

NŐVÉR



AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

Scientific and educational journal
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

2020. 33. ÉVFOLYAM 4. SZÁM

A TARTALOMBÓL

A kiterjesztett hatáskörű ápolói rendszer fogadtatása
a magyar társadalom megítélése tükrében

Ápolói hivatás népszerűsége a pályaválasztók
körében



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



2020
INTERNATIONAL YEAR
OF THE NURSE AND
THE MIDWIFE



MESZK20 DÍJAK/20

KERESSÜK A KIEMELKEDŐ KOLLÉGÁKAT!

Határidő: 2020.10.15.

Részletek és ajánlólap

www.meszk.hu • www.hivatasunk.hu

MISZORY ERIKA

az Év elhivatott fiatal szakdolgozója
2019 díj nyertese

Év Kiváló
Szakdolgozója

Év Kiváló
Szakdolgozói
Közössége

Év Elhivatott
Fiatal
Szakdolgozója

2020

LÉGY BÜSZKE TE IS A SZAKMÁNKRA

és tegyük láthatóvá a kiváló kollégák munkáját együtt!

Ha ismersz olyan szakdolgozó kollégát vagy szakdolgozói közösséget, akit munkája, elhivatottsága alapján kiemelkedőnek tartasz, jelöld őket kiemelt díjazásra!

Díjátadó a MESZK-gálán

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, 2020;33(4):1–44.

TARTALOMJEGYZÉK

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY, TOVÁBBKÉPZÉS

Hitek és tévhitek a védőoltással kapcsolatban 3
Inhoff Edina, Gyergyák Kinga, Illyés-Kovács Anita, Lukács Erzsébet, Dr. Habil Turcsán Judit

VERS

Hivatás 8
Horváth Györgyi

EREDETI KÖZLEMÉNY

A kiterjesztett hatáskörű ápolói rendszer fogadtatása a magyar társadalom megítélése tükrében 9
Sain Henrietta, Dr. Bánfai Bálint PhD

Ápolói hivatás népszerűsége a pályaválasztók körében 18
Ferenczy Mónika, Gerölyné Sipőcz Eszter, Komlósi Kálmánné, Karácsony Ilona, Szabó László

A sztóma hatása a betegek párkapcsolati és szexuális életére 26
Rozmann Nóra, Merkl-Oravec Mercédesz, Tóthné Rádai Viktória, Pusztai Dorina, Szunomár Szilvia

AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

A pitvarfibrilláció szerepe a stroke kialakulásában: a CHA2DS2 – Vasc rizikófelmérő skála alkalmazása 32
Dr. Papp László, PhD, Vida Nóra, Bengő Szilvia, Kis Tamás, Gaál Gabriella, Pető Zsófia

EREDETI KÖZLEMÉNY

Idősek tápláltsági állapotának felmérése standard állapotfelmérő skálák segítségével 37
Madarász Ildikó, Dr. Pakai Annamária PhD, Habil, Dr. Váradyne Horváth Ágnes, Ferenczy Mónika, Szebeni-Kovács Gyula

GRATULÁLUNK! 44

CONTENTS

REVIEW ARTICLE, CONTINUING EDUCATION

Beliefs and Misconceptions about Vaccination 3
Edina Inhoff, Kinga Gyergyák, Anita Illyés-Kovács, Erzsébet Lukács, Judit Turcsán PhD, Habil

POEM

Profession 8
Györgyi Horváth

ORIGINAL CONTRIBUTION

Acceptance of the Advanced Practice Nurse System among the Hungarian Society 9
Henrietta Sain, Bálint Bánfai PhD

Popularity of Nursing Profession among Career Choices 18
Mónika Ferenczy, Eszter Gerölyné Sipőcz, Kálmánné Komlósi, Ilona Karácsony, László Szabó

The Impact of Stoma on Patient's Relationship and Sexual Life 26
Nóra Rozmann, Mercédesz Merkl-Oravec, Viktória Tóthné Rádai, Dorina Pusztai, Szilvia Szunomár

NURSING IN PRACTICE

Role of Atrial Fibrillation in Stroke Prevalence: Implementation of CHA2DS2 – Vasc Risk Stratification Scale 32
Laszlo Papp PhD, Nóra Vida, Szilvia Bengő, Tamás Kis, Gabriella Gaál, Zsófia Pető

ORIGINAL CONTRIBUTION

Assessing the Nutritional Status of the Elderly using Standard Status Scales 37
Ildikó Madarász, Annamária Pakai PhD, Habil, Ágnes Váradyne Horváth, Mónika Ferenczy, Gyula Szebeni-Kovács

CONGRATULATIONS 44

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

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

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

Kiadja: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara.

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

A kiadvány megjelenését gondozza:

LITERATURA MEDICA

LifeTime Media Kft. egészségügyi divíziója

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

Terjeszti a Magyar Posta Zrt.

Postacím: 1900 Budapest

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

Főszerkesztő/editor-in-Chief

Dr. Hirdi Henriett Éva (PhD)

szerkesztők/editors

Dr. Németh Anikó (PhD)

Dr. Papp Katalin (PhD)

szerkesztőbizottság/editorial board

Prof. Dr. Betlehem József (PhD)

Dr. Oláh András (PhD)

Dr. Pápai Tibor (PhD)

Dr. Rajki Veronika (PhD)

Szobota Livia

szakértők/experts

Arany Ida

Jakab Judit

Dr. Papp László (PhD)

Tóth Andrea

Dr. Tulkán Ibolya (PhD)

tanácsadó testület/advisory board

Boldogné Csurik Magdolna

Dr. Fedineczné Vittay Katalin

Dr. Helembai Kornélia (PhD)

Prof. Dr. OiSaeng Hong (PhD)

Prof. Dr. Kovács L. Gábor (PhD)

Dr. Maroska Anikó

Mészáros Magdolna

Sövényi Ferencné

Tóth Ibolya

Prof. PhD. Valérie Tóthova (PhD)

Dr. Velkey György

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

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

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

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

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

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

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

A szerkesztőség fenntartja a kéziratok megjelentetésének 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 Hungary with English summaries. The Journal also offers continuing education credits in every issue. Editorial office: PoB 214., H-1450 Budapest, Hungary. This Journal is peer-reviewed and indexed in EBSCO CINAHL. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Mátésné Horváth. Phone:/Fax (36-1) 323-2070

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY, TOVÁBBKÉPZÉS

Hitek és tévhitek a védőoltással kapcsolatban

INHOFF Edina, GYERGYÁK Kinga, ILLYÉS-KOVÁCS Anita, LUKÁCS Erzsébet,
DR. Habil TURCSÁN Judit

ÖSSZEFOGLALÁS

A védőoltások alkalmazása az egyik leghatékonyabb közegészségügyi beavatkozás a fertőző betegségekkel, különösen az oltással megelőzhető gyermekbetegségekkel szemben. Az autizmus és egyéb más betegségek kialakulása, valamint a védőoltások alkalmazása között vélelmezett szoros kapcsolat miatt egyes szülők késleltetik, vagy megtagadják gyermekeik számára beadandó védőoltásokat. Sokszor vallási nézeteket hoznak fel a vakcinázással szembeni kifogásként. A védőoltásokkal szembeni ellenérzés nem újkeletű, már a Viktoriánus korban is jelen volt. A 18. század óta minden új védőoltást bizalmatlanság is kísér. Ma ez a gyanakvás fennáll sokszor a vakcinákat előállító és terjesztő cégekkel szemben is. Jóllehet, vakcinázással kapcsolatos kérdésekben a szülők és a felnőtt lakosok leginkább az egészségügyi dolgozókat tekintik a leghitelesebb forrásnak, mégis elmondható, hogy sok egészségügyi szakember is bizalmatlan az oltásokkal szemben. Vakcinázás tekintetében fontos, hogy az egészségügyi dolgozók jól felkészültek, és tájékozottak legyenek, hogy a szülők és a felnőtt lakosok hatékonyabban oltassák gyermekeiket, illetve önmagukat a védőoltással kivédhető betegségek ellen.

Kulcsszavak: vakcinázás, tévhitek, vallás, attitűd

Beliefs and Misconceptions about Vaccination

Edina INHOFF, Kinga GYERGYÁK, Anita ILLYÉS-KOVÁCS, Erzsébet LUKÁCS, Judit TURCSÁN PhD, habil

SUMMARY

Vaccination is one of the most effective public health interventions against infectious diseases, especially against vaccine-preventable paediatric diseases. However, there are parents either delaying or refusing recommended childhood vaccination due to the fear of a 'link' between vaccinations and autism or other diseases. Religious objection is often used as an excuse to avoid the vaccination. Opposition to vaccination dates back to the Victorian age. Since the 18th century, fear and controversy accompanied the introduction of every new vaccine. This has been compounded, in recent years, by a decreased trust in the vaccine manufacturing or distributing institutions. Although healthcare professionals are cited as the most influential source by parents and adult population on vaccine decision-making, mistrust of vaccinations is already occurs among health workers. It is important for health professionals to be well informed, to able to persuade parents and the targeted population to vaccinate.

Keywords: vaccination, misconceptions, religion, attitude

INHOFF Edina szakoktató,
Pécsi Tudományegyetem
Egészségtudományi Kar, Pécs,
megosztott első szerzőség

GYERGYÁK Kinga szakoktató,
Pécsi Tudományegyetem
Egészségtudományi Kar, Pécs,
megosztott első szerzőség

ILLYÉS-KOVÁCS Anita szak-
oktató, Pécsi Tudomány-
egyetem Egészségtudományi
Kar, Pécs

LUKÁCS Erzsébet főiskolai hall-
gató, Pécsi Tudományegyetem
Egészségtudományi Kar, Pécs

DR. HABIL TURCSÁN Judit
egyetemi docens, Pécsi Tudo-
mányegyetem Egészségtudo-
mányi Kar, Pécs

Levelező szerző

(correspondent):

DR. HABIL TURCSÁN Judit;

e-mail: judit.turcsan@etk.pte.hu

Beérkezett: 2020. április 29.

Elfogadva: 2020. június 30.

Rövidítések

H1N1= Hemagglutinin típus 1 és Neuraminidáz típus 1
WHO = (World Health Organization) Egészségügyi
Világszervezet

HPV= Humán Papilloma Vírus

WI-38= (Wistar Institute cell line 38) Wistar Intézet
38-as sejtvonal; diploid humán embrionális eredetű
tüdő fibroblaszt sejtvonal

MRC-5 = (Medical Research Council cell strain 5) Egész-
ségügyi Tudományos Tanács 5-ös sejttörzs; 14 hetes
humán embrióból származó tüdő fibroblaszt sejtvonal

A-VAQTA = (Hepatitis A Vaccination, Inactive) In-
aktivált Hepatitis A vírust tartalmazó Hepatitis A
vírus elleni oltóanyag

HAVR-IX = (Hepatitis A Virus(Inaktivált Hepatitis A
vírust tartalmazó Hepatitis A vírus elleni oltóanyag

MR-Vax = (Measles and Rubella Virus Vaccine Live)
Kanyaró és rubeola elleni élő vírust tartalmazó ol-
tóanyag

ACAM1000 = Acambis Inc. által MRC-5 sejtvonalon
kifejlesztett fekete himlő elleni oltóanyag

Bevezetés

A homo sapiens, a „bölcs” ember a teremtés koránája, mégis, időről időre bebizonyosodik, hogy a legkisebb teremtmények, a mikroorganizmusok képesek legyőzni. Lakosságot megtizedelő, nagy világjárványokról már az ókorban készültek feljegyzések. Marcus Aurelius uralkodása alatt (isz. 120 – isz. 180.) isz. 165-ben fellobbant „*antonius pestis*”, vélhetően fekete himlő járvány az első feljegyzett pandémiák között szerepel, mely közel öt millió áldozatot követelt (Sabbatini & Fiorino, 2009). A középkor legnagyobb járványa a bubópestis, más néven fekete halál 1346 tavaszán Mongóliából indult, és 7 év alatt egész Európát megfertőzte, több tíz millió ember halálát okozva (DeWitte, 2014). Vélhetően a *Yersinia pestis* baktérium okozta a megbetegedéseket, de egyes kutatók virális hátteret sejtnek (Duncan & Scott, 2005). A legújabb kor talán legnagyobb járványa a „*Spanyolnátha*” volt, amelynek kirobbanásához elég volt egyetlen beteg katonára besorozása az amerikai hadseregbe. Legalább ötven millió (egyes becslések szerint százmillió) halálos áldozatot szedett az influenza A H1N1 altípus vírus (Morens et al., 2010).

Az első védőoltások

Az 1500-1900-as években a legpusztítóbb járványokat a fekete himlő, a kolera és a tífusz okozta. Az XVIII. század közepén az Osztrák-Magyar Monarchiában szedte áldozatait a fekete himlő, az uralkodó házat sem kímélve. Mária Terézia császárné lánya, Habsburg-Lotaringiai Mária Jozefa Gabriella főhercegnőt is e vírusfertőzés vitte el. Ez idő tájt Edward Jenner (1749-1823) angol sebész megfigyelte, hogy a fejőnők körében a fekete himlő fertőzés (*Poxvirus variolae*), illetve a fertőzöttek halálozási rátája alacsonyabb volt, mint a más foglalkozást űzők körében. Ez annak volt köszönhető, hogy a fejőnők szinte kivétel nélkül megfertőződtek az úgynevezett marhahimlővel (Orthopox vírus), amely immunitást nyújtott a fekete himlővel szemben. Már a középkorban is megfigyelték, hogy a fekete himlő fertőzést túlélőket a vírus többet nem betegítette meg, de Edward Jenner ezt a gondolatot továbbvitte: kísérleti jelleggel egy marhahimlővel fertőzött asszony gennyeseit elkaparva a gennyet egy nyolc éves kislányba fecskendezte. A kislány nem betegedett meg fekete himlőben. A császárnő, védve családját többi tagját, valamint az osztrák hadsereget, minden gyermekét és katonáját „beoltatta” (Barquet & Domingo, 1997). Jóllehet, Edward Jennert tartjuk az immunológia atyjának, a fekete himlő inokulációja egészséges személyekbe

már a XVIII. század előtt is ismert volt Ázsiában (Gross & Sepkowitz, 1998).

A fekete himlő elleni védőoltás feltalálásának és alkalmazásának köszönhetően az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) 1980. május 3-án kihirdette a Világ fekete himlőmentességét (WHO, 1980).

A gyengített kórokozóval történő oltás immunizáló hatását először Louis Pasteur írta le, 1880-ban. A csirkeállományt tizedelő csirkekolera vizsgálatát vizsgálva, kitenyésztette a kórokozót (mai neve *Pasteurella multocida*), majd elutazott. Ősszel, a nyaralásból hazatérve a nyár folyamán a munkaasztalon hagyott *Pasteurella multocida* tenyészetet csirkékbe oltotta, s az így beoltott baromfik nem betegedtek meg. Ezután friss tenyészetrel oltotta a már előzetesen gyengített kórokozókkal oltott csirkéket, s a beoltott csirkéken a betegség jelei így sem mutatkoztak (Pasteur, 1880). Ezen megfigyelések alapján állította fel azt a hipotézisét, mely szerint a kórokozó mikrobák környezeti hatásokra (magas hőmérséklet, oxigén jelenléte, kemikáliák) elveszíthetik megbetegítő képességüket. Ezt a hipotézisét erősítette meg a veszettség és az anthrax védőoltásának kidolgozása során is (Pasteur & Chamberland, 1881).

