1,6 %) nem halott még soha a méhnyakrákról. A válaszadók 90,5 %-a tudja, hogy a méhnyakrák az egyik vezető halálok a nők körében. 114 fő (90,5 %) szerint a betegség megelőzhető, 117-en tartják úgy, hogy van lehetőség a korai elváltozások felismerésére. 95,2% végzetesnek tartja a méhnyakrákot, ha azt nem kezelik. Korai felismeréssel viszont gyógyítható a minta 86,5% -nak megítélése szerint.

A megkérdezettek 42,1%-a szerint nem nemi úton terjedő vírus okozza a betegséget, és 80 fő (63,5%) úgy gondolja, hogy náluk nem áll fenn a betegség kialakulásának veszélye. A méhnyakrákra utaló tünetek közül a közti vérzést 36,5%, a bűzös hüvelyi folyást 29,4%, a menopauza utáni vérzést 14,3% jelölte meg. A méhnyakrák kialakulását elősegítő tényezők közül a fogamzásgátló tablettát 11,9 %, a korai szexuális életet 30,2%, a dohányzást 13,5 %, a HPV fertőzést 31,7% gondolta helyénvalónak. A genetikai hajlamot 41,3 %, a hiányos tisztálkodás 18,3%-tarja meghatározónak, az ötnél több terhességet viszont csak 7,1 %-a szerint befolyásoló tényező.

A humán papillómavírus elleni védőoltáshoz való attitűd

A HPV oltóanyag beadása mellett döntene a roma nők, mert szeretnék megelőzni a méhnyakrákos megbetegedést (60,3%), odafigyelnek az egészségükre (56,3%) és felelősnek érzik magukat az egészségi állapotukért, gyermekeikért (65,9%) és 80 fő (63,5%) gondolja úgy, hogy ennyit meg kell tennie az egészségéért.

Emellett az oltóanyag beadatásának az indoka a HPV-fertőzés előfordulása a családban (27,8%), a baráti körben (15,9%) valamint méhnyakrákos eset előfordulása a családban (29,4%) és a baráti körben (28,6%). Házi orvos javaslatra 48 fő (38,1%) hajlandó beoltatni magát. 78 fő (61,95%) az oltás beadásával példát szeretne mutatni gyermekeinek. 12 fő (9,5%) gondolja úgy, hogy

ők egészségesek és nem lehetnek betegek, ezért szükségtelen számukra az oltás. 26 fő (20,6%) szerint felesleges, 19 fő (15,1%) tartja magát túl öregnek hozzá, és 31 fő (24,6%) nem engedheti meg magának anyagilag az oltás beadását.

A válaszadók 33,3%-a azért nem adja be, mert nincs elég információja az oltóanyagról és a betegségről, 27% hiányolja a tájékoztató levelet. 25,4%-ot az tart vissza, hogy nem tudja, hol lehet felíratni, és 15,9%-nak kellemtelen lenne felíratni a készítményt. A tűszúrás miatt 17 ember (13,5%) tagadja meg, 14,3% nem tud rá időt szakítani.

Az oltási hajlandóságot növelné (45 fő, 35,7%), ha kapna tájékoztató levelet, 54,8%-uk, ha olcsóbb lenne az oltóanyag. 58 fő (46%) az orvosától várna tájékoztatást, és 47,6% beadatná, ha tudná, hol lehet felíratni a készítményt. 28 fő (22,2%) fő szívesen venné, ha a munkahelye szervezné az oltást, 21,4%-uk be engedné adni, ha jutalmat kapna érte.

A HPV elleni oltóanyag beadatásával kapcsolatos hozzáállást az anyagi helyzet és az iskolai végzettség nem befolyásolja ($p > 0,05$). A választott orvossal rendelkezők hozzáállása az oltáshoz azonban kedvezőbb ($p < 0,05$). A választott orvossal rendelkezők egyetértenek abban, hogy beoltatják magukat, mert felelősnek érzik magukat az egészségükért (3,83 vs. 3,4 $p = 0,046$), szeretnék megelőzni a méhnyakrákot (3,75 vs. 3,24 $p = 0,026$). Az orvossal rendelkezők inkább egyetértenek abban (3,79), hogy be kell adatni az oltást, mert példát kell mutatni a leánygyermeknek, mint az orvossal nem rendelkezők (3,13) ($p = 0,006$).

Azt vizsgálva, hogy mi tartja vissza a roma nőket, hogy beoltassák magukat a HPV elleni oltóanyaggal, a következő eredményekre jutottunk. Kétmintás t-próbával igazolható a kijelentésekre adott válaszok pontértékének átlagát tekintve, hogy az információhiány az egyik fontos tényező. Azzal a kijelentéssel, hogy azért nem oltatja be magát, mert nem rendelkezik elég információval az oltásról, az alapfokú végzettséggel rendelkezők inkább egyetértenek (3,23), szemben a magasabb iskolai végzettségűekkel (4,26) ($p = 0,014$). Akinek nincs választott orvosa, szintén egyetért ezzel (3,05), a választott or-

vossal rendelkezőknek kedvezőbb a hozzáállása (3,63) ($p=0,01$).

Az alapfokú végzettségűek állítják, hogy egészségesek, ezért nem szükséges az oltás (3,88), a magasabban iskolázottaknak kedvezőbb a hozzáállása (4,41) ($p=0,035$). Az alacsonyan iskolázottak nem tudják, hogy hol lehet felírni az oltóanyagot (3,44), szemben a magasabb végzettségűekkel (4,29) ($p=0,004$). Az alacsonyan iskolázottaknak kellemetlen felírni az oltóanyagot (3,74), a magasabb iskolai végzettségűeknek ez nem jelent akkora nehézséget (4,41) ($p=0,015$).

Túl öregnek tartja magát, ezért kedvezőtlenebb az attitűdje az alapfokú végzettségűeknek (3,78), szemben a magasabban iskolázottakkal (4,53) ($p=0,008$). Egyetért a kijelentéssel, miszerint nem oltatja be magát, mert nem lehet beteg az a nő, akinek a családjában nem fordult elő méhnyakrák (3,86), és kedvezőbb a hozzáállása annak, akinél előfordult a családban megbetegedés (4,41) ($p=0,015$). Visszatartó tényező, ha nem kaptak tájékoztató levelet az oltásról. Ezzel leginkább azok értenek egyet, akinek nincs saját orvosa (3,32), szemben azzal, akinek van (3,79) ($p=0,031$).

A következő kérdéseknél azt elemeztük, hogy mely tényezők befolyásolhatják a nők attitűdjét az oltással kapcsolatosan. Kétféleképpen t-próbával azt az eredményt kaptuk, hogy az alapfokú végzettségű nők hozzáállása kedvezőbb lenne (2,9) a magasabban iskolázottakéhoz képest (2,06) ($p=0,014$), ha kapnának tájékoztató levelet, vagy jutalmat (2,44 vs. 1,76 $p=0,050$). Azon nőknél, akiknél előfordult méhnyakrák a családban, nem befolyásoló tényező, ha olcsóbb lenne az oltóanyag (2,55), de akiknél nem volt megbetegedés a családban, beoltatnák magukat, ha olcsóbb lenne (3,46) ($p=0,002$).

Varianciaanalízis (ANOVA) értelmében a kor és az egészségi állapot nem meghatározó tényező az oltás beadásával kapcsolatban ($p>0,05$). A fizikai munkát végzők kedvezőbben állnának az oltáshoz, ha tudnák, hol lehetne felírni (3,4 vs. szellemi 2,29 $p=0,005$), és ha olcsóbb lenne (3,48 vs. szellemi 2,57 $p=0,041$).

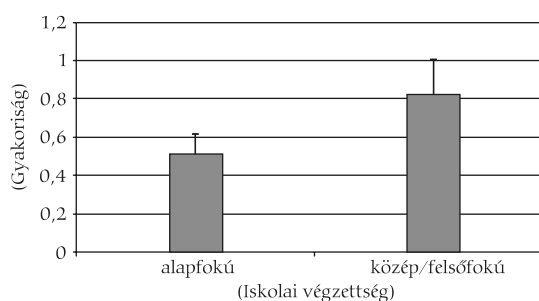
A szűrővizsgálat tekintetében 33 kijelentést értékeltünk, a maximum elérhető

pontszám 165. Az elért pontszámok átlaga 124,08 pont ($SD=19,90$). Az elért eredmények alapján megállapítható, hogy minimum 65, a maximum 159 pont volt. Három kategóriát hoztunk létre, az elsőbe a 0-82 pont közöttiek a „Nem megfelelő” hozzáállást (6 fő, 4,8%), a második a 83-124 pont közöttiek a „Megfelelő” hozzáállást (49 fő 38,9%), és a harmadik a 125 pont felettiek a „Kedvező” hozzáállást (71 fő 56,3%) tanúsítanak.

Az oltással kapcsolatos attitűd megítélése hasonló módon zajlott, 21 kijelentés összevonásával. Az elérhető maximum 105 pontot szintén háromfelé csoportosítottuk. Az elért pontok átlaga 70,93 ($SD=16,30$), a minimum elért pontszám 21, a maximum 105 lett. Az első kategóriába az 52 pont alattiak kerültek a „Nem megfelelő” hozzáállás megnevezéssel (15 fő 11,9%), a másodikba az 53-79 pont közöttiek a „Megfelelő” hozzáállás jelzót kapták (70 fő 55,6%), és a harmadik kategóriát a „Kedvező” hozzáállásúak tették ki (41 fő 32,5%).

Először a szocio-demográfiai adatokat vettük össze a szűrési attitűddel. χ^2 -próbával csak az iskolai végzettség tekintetében kaptunk eltérést a pontszámok között ($p<0,05$). A közép/felsőfokúak szignifikánsan többen tartoznak a „Kedvező hozzáállású” kategóriába (82,4%), mint az alacsonyan iskolázottak (52,3%) ($p=0,047$) (3. ábra).

3. ábra. Kedvező szűrési attitűd (n=126)



Vizsgálva, hogy a HPV jelentésének ismerete befolyásolja-e a szűrési attitűdöt, a következő eredményre jutottunk: azok közül, akik ismerik a HPV jelentését, 66,7%-ban a kedvező hozzáállású kategóriába tartoznak, 31,7% a megfelelő hozzáállású csoportba, és 1,7%-nak nem megfelelő az attitűdje.

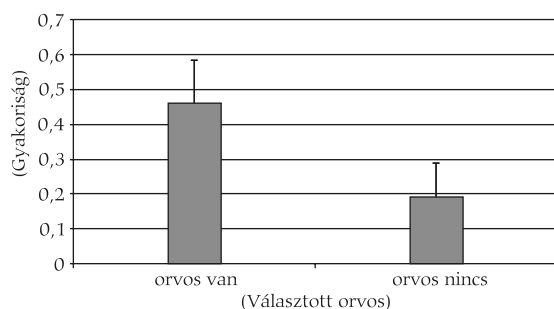
Elemeztük azt is, hogy a méhnyakrák

családon belüli előfordulása meghatározza-e a szűrési attitűdöt, azonban Kétmintás t-próbával a két csoport pontjainak átlagát tekintve nem kaptunk szignifikáns eltérést ($p > 0,05$).

Abban a kérdésben, hogy ismeri-e a HPV jelentését, szignifikánsan magasabb azon nők pontszámainak átlaga, akik ismerik a jelentését, mint azoké, akik nem tudják ($p = 0,012$).