A XX. században a sejtkultúrák alkalmazása elősegítette a vírusok elleni védőoltások kidolgozását is, poliovírus elleni Sabin-cseppel az első között (Weller, 1949). A génsebészet újabb teret nyitott a védőoltások készítésében, kezdve a Hepatitis B elleni oltóanyaggal, melyet rekombináns *Saccharomyces cerevisiae* élesztőgombából állítottak elő (McAleer, et al., 1984).

Védőoltások hatása a fertőzőbetegségek terjedésére

A „nyájelmélet” vagy „nyájimmunitás” alapján a népesség egy bizonyos részének beoltása védelmet biztosít a beoltatlanok számára is. Minél magasabb az oltottak száma, a véletlenség a nem oltottak számára annál valószínűbb. A „nyájimmunitás” akkor érhető el, ha a populáció legalább 75%-a oltott a betegséggel szemben (Halloran, et al., 1991). A Diftéria elleni oltás bevezetésével, és a beoltottak számának növekedésével a *Corynebacterium diphtheriae* által okozott gyermekbetegség – mely letalitása elérheti akár az 5-10%-os rátát is – száma drasztikusan csökkent. A Diftéria-Pertussis-Tetanus globális oltottság 1 éves gyermekek körében 2018-ban 86%-os volt (WHO, 2019). 1947-ben több, mint 1000 gyermeket megbénító poliomyelitis járvány alakult ki Magyarországon. A Sabin-cseppek 1958-as bevezetése után 1960-1992 között már csak 144 esetet írtak le, és ezen esetek is túlérzékeny gyermekek bénulá-

sa volt (Berencsi, et al., 2013). A Magyarországon kötelező védőoltással megelőzhető fertőző gyermekbetegségek közül 2005-ben 32 esetben, 2019-ben 1 esetben történt bejelentés (MSÉ, 2017). Európában kanyaróban megbetegedettek száma 2017-ben 25.869 fő (42 halálozás), 2018-ban 83.540 fő (72 halálozás), 2019. első két hónapjában 34.300 fő (12 halálozás) volt (WHO, 2019). Magyarország az európai országokhoz képest a millió lakosra vetítve a legjobb helyen áll (1,4 eset/millió lakos). Rubeolás eset nem fordult elő. 2019-ben a megbetegedések száma Ukrajnában volt a legmagasabb, ahol több, mint 25.000 esetet igazoltak (EDC, 2019).

Védőoltásokkal szembeni attitűdök

A XVIII. században, az oltások elterjedésével, az oltóanyagokkal szemben az emberek bizalmatlansága is egyre fokozódott. 1856-ban az Egyesült Királyságban bevezették a csecsemők kötelező védőoltását fekete himlő ellen, s ennek elmulasztása a szülőköt sújtó pénzbírsággal, vagy börtönnel járt. Ezt 1867-ben kiterjesztették a 14 évüket be nem töltött, csecsemőkorban nem oltott gyermekekre is (Porter & Porter, 1988). Ez elindított egyfajta ellenállást, hiszen az oltás politikai jellege a népegészségügy nevében beleszólást jelentett a lakosok hagyományosan civil életébe. Ugyanebben az évben meg is alakult egy új szövetség, az „*Anti-Compulsory Vaccination League*” (Kötelező-ellenes Oltási Szövetség), mely a Parlament beleszólását az emberek civil életébe, és a büntetést kifogásolta. Ezután több könyv és kiadvány jelent meg az oltások ellen. Hasonló mozgalmak indultak Európa más országaiban is. Az oltásellenes hangulat hatására Stockholmban az előzőleg 90%-os átoltottság fekete himlővel szemben az 1870-es évekre 40%-ra csökkent (Poland & Jacobson, 2011). Az 1940-1980-as években az oltásokkal szembeni attitűd 3 okból is megváltozott. A vakcinák egyre gyorsabb feltalálása és gyártása; a fertőzőbetegségek ugrásszerű elterjedése (kanyaró, mumpsz, rubeola, pertussis, diftéria), és a gyermekek ezen betegségektől való féltése; végül a születések számának ugrásszerű növekedése. Ezek a tényezők előmozdították az oltások szükségességének elfogadását (Porter & Porter, 1988). Az 1970-es évektől kezdődően azonban újra erősödött az oltásellenesség (Poland & Jacobson, 2011).

Az oltáshoz a lakosok legalább ötféleképpen viszonyulnak. Vannak, akik rettegnek a betegségektől, így minden számukra elérhető és ajánlott oltást beadatnak. A szabálykövető szülők ellenkezés nélkül, minden kötelező oltásra elviszik gyermeküket, az ajánlottakat azonban nem feltétlenül adják be. Az *oltásszkeptikusok* aggódnak az oltások miatt, de nem

utasítják el őket következetesen. Az *oltásellenesek* elutasítják az oltásokat, de hajlandók figyelembe venni a rendelkezésre álló információkat. Kevésbé hisznek az összeesküvés-elméletekben, inkább a „*vissza a természethez*” felfogás követői. Az *oltáselutasítók* „*merre-ven elutasítják a védőoltásokról való tájékozódásnak a lehetőségét is*”, és ők azok, akik az oltásokkal kapcsolatban gyakran összeesküvés-elméleteket gyártanak, hirdetnek. A vakcinákkal szembeni bizonytalanságot három fő hatás válthatja ki: 1. háttérhatások (vallás/kultúra/társadalmi-gazdasági struktúra, oltásellenes lobbik, kommunikációs és média környezet); 2. egyéni és csoportos hatások (vakcinákról való ismeret, előny/kockázat, egészségügyi rendszer ráhatása); 3. oltóanyaggal kapcsolatos témák (új vakcina bevezetése, az oltási program bevezetésének mikéntje, vakcina elérhetősége, költségek, egészségügyi személyzet hozzáállása) (Dubé et al., 2014). Az oltások elutasítása leggyakrabban a vakcinák biztonságosságának megkérdőjelezése miatt fordul elő (Marti et al., 2017). A szülők leginkább a kombinált oltóanyagok egészségkárosító hatásában hisznek, sokan ezt tekintik az autizmus egyik kiváltó okának (Giambi et al., 2018). A HPV oltással kapcsolatos szülői aggályok elsősorban a mellékhatásokkal kapcsolatosak. Az édesanyák ezen kívül a vakcina újdonságát tekintve tartanak attól is, hogy „*kísérleti nyulak*” lesznek lányaik. HPV oltással kapcsolatos leggyakoribb konspirációs elmélet a leánygyermekek célzott terméketlenné tétele a vakcinával (Craciun & Baban, 2012). Az internet korában a téves információk, összeesküvés-elméletek már nagyon gyorsan terjednek, és a világ szinte minden szegletébe eljutnak. A közösségi média, elsősorban a Facebook, egyre nagyobb teret ad az oltásellenes összeesküvés-elméletek terjesztésének. Sajnálatos módon ezen csoportok nagyobb számban tudnak megszólítani internet felhasználókat, és gyorsabb ütemben nő taglétszámuk, mint a vakcinákat ismertető, népszerűsítő csoportok (Schmidt et al., 2018).

Vallások és védőoltások

A nagy világvallások közül egyik sem tiltja az oltásokat, sőt, kimondják, hogy az élet védelme az első, a védőoltások pedig pont ezt szolgálják. A katolikus egyház az abortált magzatokból alkalmazott sejtvonalak segítségével fejlesztett oltóanyagokat kerülendőnek tartja, de amennyiben nincs más alternatíva, ezek is engedélyezettek (Pontifical Academy, 2006). Erre példa a WI-38 (Wistar Institute) és MRC-5 (Medical Research Council 5) sejtvonallal készített élő mikrobákat tartalmazó rubeola (Meruvax, Rudivax, MR-Vax), egyes hepatitis elleni (A-VAQTA, HAVR-IX), poliomyelitis (Polvoax),

és feketehimlő elleni (ACAM1000) vakcinák. Az orosz ortodox egyház 2008-as Zsinata kimondta, hogy a védőoltások a fertőzőbetegségek megfékezésének egyik leghatásosabb eszközei. Elítél minden oltásellenes teória propagálását, és megtilt minden oltásellenes írás, video terjesztését kolostoraiban és templomaiban (Sgreccia, 2005). A történelmi keresztény egyházak közül a protestáns a legmegengedőbb, mert a szülőkre bízta, hogy eldöntsék, beoltatják-e gyermeküket, vagy sem (Patriarcha, 2016). Az izraelita és iszlám vallás is elkötelezett a védőoltások mellett, hiszen kimondják, hogy azon túl, hogy egyes emberek élete megmenthető, ezzel együtt több, más emberé is (Ruijs et al., 2013). Az izraeli törvények szerint a gyermekek beoltása nem a szülőt megillető jog, hanem a gyermek joga ahhoz, hogy védett legyen a fertőző betegségekkel szemben (State to. "anti-vaxxers"). A Buddhizmus tanításai szerint életet nem szabad elvenni. Ezek alapján olyan oltóanyagok alkalmazását engedélyezi, amelynek gyártása során semmilyen élőlényt nem használtak fel (Pelčić et al., 2016).

Egészségügyi szakemberek attitűdje védőoltásokkal kapcsolatban

Egészségügyi szakembereknek nagy szerepe van a védőoltások elfogadtatásában. Mégis a szakdolgozók körében igen alacsony a nem kötelező oltások felvétele, a szezonális Influenza elleni védőoltást 20%-uk veszi csak fel. Kórházi dolgozók körében a kritikus betegségekkel foglalkozó osztályokon (intenzív, onkohematológiai osztály), illetve az új betegekkel elsőként kapcsolatba lépő sürgősségi osztály dolgozói nagyobb arányban veszik fel az influenza védőoltást, mint a többi osztályon dolgozó nővérek és orvosok (Karafillakis et al., 2016). A magyar orvostanhallgatók védőoltásokkal szembeni attitűdje képzésük során változik. Járványtan oktatása után a hallgatók ismerete az influenzáról jelentősen növekedett, azok, akik az oktatás után hasznosnak ítélték meg az influenza elleni védőoltást, nagyobb eséllyel oltatták be magukat (Fehér et al., 2019).

Védőoltásokkal szembeni ellenállás következményei napjainkban

A legfrissebb eset 2019-ben a Csendes-óceán déli részén található Szamoa szigetén kitört kanyaró járvány. Ennek oka, hogy 2018-ban az 5 év alatti gyer-

mekek átoltottsága kanyaró ellen a korábbi 91%-ról 38%-ra csökkent. A szülők oltásellenes attitűdjét a kanyaró elleni vakcina során elhunyt két kisgyermek híre – melyet az oltásellenes csoportok felkaptak, és minden lehetséges fórumon hirdettek – erősítette meg. A vizsgálatok során tisztázódott, hogy a két haláleset a vakcinák nem megfelelő manipulálása okozta. A WHO jelentése alapján 2019. november 22-ig 3.149 esetet regisztráltak, melyből 42-en elhunytak, 14 gyermeket pedig az intenzív osztályon kezeltek. A Kongói Demokratikus Köztársaságban 2020. januárjáig 5.110 ember halt meg kanyarófertőzés miatt, többen, mint Ebolában. Az alábbi országokban az alacsony oltási arány miatt jelentős kanyarójárványok fordulnak elő: Ukrajna, Grúzia, Kazahsztán, Jemen, Pakisztán, Libanon, Szudán, Irak, Tunézia, Mianmar, Madagaszkár, Csád, Nigéria, Tájféld, Banglades, Új-Zéland, Brazília (WHO, 2019).

Következtetés

Az immunizáció jelentős hatása a globális egészségre. Ma már több, mint 20 betegség megelőzhető védőoltással, és ma az egyik leghatékonyabb és költségkímélő orvosi beavatkozás az emberek milliárdjainak védelme érdekében. Immunizálással évente körülbelül 2-3 haláleset előzhető meg. A lakosság magas arányú átoltottsága (minimum 75%) védelmet nyújt az oltatlanok számára is (WHO, 2020). A vakcinázás jól dokumentált előnyei ellenére számos európai ország felnőtt lakosai bizonytalanok a vakcinázással kapcsolatban. Kétségeik vannak az oltóanyagok biztonságával kapcsolatban, megkérdőjelezzik a kormány, valamint a közegészségügyi hatóságok megbízhatóságát. Összeesküvés elméleteket gyártanak a gyógyszergyártók anyagi érdekei és betegségek terjedése között (Andre et al., 2008). Az oltóanyagok betegséget előidéző mivoltának terjesztése Wakefield 1999-ben megjelent MMR oltás és autizmus összefüggéséről szóló tanulmánya után felerősödött, annak ellenére, hogy 12 évvel a cikk megjelenése után maga a szerző vallotta be, hogy a tanulmány nem valós adatokra épült, és visszavonta azt (Wakefield et al., 1998; Eggertson, 2010).

Az egészségügyi dolgozók szerepe a felnőtt lakosság bizalmának növelésében a védőoltásokkal szemben nem elhanyagolható, hiszen az alapellátó szakemberek bevonása növelni képes a kommunikáció hitelességét (Hajnal et al., 2017).