A HPV-elleni oltóanyag beadásával kapcsolatban is vizsgáltuk a hozzáállást. A szocio-demográfiai tényezőket vizsgálva megállapítottuk, hogy nincsenek hatással az oltási attitűdre ($p > 0,05$). χ^2 -próbával arra a következtetésre jutottunk, hogy aki rendelkezik választott orvossal, 46%-ban kedvező, és 46%-ban megfelelő hozzáállással rendelkezik, míg akinek nincs választott orvosa, 19%-nak kedvező, és 65,1%-nak megfelelő az attitűdje. A csoportok között szignifikáns a különbség ($p = 0,005$) (4. ábra).

4. ábra. Kedvező oltási attitűd (n=126)



Megbeszélés

Kutató munkánk kiindulópontja két szerzőtárs korábbi kutatása volt, melyek fókuszában a szervezett szűrések távolmaradása-inak okával, motivációs tényezőivel foglalkoztak a magyar nők körében (Pakai et al 2010; Vajda et al, 2014). Jelen vizsgálatunk célkitűzése, hogy felmérjük a Nagyatád és vonzáskörzetében élő 18-65 év közötti roma nők ismereteit a méhnyakrák rizikótényezőiről, a méhnyakrákról, és a méhnyak-szűrésről.

A megkérdezettek átlag életkora 37,45 év, túlnyomó többségének iskolai végzettsége alapszintű, felsőfokú bizonyítványa csak 2 főnek van. Brantmüller Éva et al 2015-ben

végzett kutatásában is górcső alá vette a cigányok képzettségi szintjét és hasonló eredményeket kapott, mely szerint főként 8 általánossal, vagy ennél kevesebb iskolai végzettséggel rendelkeztek. A roma származású nők alacsonyabb képzettségi szintjének oka - feltételezhetően - a tradicionális cigány családokban nem jelenik meg a leánygyermekkel szemben a továbbtanulás, mint elvárás, emellett sokkal inkább a háztartás, gyermekvállalás kap jelentős hangsúlyt (Angyal, 2011; Brantmüller et al, 2015).

Releváns szakirodalmi adatok is rámutatnak arra, hogy méhnyakrák magasabb incidenciája és a HPV által okozott fertőzéssel kapcsolatos hiányos ismeretek összefüggésben állhatnak (Mellei et al, 2015; Vajda et al, 2014). Az eredmények rámutatnak arra, hogy a roma nők elméleti ismeretei - a maximális 41 pontból átlagosan 31 ponttal - közepes ismeretszintnek felel meg, ami meg egyezik a hazai kutatások mutatóival (Millei et al; 2015, Vajda et al, 2014). A HPV jelentését a megkérdezettek 47,6%-a tudta, ez az arány alacsonyabb a zalaegerszegi (79%) és nagyatádi nők ismereténél (Millei et al. 2015; Vajda et al 2014). A HPV-ről 87,3% tudja, hogy elősegítheti a méhnyakrák kialakulását, és 89,7% tudja, hogy szexuális úton terjed. A HPV fertőzést 86,5% tartja megelőzhetőnek. Mindössze egyharmaduk (31,7%) hallott a két védőoltás valamelyikéről, szemben a zalai nők 79%-val (Millei et al, 2015). A megkérdezettek 91,3%-a nem oltatta még be magát HPV fertőzés ellen, de 44,4 %-uk szívesen tenné azt a jövőben.

Hazánkban a méhnyakrákban szenvedők mortalitási mutatóit vizsgálva megállapítható, hogy Magyarország a fejlett országokhoz képest kedvezőtlen képet mutat, évente 461 nő halálát okozza a megbetegedés. A nők 15-39 éves korosztályában az emlőrák után a második leggyakoribb betegség, emiatt jelentős népegészségügyi problémát jelent (HPV Information Centre, 2015). A válaszadók 90,5 %-a tudja, hogy a méhnyakrák az egyik vezető halálos a nők körében. A méhnyakrák kialakulását elősegítő tényezőkkel (26,9%) és a méhnyakrák tüneteivel azonban csak kevesen vannak tisztában, pl. a közti vérzést 36,5% ismeri.

Hazánkban 2003 óta működik a szerve-

zett lakossági szűrés, aminek strukturális, működési és finanszírozási jellemzőivel számos hazai tanulmány foglalkozik (Boncz et al, 2006; Boncz et al 2007;). A megkérdezett roma nők szűrési részvétele (72%) elmarad a zalai nők részvételéhez képest (81,3%) (Millei et al, 2015). Az első szűrővizsgálaton megjelentek átlagéletkora (24,05 év), ami elmarad a zalai nők eredményéhez képest (19,5 év) (Millei et al., 2015). A megkérdezettek 50,0%-nak van választott orvosa. Akinek van választott orvosa, szignifikánsan nagyobb arányban jelenik meg évente szűrővizsgálaton (33,3%), ugyanúgy, mint Zala megyében (66,5%) (Karamánné et al, 2008.b). A szűrés-től való távolmaradás elsődleges oka, hogy, félnek, hogy kiderül valamilyen betegségük, ugyanezt az eredményt mutatta be egy zalaegerszegi kutatás (Karamánné et al, 2008.b). Kétharmaduk akkor sem venne részt szűrésen, ha a háziiorvosi rendelőben, vagy a védőnő végezné azt, de 87,%-a jutalom nélkül is részt vesz a szűréseken, hasonlóan a zalai nőkhöz (Karamánné et al, 2008.a.).

A cigánykultúra sajátosságainak ismerete az egészségügyi szakemberek számára elengedhetetlen, mivel e sajátos kultúra megértése nélkül nem lehet eredményes a munkájában (Brantmüller et al, 2015). Javaslatunk a roma nők ismereteinek bővítésére szóróanyagok eljuttatása hozzájuk, egészségnapok keretében előadások megszervezése. A védőoltások tekintetében a háziorvos szerepét emelnénk ki, az ő bevonásával lehet tájékoztatni a roma nőket az oltóanyaghoz való hozzáféréseiről, a beadás lehetőségeiről. Tudatosítani kell bennük, hogy a szűrővizsgálat díjmentes.

A szűrésen való részvételi mutatók emeléséhez motiválni kell őket, akkor is, ha ehhez újabb nyereséjüket kell használni. Megoldás lehet, ha a munkáltatók segítik a dolgozóikat a munkahelyi szervezett szűrésekkel. Mintánkban azonban nagy számban találhatók inaktív nők, ezért az ő esetükre is kell megoldást találni. Eredményeink azt mutatják, hogy a választott nőgyógyással rendelkező nők felelősségteljesebben gondolnak egészségükre, gyakrabban járnak szűrésre, több információval rendelkeznek, emiatt meg kell őket győzni az orvoscsoportok fontosságáról.

A védőnők szerepe kiemelendő, hiszen ők azok a szakképzett dolgozók, akik a hátrá-

nyos régiókban, zsáktelepüléseken élő roma nőkhöz eljutnak. A védőnői és háziiorvosi szűrést is erősíteni kell, hiszen a megkérdezettek egyharmada (36,5% és 30,2%) nem utasítja el ezeket a lehetőségeket. Fontosnak tartjuk a behívólevél küldését. A megkérdezettek 81%-a nem kapott levelet, és 47,6%-uk úgy nyilatkozott, hogy elmenne a szűrésre, ha kapna meghívást.

A szűrésen való részvétel emelésében nélkülözhetetlen az egészségügyi-, szociális team szakmai továbbképzése, ismereteinek folyamatos bővítése. Az egészség tudomány számos területén elismert, bizonyítékokon alapuló ápolói kutatások készülnek (Oláh et al 2007; Oláh et al 2008; Brantmüller et al 2015.b.), ezért ebben a témában is nélkülözhetetlen az ápolói oldalról történő kliensoktatás, szakdolgozói továbbképzés, a rendszeres, releváns szakirodalomra épülő kutatás és publikálás.

A védőnők szerteágazó feladatai közül említést érdemel az iskola-egészségügyi munka, ahol csoportosan elérhetők és megszólíthatók a roma fiatalokat. A szociális szférában kompetens személyek közül a szociális munkás felelősségét képezheti azoknak a forrásoknak a felkutatása, mely az egészségkultúrát pozitív irányba terelheti. Ennek a munkának releváns területe a szexuális edukáció, amelyen belül fontos hangsúlyoznunk a korai gyermekvállalás veszélyeit, valamint kiemelni a továbbtanulás társadalmi mobilizációs hatását. Természetesen a családlátogatások kapcsán elengedhetetlenek a szülőkkel történő rendszeres beszélgetések, ahol a védőnő mediátorként közvetítő funkciót tölt be a kisebbségi és a többségi csoportok között. Akkor tud leginkább sikereket elérni, ha lehetősége nyílik arra, hogy transzlektoroktól segítséget kapjon, akik az etnikai kisebbség tagjaiként már sikeres biculturális szocializáción mentek keresztül és jól közlekednek mindkét kultúrában. Ők tudják a leghitelesebb támogatást nyújtani társainak és képesek lehetnek elfogadtatni a többségi társadalom kulturális standardjait (Brantmüller et al, 2015.a.).

Köszönetnyilvánítás

A jelen tudományos közleményt a szerzők a Pécsi Tudományegyetem alapításának 650. évfordulója emlékének szentelik.

Irodalomjegyzék

1. Angyal, M. (2011). A nő szerepe a cigány közösségben, illetve ezen szerepvállalás különböző társadalmi megítélésének lehetséges okai. *Védőnő*, 21(2), 20-23.
2. Arató, M. (2013). A nagykovácsok romák egészségi állapota. *Nővér*, 26(5), 12-23.
3. Boncz, I., Suba, E.J., Geisinger, K.R., Zarka, M.A., Raab, S.S. (2006). Prevention of cervical cancer in low-resource settings. *JAMA*, 295, 248-17. doi: 10.1001/jama.295.11.1248-b
4. Boncz, I., Sebestyén, A., Ember, I. (2007). Organized, nationwide cervical cancer screening programme in Hungary. *Gynecol Oncol*, 106, 272-273. doi: 10.1016/j.ygyno.2007.03.017
5. Boros, B., Angyal, M. (2014). Szexuális magatartás vizsgálata roma/cigány fiatalok körében. *Védőnő*, 24(4), 35-38.
6. Brantmüller, É., Gyuró, M., Karácsony, I. (2015). Development of Walking and Self-sufficiency Ability Related to Nutrition among People with Down Syndrome. *Practice and theory in systems of education*, 10(2), 165-176.
7. Cuzick, J., Clavel, C., Petry, K.U., Meijer, C.J., Hoyer, H., Ratnam, S., ... Iftner, T. (2006). Overview of the European and North American studies on HPV testing in primary cervical cancer screening. *Int J Cancer*, 119, 1095. doi: 10.1002/ijc.21955
8. Harjárné, BÉ., Szieberth, R., Karácsony, I. (2015). Magyar és a cigány nemzetiségű nők gyermekvállalása. *Egészség-akadémia*, 6, 171-180.
9. HPV Information Centre (2015). <http://www.hpvcentre.net/> (2016.12.01)
10. Karamánné, P.A., Németh, K., Fekete, J., Mészáros, L., Dér, A., Doms, R., ... Balázs, P. (2008a). A méhnyakrák szűrés eredményességét befolyásoló tényezők egy felmérés tükrében. *Nővér* 21(2), 3-9.
11. Karamánné, P.A., Németh, K., Mészáros, L., Dér, A., Balázs, P. (2008b). A méhnyak rák szűrés hatékonyságának vizsgálata Zala megyében. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 46(4), 43-48.
12. Karamánné, P.A., Oláh, A. (2014). Elméleti áttekintés a tudományos kutatásokról. In: Ács, P., Oláh, A., Karamánné, P.A., Raposa, L.B., Ács, P. *Gyakorlati adatelemzés*. (pp. 9-32). Pécs: PTE ETK
13. Kovács, A., Döbrössy, L., Budai, A., Boncz, I., Cornides, Á. (2007). A népegészségügyi méhnyakszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban. *Orvosi Hetilap* 148(12), 535-540.
14. Millei, K., Vajda, R., Kívés, Zs., Máté, O., Pakai, A. (2015). HPV-fertőzéssel kapcsolatos ismeretek vizsgálata édesanyák és leányaik körében. *Egészségfejlesztés*, 56(3), 9-16.
15. Oláh, A., Máté, O., Betlehem, J., Fullér, N. (2015). Advanced Practice Nurse (APN) MSc képzés bevezetése Magyarországon. *Nővér*, 28(2), 3-10.
16. Oláh, A., Betlehem, J., Kriszbacher, I., Boncz, I., Bódis, J. (2007). Re: the clinical nursing competences and their complexity in Belgian general hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 58, 301-302. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04245.x
17. Oláh, A., Józsa, R., Csernus, V., Sándor, J., Müller, Á., Zeman, M., Hoogerwerf ... Halberg, F. (2008). Stress, geomagnetic disturbance, infradian and circadian sampling for circulating corticosterone and models of human depression? *Neurotoxicity Research*, 13, 85-96.
18. Országos Epidemiológiai Központ (2016). Módszertani levél a 2016. évi védőoltásokról. *Epinfo*, 23. (1. különszám), 43-44.
19. Pakai, A., Dér, A., Kriszbacher, I., Németh, K., Zsigmond, E., Balázs, P. (2010). Why don't Hungarian women take part in organized cervical screening? *New Medicine*, 1, 27-30.
20. Pakai, A., Kívés, Zs. (2013). Kutatásról ápolók-nak 2. rész Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészségtudományi kutatásokban. *Nővér*, 26(3), 20-43.
21. Pakai, A. (2011). A méhnyakrák szűrésen való megjelenés motivációjának vizsgálata. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem Doktori Iskola.
22. Twinomujuni, C., Nuwaha, F., Babirye, J.N. (2015). Understanding the low level of cervical cancer screening in Masaka Uganda using the ASE model: a community-based survey. *PLoS One* 10, 6. doi:10.1371/journal.pone.0128498
23. Vajda, R., Karamánné, P.A., Éliás, Zs., Sélleyné, GyM., Tamás, P., Várnagy, Á., Kívés, Zs. (2014). A méhnyakrákkal kapcsolatos ismeretek és szűrővizsgálaton való részvételi mutatók vizsgálata. *Lege Artis Medicinae*, 24(3), 118-125.
24. Vajda, R., Kívés, Zs., Éliás, Zs., Sélleyné, GyM., Tamás, P., Várnagy, Á., Karamánné, P.A. (2014). A humán papillómavírussal (HPV) kapcsolatos attitűdvizsgálat. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 77(3), 18-25.
25. Walboomers, J.M., Jacobs, M.V., Manos, M.M., Bosch, F.X., Kummer, J.A., Shah, K.V., Muñoz, N. (1999). Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol* 189, 12-19. doi:10.1002/(SICI)

SZABADON VÁLASZTHATÓ ELMÉLETI TOVÁBBKÉPZÉSI PONT SZERZÉSI LEHETŐSÉG

Előfizetőink számára az ápolástörténeti – **Százötven éve született Lillian D. Wald, az otthonápolás és szegényellátás amerikai hősnője** című – kéziratához tartozó tesztkérdések kitöltésére – a *Nővér* 30. évfolyam mind a hat lapszámának megjelenését követően – 2017. decemberében a MESZK honlapján keresztül online módon nyílik lehetőség. A kéziratot őrizze meg, mert a teszt kitöltéséhez a későbbiekben még szüksége lesz rá!

Kockázatos gyógyszerek kezelése hólyaginstilláció során: epirubicin szennyezettség mértéke zárt rendszer mellett és hiányában

BOGNÁR Krisztina, DR. ZRÍNYI Miklós, DR. JUHÁSZ Ákos, DR. BATKA Gábor

Összefoglalás

A vizsgálat célja: a hólyaginstilláció során fellépő gyógyszerkontamináció (epirubicin) mértékének meghatározása zárt gyógyszerátviteli rendszer nélkül és használata mellett.

Anyag és módszer: három intézményben (Országos Onkológiai Intézet, Zala Megyei Kórház, és Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika) ún. „törlesés” környezeti mintavétel történt. Egy színhely zárt rendszer nélkül végezte a beavatkozást (kontroll). A mintákat hét felszínről, a gyógyszer előkészítése és a betegnek történt beadás után vettük. A mintákat fagyasztva német laborba szállítottuk, ahol kromatográfiás eljárással elemezték epirubicin szennyezettségre. Statisztikai elemzéshez egyirányú ANOVA tesztet alkalmaztunk.

Eredmények: Zárt rendszerrel és anélkül történt előkészítés és beadás között szignifikáns eltérést találtunk ($F = 7,63$; $p < 0,001$), a zárt rendszer hiányában a kontamináció kiugró volt. A zárt rendszert használó helyszínek között nem találtunk érdemi eltérést.

Következtetések: zárt rendszer hiányában a környezeti epirubicin kontamináció magas volt. Zárt rendszer használata jelentősen csökkentette az ápolók egészségi kockázatát. Jelen vizsgálat eredményei alapján javasolt a zárt rendszerek ápolói gyakorlatban való használata.

Kulcsszavak: környezeti kontamináció, epirubicin, hólyag kemo-instilláció

Handling hazardous drugs during bladder instillation: epirubicin contamination with and without a closed system

Krisztina BOGNÁR, Miklós ZRÍNYI PhD, Ákos JUHÁSZ PhD, Gábor BATKA PhD

Summary

The aim of the study: Assess epirubicin contamination during bladder instillation with or without the use of a closed system drug transfer device (CSTD).

Material and Methods: Four hospital sites participated in an experimental wipe study (3 used, 1 did not use a CSTD [control]). Samples were frozen and transported to Germany for liquid chromatography analysis. Samples were taken from seven surfaces following drug reconstitution and patient administration. Group differences were analyzed by one way ANOVA.

Results: There was a major difference in contamination between CSTD and non-CSTD use ($F = 7,63$; $p < 0,001$); the workflow without the use of a CSTD showed much greater amounts of epirubicin left behind. There wasn't any difference in contamination across sites using a CSTD.

Conclusions: Without a CSTD epirubicin contamination was high. The CSTD was shown to be effective to minimize the health risk of nurses. We recommend that CSTD be implemented in routine nursing practice.

Keywords: environmental contamination, epirubicin, bladder chemo-instillation

Érkezett: 2017. április 4. Elfogadva: 2017. április 6.

BOGNÁR Krisztina klinikai vezető ápoló, Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika
DR. ZRÍNYI Miklós egyetemi oktató, DOTE Egészségügyi Kar, Nyíregyháza
DR. JUHÁSZ Ákos PhD, intézeti gyógyszerész, Országos Onkológiai Intézet
DR. BATKA Gábor PhD, intézetvezető gyógyszerész, Zala Megyei Kórház
Levelező szerző (correspondent): BOGNÁR Krisztina; e-mail: bognar.krisztina@med.semmelweis-univ.hu

Bevezetés

Napjainkban az onkoterápia már nem csak kizárólag az onkológiai osztályokon végzett eljárásnak tekinthető. A különböző onkoterápiás kezelési formák utat törnek a társszakmák felé is, egyre jellemzőbb, hogy az onkológiai típusú betegek ellátása az adott profilú osztályhoz kötődik, így a nőgyógyászati daganatok vagy például esetünkben az urológiai daganatos betegségek kezelése is az urológiai terület feladata. Ez ugyanakkor magával hozza a terápiához tartozó készítményekkel való érintkezés kérdését is. Egyre gyakoribb, hogy az intézmények intézeti gyógyszerterárai centrális gyógyszer előkészítést végeznek, ezzel csökkentve az ápoló személyzet közvetlen kapcsolatát az ún. kockázatos készítményekkel. Az Amerikai Munkaegészségügyi Hivatal 2016-ban megjelent összefoglalója tartalmazza mindazon készítmények listáját, amelyek az egészségre ártalmasnak tekinthetők, ezért kezelésük fokozott óvatosságot és védőfelszerelések használatát teszi kötelezővé. (NIOSH, 2016) Milyen kockázatot jelentenek ezek a készítmények a személyzet részére? Tompa és munkatársai hazai ápolók nyomon követése során leírták, hogy a kemoterápiás ágenseknek kitett ápolók között jelentős egészségkárosodásra utaló jeleket tapasztaltak, endokrin panaszokat, fertőzések gyakoriságának megemelkedését, pajzsmirigy funkció zavarait és végső soron kromoszómaaberrációkat mutattak ki. (Tompai et al., 2006; Tompa, Jakab, Bíró & Major, 2015) Utóbbiak felvetik a daganatos betegségek kialakulásának lehetőségét is, amely tartós expozíció esetében a vizsgálatban résztvevő ápolók körében szignifikánsan magasabb volt a normál populációban tapasztalható daganatos gyakoriságnál. Hasonló, genetikai érintettséggel összefüggő problémákat horvát kutatók is dokumentáltak ápolók körében. (Kopjar et al., 2009)

Ezek a vizsgálatok is jól mutatják, hogy az ápoló személyzet egészségi kockázata az onkoterápiás részvétel során kiemelkedően magas.

Kemoterápiás gyógyszer-szennyezettség jellemzően a gyógyszerek felbontása, oldása során lép fel, amikor aeroszolok és folyadé-

cseppek kerülnek a környezetbe. Másodlagos szennyezés lehet az infúziók átkötése, a szerelék két palack közötti átszűrása, amikor ismét szivárgás léphet fel. Francia szerzők vizsgálatában ápolók kesztyűjéről vett mintákban átlag 1600 ng doxorubicin és 2700 ng ciklofoszfamid került kimutatásra. Ez olyan szennyezettség, ami a beavatkozást követő azonnali kesztyűcsere hiányában más betegekre, hozzátartozókra és általában a környezetbe kerül. (Rioufol et al., 2014) Egy Japánban végzett vizsgálat is kimutatta, hogy az ápolók környezetében a telefonon, a nővér pulton és a betegek kórtermében is jelent volt a ciklofoszfamid. (Sugiura, Asano, Kinoshita, Tanimura, & Nabeshima, 2011) Kanadai szerzők pedig arra mutattak rá, hogy a ciklofoszfamid nem csak a tesztelt egészségügyi dolgozók kezén volt jelen, de a minta 55%-ának esetében vizeletükben is kimutatható volt a gyógyszer (0.156ng/ml). (Hon, Teschke, Demers, & Venners, 2014; Hon, Teschke, Shen, Demers, & Venners, 2015)

Azoknál, akik sosem vettek részt munkavédelmi oktatáson, ami kitért volna a kockázatos gyógyszerek kezelésére, jóval magasabb ciklofoszfamid vizelet koncentrációt mértek, mint az oktatáson megjelentek körében. (Hon, Teschke, & Shen, 2015) Az urológia, a hólyaginstillációk végzése tekintetében nem tudunk olyan vizsgálatról, ami a gyógyszerkontaminációt határozta volna meg. (Harrison, Peters, & Bing, 2006; Miyake, Iwamoto, Tanimura, & Okuda, 2013; Sessink, Trahan, & Coyne, 2013) Hazai irodalomban azonban gyógyszerterári körülmények között már bizonyított a zárt rendszer hatékonysága. (Hasznosné, Zámbo, 2016) Zárt gyógyszerátviteli rendszer alatt olyan rendszert értünk, amely garantálja, hogy a kockázatos gyógyszer manipulációja és a betegnek történő beadása során gyógyszermaradék (aeroszol vagy folyadékcseppek) nem kerül a környezetbe, ezáltal óvja a személyzetet a nemkívánatos expozíciótól. Az Európai Urológiai Szakápolók ajánlása külön útmutatóban hívja fel a figyelmet a kockázatos készítmények hólyagba juttatása során alkalmazandó óvintézkedésekre, a védőfelszerelések között felsorolva a zárt gyógyszerátviteli rendszer

használatát. (Vahr et al, 2016) Ugyanakkor nem találtunk arra megfelelő bizonyítékot, hogy milyen mértékű szennyezettség keletkezhet hólyaginstilláció során, illetve azt mások sem vizsgálták, hogy zárt rendszer használata mellett a gyógyszer-szennyezettségből eredő kockázat mennyiben csökken. *Vizsgálatunk célja* tehát annak dokumentálása, hogy a hólyaginstilláció során használt gyógyszer (epirubicin) előkészítése, illetve beadása okozott-e kimutatható környezeti szennyezést, ha zárt gyógyszerátviteli rendszert használtunk vagy nem használtunk a munkafolyamat során.