Irodalomjegyzék

- Andre, F., Booy, R., Bock, H., Clemens, J., Datta, S., John, T., et al. (2008). Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. *Bulletin of World Health Organisation*, 86, 140–146 DOI:10.2471/BLT.07.040089 Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/5555386_Vaccination_greatly_reduces_disease_disability_death_and_inequity_worldwide
- Barquet, N., Domingom P. (1997). Smallpox: the triumph over the most terrible of the ministers of death. *Annals of Intern Medicine*, 127(8 Pt 1), 635–642. doi: 10.7326/0003-4819-127-8_Part_1-199710150-00010 Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/13887407_Smallpox_The_Triumph_over_the_Most_Terrible_of_the_Ministers_of_Death
- Berencsi, Gy., Kapusinszky, B., Farkas, Á., Szomor, K., Takács, M. (2013). A poliovírus 103 éve és a vírusjárvány felszámolásának utolsó eredményei. *Egészségtudomány*, 57(1), 22–34. Retrieved from <http://egeszsegtudomany.higienikus.hu/cikk/2013-1/Berencsi.pdf>
- Craciun, C., Baban, A. (2012). “Who will take the blame?”: Understanding the reasons why Romanian mothers decline HPV vaccination for their daughters. *Vaccine*, 30, 6789–6793. doi: 10.1016/j.vaccine.2012.09.016
- Deaths from Democratic Republic of the Congo measles outbreak top 6000. (2020) Retrieved from: <https://www.afro.who.int/news/deaths-democratic-republic-congo-measles-outbreak-top-6000>
- DeWitte, S., N. (2014). Mortality Risk and Survival in the Aftermath of the Medieval Black Death. Retrieved from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0096513> doi: 10.1371/journal.pone.0096513
- Dubé, E., Gagnon, D., Nickels, E., Jeram, S., Schuster, M. (2014). Mapping vaccine hesitancy— Country-specific characteristics of a global phenomenon. *Vaccine*, 32, 6649–54. doi:10.1016/j.vaccine.2014.09.039.
- Duncan, C., J., Scott, S. (2005). What caused the Black Death? *Postgraduate Medical Journal*, 8, 315–320. Retrieved from: <https://pmj.bmj.com/content/postgradmedj/81/955/315.full.pdf>
- ECDC: Surveillance Report. Monthly measles and rubella monitoring report. (2019). Retrieved from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/measles-monthly-report-march-2019.pdf>
- Eggertson, L. (2010). Lancet retracts 12-year-old article linking autism to MMR vaccines. *Canadian Medical Association Journal*, 182, 199–200. doi: 10.1503/cmaj.109-3179
- Fehér, Á., Fekete, M., Varga, J., T., Horváth, I. (2019). Az orvostanhallgatók vakcinológiai tájékozottsága. *Orvosi Hetilap*, 160(30), 1193–1199. DOI: 10.1556/650.2019.31426
- Fight against inoculations: position of Church/ the “Church announcer”(2016). Retrieved from: <http://www.patriarchia.ru/db/text/952723.html> [
- Giambi, C., Fabiani, M., D’Ancona, F., Ferrara, L., Fiacchini, D., Gallo, T., Martinelli, T., et al. (2018). Parental vaccine hesitancy in Italy - Results from a national survey. *Vaccination*, 36(6), 779–787. doi: 10.1016/j.vaccine.2017.12.074.
- Gross, C., P., Sepkowitz, K., A., (1998). The myth of the medical breakthrough: smallpox, vaccination, and Jenner reconsidered. *International Journal of Infectious Diseases*. 3, 54–60. doi:10.1016/s1201-9712(98)90096-0
- Hajnal, F., Busa, Cs., Papp, R., Balogh, S. (2017). Az alapellátásban dolgozó orvosok és munkatársaik preventív szerepe járványok idején. *Orvosi Hetilap*, 158.(14), 523–532. doi: 10.1556/650.2017.30627
- Halloran, M., E., Haber, M., Longini, I., M., Struchiner, C., J. (1991). Direct and Indirect Effects in Vaccine Efficacy and Effectiveness. *American Journal of Epidemiology*, 133(4), 323–331. doi:10.1093/oxfordjournals.aje.a115884
- Karafilakis, E., Dinca, I., Apfel, F., Ceconi, S., Würz, A., Takács, J., Duk, J. et al. (2016). Vaccine Hesitancy among Healthcare Workers in Europe: A Qualitative Study. *Vaccine*, 34(41), 5013–5020. doi:10.1016/j.vaccine.2016.08.029
- Magyar Statisztikai Évkönyv (2016) Retrieved from: http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/evkonyv/evkonyv_2016.pdf
- Marti, M., de Cola, M., MacDonald, N., E., Dumolard, L., Duclos, P. (2014). Assessments of global drivers of vaccine hesitancy in 2014. Looking beyond safety concerns. *PLoS One*, 12(3), e0172310. doi:10.1371/journal.pone.0172310 Retrieved from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0172310>
- McAleer, W., J., Buynak, E., B., Maigetter, R., Z., Wampler, D., E., Miller, W., J., Hilleman, M., R. (1984). Human hepatitis B vaccine from recombinant yeast. *Nature*, 307, 178–180. doi: 10.1038/307178a0
- Morens, D., M., Taubenberger, J., K., Harvey, H., A., Memoli, M. (2010). The 1918 influenza pandemic: Lessons for 2009 and the future. *Critical Care Medicine*, 38(4), 10–20. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181ceb25b.
- Pasteur, L., Chamberland, C., E. (1881). Sur la vaccination charbonneuse. *Comptes Rendus de l’Academia des Sciesnce*, 92, 1378–1383. Retrieved from: https://www.academie-ciencies.fr/archivage_site/fondations/lp_pdf/CR1881_p1378.pdf
- Pasteur, L. (1880). De l’atténuation du virus du cholera des poules. *Comptes Rendus de l’Academia des Sciesnce* 1880; 91: 673–680. Retrieved from: https://www.academie-ciencies.fr/archivage_site/fondations/lp_pdf/CR1880_p673.pdf
- Pelčić, G., Karačić, S., Mikirtichan, G., L., Kubar, O., I., Leavitt, F., J., Cheng-Tek Tai, M., Morishita, M., Vuletic, S., Tomasevic, L. (2016). Religious exception for vaccination or religious excuses for avoiding vaccination. *Croatian Medical Journal*, 57(5), 516–521. doi: 10.3325/cmj.2016.57.516
- Poland, G., A., Jacobson, R., M. (2011). The Age-Old Struggle against the Antivaccinationists. *The New England Journal of Medicine*, 364, 97–99. doi:10.1056/NEJMp 1010594
- Pontifical Academy for Life. Moral reflections on vaccines prepared from cells derived from aborted human fetuses. *National Catholic Bioethics Quarterly*, 6: 541–7. Retrieved from: https://www.ncbcenter.org/files/9815/0653/5466_Moral_Reflections_on_Vaccines_Prepared_from_Cells_Derived_from_Aborted_Human_Fetuses.pdf
- Porter, D., Porter, R. (1988). The Politics Of Prevention: Anti-Vaccinationism And Public Health In Nineteenth-Century England. *Medical History*, 32, 231–252. doi: 10.1017/s0025727300048225
- Ruijs, W., L., Hautvast, J., L., Kerrar, S., van der Velden, K., Hulscher, M., E., J., L. (2013). The role of religious leaders in promoting acceptance of vaccination within a minority group: a qualitative study. *BMC Public Health*, 13: 511. Retrieved from: <https://bmcpubliehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-511>
- Sabbatini, S., Fiorino, S. (2009). The Antonine Plague and the decline of the Roman Empire. La peste antonina e il declino dell’Impero Romano. Ruolo della guerra partica e della guerra marcomannica tra il 164 e il 182 d.C. nella diffusione del contagio. *Le Infezioni in Medicina*, 4, 261–275. Retrieved from: https://www.infezmed.it/media/journal/Vol_17_4_2009_11.pdf

30. Schmidt, A., L., Zollo, F., Scala, A., Betsh, C., Quatrociocchi, W. (2018). Polarization of the vaccination debate on Facebook. *Vaccine*. 36, 3606–3612. doi: 10.1016/j.vaccine.2018.05.040.
31. Sgreccia, E. (2005). Moral reflection on vaccines prepared from cells derived from aborted human fetus. *Pontifical Academia Pro Vita*. Retrieved from: <https://www.immunize.org/talking-about-vaccines/vaticandocument.htm>
32. State to „anti-vaxxers”: No vaccination no child support. (2016) *Times of Israel*. Retrieved from: <http://www.timesofisrael.com/state-to-anti-vaxxers-no-vaccination-no-child-support/>
33. Wakefield, A., J., Murch, S., H., Anthony, A., Linell, J., Casson, D., M., Malik, M., Berelowitz, M., Dhillon, A., P., Thomson, M., A. et al. (1998). Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *Lancet*, 351(9103), 637–641. Retrieved from: [https://www.thelancet.com/journals/lan-cet/article/PIIS0140-6736\(97\)11096-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lan-cet/article/PIIS0140-6736(97)11096-0/fulltext)
34. Weller, T., H. (1949) Cultivation of poliomyelitis virus in cultures of human foreskin and embryonic tissues. *Proceedings of Society for Experimental Biology and Medicine*, 72, 153–155. doi: 10.3181/00379727-72-17359
35. World Health Organization (2019). Diphtheria-tetanus-pertussis (DTP3) immunization coverage. Retrieved from: <https://www.who.int/gho/immunization/dtp3/en/>
36. World Health Organization (2019) Measles – European region. retrieved from: <https://www.who.int/csr/don/06-may-2019-measles-euro/en/>
37. World Health Organization (2019) Measles: global situation. Retrieved from: <https://www.who.int/csr/don/26-november-2019-measles-global-situation/en>
38. World Health Organization (1980) The Magazine of World Health Organization. Retrieved from: https://www.who.int/csr/disease/smallpox/WHO_RAS_SEP_ID0556_WorldHealth_May1980_ENG.pdf?ua=1

Horváth Györgyi verse

Hivatás

Én nem maradok otthon

Ha akarnék se tudnék, mert egy ponton
túl, inamba szállna a bátorság,
s vinne, röpitene hozzád hazám, Magyarország.
Nincs oka vagy miértje,
ez van szívem kövébe belevésvé,
hoggy vársz rám.
Elmémmel gyártott illúzióimmal táplálom magamban e soványka vigaszt,
hoggy neked rám, szükséged van.
Igen, talán éppen arra, ami én vagyok.
Kézre, mely segít a bajban.
Ápolni, ahogy csak én tudok.
Ahogy anyámtól láttam s kaptam
hivatásba vetett hitének drága örökét.
Mosolyt és nevetést,
a lélek fűszerét,
mit bensőm derűje hint minden testre és lélekre,
legyen az beteg vagy ép.
Mert ettől jól vagyok és erőt kapok... de tudom, hogy nem végtelent.
Lehet, hogy egyszer én is elfáradok
s kézre lesz szükségem ami megsimít, vagy szomjamat oltani nyújt egy korty vizet.
Lesz-e, nem tudom,
de Isten a tanúm,
holnap újra indulok!
Felétek, hozzátok, értetek!

Akkor is ha már nem kísér taps,
s ti is papírszívek az ablakokban, már rég elégtetek.

Horváth Györgyi ápoló, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház,
II. Belyógyászat, Székesfehérvár

EREDETI KÖZLEMÉNY

A kiterjesztett hatáskörű ápolói rendszer fogadtatása a magyar társadalom megítélése tükrében

SAIN Henrietta, DR. BÁNFAI Bálint PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: A kiterjesztett hatáskörű ápolók egészségügyi ellátásba való integrálása javíthatja az ellátás minőségét. Kutatásunk célja volt felmérni, hogy milyen fogadtatásra számíthatnak a kiterjesztett hatáskörű ápolók (APN) a magyar társadalom megítélése tükrében, fókuszálva a sürgősségi ellátásra. Célunk volt egy jó nomenklatúra meghatározása, valamint az új ellátók és a mentőtisztok közötti párhuzam megvilágítása, az új rendszer elfogadásának segítése céljából.

Anyag és módszer: A vizsgálatot 2019 szeptembere és novembere között végeztük. Adatgyűjtési eszközként saját szerkesztésű online kérdőívet készítettünk, melyet a 18. életévüket betöltött magyarországi lakosok tölthettek ki. A kérdőív tartalmazott szociodemográfiai kérdéseket, a kiterjesztett hatáskörű ápolók elfogadására vonatkozó kérdéseket, valamint a megfelelő nomenklatúrát vizsgáló kérdéseket és egy tájékoztatót is.

Eredmények: A kérdőívet összesen 372 fő töltötte ki (N=372). Az APN-ekkel kapcsolatban megfelelő ismeretekkel rendelkezők jobban elfogadják az APN-ek szerepét ($p=0,002$), mint akiknek az ismereteik hiányosak. Az egészségügyi dolgozók fogékonyabbak az új rendszer megismerésére ($p=0,018$), mint a laikusok. Akik a mentőtisztok kompetenciáit ismerik, jobban elfogadják az APN-ektől a vizsgálatokat ($p<0,001$). Legtöbben az APN, a vizsgáló ápoló/mentőtiszt és mesterápoló kifejezéseket javasolják a nomenklatúrához.

Következtetések: A társadalom és az egészségügy hozzáállása nem elutasító, megfelelő tájékoztatás, a kompetenciák pontos meghatározása és a megfelelő jogi háttér kialakítása mellett integrálható rendszerré válhat.

Kulcsszavak: mentőtiszt, kiterjesztett hatáskörű ápoló, vélemények, sürgősségi betegellátás

Acceptance of the Advanced Practice Nurse System among the Hungarian Society

Henrietta SAIN, Bálint BÁNFAI PhD

SUMMARY

The aim of the study: Involving advanced practice nurses into the health care system can improve the quality of patient care. Our aim was (1) to measure the acceptance of the advanced practice nurses (APN) in the Hungarian emergency care, (2) to determine a better nomenclature for APNs, (3) highlight the similarities between APNs and the paramedics in order to increase the admission. **Material and method:** An online survey was used between September and November 2019. The questionnaire was filled out by Hungarian people >18 years. The questionnaire contained questions related to sociodemographic data, to the acceptance of APNs, to the nomenclature, and published a brief summary of the topic.

Results: Three-hundred seventy-two people answered our questionnaire (N=372). Participants with better knowledge about the APNs ($p=0.002$) accepted their role more than people with worse knowledge. Healthcare professionals are more open to know the new system ($p=0.018$) compared to laypeople. Participants who know the competency of paramedics were more likely to accept examinations from APNs ($p<0.001$). Most responders suggested APN, diagnostic nurse/paramedic, and master nurse terms for the nomenclature.

Conclusion: It could become an integrable system with sharing appropriate information and definition of the competences and formation of the legislation.

Keywords: paramedic, Advanced Practice Nurse, opinions, emergency care

SAIN Henrietta mentőtiszt, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, MSc sürgősségi APN hallgató, Országos Mentőszolgálat, Kecskemét, Bács-Kiskun Megyei Kórház Sürgősségi Betegellátó Osztály

DR. BÁNFAI Bálint PhD mentőtiszt, adjunktus, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Sürgősségi Ellátási és Egészségpedagógiai Intézet

Levelező szerző

(correspondent):

Dr. Bánfai Bálint PhD;

E-mail: balint.banfai@etk.pte.hu

Beérkezett: 2020. május 19.

Elfogadva: 2020. június 29.

Bevezetés

Az elmúlt évtizedekben számos országban az egészségügyi ellátórendszer iránti növekvő igény, az orvoshiány és a magas szintű egészségügyi ellátáshoz való széleskörű hozzáférés megvalósítása érdeké-

ben hozták létre a kiterjesztett hatáskörrel rendelkező ápoló szerepköröket, mely ma már mintegy 30 országban jelenlévő és jól működő rendszer (Andregård & Jangland, 2015). A megváltozott ápolói szerepek kialakítása során számos országban különböző szerepköröket, jogi követelményeket és

gyakorlati alkalmazási területeket fogalmaztak meg. Az International Council of Nursing (ICN) 2016-ban határozta meg a szerepkör pontos definícióját és jellemzőit, mely szerint a klinikai kompetenciákat az adott ország szabályozza (ICN, 2016). Ez alapján az Advanced Practice Nurse (APN) képzettségű szakemberek diagnosztizálhatnak, melyhez laborvizsgálatokat, képalkotó vizsgálatokat rendelhetnek el, valamint bizonyos receptköteles gyógyszerek felírására is kompetenciát kaphatnak. Számos tanulmányon keresztül áttekinthetők az APN struktúra egészségügyi rendszerbe történő integrálásának nehézségei, aggályai, előnyei-hátrányai (Andregård & Jangland, 2015). Ezekben az egyik legfontosabb tényezőként említik, hogy az eddigi hagyományos hierarchikus megközelítést az egészségügyben rugalmas funkcionális csapatmunka-megközelítésre kell cserélni. Az APN szerep tele van klinikai, etikai, jogi és szakmai kihívásokkal. „Minor doctor” vagy „maxi nurse” (Castledine, 1995)? A nomenklatúrát tekintve a szakirodalmi áttekintésben több fajta elnevezés van jelen. Az USA-ban (Dunn, 2008), mint „nurse specialist” és „nurse practitioner” van jelen. Ausztráliában (Elsom, Happell & Manias, 2009), Kanadában (Byrant-Lukosius & DiCenso, 2004), európai országokban [Svédország (Lindblad et al, 2010), Írországból (Griffin & Melby, 2006)] „clinical nurse specialists”, „nurse consultant”, „advanced practice nurse” néven jelennek meg.