Anyag és módszer

A vizsgálat három hazai intézményben, a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikáján, az Országos Onkológiai Intézetben és a Zala Megyei Kórházban készült 2016-ban. Utóbbi két intézmény esetében a vizsgálatot megelőző 1 évben már rendszeresen az intézeti gyógyszer-tár zárt gyógyszerátviteli rendszerbe (Tevadaptor) szerelte ki a hólyaginstilláció során beadott epirubicint. A Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika esetében a vizsgálat két vizsgálóban zajlott (instilláció végzése zárt rendszerrel és anélkül), a vizsgálat idejére a Teva Gyógyszergyár Zrt. mintát biztosított. A vizsgálathoz a Berner International GmbH által forgalmazott környezeti mintavételi kit-et használtunk, a mintákat a levéltelt követően fagyasztva a németországi, duisburgi székhelyű IUTA analitikai központba küldtük, ahol folyadékkromatográfiás eljárással történt a mintából az epirubicin kimutatása. A mintákat a levéltelt követően fagyasztottuk, aznapi futárral 24 órán belül kiszállítottuk. Mintavételekre a gyógyszerek oldása és fecskendőbe felszívása, valamint a betegnek történő beadás után került sor. Hét felszínről összesen 21 ún. „törléses” mintát vettünk a kit-ben található kendők és reagens segítségével. A mintákat előzetesen erre kiképzett gyógyszerész, illetve ápoló vette le. Az első két intézmény esetében az előkészítés az intézeti gyógyszer-tárban, a beadás járóbeteg ambulancián történt kizárólag Tevadaptor használata mellett. A Semmelweis Egyetem

Urológiai Klinika esetében a gyógyszer előkészítés és a beadás is a vizsgálóban zajlott, az egyik vizsgálóban (kontroll) Tevadaptor nélkül. A Tevadaptor termékcsalád része az ún. zárt rendszerű urológiai katéter, amely a zárt rendszerű fecskendőre csatlakoztatható. A zárt rendszerű urológiai katéter az instilláció során a hólyagba vezetett katéter végéhez tökéletesen illeszthető.

Statisztikai elemzéshez a minták átlagát használtuk. Az eredmények ng/cm^2 , azaz nanogramm/négyzetcentiméterben fejezik ki a levett minta értékét, így a különböző nagyságú felületek „egységnyi” módon voltak összehasonlíthatóak. A minták kis elemszáma miatt a normál eloszlást egymintás Kolmogorov-Smirnov próbával ellenőriztük. A normál eloszlás korrigálása érdekében tízes alapú logaritmus transzformációt használtunk. Az egyes intézmények közötti különbség kimutatása egyirányú ANOVA teszttel történt. A vizsgálat előzetes intézményi etikai jóváhagyást kapott. A minták analitikai költségét a Teva Gyógyszergyár Zrt. biztosította. A vizsgálatvezetők nem részesültek anyagi ellenszolgáltatásban.

A megfelelő statisztikai erő biztosítása érdekében előzetes mintanagyságot számoltunk. Ehhez a G*Power analitikai csomagot vettük igénybe. A számításhoz a szignifikancia szintet 5%-nak (0,05), a másodfajú statisztikai hibát (erő) 20%-nak (0,8) vettük. A várható hatás nagyságát (különbség mértéke zárt rendszerrel és anélkül) 0.5-ös értéknek határoztuk meg ANOVA esetére. Ez igen jelentős hatásmagyság. Becslésünket Greemlad közleményére alapoztuk, aki a zárt rendszer áteresztő képességét radioaktív izotóppal vizsgálta, és azt találta, hogy a Tevadaptor esetében nem történt szivárgás. (Greemlad, 2010) Ennek alapján mi is azt vártuk, hogy a gyógyszer-szennyezettség mértéke Tevadaptor mellett a referencia érték alatt marad, nélküle viszont jelentősen meghaladja a kimutathatóssági határértéket. Fentiek figyelembe vételével, 4 csoport (Országos Onkológiai Intézet, Zala Megyei Kórház, Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika 1-2 vizsgáló) összehasonlításához a teljes mintanagyság 48 db mintát igényelt. Jelen vizsgálatban 4 intézményben, hét felszínről összesen 84 db

mintát gyűjtöttünk, ami meghaladta az elvárt elemszámot.

Eredmények

Az **I. táblázat** a levett minták analitikáját mutatja, valamint a teljes mintasor átlag és szórás értékeit, amiket az egyes intézmények eredményeinek összehasonlításához használtunk.

tás során a négy csoport között (Országos Onkológiai Intézet, Zala Megyei Kórház, Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika 1. és 2. vizsgáló) szignifikáns eltérést tapasztaltunk az epirubicin szennyezettség tekintetében ($F = 7,63$; $p < 0,001$). „Bonferroni post hoc” tesztet alkalmazva azt is kiderítettük, hogy az eltérés a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika 2. számú vizsgálója (zárt rendszer nélküli protokoll) és minden más helyszín között volt. Azonban a három má-

I. táblázat: Epirubicin-szennyezettség mértéke különböző felszíneken (ng/cm²)

	Országos Onkológiai Intézet	Zala Megyei Kh.	Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika (Tevadaptor)	Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika (Tevadaptor nélkül)	Átlag és szórás (Tevadaptorral)	Átlag és szórás (Tevadaptor nélkül)*
Ampulla	0,80	0,80	0,90	18,80	0,297 ($\pm 0,376$)	1,606 ($\pm 1,048$)
LAF kabinet	0,02	0,02	0,00	0,00		
Gumikesztyű	0,40	0,40	0,10	1,77		
Ajtókilincs	0,80	0,90	0,02	0,01		
Előkészítópult	0,02	0,03	0,02	4200,00		
Padló ambulancia	0,02	0,02	0,90	0,02		
Kezelőszék	0,02	0,02	0,01	0,01		

*Tízes alapú logaritmus transzformáció után

A **II. táblázat** az egymintás Kolmogorov-Smirnov próba eredményeit mutatja. Ebből látható, hogy a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika 2. számú vizsgálójában (Tevadaptor használata nélkül) felvett adatok nem voltak normál eloszlásúak, mivel azok szignifikánsan eltértek a normál eloszlástól. Tízes alapú logaritmus transzformációt követően ezek az adatok is nem szignifikánssá váltak, azaz biztosítottuk minden adatunk normál eloszlását.

Végezetül, a **III. táblázat** az ANOVA teszt eredményeit mutatja be. Az összehasonlí-

sik helyszín esetében, ahol zárt rendszert használtunk, nem volt érdemi eltérés az epirubicin szennyezettségben.

Megbeszélés

A jelen vizsgálat arra irányult, hogy a hólyaginstilláció során használt epirubicin szennyezettség mértékét meghatározzuk. További célunk volt annak vizsgálata, hogy adódik-e érdemi különbség az epirubicin szennyezettségben, ha az eljárás során zárt

II. táblázat: Normál eloszlás tesztek

	Országos Onkológiai Intézet	Zala Megyei Kórház	Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika 1. vizsgáló	Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika 2. vizsgáló	Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika 2. vizsgáló (log10 transzformáció után)
K-S érték	0,88	1,05	0,91	1,33	0,63
Szignifikancia-szint	0,41	0,26	0,38	0,006	0,82

III. táblázat: Post hoc teszt: különbség mértéke Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika 2. vizsgáló és más helyszínek között

Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika 2. vizsgáló	Átlag eltérése	Szignifikancia-szint
Országos Onkológiai Intézet	1,32	0,04
Zala Megyei Kórház	1,30	0,04
Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika 1. vizsgáló	1,29	0,04

gyógyszerátviteli rendszert használunk a személyzet védelme érdekében. Az eredmények azt mutatták, hogy zárt rendszer mellett epirubicinnel való beszennyeződés lehetősége korlátozott maradt, a kimutatott értékek egyike sem lépte túl az 1 ng/cm^2 értéket (I. táblázat, Országos Onkológiai Intézet, Zala Megyei Kórház és Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika 1. vizsgáló). A Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika esetében a LAF kabinetre vonatkozó mérés eredménye azért nulla, mert nem használtunk ilyen felszerelést a gyógyszerelőkészítés során (közvetlen a kezelőben történt), míg a másik két intézmény centrális, intézeti gyógyszerstári előkészítést végzett. Mindezeket figyelembe véve a zárt rendszer nélküli előkészítés során jelentős epirubicin szennyezettséget tapasztaltunk. Az epirubicin ampulla felbontása után, ha 1 ng/cm^2 határértékkel számolunk, tizen-nyolcszor több epirubicint találtunk az ampulla felületén (ha az európai referencia értéket vesszük alapul, ami $0,1\text{ ng/cm}^2$, akkor száznyolcvanszor volt magasabb a kimutatott érték). A gumikesztyűn is megjelent – jóval kisebb mértékben – a szennyezettség, azonban az előkészítő munkafelületen négyzetcentiméterre számolva négyezerkétszáz nanogramm epirubicint mutattunk ki. Ez igen jelentős szennyezettségnek számít, ami takarítás előtt természetesen további felületre is átvihető. Hozzá kell tenni, az epirubicin szennyezettség viszonylag könnyen észlelhető más citosztatikumokkal szemben, tekintettel annak színére, míg a legtöbb kemoterápiás készítmény általában színtelen. Ugyanakkor arra is fel kell figyelniünk, hogy a takarítást nem szabad arra a takarító személyzetre bízni, aki az osztályt takarítja, mert a takarítás során használt eszközök és anyagok is kontamináltak, azokat veszélyes anyagként szükséges kezelni. Francia kutatók ápolók kesztyűjén átlag 1600 ng doxorubicint és 2700 ng ciklofoszfamidot

találtak. (Rioufol et al., 2014) A mi vizsgálatunkban ez a kiugró szennyezettség nem a gumikesztyűkön, hanem a gyógyszer felszívására szolgáló felületen keletkezett. Ennek oka az is lehet, hogy az epirubicin folyadék formájában kerül felszívásra, és kisebb szivárgás, elcsöpögés is jelentős szennyezettséget hagy maga után. Ugyanakkor fontos megemlíteni, hogy a betegbe történő befecskendezés és a katéter kihúzása után a padló és kezelőszék nem volt kontaminált, ami vélhetően az ápolók helyes technikájának, odafigyelésének volt köszönhető.