A sürgősségi specializáció ellátóit a szakirodalom „Emergency Nurse Practitioner” (ENP) megnevezéssel említi. Számos kutatás készült az ENP-k sürgősségi osztályokon történő elfogadásáról és hatékonyságáról, Ausztráliában (Wilson & Shifaza, 2008; Weiland, Mackinlay & Jelinek, 2010), az Egyesült Királyságban (Melby & Gillespie, 2011), Svédországban (Agosta, 2009; Eriksson et al, 2018), Hong Kongban (Christiansen, Vernon & Jinks, 2013), mely kutatások összességében arra mutatnak rá, hogy az új rendszer bevezetésének előnyei felülmúlják a hátrányokat a betegellátás minőségének és biztonságának javítása által. A betegek többsége elégedett volt a szakemberek nyújtotta ellátással. A legnagyobb kihívásokat a szerepkör és a funkciók pontos meghatározásának hiánya, a lakosság hiányos ismeretei és az orvosok presztízs alapú ellenállása jelenti (Andregård & Jangland, 2015; Bergman et al, 2013). Az oktatás kulcsszerepet játszik az ENP szerepek fejlesztésében, elfogadásában (Lloyd-Rees, 2016).

A Magyarországon is megjelenő orvoshiány, a demográfiai változások, ide értve az elöregedő társadalmat, mely magával hozza a krónikus betegségek nagyobb számú megjelenését és ezzel párhuzamosan az egészségügy fokozott igénybevételét, a magasan

Rövidítések

APN = Advanced Practice Nurse (kiterjesztett hatáskörű ápoló)

ENP = Emergency Nurse Practitioner (sürgősségi specializációjú kiterjesztett hatáskörű ápoló)

ICN = International Council of Nursing (Nemzetközi Ápolási Tanács)

képzett, kiterjesztett hatáskörrel rendelkező, az orvosokat tehermentesítő szakemberek képzésének igényét és a nemzetközileg már bevált rendszer adaptálását indította meg. Az ismeretlentől való félelem elutasítást válthat ki, de vajon tényleg ismeretlen az új? Fontos megemlíteni, hogy Magyarországon is régóta léteznek kiterjesztett hatáskörrel rendelkező ellátók a prehospitális ellátásra korlátozva. Őket mentőtisztnek nevezzük. 1969-ben először indított négy féléves szakképzés keretében ruházták fel a mentőszakápolókat orvosi beavatkozások szakszerű és biztonságos elvégzésére (Talabér & Antalóczy, 2004). 1975 óta folyik főiskolai szinten mentőtiszt képzés Magyarországon (Debrődi, 2012). Az APN szakemberek képzése 2017 szeptemberében indult meg első között a Pécsi Tudományegyetem, a Szegedi Tudományegyetem és a Debreceni Egyetem képzési portfóliójában, majd 2017 februárjától Budapesten, a Semmelweis Egyetemen is (Oláh et al, 2015; Betlehem & Oláh, 2017). Az oktatás az Emberi Erőforrások Minisztériuma által előírt képzési és kimeneti követelményeknek megfelelően történik és egyetemi ápolói végzettséget jelent. A végzettség a jelenlegi jogszabályi keretek között 5,5 év felsőoktatási képzés során (4 év BSc + 1,5 év MSc) szerzhető meg (Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2016). Fontos kérdések, hogy milyen a fogadtatása az új szerepköröknek, mennyire fogékony a magyar társadalom az újítások befogadására, a nemzetközileg is nagy variabilitást mutató nomenklatúra közül melyik elnevezést lenne érdemes bevezetni ahhoz, hogy az eredményességet mutasson?

A vizsgálat célja

A kutatásunk célja volt felmérni, milyen fogadtatásra számíthatnak az új speciális ellátók a magyar társadalom megítélése tükrében, kiemelve a hat szakirány közül a sürgősségi APN-ek túlsúlyolt sürgősségi osztályokon való megjelenését. Kutatásunk tervezett hozadéka a jó nomenklatúra meghatározása, mely a nagyobb bizalom jelenlétét sugallja a még hazánkban ismeretlen, új szerepkörbe kerülő szakemberek felé. Szerettünk volna a már meglévő mentőtisztek és az újonnan megjelenő APN-ek közötti pár-

huzamra rávilágítani, mely segítheti az új rendszer egészségügybe integrálását, elfogadását.

Hipotézisek

1. A kérdőívet kitöltők több mint fele nem halott még a kiterjesztett hatáskörű ápolókról, vagy ismereteik hiányosak, mely befolyásolja az elfogadásuk szintjét.

2. A kérdőívben résztvevő, Budapest illetve megyeszékhelyek lakói az alkalmazott Likert-skálán pozitívabban értékelik a túlsúlyos sürgősségi osztályokon megjelenő plusz ellátókat, mint a periférián (más város, falu) élők.

3. A válaszoló egészségügyi dolgozók megfelelő ismeretanyaggal rendelkeznek a bevezetésre kerülő rendszerrel kapcsolatban, de kevésbé fogékonyak az újtásra.

4. Azok, akik ismerik a mentőtisztek szerepkörét, jobban elfogadják az APN-ek megjelenését.

5. A gyorsabb ellátáshoz jutás, vagyis a várakozási idő csökkenése ösztönzője az új szakellátók elfogadásának.

Anyag és módszer

Egy kvantitatív, keresztmetszeti felmérést végeztünk, 2019. szeptember 25. és november 20. között. A kutatásban a 18. életévüket betöltött magyarországi lakosok vehettek részt. A hiányosan kitöltött kérdőívek kizárásra kerültek.

Kutatási eszköz és a kutatás körülményei

Adatfelvételi eszközként saját szerkesztésű online kérdőívet alkalmaztunk. A szakirodalmi áttekintés során feltérképeztük, hogyan, milyen módszerekkel, kérdésekkel vizsgálták meg korábban ezeknek az új szerepköröknek az elfogadását. Egy 2011-ben megjelent kutatásban (Melby & Gillespie, 2011) az Egyesült Királyságban mérték fel a kórházi szakemberek és a betegek véleményét az ENP szerepekkel kapcsolatban, önkéntes kérdőív és félig strukturált interjú segítségével, melyhez Likert-skálát alkalmaztak. Ezt alapul véve készítettük el saját kérdőívünket, mely általunk megfogalmazott kérdéseket és az említett kutatásból átvett kérdéseket is tartalmazott. Egy rövid bevezető tájékoztatót követően kérdőívünk az alábbi kérdéscsoportokat tartalmazta:

- szociodemográfiai kérdések (nem, életkor, iskolai végzettség, lakóhely, foglalkozás) (6 db kérdés)
- ismeretek felmérésére irányuló kérdések (4 db kérdés):

- **mentőtisztek kompetenciái:** a kiértékelésnél Talabér János: Mentésre, mentő dolgozókra, egészség-

ügyi dolgozókra vonatkozó jogszabályok gyűjteményében (Talabér & Antalóczy, 2004) leírtakat vettük alapul, mi szerint: „A mentőtiszt képes: a sürgősségi betegellátás körülményei között szükségesé váló egyes (meghatározott) orvosi beavatkozások szakszerű és biztonságos elvégzésére – légút-biztosítás eszköz nélkül és eszközzel, újraélesztés eszköz nélkül és eszközzel, vérzéscsillapítás, sebellátás, immobilizáció. Az egészségügyi ellátást szolgáló eszközök alkalmazása, sürgősségi ellátásban használatos gyógyszer, infúziók adása, gyomormosás végzése, szülés levezetése intézeten kívül, tudatzavar értékelése és ellátása, sürgős egészségügyi kényszerintézkedés, káteterezés, halál megállapítása.” Ezek ismeretét vártuk el, melyeket a megadott felsorolásból kellett bejelölnie a kitöltőknek. Megfelelő ismeretekkel rendelkezőnek azokat tekintettük, akik 60%-nál több jó választ adtak.

- **APN-ek jellemzői:** a kiértékelésnél az International Council of Nursing (ICN) által 2016-ban leírt jellemzőket vettük alapul (ICN, 2016), mely szerint: az APN, olyan regisztrált ápoló, aki rendelkezik a szakmai tudásbázissal, komplex döntési képességekkel és a kibővített gyakorlathoz szükséges klinikai kompetenciákkal, melyek jellemzőit az, az adott környezet és/vagy ország határozza meg, ahol praktizál. Mesterfokozattal kell rendelkeznie. Jellemzői röviden: gyakorlatában az orvosi és nem az ápolási tevékenységekre fókuszál, magas szakmai autonómia jellemzi, komplex döntéshozatali képességgel, kritikus gondolkodással rendelkezik, kutatómunkát végezhet, oktathat, az adott ország által szabályozva diagnózist alkothat, bizonyos receptköteles gyógyszereket írhat fel, megkezdheti a betegek ellátását, kezelését, szakorvosi konzíliumokat kérhet, beteg utat szervezhet (pl. kórházi osztályos felvétel). Ezek ismeretét vártuk el, melyeket a megadott felsorolásból kellett bejelölnie a kitöltőknek. Megfelelő ismeretekkel rendelkezőnek azokat tekintettük, akik 60%-nál több jó választ adtak.

– APN-ek elfogadását célzó kérdések (8 db kérdés): Az elfogadás vizsgálatához egy korábbi kutatás, Melby és társa 2011-ben megjelent tanulmánya (Melby & Gillespie, 2011) szolgált alapul, melyből 5 kérdést vettünk át és 3 sajátot fogalmaztunk meg. 6 pontos Likert-skálát használtunk az elfogadás mértékének felméréséhez, ahol 1= „egyáltalán nem”, 6= „teljes mértékben igen”. Átvett kérdések:

- *Elfogadná, hogy egy ENP kezdje meg a vizsgálatát és kezelését?*
- *Szeretné, ha orvos is megvizsgálná?*
- *ENP az elérhető személy, aki meg tudja vizsgálni, tovább várna-e orvosra?*

I. táblázat: Az APN-ek elfogadását felmérő skálákra kapott átlagértékek bemutatása (N=372)

Elfogadást célzó kérdés	Átlag	Szórás	Értelmezés
Elfogadná-e, hogy a sürgősségi osztályon egy APN szakember kezdje meg a vizsgálatát, kezelését?	5,15	1,175	A nagy többség (89,2%) 4-5-6 értékre pontozta, vagyis elfogadná a vizsgálatot és kezelést az új beteg-ellátóktól.
Szükségesnek tartja-e, hogy az APN-en kívül orvos is megvizsgálja?	3,87	1,682	Két kategóriát kialakítva, ahol az 1-3= „nem tartja szükségesnek”, 4-6= „szükségesnek tartja”, azt látjuk, hogy a kitöltők 59,1%-a (220 fő) szükségesnek tartja, hogy APN-en kívül orvos is megvizsgálja. 40,9% (152 fő) nem tartja ezt szükségesnek.
Szükségesnek tartja-e, hogy orvos is megvizsgálja, ha az Önt vizsgáló APN szakorvosnak referál?	3,28	1,793	Két kategóriába bontva a többség, 55,4% (206 fő) orvosnak referálva nem tartja szükségesnek (1-3), 44,6% (166 fő) még így is szükségesnek tartja (4-6), hogy orvos is megvizsgálja.
Elfogadná-e, hogy az APN kezdje meg a vizsgálatát és kezelését hosszú várakozási idő esetén, vagy tovább várna orvosra?	5,3	1,114	Csupán 8,6% (32 fő) várna tovább orvosra (1-3), 91,4% (340 fő) elfogadná az APN-től a vizsgálatot (4-6).
Elfogadná-e, hogy kisebb egészségügyi problémája, nem életveszélyes állapota esetén egy APN szakember kezdje meg vizsgálatát, kezelését?	5,53	0,921	94,1% (350 fő) elfogadná (4-6), míg csupán 5,9% (22 fő) nem fogadná el (1-3) a vizsgálatot.
Elfogadná-e, hogy súlyos, életveszélyes állapota esetén egy APN szakember kezdje meg vizsgálatát, kezelését?	4,91	1,452	81,7% (304 fő) inkább elfogadná (4-6), 18,3% (68 fő) inkább nem fogadná el (1-3) a vizsgálatot.
Kórházon kívül súlyos, életveszélyes állapota esetén mentőtiszt kezd meg az ellátását. Zavarja Önt ez?	1,57	1,355	A nagy többséget (90,9%, 338 fő) ez nem zavarja (1-3).
Ön szerint az APN-ek alkalmazása javítaná a sürgősségi osztályokon történő betegellátás minőségét?	5,33	1,151	90,3% (336 fő) válaszoló szerint javítaná a betegellátás minőségét (4-6).

A válaszok megadása 6-fokozatú Likert-skálán történt (1="egyáltalán nem ért egyet", 6="teljes mértékben egyetért")

- *Ha egy ENP megvizsgálta, úgy érzi továbbra is szüksége van egy orvos véleményére?*
- *Ön szerint egy ENP-szolgáltatás javítaná a sürgősségi osztályokon történő betegellátás minőségét?*
 - nomenklátúra (1 db kérdés): elnevezési javaslatokat kértünk a kitöltőktől
 - személyes meglátások, vélemények egy nyitott kérdésben (1 db kérdés)
 - rövid, ismeretterjesztő összefoglaló az APN szakemberekről a magyar lakosság ismereteinek bővítése céljából

Az adatgyűjtés nem véletlenszerű mintavétellel, „hólabda” módszer alkalmazásával történt, széles körű hozzáférést biztosító, népszerű közösségi online felületen. A kérdőív nyilvánosan hozzáférhető volt bármely felhasználó számára, valamint a kitöltők meg is oszthatták egymással.

Statisztikai elemzés

Az adatok elemzése SPSS statistics 22 programcsomag segítségével történt. Mintánkat leíró statisztikai mutatókkal jellemeztük (abszolút és relatív gyakoriság, átlag, szórás, minimum, maximum), az összefüggések vizsgálata matematikai statisztikai eljárásokkal (Khi²-próba, kétmintás t-próba, egyutas varianciaanalízis (ANOVA)) történt. Az eredményeket 95%-os

konfidencia intervallum mellett, $p < 0,05$ esetén tekintettük szignifikánsnak.