A vizsgálatunk eredményei egyértelműen mutatják, hogy zárt rendszerrel való gyógyszerátvitel és kezelés során a szennyezettség egységesen 1 ng/cm^2 alá volt szorítható, ami elhanyagolható kontaminációt eredményezett. Ez mindenképpen a zárt rendszerek hozzáadott értéke és a dolgozók, valamint a betegek és családtagjaik védelme mellett szól. Ez utóbbi különösen fontos, mert a klinikán szétszóródó szennyezettség a látogatókat is eléri, akik ezekkel a citosztatikumokkal magukat és otthonukat is be tudják szennyezni. (Yuki, Sekine, Takase, Ishida, & Sessink, 2013)

Összefoglalva, az irodalom is bizonyítja, hogy a kockázatos készítmények, ide sorolva a kemoterápiás gyógyszereket is, egészségkárosító hatást fejtenek ki az ápoló személyzetre. Hazai vizsgálatok kiemelték, hogy ez akár kromoszómaaberráció és súlyos pajzsmirigy funkció zavarait is magában rejti, ezért indokolt az ápolók fokozott védelme. Mivel az onkoterápia ma már a társszakmákban is jelen van, szükséges a szakmai útmutatókat is tanulmányozni, és az ajánlásokat követni. Vizsgálatunk követve a szakmai ajánlást, megmutatta, hogy az urológiában is kimutatható a kockázatos gyógyszerekkel való szennyeződés veszélye (epirubicin). Arra is rámutattunk, hogy a megfelelő munkavédelmi eszközök (zárt gyógyszerátvite-

li rendszerek) használatával ez a kockázat elkerülhető. Mivel a gyógyszerkontamináció nem csak a gyógyszerészeket érintő probléma, javasoljuk a zárt rendszerek ápolói gyakorlatban való bevezetését is. Zárt gyógyszerátviteli rendszer hiányának esetén javasoljuk, hogy a hólyaginstillációt végző ápolók folyamatos oktatásban részesüljenek a beavatkozás veszélyességéről, a kontamináció lehetséges módozatairól, a dekontaminálással kapcsolatos teendőkről. A beavatkozást ne rutin szerűen végezzék, minden esetben használjanak megfelelő mennyiségű és minőségű egyéni védőeszközt. Ha szükséges használjanak dupla gumikesztyűt, és levételkor ügyeljenek, hogy a szennyezett felülettel ne

érintkezzen bőrük. Kifolyás esetén azonnal végezzék el a szükséges dekontaminálást az előírásoknak megfelelően.

Jelen vizsgálat egy alkalommal, ún. keresztmetszeti vizsgálatként készült. Ennek megfelelően a fent bemutatott mérések egy-szeri, pillanatszerű adatfelvételt mutatnak. Ahhoz, hogy átfogó képet kaphassunk, hasonlóan a Hasznosné és Zambó által közölt tanulmányhoz, időben megismételt mérések lehetnek szükségesek. (Hasznosné Skláitz & Zambó, 2016) Tekintettel a kromatográfiás elemzés magas költségére, legalább egy újabb mérés elemzés végzését javasoljuk az ilyen vizsgálatok esetében az első mintavételt követő egy év múlva.

Irodalomjegyzék

- Gremlad, M. A new drug handling device for preventing hazardous drug exposure. *European Journal of Hospital Pharmacy Practice*, 2010; 16(5): 45-7.
- Harrison, B. R., Peters, B. G., & Bing, M. R. (2006). Comparison of surface contamination with cyclophosphamide and fluorouracil using a closed-system drug transfer device versus standard preparation techniques. *American Journal of Health -System Pharmacy*, 63(18), 1736-1744. doi:10.2146/ajhp050258
- Hasznosné Skláitz, L., & Zambó, K. (2016). Citosztatikum szennyezettség visszaszorítása intézeti gyógyszerárban. *Gyógyszerészet*, 60(11), 656-660. ISSN 0017-6036
- Hon, C. Y., Teschke, K., Demers, P. A., & Venners, S. (2014). Antineoplastic drug contamination on the hands of employees working throughout the hospital medication system. *Annals of Occupational Hygiene*, 58(6), 761-770. doi:10.1093/annhyg/meu019
- Hon, C. Y., Teschke, K., & Shen, H. (2015). Health Care Workers' Knowledge, Perceptions, and Behaviors Regarding Antineoplastic Drugs: Survey From British Columbia, Canada. *Journal of Occupational and Environmental Hygiene*, 12(10), 669-677. doi:10.1080/15459624.2015.1029618
- Hon, C. Y., Teschke, K., Shen, H., Demers, P. A., & Venners, S. (2015). Antineoplastic drug contamination in the urine of Canadian healthcare workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 88(7), 933-941. doi:10.1007/s00420-015-1026-1
- IUTA, Institute of Energy and Environmental Technology http://www.berner-safety.de/cytotoxic_wipe_sampling_set_pharmamonitor_en_436.html
- Kopjar, N., Garaj-Vrhovac, V., Kasuba, V., Rozgaj, R., Ramic, S., Pavlica, V., & Zeljezic, D. (2009). Assessment of genotoxic risks in Croatian health care workers occupationally exposed to cytotoxic drugs: a multi-biomarker approach. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 212(4), 414-431. doi:10.1016/j.ijheh.2008.10.001
- Miyake, T., Iwamoto, T., Tanimura, M., & Okuda, M. (2013). Impact of closed-system drug transfer device on exposure of environment and healthcare provider to cyclophosphamide in Japanese hospital. *Springerplus*, 2(1), 273. doi:10.1186/2193-1801-2-273
- NIOSH (2016). NIOSH list of antineoplastic and other hazardous drugs in healthcare settings. https://www.cdc.gov/niosh/topics/antineoplastic/pdf/hazardous-drugs-list_2016-161.pdf
- Rioufol, C., Ranchon, F., Schwiertz, V., Vantard, N., Joue, E., Gourc, C., . . . Guittou, J. (2014). Administration of anticancer drugs: exposure in hospital nurses. *Clinical Therapeutics*, 36(3), 401-407. doi:10.1016/j.clinthera.2014.01.016
- Sessink, P. J., Trahan, J., & Coyne, J. W. (2013). Reduction in Surface Contamination With Cyclophosphamide in 30 US Hospital Pharmacies Following Implementation of a Closed-System Drug Transfer Device. *Hospital Pharmacy*, 48(3), 204-212. doi:10.1310/hpj4803-204

13. Sugiura, S., Asano, M., Kinoshita, K., Tanimura, M., & Nabeshima, T. (2011). Risks to health professionals from hazardous drugs in Japan: a pilot study of environmental and biological monitoring of occupational exposure to cyclophosphamide. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, 17(1), 14–19. doi:10.1177/1078155209358632
14. Teva Gyógyszergyár Zrt. Tevadaptor. <http://tevadaptor.hu/>
15. Tompa, A., Jakab, M., Biro, A., Magyar, B., Fodor, Z., Klupp, T., & Major, J. (2006). Chemical safety and health conditions among Hungarian hospital nurses. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1076, 635–648. doi:10.1196/annals.1371.054
16. Tompa, A., Jakab, M., Biró, A., & Major, J. (2015). Citosztatikus kezelést végző kórházi dolgozók pajzsmirigy-eltávolításainak géntoxikológiai és immuntokológiai vonatkozásai. *Orvosi Hetilap*, 156(2), 60–66. doi:10.1556/OH.2015.30064
17. Yuki, M., Sekine, S., Takase, K., Ishida, T., & Sessink, P. J. (2013). Exposure of family members to antineoplastic drugs via excreta of treated cancer patients. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, 19(3), 208–217. doi:10.1177/1078155212459667
18. Vahr, De Blok, S W, Love-Retinger, N, Thoft Jensen, B, Turner, B, Villa, G, Hrbáček, J. (2015). Intravesical instillation with mitomycin C or bacillus Calmette-Guérin in non-muscle invasive bladder cancer. <http://nurses.uroweb.org/guideline/intravesicalinstillation-with-mitomycin-c-or-bacillus-calmette-guerin-in-non-muscle-invasivebladder-cancer/>

A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA ORSZÁGOS FELNŐTTÁPOLÁSI SZAKMAI TAGOZATA

2017. november 30-án, Budapesten
rendezi meg

a

IV. Országos Ápolásinnováció és Ápolásmenedzsment Tudományos Konferencia
c. pontszerző rendezvényt.

Absztrakt beküldési határidő: 2017. május 31.

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

Az intermittáló tiszta önkatéterezés

NYILASI Anikó

Összefoglalás

Magyarországon régóta alkalmazott, de a gyermekápolásban kevésbé ismert beavatkozás leírása, rövid története, a módszer részletes ismertetése, edukációjának felvázolása.

Kulcsszavak: Velőcső záródási rendellenesség, neurogén hólyag, inkontinencia, intermittáló tiszta önkatéterezés

Intermittent Clean Catheterisation (ICC)

Anikó NYILASI

Summary

In Hungary intermittent clean selfcatheterization is a method which has been used for a long time, but the intervention in pediatrics like the process, the short history of it, the method's detailed description and the education of it is less known among nurses.

Keywords: Neural tube defects, neurogenic bladder, incontinence, intermittent clean selfcatheterization

Beérkezett: 2016. április 17. Elfogadva: 2017. február 9.

Aktualitása

A hazai egészségügyi rendszer állapota a fejlett országokéhoz képest évtizedes lemaradást mutat, így a már máshol alkalmazott módszerek, információk, tapasztalatok késve jutnak el hozzánk. Gyermekápolóként eltöltött hosszú évek alatt képet kaptam a fogyatékkal élők mindennapi küzdelmeiről, sikereiről, problémáiról. Kerekesszékekkel a világ más arcát mutatja, amit meg kell tanulni elfogadni, kezelni. Súlyos balesetek következménye, a gerincvelő sérülése, vagy veleszületett velőcső záródási rendellenesség valamelyik fajtája indokolhatja e módszer alkalmazását. A betegek életminőségi javulása és önállósága nagyban függ az ápoló személyzet szakmai felkészültségétől, a rendszeres és pontos után követéstől. Írásom célja, hogy minél több egészségügyi szakember ismerje meg, sajátítsa el ennek a katéterezési módszernek az alkalmazását, különös hangsúlyt fektetve az edukációjának fontosságára.

A betegség, amelyben a leggyakrabban alkalmazzák

Velőcső záródási rendellenesség (VZR)

A központi idegrendszerhez tartozó gerincvelő, a gerinccsatornában helyezkedik el, az öreglyuktól a második lumbális csigolyáig tart. A gerincvelő szelvényezettségét a belőle szimmetrikusan kilépő gerincvelői idegek adják. (Tarsoly, 2010) Az intrauterin életben, a magzati fejlődés korai szakaszában alakulhat ki a velőcső záródási rendellenesség. A fejlődés első három-négy hetében a velőcső két vége is bezáródik. A terhesség 28. napjára a velőcső záródása általában már be is fejeződik. Ekkor az édesanya még talán nem is tudja, hogy gyermeket vár. Ha a cső nem záródik megfelelően, a nyitott szakaszon fejlődési zavar alakul ki. Normális esetben a gerincvelőt és az agyat liquor veszi körbe. A VZR következtében az agy és/vagy a gerincvelő körüli védő burok egy

NYILASI Anikó Osztályvezető főnővér, Heim Pál Gyermekkórház / Gyermekotthonok
Levelező szerző (correspondent): NYILASI Anikó; e-mail cím: nyilasani@gmail.com

vagy több helyen megsérül. Ez megzavarhatja az agy fejlődését és sérülékennyé teszi a gerincvelőt. A velőcső záródási rendellenességek típusa, súlyossága, függ attól, hogy a gerincvelő melyik szakaszán keletkezik a záródás zavara, és milyen szöveteket érint. Mindezek nagy hatással vannak a magzat fejlődésére, és a születendő gyermek további sorsára. Európában évente 4500 gyermek születik velőcső záródási rendellenességgel. Brüsszelben, 2011-ben létrehoztak egy irányelvet, amit hivatalosan is közzétettek, mely szerint cselekedni kell annak érdekében, hogy Európa leggyakoribb fejlődési rendellenessége, az idegcső-záródási rendellenességek száma csökkenjen. (Caesar, 2011)

A betegség oka

A velőcső záródási rendellenességek pontos oka nem ismert. Feltehetően nagy szerepet játszanak benne örökletes (multifaktoriális), környezeti és táplálkozási tényezők egyaránt. Az esetek 95%-ában nincs családi halmozódás. A betegség kialakulásához vezethet a valproinsav tartalmú gyógyszerek szedése és a diabetes mellitus is. Az okok között szerepelhet, hogy az anya szervezetében a folsav szintje a fogantatás időpontjában, és azután is, a várandósság ideje alatt javasolt emelt szint alatt van. A betegség előfordulása gyakoribb a kaukázusi és spanyol népcsoportban, de a legtöbb az ázsiai és afroamerikai népeknél.

A velőcső záródási rendellenességek típusai

A nyitott gerinc, vagy más néven, spina bifida megjelenési formáit attól függően osztályozzuk, hogy a gerincvelő a külvilág felé nyitott, zárt, vagy rejtett.

Zárt rendellenességek

Spina bifida occulta

Ebben az esetben, melyet rejtett nyitott gerincnek is neveznek, a gerincvelő és a környező szövetek épek, és legfeljebb néhány csigolyán van nyílás. Ez az állapot a legtöbb esetben nem okoz tüneteket, és gyakran akkor derül rá fény, ha valamilyen okból arról a gerincszakasról Röntgen felvétellel készül.

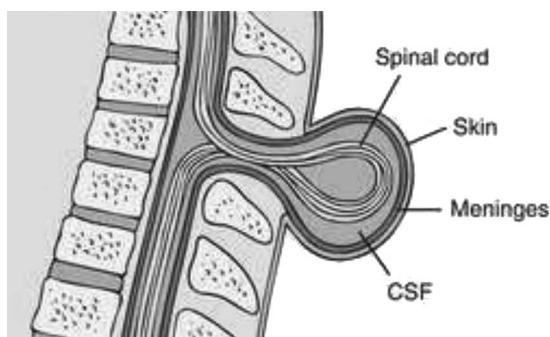
Nyílt rendellenességek

Meningocele Ebben a formában a gerincvelő a csigolyák közötti résen a nyíláson kitüremkedik, a testen kívül egy cystát hoz létre, de a gerincvelő a normális helyén van, a cele bőrrel fedett. Ez a csecsemő hátán jól látható.

Myelomeningocele (MMC)

A velőcső záródási rendellenesség legsúlyosabb formája. A gerincvelő egy része a hasadékon át kitüremkedik a külvilág felé, liquor csorgás észlelhető. (1. kép)

1. kép Myelomeningocele



Forrás: <http://www.patientedlibrary.com/generateexhibit.php?ID=5230>

Újszülötteknél fennáll a meningitis veszélye. A sérült gerincvelői szelvény alatt a szenzoros és a motoros működés kiesik, plég jellegű bénulások jönnek létre. A bélműködés és a húgyutak működése is zavart szenved, kialakul az inkontinencia.

A myelomeningocele következtében, mivel a liquorkeringés akadályozott, az esetek 70-90%-ban kialakul a hydrocephalia (vízfejtés), ami sönt beültetésével korrigálható. A műtét elmaradásával, tanulási nehézségek, szellemi retardáció következhet be.

A nyitott gerinc idővel az ún. írángtünet kialakulásához vezethet, melynek lényege, hogy hegesezés következtében a gerincvelő szorosan rögzül a csontozat vagy a bőrhöz, emiatt elveszíti rugalmasságát, feszülés alá kerül, és az idegek károsodása jön létre. Gyermekekben az állapot a gerinc deformitását is okozhatja (scoliosis). Rendszeres orvosi vizsgálat szükséges a későbbiekben is, annak érdekében, hogy a szövődményekre idejekorán fény derüljön, és kezelni lehessen azokat. (Lab, 2012)

A meningomyelocele betegséggel született gyermekek normál általános iskolába nehezen integrálhatók, mert a nem speciális intézetekben a lehetőségek korlátozottak, vagy nincsenek. Ahhoz, hogy a gyermekek eljussanak az egyik teremből a másikba, hiányzik a kerekesszékekkel megközelíthető WC, mosdó, a szintek közötti közlekedésre használt lift vagy az intézmény megközelítését segítő rámpa. Ezért speciális intézetekben tanulnak, egyéni fejlesztő órák és individualizált mozgásórák segítik a tanulásukat, fejlődésüket. Az intézetben szakképzett ápolók segítik az MMC-s gyermekek katéterezését.

Vizelet inkontinencia

Vizelet inkontinenciának nevezzük azt az állapotot, ha a vizeletürítés az akaratirányítástól függetlenné válik, és ez egészségügyi vagy szociális szempontból problémát okoz a betegnek és a környezetének. A betegek nagy része székelyi, és csak csekély hányaduk fordul orvoshoz. Az inkontinencia tünet, nem pedig önálló betegség. Számos betegség velejárója, amit pontos diagnózis megállapítása után lehet kezelni. A gerincvelő veleszületett vagy szerzett sérülése esetén az intermittáló önkatéterezés lehetősége javít a betegek állapotán, alkalmazásával életminőségi változás következik be. A vizeletinkontinencia besorolásához pontos adatokra van szükség, amely megmutatja, mennyi vizeletet képes tárolni a hólyag. Ennek alapján megállapítható az inkontinencia súlyossága. (I. táblázat)

I. táblázat Az inkontinencia besorolása

Enyhe inkontinencia	Közepes inkontinencia	Súlyos inkontinencia	Nagyon súlyos inkontinencia
A vízvesztés 4 órán belül 50-100ml	A vízvesztés 4 órán belül 100-200ml	A vízvesztés 4 órán belül 200-300ml	A vízvesztés 4 órán belül 300ml-nél több

Forrás: saját táblázat

A gerincvelő harántléziója esetén a szakrális központ és az agykéreg közötti kapcsolat megszakad. Ha a szakadás a lumbális szakaszon vagy feljebb következik be, ingerek hiányában a vizeleési reflex nem jön létre, vagyis a hólyag feszülése nem váltja ki a musculus detrusor urinae reflexes összehúzódását, emiatt a hólyagban folyamatosan gyűlik a

vizelet mindaddig, amíg a hólyagban akkora lesz a nyomás, hogy a vizelet szétfeszíti a sphinctert és a vizelet kifolyik a hólyagból. Ezt nevezzük passzív inkontinenciának. Az aktív inkontinencia pedig az az állapot, amikor a reflex visszatér, de a vizelési inger nem tudatosul. Természetesen itt is a hólyagfeszülés hatására a musculus detrusor összehúzódik, és mivel nincs akaratlagos gátlás, a vizelet elfolyik. Ebben az állapotban nem ürül ki maradéktalanul a hólyag, mindig marad vissza reziduum. (Lévay, 2010)

A gerincvelő sérülés hatásai a húgyhólyagban

A sérülés, vagy a veleszületett gerincvelői működési zavar miatt elvész a vizelet visszatartás és ürítés szabályozása. A folyamat irreverzibilis. A sérülés nem érinti a vese kiválasztási működését, így naponta ugyanúgy, nagyjából napi 1,5 liter vizelet termelődik. Ezt naponta 4-6 alkalommal maradéktalanul ki kell üríteni. A hólyag és a hólyagzáró izom működése attól függ, hogy a gerincvelő melyik szakaszát érinti a sérülés. Amennyiben a felső gerincszakaszon sérült, a T11 csigolya felett, valószínű ún. reflexhólyag tünet együttes lép fel. Ez azt jelenti, a hólyagteltetés érzetének teljes vagy részleges hiánya mellett a vizelet automatikusan kiürül. Amennyiben az alsó gerinc szakaszán van a probléma, az L1 csigolya, vagy alatta, akkor ún. petyhüdt hólyag alakul ki. Ebben az esetben nem érzékeli a beteg, hogy megtelt a hólyagja, de nem ürül ki

automatikusan, hanem túltöltődik és pang a vizelet a hólyagban, ami könnyen fertőzésre adhat lehetőséget, ezen kívül egy idő után a hólyag fala túlnyúlik és befolyásolja annak vizelettartó képességét. Növelheti a hólyagnyomást, gyulladáshoz vezethet és hosszabb idő után vesekárosító hatású. A rendszeres, 4-6 óránkénti hólyagürítés-

sel a csökkenthető a felsorolt kockázatok. (Coloplast, 2012)

Tipikus inkontinenciaforma, amely csak a neurogén hólyagműködésre jellemző nincs. Ezért fontos az alapos urodinámiai vizsgálatok elvégzése, mert az elváltozásokat és funkciók zavarokat csak ezzel lehet kimutatni. (Szakmai, Irányelv, 2010)

Urodinamiás vizsgálatok

1. Nem invazív vizsgálatok

- ⇒ Anamnézis felvétele
- ⇒ Fizikális vizsgálatok
- ⇒ Inspectio
- ⇒ Natív gerincröntgen felvétel
- ⇒ Radiológiai vizsgálatok: MR, IVP
- ⇒ Neurológiai vizsgálata: mentális állapot vizsgálata, érző, motoros funkció, mély ínreflexek vizsgálata

2. Invazív vizsgálatok

- ⇒ Statikus, dinamikus vese izotóp vizsgálat
- ⇒ Cystomanometria
- ⇒ Mictiós cystourethrographia
- ⇒ Videocystometria
- ⇒ Cystoscopya
- ⇒ Rectalis digitális vizsgálat

A neurogen hólyagműködés

A normális hólyagműködés jellemzője a megfelelő tárolókapacitás alacsony hólyagnyomás mellett, a vizelet csepegése nélkül, teljes hólyagürítés reziduum nélkül és a hólyag kiürítése folyamatos, megfelelő erősségű áramlással. Ehhez a feladathoz két fontos részműködés szükséges. Az egyik a hólyagteltetés érzékelése, a vizeleti inger érzete, a vizeleti inger elnyomása, a záróizom feszítése, a vizeleti inger későbbre halasztása, majd vizelelkor a záróizom ellazítása, a hólyagizom összehúzás, majd a kontrakció folyamatos fenntartása addig, amíg a hólyag teljesen ki nem ürül. Az alsó húgyúti rendszer szabályozása a szomatikus és az autonóm idegrendszer feladata. A beidegzés károsodása érintheti a sphinctert és a detrusort együtt és külön-külön. Az elváltozások előfordulhatnak egyedül vagy más neurológiai betegségekkel együtt. A hólyagműködési zavart okozó gerincvelő betegség legtöbbször a székletürítést és az alsó végtagok működésének zavarát is okozza, vagyis

is a gyermek nem tud tárolni és/vagy nem tud üríteni. A kiürítési zavar esetén a kifolyási ellenállás emelkedett, így a húgyhólyagban uralkodó nyomás is emelkedik. Ennek következtében nagyobb a rizikója a hólyag zsugorodásának, a másodlagos vesicouretralis refluxnak, és a felső húgyúti rendszer tágulásának és a vesekárosodásnak (Merksz, 2007). A neuro-urologiai betegek kezelése és gondozása minden részletre kiterjedő kivizsgálása, a diagnosztizált neurológiai kórkép kezelése mellett az urológus elsődleges feladata a felső húgyútak védelme és az életminőség javítása. Az elsődleges cél, a szignifikáns, reziduális vizelet esetén az intermittáló tiszta önkatéterezés betanítása. Ez a módszer még a magas, akár cervikális szintű harántleisiós betegnek is, akiknek már finom kézmozgásai nincsenek, is betanítható. Modern, hidrofíll bevonatú speciális katéterrel hosszú távú alkalmazásuk is biztonságos. A gondozás során rendszeres vizeletbakteriológiai vizsgálat, felső húgyúti ellenőrzés (hasi UH), reziduális vizelet meghatározás, laborvizsgálatok és urodinamiás vizsgálatok szükségesek. (Farkas, Flaskó, Pajor, Papp, & Tóth, 2014)