Eredmények

Szociodemográfiai adatok

A vizsgálatban összesen 372 fő vett részt (N=372). Nemekre vonatkozó megoszlás szerint összesen 119 fő (32%) férfi és 253 fő (68%) nő adott választ a kérdésekre. Az átlagéletkor $37 \pm 11,2$ év volt. A legfiatalabb kitöltő 20, míg a legidősebb 69 éves volt. Iskolai végzettség szerint OKJ tanfolyamot 9 fő (2,4%), szakiskolát 26 fő (7%) végzett, szakközépiskolai érettségivel 101 fő (27,2%), gimnáziumi érettségivel 62 fő (16,7%), főiskola/egyetemi alapképzés (BA) diplomával 101 fő (27,2%), egyetemi mesterképzés (MA/MSc) diplomával 72 fő (19,4%) rendelkezett. A lakóhelyet tekintve a válaszadók közül 56 fő (15,1%) Budapesten, 127 fő (34,1%) megyeszékhelyen él, 149 fő (40,1%) más városban, 40 fő (10,8%) pedig községben, faluban. A kitöltők közül 198 fő (53,2%) egészségügyi dolgozó, közülük 36 fő (18,2%) orvos, 25 fő mentőtiszt (12,6%), 90 fő (45,5%) ápoló töltötte ki kérdőívünket. 45 fő (22,7%) más jellegű munkakörben dolgozik az egészségügyön belül (pl. orvos írnok, adminisztrátor, gyógytornász, szülésznő, stb.), illetve 2 fő (1%) nem

jelölte a munkakörét. 174 fő (46,8%) nem egészségügyi dolgozó volt a kitöltők között.

Az APN-ekkel és mentőtisztekkel kapcsolatosan meglévő ismeretek szintje, a szakemberekkel kapcsolatos elfogadás mértéke

A válaszadók nagy többsége, 354 fő (95,2%) hallott már mentőtisztekről és közülük 289 fő (81,6%) ismerete megfelelőnek is bizonyult. APN-ekről 239 fő (64,2%) hallott, akik közül 143 fő (59,8%) rendelkezett megfelelő ismerettel velük kapcsolatban.

Az APN-ek elfogadására vonatkozó kérdésekre adott válaszok átlagait az **I. táblázat** foglalja össze.

A tájékoztatás súlyponti szerepe

Felmértük, hogy az APN-ekről már korábban halló 239 fő megfelelő ismeretekkel rendelkezik-e az új szakembergárdával kapcsolatosan. A kitöltőknek meg kellett jelölniük azokat a tulajdonságokat, melyek leginkább jellemzőek lehetnek az APN-ekre. 143 fő (60,1%) ismeretei megfelelőnek bizonyultak, míg 95 fő (39,9%) ismeretei hiányosak voltak. Ez alapján látható, hogy első hipotézisünk első fele, melyben azt feltételeztük, hogy a kérdőívet kitöltők több mint

fele nem hallott még ezekről a kiterjesztett hatáskörű ellátókról, vagy ismereteik hiányosak, megdőlt, ha az összes kitöltőt vesszük figyelembe. Azonban, ha az egészségügyi dolgozóktól függetlenül vizsgáljuk a mintát, és csak a laikusokat (174 fő) vesszük figyelembe, igazolódik, hiszen közülük csupán 73 fő (42%) hallott az APN-ekről, és ismereteik is csak 31,5%-ban bizonyultak megfelelőnek. Kétmintás t-próbával hasonlítottuk össze a két csoportot (a megfelelő és nem megfelelő ismeretekkel rendelkezőket), az APN-ek elfogadását célzó skálákra adott átlagértékeik alapján. Ennek vonatkozásában mind a 8 elfogadást felmérő kérdés esetében szignifikáns különbséget találtunk a két csoport között, melyet a **II. táblázatban** foglaltunk össze. Az első hipotézisünk második fele tehát, miszerint az ismeretek mennyisége befolyásolja az új ellátók elfogadását, igazolódott.

Az új szakemberek elfogadása lakóhely függvényében

A különböző lakóhelyeken élők által az APN-ek elfogadását célzó skálákra adott átlagértéket egyutas varianciaanalízissel (ANOVA) vizsgáltuk meg (**III. táblázat**). Szignifikáns különbséget ebben a tekintetben nem találtunk, a lakóhely nem befolyásolta az

II. táblázat: Az APN-ek elfogadására vonatkozó kérdésekre adott válaszok különbségei a velük kapcsolatban megfelelő- és nem megfelelő ismeretekkel rendelkező kitöltők között (N=238, akik már hallottak az APN-ről).

Értékelt változó (1-6-ig terjedő Likert- skálán)	APN-ekkel kapcsolatos ismeretek:	n	átlag	szórás	p	t
Elfogadná-e, hogy a sürgősségi osztályon egy APN szakember kezdje meg a vizsgálatát, kezelését?	megfelelő	143	5,55	0,917	0,002*	3,084
	nem megfelelő	95	5,09	1,212		
Szükségesnek tartja-e, hogy az APN-en kívül orvos is megvizsgálja?	megfelelő	143	3,21	1,740	<0,001*	-5,412
	nem megfelelő	95	4,35	1,479		
Szükségesnek tartja-e, hogy orvos is megvizsgálja, ha az Önt vizsgáló APN szakorvosnak referál?	megfelelő	143	2,55	1,626	<0,001*	-5,096
	nem megfelelő	95	3,67	1,716		
Elfogadná-e, hogy az APN kezdje meg a vizsgálatát és kezelését hosszú várakozási idő esetén, vagy tovább várna orvosra?	megfelelő	143	5,50	1,047	0,03*	2,14
	nem megfelelő	95	5,20	1,107		
Elfogadná-e, hogy kisebb egészségügyi problémája, nem életveszélyes állapota esetén egy APN szakember kezdje meg vizsgálatát, kezelését?	megfelelő	143	5,75	0,755	0,004*	2,927
	nem megfelelő	95	5,39	1,024		
Elfogadná-e, hogy súlyos, életveszélyes állapota esetén egy APN szakember kezdje meg vizsgálatát, kezelését?	megfelelő	143	5,41	1,140	<0,001*	3,815
	nem megfelelő	95	4,71	1,529		
Kórházon kívül súlyos, életveszélyes állapota esetén mentőtiszt kezdi meg az ellátását. Zavarja Önt ez?	megfelelő	143	1,31	1,024	0,01*	-2,585
	nem megfelelő	95	1,79	1,584		
Ön szerint az APN-ek alkalmazása javítaná a sürgősségi osztályokon történő betegellátás minőségét?	megfelelő	143	5,52	1,027	0,03*	2,191
	nem megfelelő	95	5,16	1,363		

A válaszok megadása 6-fokozatú Likert-skálán történt (1="egyáltalán nem ért egyet", 6="teljes mértékben egyetért").

A statisztikai számítás kétmintás t-próba alkalmazásával történt meg.

* szignifikáns eltérés, p<0,05

III. táblázat: A különböző lakóhelyeken élők által az APN-ek elfogadását célzott skálákra adott átlagértékei közötti különbségek (N=372)

6-pontos Likert-skálán értékelt változó	p	F
Elfogadná-e, hogy a sürgősségi osztályon egy APN szakember kezdje meg a vizsgálatát, kezelését?	0,335	1,134
Szükségesnek tartja-e, hogy az APN-en kívül orvos is megvizsgálja?	0,078	2,286
Szükségesnek tartja-e, hogy orvos is megvizsgálja, ha az Önt vizsgáló APN szakorvosnak referál?	0,978	0,066
Elfogadná-e, hogy az APN kezdje meg a vizsgálatát és kezelését hosszú várakozási idő esetén, vagy tovább várna orvosra?	0,097	2,120
Elfogadná-e, hogy kisebb egészségügyi problémája, nem életveszélyes állapota esetén egy APN szakember kezdje meg vizsgálatát, kezelését?	0,426	0,930
Elfogadná-e, hogy súlyos, életveszélyes állapota esetén egy APN szakember kezdje meg vizsgálatát, kezelését?	0,938	0,137
Kórházon kívül súlyos, életveszélyes állapota esetén mentőtiszt kezdje meg az ellátását. Zavarja Önt ez?	0,283	1,275
Ön szerint az APN-ek alkalmazása javítaná a sürgősségi osztályokon történő betegellátás minőségét?	0,890	0,210

A statisztikai számítás ANOVA alkalmazásával történt meg.

elfogadás mértékét, így második hipotézisünk nem igazolódott.

Az egészségügyi dolgozók hozzáállása

Az egészségügyi dolgozók (198 fő) többsége, 120 fő (72,7%) megfelelő ismerettel rendelkezik az APN-ekkel kapcsolatban, csupán 45 fő (27,3%) ismerete hiányos. Khi² próbával vizsgálva azon válaszadók, akik egészségügyi dolgozók, szignifikánsan ($p < 0,001$) többen hallottak már az APN-ekről (83,8%), mint azok a válaszadóink, akik nem egészségügyi dolgozók (42%), és ennek megfelelően az egészségügyi és nem egészségügyi dolgozók ismereteinek mennyisége között is szignifikáns ($p < 0,001$) különbséget találtunk. Ez alapján tehát a harmadik hipotézisünk első fele, miszerint a válaszoló egészségügyi dolgozók megfelelő ismeretanyaggal rendelkeznek a bevezetésre kerülő rendszerrel kapcsolatban, igazolódott. Kétmintás t-próbával összehasonlítottuk azt is, hogy az egészségügyi és nem egészségügyi dolgozók az APN-ek elfogadását célzó skálákra adott átlagértékei különböznek-e egymástól. Két esetben találtunk szignifikáns különbséget, a 12. és 13. kérdés vonatkozásában: Az egészségügyi dolgozók szignifikánsan ($p = 0,001$, $t = -3,443$) kevesebb pontot adtak ($3,6 \pm 1,77$) az elfogadást felmérő skálán, mint a nem

egészségügyi dolgozók ($4,2 \pm 1,53$) azzal kapcsolatban, hogy szükségesnek tartják-e, hogy az APN-en kívül orvos is megvizsgálja a beteget. Ez azt jelenti, hogy nem tartanak szükségesnek még orvosi vizsgálatot is, miután egy APN megvizsgálta, tehát nagyobb automáciát, bizalmat szavaznak az új szakembernek. Ugyanígy szignifikáns a különbség, ha az APN orvosnak referál ($p < 0,001$, $t = -4,198$). Az egészségügyi dolgozók szignifikánsan ($p = 0,018$) többen (87,4%) válaszoltak „igen”-t arra a kérdésünkre is, hogy megismernék-e az új APN-n rendszert és szeretnék-e többet megtudni róla, mint a nem egészségügyi dolgozók (78,2%). Ez alapján elmondható, hogy az egészségügyi dolgozók fogékonyak az új rendszer megismerésére és befogadására, tehát a harmadik hipotézisünk második felét, miszerint az egészségügyi dolgozók kevésbé fogékonyak az újításra, elvetjük.

APN és mentőtiszt párhuzam

A válaszadók nagy többsége, 354 fő (95,2%) hallott már mentőtisztekről, akik közül 289 fő (82,1%) megfelelő ismerettel is rendelkezik a mentőtisztek kompetenciájával kapcsolatban, míg 63 fő (17,9%) ismerete hiányos. A mentőtisztek általi vizsgálat a kitöltők 79,3%-át egyáltalán nem zavarja a prehospitalis ellátásban. Kétmintás t-próbával megvizsgáltuk, hogy a mentőtisztek szerepkörét megfelelően ismerő és nem ismerő válaszadók között van-e különbség az APN-ek elfogadásának tekintetében, melynek eredményeit a **IV. táblázat** foglalja össze. A 8 elfogadást célzó kérdés közül 5 esetben szignifikáns különbséget kaptunk, mely alátámasztja negyedik hipotézisünket, tehát azoknak, akik a mentőtisztek szerepkörét megfelelően ismerik az APN-ek elfogadását célzó skálákra adott pontjai inkább közelítenek az APN-ek elfogadása felé, mint azoknak, akiknek ismeretei hiányosak.

Várakozási idő csökkenése

Arra a kérdésre, hogy elfogadná-e, hogy az APN kezdje meg a vizsgálatát és kezelését hosszú várakozási idő esetén, vagy tovább várna orvosra, 340 fő (91,4%) válaszolta, hogy elfogadná az APN-től a vizsgálatot és csupán 32 fő (8,6%) várna tovább orvosra. Megvizsgáltuk, hogy azon két csoport között, akik a várakozási időtől függetlenül elfogadják, illetve nem fogadják el az APN-től a vizsgálatot, van-e szignifikáns különbség hosszú várakozási idő esetén. A vizsgálat során azt az eredményt kaptuk, hogy a vizsgálatot elutasítók 52,5%-a hosszú várakozási idő esetén mégis elfogadja az APN-ektől a vizsgálatot, mely összefüggés Khi²-próbával szignifikánsnak bizonyult ($p < 0,001$). Ezen eredményekkel igazoltuk

IV. táblázat: Az APN-ek elfogadására vonatkozó kérdésekre adott válaszok különbségei a mentőtisztekről megfelelő és nem megfelelő ismeretekkel rendelkező személyek között (N=352, akik már hallottak a mentőtisztekről)

Értékelt változó (1-6-ig terjedő Likert- skálán)	Mentőtisztekkel kapcsolatos ismeretek	n	átlag	szórás	p	t
Elfogadná-e, hogy a sürgősségi osztályon egy APN szakember kezdje meg a vizsgálatát, kezelését?	megfelelő	289	5,29	1,111	<0,001*	3,933
	nem megfelelő	63	4,67	1,270		
Szükségesnek tartja-e, hogy az APN-en kívül orvos is megvizsgálja?	megfelelő	289	3,69	1,714	<0,001*	-3,985
	nem megfelelő	63	4,49	1,378		
Szükségesnek tartja-e, hogy orvos is megvizsgálja, ha az Önt vizsgáló APN szakorvosnak referál?	megfelelő	289	3,08	1,755	<0,001*	-4,328
	nem megfelelő	63	4,13	1,670		
Elfogadná-e, hogy az APN kezdje meg a vizsgálatát és kezelését hosszú várakozási idő esetén, vagy tovább várna orvosra?	megfelelő	289	5,35	1,096	0,528	0,632
	nem megfelelő	63	5,25	1,047		
Elfogadná-e, hogy kisebb egészségügyi problémája, nem életveszélyes állapota esetén egy APN szakember kezdje meg vizsgálatát, kezelését?	megfelelő	289	5,61	0,856	0,025*	2,281
	nem megfelelő	63	5,29	1,038		
Elfogadná-e, hogy súlyos, életveszélyes állapota esetén egy APN szakember kezdje meg vizsgálatát, kezelését?	megfelelő	289	5,04	1,383	0,038*	2,078
	nem megfelelő	63	4,63	1,451		
Kórházon kívül súlyos, életveszélyes állapota esetén mentőtiszt kezd meg az ellátását. Zavarja Önt ez?	megfelelő	289	1,49	1,286	0,151	-1,450
	nem megfelelő	63	1,81	1,615		
Ön szerint az APN-ek alkalmazása javítaná a sürgősségi osztályokon történő betegellátás minőségét?	megfelelő	289	5,37	1,166	0,251	1,150
	nem megfelelő	63	5,34	1,146		

A válaszok megadása 6-fokozatú Likert-skálán történt (1="egyáltalán nem ért egyet", 6="teljes mértékben egyetért").

A statisztikai számítás kétmintás t-próba alkalmazásával történt meg.

* szignifikáns eltérés, $p < 0,05$

ötödik hipotézisünket, miszerint a hamarabbi ellátáshoz jutás, vagyis a várakozási idő csökkenése összefügg az új szakellátók elfogadásának.