A katéterezés

A vesekárosodás megelőzésének lehetőségei, neurogén hólyagfunkció esetén a katéterezés, amely a vizeletelvezetés elősegítésének speciális eszköze. A katéterezés során egy vezeték helyeznek a húgycsőön keresztül a húgyhólyagba, melynek célja a vizeletretenció megszüntetése, illetve a vizeletinkontinencia tüneteinek enyhítése. Az első generációs katétereket, még nem tudták a hólyagban tartani, ezért a férfi betegeknél a péniszhez, nőbetegeknél a combhoz rögzítették. A mai modern eszközök, már rendelkeznek ballonnal, vagy más rögzítő eszközzel, ami a hólyagban tartja, a bevezetett eszközt. (Oláh, 2012)

Az intermittáló tiszta önkatéterezés rövid története

Az első világháború alatt, a gerincvelő sérültek 80%-a meghalt a sérülései és a neurogén hólyag komplikációi miatt. A második világháború alatt, (Kennedy, 1946),

a Guttman technika segítségével, - ami, intermittáló katéterezést takar, steril körülmények között -, jelentősen csökkentette a halálozást és növelte a túlélés arányát. Az intermittáló katéterezés a második világháború idején került a figyelem középpontjába, ekkor észlelték, hogy az akut spinális shock mortalitása csökkenthető a húgyhólyag rendszeres katéterezésével. Akkor még szigorúan steril körülmények között végezték. A napjainkban is használt módszert, az 1960-as és '70-es években fogadták el széles körben, amely Ludwig Guttman és Frankel H. L. nevéhez fűződik. Ők szigorúan az aszepszis szabályai szerint végezték a beavatkozást, és kizárólag egészségügyi személy végezhetette a fertőzések elkerülése miatt. Az intermittáló katéterezés indikációjának területét, Lapidés terjesztette ki szélesebb körre, 1972-ben, mégpedig a gyermekkori alsó húgyúti diszfunkciós hólyag kezelésében. Véleménye szerint a fertőzések leggyakoribb forrása, a hólyag és az urethra gyengült keringése, a húgyhólyag túltelítettsége és magas belső nyomása. Ezek miatt a szövetek sérülékenysége válnak, és haematogén vagy lymphogén úton nyitottá válik a Gram negatív kórokozók számára. Szerinte nem befolyásolja az urethra és a vagina baktériumflórája a fertőzések kialakulását. A katéterezés során a hólyagba jutó baktériumokat a szervezet védekezőképessége semlegesíti. Ennek az elvnek az alapján igazolta, Jack Lapidés a nem steril, tiszta, intermittáló (ön)katéterezés hatékonyságát és módszerét és széleskörű alkalmazását. Az ICC (Magyarországon ez az elfogadott kifejezés, de Lapidés, tiszta, visszatérő, önkatéterezés, Clean Intermittent (self)Catheterization: CIC-ként említi), széles körben erős hatása volt mind a veseszületett, mind a szerzett vizeletürítési zavarokban.

Az intermittáló önkatéterezés

Egy ballon és rögzítő elem nélküli, one-way (egylumenű) katéter behelyezése a hólyagba, majd a teljes ürülés után (5-10 perc), a katéter eltávolítása. Cél: a hólyag kiürítése. Kivitelezhető steril vagy tiszta körülmények között. Ez a módszer a későbbiekben a beteg életmódját jelentősen meghatározza. Különleges hangsúlyt kell fektetni a beteg és

a hozzátartozók edukációjára (Oláh, 2012). A tiszta intermittáló önálló katéterezés egy olyan kezelési lehetőség, ami a betegek vizelet inkontinenciáján segít, különösen a neurogén hólyag zavar esetén. A módszer használatának elsődleges feladata a vizeletkontinencia megtartása, ami a magánélet minőségének javulását eredményezi és megőrizve a beteg méltóságát. Azoknak a betegeknek, akik számára alkalmas a hólyagürítés ilyen formája, az urológiai szakápoló feladata a technika bemutatása, tanítása, vagyis a neurogen működésű hólyaggal rendelkező gyermek legnagyobb esélye, az egészséges veseműködés megmaradására és a vizeletkontinencia állandóságára, a leoptimálisabb módszer a tiszta intermittáló önkatéterezés. A cél elérésének érdekében, a gyermekek támogatásához egy multidiszciplinális csapat jelenléte szükséges, ahol az urológiai szakápoló, a szülő / hozzátartozó és a team között koordinálja a teendőket, problémákat. (Woodward, 2014). Az intermittáló önkatéterezés egyik alternatívája a steril technika, ami akkor alkalmazandó, ha visszatérő húgyúti gyulladás áll fenn. A két technika azonos lépésekből tevődik össze, azaz az eltéréssel, hogy a steril ICC esetén, sterilítást biztosító kiegészítő eszközök szükségesek a bőrrel való érintkezés megakadályozására. Steril tisztító oldat, Steril nem latex kesztyű, Steril lepedő, géz, steril víz.

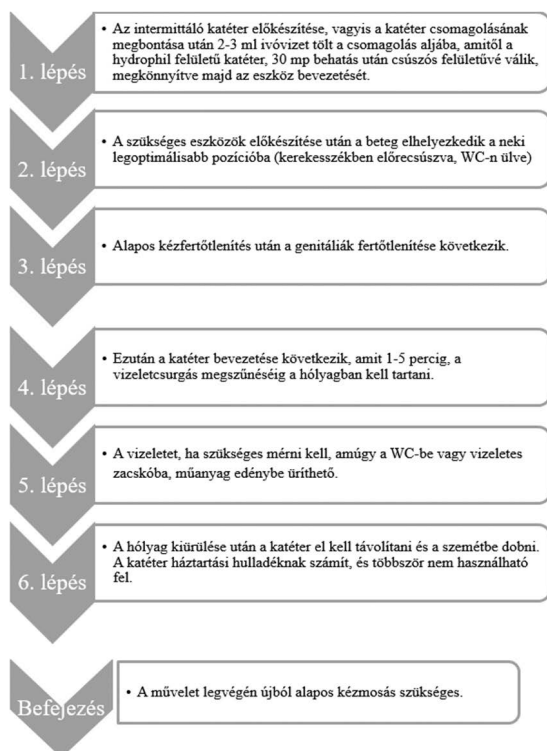
Az intermittáló önkatéterezés (ICC) módszere

A szükséges eszközök:

- ⇒ Katéter a megfelelő méretben (IC katéter)
- ⇒ Semleges szappan és ivóvíz
- ⇒ Fertőtlenítő lemosó folyadék
- ⇒ Alkoholos kézfertőtlenítő oldat, tisztítókendő
- ⇒ Síkosító zselé (nem hidrophyl katéter esetén)
- ⇒ Pamuttlörő v. géz
- ⇒ Lepedő vagy törölköző
- ⇒ Vizeletgyűjtő zacskó, pohár
- ⇒ Szemétgyűjtő
- ⇒ Nadrág csipesz (ruharögzítő, ha szükséges)

Ma már léteznek előrecsomagolt szettek, melyek a felsoroltakat tartalmazzák, és szükség esetén használhatók.

1. ábra. A katéterezés menete



A katéterezés menete egyszerű (**1. ábra**), a módszert a gyermekek is hamar elsajátítják. Az intermittáló katéterezés alkalmazásával, a hólyag kiürítésének problémája, így megoldódott, ezután az alacsony nyomáson történő vizelettárolás kerül közép-pontba. Ennek egyik lehetősége a hólyag-kapacitás növelése konzervatív kezeléssel, melyet a muszkarin receptor antagonisták (oxybutinin származékai) alkalmazásával érnek el, amelyek leginkább a hólyagtelődési szakaszban hatnak. (Kispál, 2014; Katona, 2014) A gyógyszer hatására a hólyag kapacitása nagymértékben növekszik, a frak-

ció mennyisége megnő. A hólyag állománynak zsugorodása ezáltal megszűnik. A gyógyszer egyik mellékhatása a szájszárazság, melynek kellemetlensége cukorka szopogatásával enyhíthető.

Gyermekek és szüleik edukációja

A gyermekek már 6-7 éves kortól, értelmi képességeik szerint, megtaníthatók a módszer használatára.

Első lépés, megismertetni a gyermeket a saját anatómiai viszonyaival, lányok esetében tükör használatával.

Második lépés a legmegfelelőbb testhelyzet kialakítása, pozicionálás a vizelet lecsapolásához. Ez nagyban függ a hátgerincben kialakult elváltozásoktól (lordosis, kyphosis), ugyanis néha képtelenség a művelet kivitelezése súlyos gerinc deformitások miatt. Ilyenkor a szülő segít a feladat végrehajtásában.

Harmadik lépés a katéter bevezetésének gyakorlása a húgyhólyagba. A művelet közben hangosan mondatni kell, a gyermekkel mit csinál éppen, és miért. Teel-show-do, mondd-mutasd-csináld technika segítségével jól rögzíthető a mozdulatsor. A mozdulatok betanítása egyénileg történik, szakápoló és szülő jelenlétében (Cobussen-Boekhorst et al., 2010).

Összegzés

Az intermittáló önkatéterezés módszerének használatával a vesesülettett vagy szerzett gerincvelői betegségekben, a kliens életminősége pozitív irányban változik, és képes a társadalom hasznos tagjaként önálló életvezetésre, betegségtudat kialakulása nélkül. Ez mind az egyén, mind a társadalom számára előnyös és hasznos.

Irodalomjegyzék

1. Caesar, É. (2011). Spina bifida: Európában 4500 terhesség érintett. *Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége lapja*, 31(8), 8–10.
2. Cobussen-Boekhorst, H. J., Kuppenveld Van, J. H., Verheij, P. P., Jong De, L. L., Gier De, R. R., Kortmann, B. B., & Feitz, W. W. (2010). Teaching children clean intermittent self-catheterization (CISC) in a group setting. *Journal of Pediatric Urology*, 6(3), 288–293. doi:10.1016/j.jpurol.2009.09.002
3. Coloplast (Ed.) (2012). *Hogyan tudom megtanulni az önálló hólyagkatéterezést* (Coloplast Care ed.).
4. Farkas, L., Flaskó, T., Pajor, L., Papp, G., & Tóth, C. (2014). Vizelettárolási zavarok. In Á. Pytel (Ed.), *Urológia* (Medicina ed., pp. 359–372).
5. Kispál, Z. (2014). *Gyermekekben gyomorral vagy béllel valamint gyomorral és vastagbéllel együttesen végzett hólyagmegnagyobbításokat követően kialakuló szövettani elváltozások: Humán és állatkísérletes vizsgálatok*. (Egyetemi Doktori Értekezés), Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ.
6. Lab, T., Online. (2012). Velőcsőzárárdási rendellenességek. Retrieved from http://www.labtestsonline.hu/condition/Condition_NeuralTubeDefects.html
7. Lévay, G. (2010). A vizeletelvezető rendszer működészavarai. In G. Lévay (Ed.), *Alkalmazott élettan-kórleltan* (pp. 285–287). Budapest: Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar.
8. Merksz, M. (2007). Neurogén hólyagműködés. In L. Szabó (Ed.), *Gyermekuroológia* (Semmelweis Kiadó ed., pp. 151–160).
9. Oláh, A. (2012). A vizeletürítés szükséglete, módosult vizeletürítés. In A. Oláh, K. Hoffmann, Á. Müller, N. Gál, & K. Németh (Eds.), *Az ápolástudomány tankönyve* (Medicina ed., pp. 558–561).
10. Putz, M. (2014). *Az intermittáló katéterezésről „Az inkontinens emberek korszerű ellátásáról”*. Paper presented at the Az intermittáló katéterezésről, Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet.
11. Searles, J. (2010). Enabling school staff to undertake clean intermittent catheterisation. *Nursing Times*, 106(47), 22–24.
12. Tarsoly, E. (2010). Az idegrendszer. In E. Tarsoly (Ed.), *Funkcionális anatómia* (Medicina ed., pp. 177–179).
13. Williams, J., Mai, C. T., Mulinare, J., Isenburg, J., Flood, T. J., Ethen, M., . . . Kirby, R. S. (2015). Updated Estimates of Neural Tube Defects Prevented by Mandatory Folic Acid Fortification — United States, 1995–2011
14. Woodward, S. (2014). Community nursing and intermittent self-catheterisation. *British journal of community nursing* 19(8), 388–390. doi:10.12968/bjcn.2014.19.8.388.