Nomenklatúra

Az elfogadást célzó kérdéseket követően a nomenklatúrát illetően kértünk javaslatokat a kitöltőktől, annak érdekében, hogy megtaláljuk a jó elnevezést, mely a nagyobb bizalom jelenlétét sugallja a még hazánkban kevésbé ismert, új speciális betegellátók felé.

Ezek a javaslatok a következőképpen alakultak (a kitöltők a felsoroltak közül több válaszlehetőséget is megjelölhettek):

- APN (Advanced Practice Nurse/ Kiterjesztett Hatáskörű Ápoló): 172 fő (46,2%)
- Vizsgáló ápoló/mentőtiszt: 150 fő (40,3%)
- Mester ápoló: 114 fő (30,6%)
- Sürgősségi vizsgáló ápoló: 92 fő (24,7%)
- Minor-doctor: 60 fő (16,1%)
- Non-doctor: 57 fő (15,3%)
- Speciális ápoló: 50 fő (13,4%)
- Klinikai ápoló: 32 fő (8,6%)

Szabad teret hagyva a gondolatoknak, nyitott kérdésben kértük ki a válaszadók véleményeit, megfigyeléseit, fejlesztési javaslatokat. 91 fő fejtette ki véleményét.

Ezeket átolvasva két fő fejlesztési javaslat köré lehet csoportosítani a legtöbb gondolatot: (1) a kompetenciák pontos meghatározásának fontossága, (2) a tájékoztatás fontossága. Néhányat eredeti megfogalmazásban is szeretnék ismertetni, hiszen kutatásunk fontosságát az is mutatja, hogy a kitöltők lényegesnek tartották véleményük és fejlesztési javaslatuk megfogalmazását:

„Több csatornán kell az embereket tájékoztatni az APN szakemberek munkájáról.” (laikus)

„Sokkal több emberhez kéne ennek eljutnia, hogy nyitottabbak legyenek az új befogadására. Szerintem ez egy szuper ötlet és a várakozási idő akár felére is csökkenhetne, ha ilyen ápolókat alkalmaznának a sürgősségi osztályokon és ki lehetne szűrni a kevésbé sürgős eseteket ezzel. Nagyszerű maga a téma is egyébként.” (egészségügyi dolgozó)

„Nagyon jó, hogy született egy új szakma, nagy szükség volt/van rá. A sürgősségi ellátás jogosultságát szigorúbban kellene venni, ezzel a kettővel működőképes lehet(ne) a sürgősségi ellátás.” (laikus)

„Szerintem fontos az új rendszer részletes bemutatása a lakosság számára. Elképzelhető, hogy mivel az egészségügyet erős hierarchikus rendszer jellemzi (a betegek is ehhez vannak szokva emiatt), eleinte bizalmatlanság fogadja majd az új szakembereket. Fontos, hogy a betegekben bizalmat alakítsanak ki feléjük: értessék meg

velük, magyarázzák el, hogy miben és mennyire kompetensek az új szakemberek. Fontos az is, hogy a szakemberek ismerjék és betartsák a saját kompetencia-határait, ne játsszanak „orvososdit”. (laikus)

A kérdőívünk végén a magyar lakosság ismereteinek bővítése céljából az APN-ekkel kapcsolatban összeállítottunk egy rövid összefoglalót. 309 fő (83,1%) nyilatkozta, hogy szívesen megismerné az új rendszert és elolvasa az összefoglalót. Azon válaszadóink, akik megismernék ezt az új APN rendszert (309 fő) szignifikánsan ($p=0,047$, $t=2,018$) nagyobb értékeket adtak a Likert-skálán arra a kérdésre vonatkozóan, hogy elfogadnák-e, az APN-től a vizsgálatot hosszú várakozási idő esetén, mint azok, akik nem szeretnék több információt erről az APN rendszerről. Az APN-ektől vizsgálatot elfogadók és a rendszert megismerni vágyók között szignifikáns összefüggést találtunk χ^2 -próbával ($p=0,024$).

Megbeszélés

Kutatásunk fő kérdései azok voltak, hogyan fogadja a magyar társadalom a nemzetközileg már bevált APN rendszer Magyarországra adaptálását, valamint mennyire fogékony a magyar lakosság az újítások befogadására, illetve beilleszthető-e a hagyományos magyar egészségügyi kultúrába.

Mivel csak két éve kezdődött meg az APN képzés Magyarországon és a jogi háttér megteremtése, illetve a kompetenciák pontos meghatározása is még folyamatban van, a lakosság széles körű tájékoztatása nem kapott még elegendő hangsúlyt. Ennek ellenére a kérdőívünket kitöltő 372 fő közül a többség, 239 fő (64,2%) hallott már ezekről a kiterjesztett hatáskörű ellátókról, és közülük 143 fő (60,1%) ismereteit megfelelőnek is találtuk. Melby és munkatársai 2010-ben (Melby & Gillespie, 2011) az Egyesült Királyságban mérték fel a kórházi szakemberek és betegek véleményét az ENP szerepekkel kapcsolatban. Az általuk használt kérdésekből 5 kérdést vettünk át és 3 sajátot fogalmaztunk meg a kérdőívünkben. A vizsgálatunk eredményei megegyeznek a korábbi kutatási eredményekkel. Azt láthatjuk, hogy a mintában résztvevők az APN-ek elfogadását célzó skálákra adott pontjai inkább az elfogadás felé mutatnak. Vizsgálatunkkal igazoltuk azt a hipotézisünket, hogy az ismeretek mennyisége befolyásolja az elfogadás szintjét (III. táblázat). Azok, akik az APN-ekkel kapcsolatban megfelelő ismeretekkel rendelkeznek, jobban elfogadják az APN-ek szerepét ($p=0,002$), mint akiknek az ismereteik hiányosak. Ez mutatja azt is, hogy az új rendszer egészségügybe integrálásának, elfogadásának egyik kulcsfontosságú alappillére a lakosság megfelelő tájékoztatása. Megnéztük, hogy az egészségügyi dolgozók oldaláról

számíthatnak-e az új szakemberek nagyobb ellenállásra, hiszen a nemzetközi szakirodalmak alapján az egyik legnehezebb kihívás az eddigi hagyományos hierarchikus megközelítést az egészségügyben rugalmas funkcionális csapatmunka-megközelítésre cserélni (Andregård & Jangland, 2015). Eredményeink alapján az egészségügyi dolgozók fogékonyak az új rendszer megismerésére és befogadására, bizalmat szavaznak az APN-ek felé ($p=0,018$). A nemzetközi elfogadottság azt mutatja, hogy az APN szakembereknek fontos szerepe és helye van a sürgősségi osztályokon. Az új rendszer bevezetésének előnyei a betegellátás minőségének és biztonságának javítása által felülmúlják a hátrányokat (Bergman et al, 2013).

Kutatásunk célja volt az is, hogy felhívjuk a figyelmet a Magyarországon már a prehospitális ellátásban jelenlévő kiterjesztett hatáskörökkel rendelkező ellátókra, a mentőtisztekre, akiktől a vizsgálatot és kezelést a lakosság elfogadja. Vizsgálatunkban igazolódott, hogy azok, akik a mentőtisztek kompetenciáit ismerik, jobban elfogadják az új szerepeket betöltő ápolóktól a vizsgálatokat (IV. táblázat).

Kutatásunk tervezett hozadéka egy jó nomenklátúra meghatározása is volt, melyhez javaslatokat kértünk a kitöltőktől. A legtöbben az APN, a vizsgáló ápoló/mentőtiszt és mesterápoló kifejezéseket javasolták. Két fő fejlesztési javaslat is megfogalmazásra került a válaszadók részéről: az egyik a kompetenciák pontos meghatározásának a fontossága, a másik pedig a tájékoztatás fontosságát emeli ki.

A kutatás korlátai

Az elemszám és a területi lefedettség korlátokat szab a vizsgálatnak, melynek kiküszöböléséhez érdemes lenne szélesebb körben, nagyobb elemszámmal elvégezni a vizsgálatot, mely ténylegesen reprezentálná a magyar lakosság nézeteit. Ez hozzájárulhatna az ismeretek bővítéséhez a kérdőívhez csatolt rövid tájékoztató révén, mely kutatásunk alapján bizonyítottan kulcsfontosságú alappillére az új rendszer elfogadásának, egészségügybe integrálásának. Egy jövőbeni kvalitatív jellegű felmérésben mélyebben vizsgálhatóvá válhatnának a bemutatott tényezők.

Összefoglalás

Magyarországon is hasonló kihívásokkal kell szembenéznük az APN-eknek, mint nemzetközi viszonylatban. Ennek ellenére a társadalom és az egészségügy hozzáállása nem elutasító, megfelelő tájékoztatás, a kompetenciák pontos meghatározása és a megfelelő jogi háttér kialakítása mellett jól integrálható rendszerré válhat, mely segíthet a leterhelt sürgősségi ellátórendszer minőségének javításában.

Irodalomjegyzék

1. Agosta, I.J. (2009). Patient satisfaction with nurse practitioner-delivered primary healthcare services. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 21 (11), 610-7.
2. Andregård, A. C., Jangland, E. (2015). The tortuous journey of introducing the Nurse Practitioner as a new member of the healthcare team: A meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29 (1), 3-14.
3. Bergman, K., Perhed, U., Eriksson, I., Lindblad, U., Fagerström, L. (2013). Patients' satisfaction with the care offered by advanced practice nurses: a new role in Swedish primary care. *International Journal of Nursing Practice* 19 (3), 326-33.
4. Betlehem, J., Oláh, A. (2017). Az ápolás megújulásának lehetősége hazánkban. *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 5-8
5. Byrant-Lukosius, D., DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing* 48, 530-540.
6. Castledine, G. (1995). Will the nurse practitioner be a mini doctor or a maxi nurse? *British Journal of Nursing* 16, 14-27, 4, 938-9.
7. Christiansen, A., Vernon, V., Jinks, A. (2013). Perceptions of the benefits and challenges of the role of advanced practice nurses in nurse-led out-of-hours care in Hong Kong: a questionnaire study. *Journal of Clinical Nursing* 22, (7-8), 1173-81.
8. Debródi, G. (2012). *A magyarországi mentésügy története 1769-2012*, Budapest: Magyar Oxyologiai Társaság
9. Dunn, A. (2008). A literature review of advanced nurse practice roles in the United States of America. *Journal of Advanced Nursing* 25, 814-819.
10. Elsom, S., Happell, B., Manias, E. (2009). Australian mental health nurses' attitudes to role expansion. *Perspectives in Psychiatric Care* 45, 100-107.
11. Emberi Erőforrások Minisztériuma. (2016). A felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről, valamint a tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelményeiről szóló 8/2013. (I. 30.) EMMI rendelet módosítás. 18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet, 1-1310. Hozzáférhető 2020-01-03, <https://net.jogtar.hu/> jogszabaly?docid=A1600018.EMM&txtreferer=00000001.TXT
12. Eriksson, I., Lindblad, M., Möller, U., Gillsjö C. (2018). Holistic health care: Patients' experiences of health care provided by an Advanced Practice Nurse. *International Journal of Nursing Practice* 1, 24.
13. Griffin, M., Melby, V. (2006). Developing an advanced nurse practice service in emergency care: attitudes of nurses and doctors. *Journal of Advanced Nursing* 56, 292-301.
14. International Council of Nursing. (2016). Nurse practitioner/advanced practice network. (2016). Definitions and characteristics of the role. Hozzáférhető 2019-06-13, <http://international.aanp.org/Practice/APNRoles>
15. Lindblad, E., Hallman, E., Gillsjö, C., Lindblad, U., Fagerström, L. (2010). Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary care, a qualitative study. *International Journal of Nursing Practice* 16, 69-74.
16. Lloyd-Rees, J. (2016). How emergency nurse practitioners view their role within the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursin* 24, 46-53.
17. Melby, V., Gillespie, M. (2011). Emergency nurse practitioners: the views of patients and hospital staff at a major acute trust in the UK. *Journal of Clinical Nursing* 20, (1-2), 236-46.
18. Oláh, A., Máté, O., Bethlehem, J., Fullér, N. (2015). Advanced Practice Nurse (APN) MSc képzés bevezetése Magyarországon. *Nővér*, 28 (2), 3-10.
19. Talabér, J., Antalóczy, P. (2004). *Jogi Ismeretek*. (jegyzet a szociális asszisztens hallgatóknak), SOTER-LINE, v. Talabér János, Mentésre, mentő dolgozókra, egészségügyi dolgozókra vonatkozó jogszabályok gyűjteménye, MMSZ, Budapest
20. Weiland, J. T., Mackinlay, C., Jelinek, A.G. (2010). Perceptions of nurse practitioners by emergency department doctors in Australia. *International Journal of Emergency Medicine* 3 (4), 271-278.
21. Wilson, A., Shifaza, F. (2008). An evaluation of the effectiveness and acceptability of nurse practitioners in an adult emergency department. *International Journal of Nursing Practice* 14 (2), 149-56.

Nurses and midwives
provide essential health service
and are key to achieve
health for all.



#SupportNursesAndMidwives



EREDETI KÖZLEMÉNY

Ápolói hivatás népszerűsége a pályaválasztók körében

FERENCZY Mónika, GERÖLYNÉ SIPŐCZ Eszter, KOMLÓSI Kálmánné,
KARÁCSONY Ilona, SZABÓ László

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: Kutatásunk célja volt felmérni az ápolóképzésben tanulók pályaválasztását befolyásoló tényezőket.

Anyag és módszer: Kvantitatív, leíró, keresztmetszeti, kérdőíves vizsgálatunkat egy szombathelyi középiskolában, valamint internetes fórumon végeztük 2018. február – 2018. május között, nem véletlenszerű célirányos szakértői mintavétellel. Beválasztásra kerültek az ápolóképzésben jelenleg résztvevő középiskolások (N=114), kizártuk azokat, akik hiányosan töltötték ki a kérdőívet. Az adatelemzés során MS Office Excel 2016 szoftver leíró statisztikai módszereit: számtani átlagot, szórást, és relatív gyakoriságot számoltunk. A változók közötti kapcsolat vizsgálatára χ^2 -próbát alkalmaztunk ($p < 0,05$).

Eredmények: Kapcsolat mutatható ki a szülők iskolai végzettsége és a gyermekek továbbtanulási szándékai között ($p < 0,01$). Nem volt kimutatható összefüggés a pályán maradás és az oktatással való elégedettség, a demonstrációs teremben folyó oktatás, a klinikai oktatás között ($p > 0,05$). Az ápolói hivatás megbecsültsége valamint a pályán való továbbtanulási szándék között sem találtunk összefüggést ($p > 0,05$).

Következtetések: Az ápolói hivatást választókat határozottan befolyásolta a beteg embereken való segítés vágya. Az egészségügyi személyzet példamutató tevékenysége az oktatás, gyakorlatok során mindenképpen meghatározó lehet a jövő ápoló generációjának megteremtésében.

Kulcsszavak: ápolói hivatás, pályaválasztás, motiváció, megítélés, továbbtanulás

Popularity of Nursing Profession among Career Choices

Mónika FERENCZY, Eszter GERÖLYNÉ Sipőcz, Kálmánné KOMLÓSI, Ilona KARÁCSONY, László SZABÓ

SUMMARY

The aim of the study: The aim of our study was to assess the influencing factors in career choice of students in nursing education.