**A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA
KÖZÖSSÉGI, FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYI, OTTHONI
ÉS HOSPICE SZAKÁPOLÁSI SZAKMAI TAGOZATA**

**2017. május 12–13-án, Hévízen
rendezi meg**

a

**VIII. Foglalkozás-egészségügyi Ápolói Továbbképző Napok
c. pontszerző rendezvényt.**

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

Bemutatkozik a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület

LUKÁCS Miklós

Összefoglalás

A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület 1995-ben alakult, s közel száz hazai hospice szervezetet képvisel. Célunk a szakmai együttműködés elősegítése, a gyógyíthatatlan betegek életvégi ellátásának fejlesztése, társadalmi szemléletformálás és az önkéntesség, a társadalmi felelősségvállalás és a betegekkel való szolidaritás előmozdítása. Ezt szakmai alap- és továbbképzésekkel, konferenciák szervezésével, szakmai iránymutatások és irányelvek megfogalmazásával, kutatások támogatásával és koordinálásával, publikációkkal valósítjuk meg.

Introduction of the Hungarian Hospice-Palliative Association

Miklós LUKÁCS

Summary

The Hungarian Hospice-Palliative Association was founded in 1995 and represents nearly a hundred national hospice organization. Our goal is to promote technical cooperation, development of end of life care to terminally ill patients, social awareness and volunteerism, social responsibility and promoting solidarity with the patients. This is accomplished by initial and continuing vocational training, organizing conferences, professional guidelines and the formulation of policies, research support and coordination of publications.

Érkezett: 2017. április 9. Elfogadva: 2017. április 10.

Több mint húsz évvel ezelőtt a hazai hospice mozgalom úttörői úgy döntöttek, hogy közös összefogásra és érdekképviselőre van szükség a gyógyíthatatlan betegek emberhez méltó, magas szakmai színvonalú életvégi ellátásához. 1995. március 25-én 19 már működő, vagy csak a hospice ellátást tervező - szervezet elhatározta egy országos egyesület, a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület (MHPE) megalakítását, amelyet 1995. augusztus 16-án jegyzett be a Fővárosi Bíróság. Az első elnök Dr. Muszbek Katalin volt, elnökségi tagok: Dr. Böszörményi Dalma, Dr. Németh Éva, Dr. Ruzsa Ágnes, Dr. Zámboi János. Az Egyesület titkárának Dr. Pilling Jánost választották. Az Egyesület későbbi elnökei: Dr. Ruzsa Ágnes (2001-2004), Dr. Hegedűs Katalin (2004-2010) és Schaffer Judit (2010-2017), jelenlegi elnöke Lukács Miklós (2017-), alelnökei: Schaffer Judit és Dr. Benyó Gábor, tudományos tanácsadó testület tagjai: Dr. Csikós Ágnes PhD., Dr. Kegye Adrienne, Dr. Hódi Zsuzsanna, Dr. Zana Ágnes PhD.

Az Egyesület hazai és nemzetközi szinten egyaránt képviseli a hazai hospice szolgáltatók közösségét. 2008-ban alapította a Polcz

Alaine Emlékérmet, melyet a hospice ügyének érdekében végzett kimagasló szakmai, szervező, segítő vagy oktató munka elismeréseként adományoz. 1997-től negyedévente megjelenik a Kharón Thanatológiai Szemle és évekig kiadásra került a Hospice Hírek, amelyet később a www.hospice.hu honlap váltott fel.

A hospice önálló elismerése és finanszírozása érdekében az Egyesület rendszeresen tájékoztatja a Minisztériumot és a különböző döntéshozó szervezeteket a hospice ellátás szükségleteiről és eredményeiről. Emellett, a szakmai feltételek rögzítése, valamint a színvonal egységesítése érdekében felmerült a Szakmai irányelvek kidolgozásának szükségessége is.

Az Egyesület folyamatosan katalizálja az ellátás minőségét és specifikációját javító rendelet tervezetet és javaslatot nyújt be, melynek nyomán fejlődtek a Szakmai Irányelvek, a Minimumfeltételek és hatályba lépett számos más hospice ellátást érintő miniszeri rendelet.

Az Egyesület célja, feladatai:

⇒ a hazai hospice-palliatív szervezetek szakmai és civil együttműködés előmozdítása,

LUKÁCS Miklós elnök, Magyar Hospice-Palliatív Egyesület

Levelező szerző (correspondent): LUKÁCS Miklós; levelezési cím: Magyar Hospice-Palliatív Egyesület, 1089 Budapest, Orczy út 6.; e-mail: iroda@hospice.hu

- ⇒ érdekvédelmi feladatok ellátása,
- ⇒ a hospice-palliatív ellátás minőségének fejlesztése és védelme,
- ⇒ tudományos ismeretterjesztés, tájékoztatás és információ átadás, oktatás és képzések szervezése, kutatásokban való részvétel, szakmai és társadalmi szemléletformálás,
- ⇒ egységes elvek alapján működő hospice alap- és továbbképzések, konferenciák szervezése, összehangolása,
- ⇒ nemzetközi kapcsolatok kialakítása és fenntartása külföldi hospice-palliatív szervezetekkel,
- ⇒ állásfoglalások, standardok kialakítása, részvétel törvények, rendeletek fejlesztésében, szakmapolitikai döntések elősegítése.

Szakmai szemléletformálás

Az Egyesület egyik legfontosabb tevékenységének az egységes elvek alapján működő hospice 40 órás *alap- és továbbképzések* rendszerének kialakítását tartotta, hogy kellő számú szakképzett munkatárs dolgozzon a hospice ellátásban, ezzel biztosítva a hospice ellátás szakmai színvonalát. A képzésekhez 9 tankönyvből álló tankönyv-sorozat, valamint Hospice beteggondozás címen 10 oktató füzet és számos szöveggyűjtemény is készült. 1996-tól megindult a gyászolókat segítők képzése és az orvosok számára kidolgozott speciális palliatív terápiás továbbképzés is.

A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület 2004 óta felnőttképzési intézmény, 2011 óta pedig az ELNEC (End of Life Nursing Education) programhoz csatlakozva frissítette, akkreditáltatta és szervezi saját egészségügyi és szociális szakdolgozói Hospice Alapképzéseit. 2013 óta önálló tematikájú, országos konszenzussal elfogadott, majd 2015-ben miniszteri rendeletbe is foglalt, kétszintű Hospice Önkéntes képzését. Évente szervez a szolgálatok menedzsmentjének stratégiai célú Országos Értekezletet, kétfévente szakmai Kongresszust, lehetővé téve

általuk a stratégiai és szakmai egyeztetést, eszmecserét és a hazai hospice-közösség fejlődését.

Az Egyesület tagja a Hospice Világszervezetnek (The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, WHPCA) és európai közösségének (European Association for Palliative Care, EAPC), melyben hazai szakembereink számos vezető tisztséget láttak és látnak el, fórumaikon rendszeresen publikálnak és képviselik hazánkat.

Társadalmi szemléletformálás

A MHPE fontosnak tartja, a közösségi és társadalmi támogatást is. Az Egyesület először 2005-ben hirdette meg, s azóta is terjeszti és összefogja a nemzetközi kezdeményezéshez kapcsolódva a Hospice Világnapja rendezvényeket (Hospice Hangja koncertek, irodalmi, művészeti eseménynek) és sportmegmozdulásokat. Az őszi rendezvénysorozatot gazdagítja a Magyar Hospice Alapítvány 2007-ben elindított Méltóság Mezeje programja, mely célját így fogalmazta meg: *„Az volt a szándékunk, hogy egy szimbólum segítségével – ami a sárga nárcisz virág – kezdjünk szemléletformáló iskolai programot.”*

Önkéntesség előmozdítása

A középiskolai kötelező közösségi szolgálat bevezetésével az Egyesület 2010-re kidolgozta Diák Önkéntes Programját, mely a 14–18 éves korosztály érzékenyítését tűzte célul ismeretterjesztő osztályfőnöki órák és egyedileg a diákok által tervezett kreatív projekt megvalósítása révén. 2015-ben az Egyesület elsőként nyerte el a Semmelweis Garanciavédjegyet, melynek célja, hogy a transzparens adományozás érdekében a társadalom tisztában lehessen azzal, hogy az egészségügy területén és ahhoz kapcsolódóan tevékenykedő civil szervezetek a gyógyításra felajánlott összegeket mire fordítják.

Irodalomjegyzék

1. Magyar Hospice-Palliatív Egyesület. Hozzáférhető: <https://hospice.hu/az-egyesulet> (Letöltve. 2017. április 7.)

MESZK ORSZÁGOS SZERVEZET

SZAKMAI RENDEZVÉNYEI

2017-ben

Dátum	Helyszín	Rendezvény neve
május 12–13.	Hévíz	VIII. Foglalkozás-egészségügyi Ápolói Továbbképző Napok
május 26.	Budapest	Az alsó végtag vénás- és nyirokkeringési zavarok korszerű konzervatív kezelése és ápolása
június 13.	Budapest	Védőnői Nap (közös rendezvény MAVE, OTH)
június 16.	Budapest	Gyermekegészségügyi a „Kincsek őrzői” – Gyermekek pszichiátriai ellátás nehézségei
augusztus 31– szeptember 2.	Siófok	MESZK IV. Szakdolgozói Tudományos Kongresszus
szeptember 8.	Budapest	Szülész-nő-Védőnő-Dietetikai Tagozat szakmai továbbképzése
szeptember 20–22.	Balatonfüred	XVI. Járóbeteg Szakdolgozói Konferencia (közös rendezvény Medicina 2000, MÁE)
október 13.	Budapest	Országos Tagozati Nap
október 27.	Budapest	Országos Szakmai Verseny
október 6–7.	Nyíregyháza	II. Országos Alapellátási Konferencia
november 17.	Budapest	Szociális Munka Napja
november 9.	Budapest	Középpontban Gyógyszerész asszisztensi munka és a gyógyászati segédeszköz ellátás
november 24.	Budapest	Dietetikai Szakmai Tagozat továbbképzése
november 30.	Budapest	Ápolás Innováció és Ápolásmenedzsment IV. Országos Konferencia

A változtatás jogát fenntartjuk.

Aktuális információ honlapunkon (www.meszk.hu) az eseménynaptárban érhető el.