Material and method: Our quantitative, descriptive, cross-sectional, questionnaire survey was conducted at a high school in Szombathely and on an internet forum between February 2018 and May 2018, with non-randomized targeted expert sampling. High school students currently in nursing education (N = 114) were selected and those who did not fill in the questionnaire were excluded. Data analysis was performed with Microsoft Office Excel 2016 software using descriptive statistical methods and the χ^2 test ($p < 0.05$).

Results: There was a correlation between parents' educational attainment and their children's intentions to continue their education ($p < 0.01$). There was no demonstrable correlation between staying in education and satisfaction with education, practical training in demonstration room and clinical education ($p > 0.05$). There was no correlation between the appreciation of nursing profession and the intention to continue in the profession ($p > 0.05$).

Conclusions: Nursing care choices have been strongly influenced by the desire to help sick people. The exemplary role of health care staff in education and practice is crucial and can be followed in creating the next generation of nurses.

Keywords: nursing profession, career choice, motivation, judgment, further education

FERENCZY Mónika
tanársegéd, PTE ETK, Szombathelyi Képzési Központ,
Ápolástudományi, Alapozó
Egészségtudományi és Védőnői
Intézet

GERÖLYNÉ SIPŐCZ Eszter
ápoló, Markusovszky
Egyetemi Oktató Kórház,
Tüdőgyógyászati Osztály

KOMLÓSI Kálmánné szak-
oktató, PTE ETK, Szombathelyi
Képzési Központ, Sürgősségi
Ellátási és Egészségpedagógiai
Intézet, Szülésznői és Klinikai
Koordinációs Tanszék

KARÁCSONY Ilona szakoktató,
PTE ETK, Szombathelyi Képzési
Központ, Ápolástudományi,
Alapozó Egészségtudományi és
Védőnői Intézet

SZABÓ László szakoktató, PTE
ETK, Szombathelyi Képzési
Központ, Ápolástudományi,
Alapozó Egészségtudományi és
Védőnői Intézet

Levelező szerző

(correspondent):
FERENCZY Mónika; E-mail:
monika.ferenczy@etk.pte.hu

Beérkezett: 2020. február 21.
Elfogadva: 2020. június 09.

Bevezetés

Az ápolói hivatás évről évre veszít a népszerűségéből, egyre kevesebben választják a továbbtanulók közül az ápolói szakmát. A szakma elöregedése kihívást jelent, a külföldi munkavállalási kedv, a pályaelhagyás megfontolása szintén humánerőforrás problémákat

vonz magához (Piczil & Pikó, 2013). „A magyarországi ápolók létszáma alacsony, az ápolói kar elöregedő képet mutat és az utánpótlás, valamint a növekvő igényekhez szükséges többletlétszám nem biztosítható. Magyarországon a 100000 lakosra vetített ápolók száma egyaránt alacsony az Európai Unió átlagához (annak 75,7%-a 2014-ben) és a WHO Európai Régió (bele-

értve pl.: Oroszországot, Üzbegisztánt stb.) átlagához (annak 88,7%, 2014-ben) képest is. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) elemzése szerint 2014-ben már 26 ezer ápolóval kevesebb dolgozott a magyar egészségügyben a szükségesnél. Hazánkban az alapnyilvántartásba 2016-ban újonnan felvett ápolók száma 2015-ös viszonyítva 757 fővel (a 2015-ös 1681 főről 924 főre), azaz 45%-os mértékben csökkent (ami hosszú időre visszatekintve a legalacsonyabb érték). A helyzetet tovább súlyosbítja, hogy bár a középfokú képzéssel együtt a végzett ápolók száma 2009 és 2014 között folyamatosan emelkedett – majd 2016-ig 10%-kal újra csökkent –, azonban a működési nyilvántartásban a Magyarországon végzett és ápolóként újonnan regisztráltak létszáma évről-évre növekvő mértékben marad el a végzettek számától, az utóbbi 3 évben már csupán a végzettek 50-60%-a jelent meg a működési nyilvántartásban.” (Oláh et. al., 2019).

A társadalmi megbecsülés hiánya, a nagy fizikai megterhelés, a pszichés hatások, az alacsony fizetés és a folyamatos műszakban való szolgálat jelenti elsősorban a népszerűtlenség okait (Kovácsné Mehler, 2015). Nem csak szakmát, de életstílust is választanak a pályaválasztók. A jó szakmai nevelés és szakmai szocializáció pályán tarthatja a tanulókat (Jirwe, 2012). Az ápolói szakképzésnek a problémája a motiváció fenntartása. A gyorsított képzések problémája időhiányból adódó kevés gyakoroltatás. Az oktatók, tanárok, a gyakorlati foglalkozások és a mentorok, összességében az iskola pozitív hatása vitathatatlan a pályán maradás esélyeinek növelésében, az egyik kulcsfontosságú szerep az iskoláé (Lükő, 2010).

A negatív sajtó és média hatás negatív megerősítést eredményezhet a pályaválasztás során. Ez által is érvényesül a társadalmi megítélés, a társadalmi megbecsülés hiánya. Ezek együtteséből kialakul az ellátórendszer legnagyobb problémája, az ápolói deficit. Pszichológiai és szociológiai tényezők hatással vannak a pályaorientációra, a segítő hivatás választásának kialakulásában. A pályaválasztás nem feltétlenül jelent végleges döntést. Változó világunkban az egyén folyamatosan döntések, választások meghozatalára kényszerül, amelyek közül első meghatározó állomása a pályaválasztás. A döntés fontosságát indokolja, hogy annak meghozatalához elegendő információt szerezzünk önmagunkról, a pályák, szakmák világáról, amelyhez intézményes keretet a köznevelés biztosít. Ez a pályaválasztásra felkészítő folyamat a pályaorientáció, amely a felnövekvő generáció egész életútján elkísérő tevékenysége (Pogátsnik, 2015; Lukács, 2013). A pályaorientáció során elsajátított ismeretek a későbbi döntési helyzetben is felhasználhatók. Szem előtt kell tartanunk, hogy az életpálya során akár többször pályát módosíthatunk (vagy arra kényszerülhetünk), és ezek mind döntések sorozata,

Rövidítések jegyzéke

PTE= Pécsi Tudományegyetem
SE= Semmelweis Egyetem
DE= Debreceni Egyetem
SZTE= Szegedi Tudományegyetem

amelyhez a pályaorientációs ismereteinket felhasználhatjuk. A pályaorientáció nem egyszeri esemény, ahol az egyén végleges döntést hoz az életpályájára vonatkozóan, hanem az egész életében folyamatosan jelenlevő, végigkísérő tevékenység.

Növekszik az igény a magasabb iskolai végzettség megszerzésére. E mögött társadalmi és gazdasági változások állnak. Ennek ellenére jelenleg drámai az egészségügy humánerőforrás helyzete. A mai egészségügy komplex, magas színvonalú szakmai tudást követel, ám hiába a képzések lépcsőzetessége, folyamatosan csökken a fiatal ápoló hallgatók, tanulók létszáma. A 13-18 évesek pályaválasztási motivációi függnek a kortársak véleményétől, a családi háttértől, a testvérek hatásától, a szülők (főleg az anya) iskolázottságától és hivatásától, a lakhely, település jellegétől, a gyermek társadalmi helyzetétől (Eley, 2012). Ápolói pályán dolgozók gyermekei gyakrabban választják szintén ezt a hivatást. Azonban ahogy csökken az ápolói létszám, csökkenni fog azon gyermekek száma, akik a szülők nyomdokaiba szeretnének lépni (Olteanu, 2015).

A szakma nőiessége a társadalom megítélése szerint hátrányt jelent a férfi ápolók pályaválasztására, helyzetére a szakma színterén. Sztereotipikusan női szakmaként ismeri a társadalom az ápolói hivatást. A férfi ápolókat visszavetheti a nemi előítélet. A női ápolók és a betegek, páciensek biztonság érzetét a kórházi, szociális szférában, munkavégzés közben növelhetné a férfi ápolók jelenléte. A nemek közti egyenlőtlenségek csökkenő tendenciát mutatnak a szakmák világában, de az ápoló szakmát tekintve jelentősen több a nők aránya (Wang, 2011; Yi, 2016).

A pályaválasztás nagy döntés és kihívás a serdülőknek. A kapunyitási pánik elbizonytalanítja a pályaválasztókat, mely összefügg a szakmaismeret hiányával, illetve ha kevés vagy torz az információ (Leist-Balogh, 2016). Hazánkban a rendszerváltozás után olyan, a munkaerő-piaci igényekhez igazodó és dinamikus változó iskola- és képzési rendszer váltotta fel az addig megszokottat, amelynek naprakész nyomon követése felkészülést kíván nemcsak a pályaválasztóktól, de a velük foglalkozó szakemberektől, szakoktatóktól, oktatási intézményektől, gyakorlatot biztosító intézményektől is (Lannert, 2009). Ilyen változás volt például a kétszintű érettségi bevezetése, a felsőoktatás Bologna rendszerű átalakí-

tása. A szakképzést érintve az új Országos Képzési Jegyzék bevezetése, vele együtt új fogalmak (például moduláris rendszer) megjelenése, a felsőfokú, majd a felsőoktatási szakképzés, ugyancsak számos új helyzetet, kihívást hozott.

Ezek számtalan kérdést hordoznak magukban mind a tanulók, mind pedig a szülők számára. A tájékozódást nehezítik a 2016 őszén bevezetésre kerülő középiskola típusok új megnevezései is, amelyek a korábbi elnevezésekkel néhol átfedést mutatnak, így fennáll az összetévesztés veszélye. Ezeket a változásokat megfelelő tájékoztatás, segítség nélkül – az Internet adta elképesztő mennyiségű és minőségű, rendelkezésre álló információ mellett nehéz követni. Ezért kiemelten fontos, hogy az iskolai tanulmányok végéhez közeledve a tanulók (és szüleik) releváns és széleskörű tájékoztatást kaphassanak a különböző lehetőségekről, alternatívákról, megfelelő információk birtokában dönthessenek a továbblépés irányáról.

Anyag és módszer

Kvantitatív, leíró, keresztmetszeti, saját szerkesztésű, kérdőíves vizsgálatunkat egy szombathelyi középiskolában, valamint internetes fórumon végeztük 2018. február – 2018. május között, nem véletlenszerű célirányos szakértői mintavétellel. Célcsoport az egészségügyi oktatási intézményekben tanuló diákok (N=114) voltak. Beválasztásra kerültek az ápolóképzésben jelenleg résztvevő középiskolások 9. évfolyamtól a 12. évfolyamig, kizártuk azokat, akik hiányosan töltötték ki a kérdőívet. Fő kérdéscsoportok: szociodemográfiai adatok, jelenlegi tanulmányok, pályaeorientáció, pályaválasztást befolyásoló tényezők, egészségügy megítélése, karrier tervek. A papír alapú, valamint az interneten elektronikusan kitöltött kérdőíveket és azokban szereplő adatokat bizalmasan kezelve, csak ezen kutatás elkészítéséhez használtuk fel. A kérdőívek kitöltése önkéntes és anonim volt. Az adatelemzés során MS Office Excel 2016 szoftver leíró statisztikai módszereit: számtani átlagot, szórást, és relatív gyakoriságot számoltunk. A változók közötti kapcsolat vizsgálatára χ^2 -próbát alkalmaztunk ($p < 0,05$) (Pakai & Kívés, 2013; Karamánné Pakai & Oláh, 2014). Az eredményeket gyakoriság megbízhatósági tartománnyal ábrázoltuk.

Eredmények

Szociodemográfiai adatok

A középiskolában egészségügyi képzésben résztvevő 9.-12. évfolyamon tanuló diákoktól 42 db kérdőívet kaptunk vissza, ez megegyezett a kiosztásra

kerülő kérdőívek számával, mindegyik értékelhető volt. A továbbiakban az interneten tettük közzé a kérdőívet, ami 2018. május 1.-ig volt elérhető. 72 db kérdőív volt megfelelően kitöltve, ez által az elemszámunk 114 lett. A válaszadó tanulók átlag életkora $16,82 \pm 1,44$ év volt (min= 15 év, max= 20 év). A vizsgált minta szociodemográfiai adatait az **I. számú táblázat** szemlélteti.

Pályaválasztással kapcsolatos eredmények

Arra a kérdésre, hogy szeret-e a jelenlegi iskolájába járni 70 fő igennel válaszolt, míg 44 fő nemmel. Pályaválasztási döntésüket a következő tényezők befolyásolták: pedagógusok hatására választott 21 fő, család hatására 34 fő, barátok hatására 31 fő, kórházi tapasztalat 13 fő, egyéb befolyásoló tényezők miatt pedig 15 fő döntött az adott iskola egészségügyi képzése mellett.

Azzal kapcsolatban, hogy mely tényezők milyen mértékben voltak befolyással a pályaeorientációra az alábbi elemzés ad választ. A kérdések mindegyikénél több válaszlehetőséget adtunk meg: „*egyáltalán nem befolyásolta*”, „*kevésbé befolyásolta*”, „*befolyásolta*”, „*döntően befolyásolta*” kategóriákat, melyek közül a legjellemzőbbet az adott kérdésre bejelölhette a kitöltő diák. A tanulmányi eredmények egyáltalán nem befolyásolták 26 fő, kevésbé befolyásolta 59 fő, befolyásolta 29 fő.

Egyáltalán nem szülői hatásra történt a pályaválasztás 13 fő esetében, a szülői hatás kevésbé érvényesült 71 fő, befolyásolta 28 fő, döntő hatása volt 2 fő életében.

A beteg embereken való segítség vágya, mint motiváció a választáskor egyáltalán nem 1 fő, kevésbé 13 fő, 62 fő befolyásoló motivációja volt, döntő belső drive volt 38 fő esetében. Az egészségügy iránti érdeklődés egyáltalán nem befolyásolt 1 főt, kevésbé 19 főt, befolyásoló volt 62 főnek, a döntően befolyásolta kategóriát pedig 32 fő jelölte.

A biztos álláslehetőség egyáltalán nem volt vonzó a döntéskor 26 fő, kevésbé volt ösztönző 43 fő, befolyásoló tényezőnek bizonyult 28 fő, döntő volt 17 fő által.

Külföldön is keresett szakma meghatározás egyáltalán nem volt befolyásoló tényező az ápolói pálya választására 4 fő esetében, kevésbé befolyásolt 14 főt, befolyásoló volt 67 fő, döntő érvnek bizonyult 29 fő számára.

Jelenlegi oktatással kapcsolatos eredmények

Arra a kérdésre, hogy elégedett-e a szakmai elméleti oktatással a jelenlegi intézményben, ahol a tanulmányait folytatja igennel válaszolt 82 fő, nemleges

I. táblázat: Vizsgált minta szociodemográfiai adatai (N=114)

		fő	%
nem	fiú	7	6,14
	lány	107	93,85
lakhely	megyeszékhely	26	22,8
	város	45	39,47
	faluközség	43	37,71
társadalmi réteghez való tartozás	felsőosztály	6	5,26
	középosztály	82	71,92
	alsóközéposztályba	22	19,29
	alsóosztály	4	3,5
édesapa legmagasabb iskolai végzettsége	8 általános	6	5,26
	szakiskola	45	39,47
	középfokú végzettség	55	48,24
	felsőfokú végzettség	8	7,01
édesapák alkalmazotti minősége	munkanélküli	0	0
	nyugdíjas	5	4,38
	vállalkozó	11	9,64
	beosztott	80	70,17
	középvezető	15	13,15
	vezető	3	2,63
édesanya legmagasabb iskolai végzettsége	8 általános	7	6,14
	szakiskola	35	30,7
	középfokú végzettség	65	57,01
	felsőfokú végzettség	7	6,14
édesanyák alkalmazotti minősége	munkanélküli	3	2,63
	nyugdíjas	1	0,87
	vállalkozó	3	2,63
	beosztott	92	80,7
	középvezető	11	9,64
	vezető	4	3,5
testvér	van	76	66,66
	nincs	38	33,33

választ pedig 32 fő adott. A demonstrációs teremben folyó gyakorlattal elégedett volt 75 fő, elégedetlen 39 fő, kórházi gyakorlattal 66 fő elégedett volt és nemmel választott 48 fő. A véleményük a diákoknak arra nézve, hogy mennyire készíti fel őket az iskola a pályára, a következő válaszok születtek: maximálisan 18 fő, közepesen 60 fő, eléggé 25 fő, nem készít fel egyáltalán 11 fő szerint.

Elhelyezkedéssel, továbbtanulási szándékkal kapcsolatos eredmények

Azt is szeretnénk tudni, hogy mennyien döntöttek véglegesen a pálya mellett, fejlődni kívánnak-e az általuk választott szakterületen, van-e nyelvtudásuk,

gondolnak-e továbbtanulás szempontjából a felsőoktatásra. Szeretnének-e a pályán maradni az ápoló tanulók a következő arányban válaszoltak: 27 fő tudja, hogy a pályán marad, 33 fő nem akar az eredetileg választott szakmában dolgozni, bizonytalan és még nem döntött 54 fő volt.

Továbbtanulási szándéka van az egészségügyi pályán 30 főnek, nem egészségügyi pályán szeretne továbbtanulni 48 fő, a nem akar egyáltalán továbbtanulni kategóriát 36 fő jelölte. A válaszadók közül 63 fő nyilatkozta, hogy ismeri az egészségügyi pályán a fejlődési lehetőségeket, kevésbé ismerik a lehetőségeket kategóriát 48 fő jelölte, nem ismeri 3 fő. BSc ápolóképzésre szeretne jelentkezni 7 fő, bizonytalan 14 fő, nem tervez ez irányú tanulmányokat folytatni

93 fő. Aki szeretne, vagy esetleg szeretne jelentkezni egyetemre, az egyetemek között a következő megoszlás volt: a PTE-re 12 fő, SE 1 fő, DE 2 fő, SZTE-t nem jelölte senki, a többiek bizonytalanok voltak.

Az ápolói szakma megítélésével kapcsolatos eredmények

Az ápoló tanulók saját megítélésére voltunk kíváncsiak a választott hivatásukkal kapcsolatban. Az ápolói hivatás társadalmi megítélése a diákok véleménye alapján egyáltalán nem megbecsült 16 fő, kissé megbecsült 74 fő, megbecsült 18 fő, kifejezetten 3 fő, benne van az első 3 leginkább becsült szakma között 3 fő véleménye szerint.

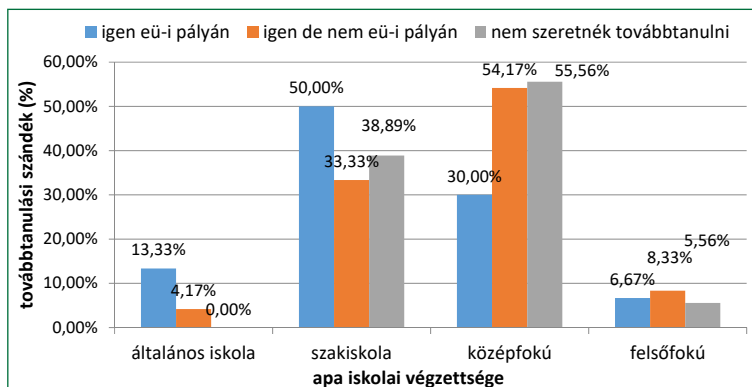
A mai informatikai technikai eszközök, az írott, nyomtatott sajtón kívül lehetővé teszik a gyors információ áramlást. A médiában, a sajtóban, a közösségi oldalakon megjelenő hírek, információk, cikkek hatásáról kérdeztük a diákokat. Az egészségügyről, az egészségügyi dolgozókról a médiában megjelent híreket pozitívnak vagy inkább negatív híreknek értékelik a diákok: pozitívként értékeli 19 fő, negatívként 95 fő. A pozitív hírek szerintük pozitívan hatnak-e az ápolók megítélésére: nagyon 1 fő, közepesen 72 fő, kevésbé 39 fő, nincs hatásuk 1 fő. A negatív hírek a médiában általánosítanak-e az ápolók megítélésében 58 fő nagyon általánosítanak, közepesen 42 fő, kevésbé 13 fő, nem általánosít kategóriát nem jelölte senki. A tv-ben látható kórház filmsorozatok motiváló hatással bírnak-e: 86 fő szerint igen, 28 fő szerint nincs hatásuk.

Összefüggések vizsgálata

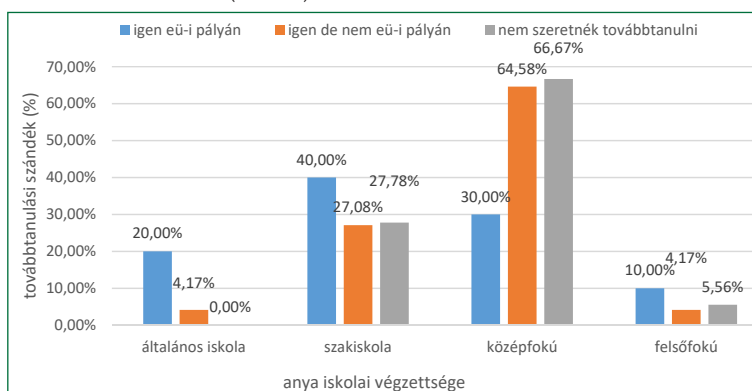
A kutatásunk során arra is kerestük a választ, hogy a szülők iskolai végzettsége befolyással van-e a gyermekük továbbtanulási szándékára. A vizsgált változók tekintetében, ami az apa iskolai végzettsége és a továbbtanulási szándék között szignifikáns összefüggés mutatkozott ($p=0,004$), valamint a hatáserősség közepesenél erősebb kapcsolatot igazolt (Cramer=0,702) (1. ábra).

Az édesanyák iskolai végzettsége és a továbbtanulási szándék között is szignifikáns összefüggés mu-

1. ábra: Édesapák végzettségének összefüggése a gyermekek továbbtanulási szándékával (N=114)



2. ábra: Édesanyák végzettségének összefüggése a gyermekek továbbtanulási szándékával (N=114)

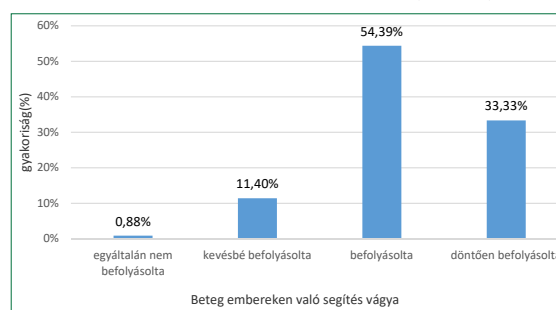


tatkozott ($p=0,007$), valamint a hatáserősség közepesenél erősebb kapcsolatot igazolt (Cramer=0,677) (2. ábra).

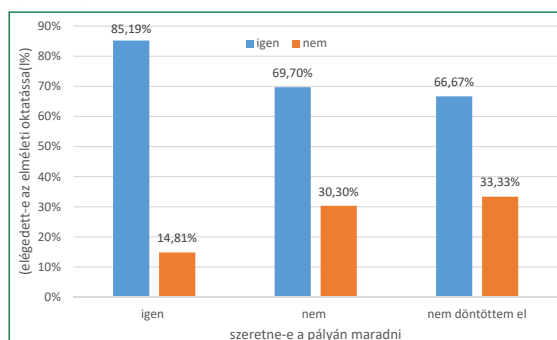
A következőkben arra kerestük a választ, hogy az ápoló tanulók pályaválasztását befolyásolta-e a beteg embereken való segítség vágya. A mintában résztvevő tanulók válaszai alapján 1 főt egyáltalán nem befolyásolt, 13 főt kevésbé befolyásolt, 62 főt befolyásolt, döntően befolyásolt 38 főt (3. ábra).

Vizsgáltuk, hogy a tanulók egészségügyi pályán való maradását befolyásolja-e az oktatással való

3. ábra: Beteg embereken segítség vágya, mint motiváló tényező a pályaeorientációban (N=114)



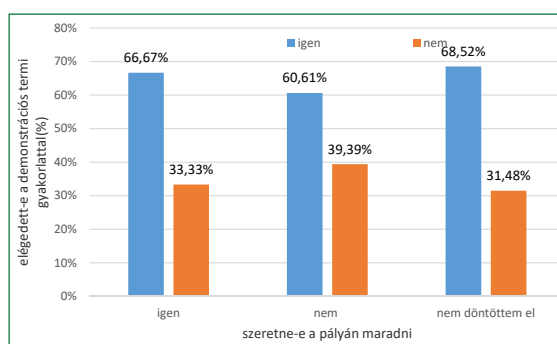
4. ábra: Az elméleti oktatással való elégedettség összefüggése a pályán való maradás szándékával (N=114)



megelégedettség. Három szempontból voltunk kíváncsiak az eredményre. Az első, hogy a diákok elégedettek-e az szakmai elméleti oktatással. 82 fő igennel válaszolt, 32 fő nem volt elégedett. A vizsgálatban szereplő változók tekintetében nem találtunk szignifikáns kapcsolatot ($p=0,204$) (4. ábra).

Arra is kerestük a választ, hogy a demonstrációs teremben lévő gyakorlattal elégedettek-e a tanulók és ez befolyásolja-e a pályán maradási szándékukat. 75 fő elégedett volt, 39 fő pedig elégedetlen. A vizsgált változók között szignifikáns kapcsolat nem volt igazolható ($p=0,747$) (5. ábra).

5. ábra: A demonstrációs teremben lévő oktatással való elégedettség összefüggése a pályán való maradás szándékával (N=114)

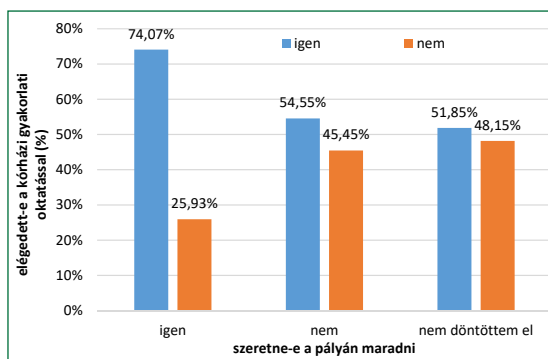


A klinikai gyakorlatokkal való elégedettség vizsgálatakor a következő eredmények születtek. Igennel válaszolt 66 fő, nemmel pedig 48 fő. A klinikai gyakorlatokkal való elégedettség és a pályán maradási szándék szignifikanciája nem igazolódott ($p=0,145$) (6. ábra).

Összefüggésében elmondható, hogy az oktatással való elégedettség a pályán maradás szándéka között szignifikáns kapcsolat nem volt kimutatható ($p>0,05$).

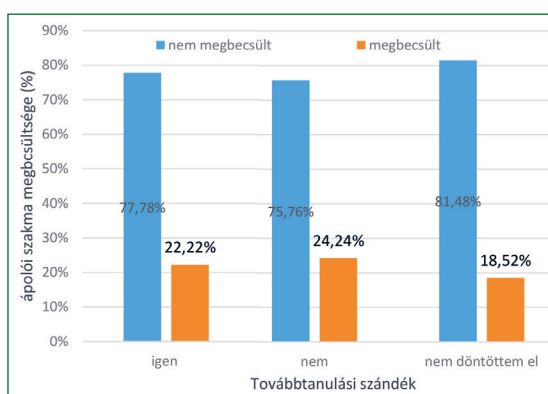
Kutattuk, hogy azon ápoló tanulók, akik szerint az ápolói hivatás megbecsült, nagyobb arányban sze-

6. ábra: A klinikai oktatással való elégedettség összefüggése a pályán való maradás szándékával (N=114)



retnének-e a pályán maradni és ez irányban tovább tanulni, mint azok a diákok, akik szerint nem megbecsült az ápolói hivatás. Az ápoló szakma megbecsültsége ma Magyarországon a mintába bekerült tanulók szerint egyáltalán nem 16 fő, kissé megbecsült 74 fő, megbecsült 18 fő, kifejezetten megbecsült 3 fő, benne van az első három szakma között 3 fő által lett jelölve. Diplomás ápolóképzésre 7 fő szeretne jelentkezni, 93 fő nem választaná ezt a lehetőséget, még bizonytalan 14 fő. A vizsgált változók között szignifikáns eredmény nem igazolódott ($p=0,805$) (7. ábra).

7. ábra: Ápolói szakma megbecsültségének összefüggése a továbbtanulási szándékkal (N=114)



Megbeszélés, következtetések

Az egészségügyben a humán erőforrás hiánya nem csak országunkra korlátozódik, a probléma világméretűvé nőtt ki magát. A globális jelenség következménye az egészségügyre nézve negatív hatású. A legtöbb országban, beleértve hazánkat is, aggodalomra ad okot az egészségügy humán erőforrás helyzete. Nagy szükség lenne arra, hogy az ápolói hivatás a fiatalok körében népszerűbb legyen, valamint hogy a hivatást már tanuló diákok az egészségügyben

maradjanak, dolgozzanak. Ezért nagyon fontos annak az ismerete, hogy mik a fiatalok jövőbeli tervei, melyek azok a tényezők, amelyek befolyásolják őket a pályaválasztásban, mit is gondolnak a fiatalok az ápolói hivatásról.

Kutatásunkban a magasabb végzettségű szülők gyermekei gyakrabban választják a továbbtanulást, mint az alacsonyabb iskolai végzettségűeké. A vizsgált változók tekintetében, ami az apa iskolai végzettsége és a továbbtanulási szándék, szignifikáns összefüggés mutatkozott. Az anyák esetében szintén szignifikáns az összefüggés ($p < 0,05$). Elmondható, hogy családi háttér, a szülők iskolai végzettsége meghatározza a gyerekek életét, mivel a szülő az, aki mintaként szolgál gyermekének, természetes tehát, ha a gyerek a szülőre szeretne hasonlítani, esetleg túlszárnyalni.

Magyarországon készült felmérésben Kovácsné Tóth Ágnes és munkatársai, többek között azt is vizsgálták, hogy a különböző főiskolákban tanuló ápolóhallgatók szüleinek iskolai végzettségei milyen tendenciát mutatnak. Az édesanyák, nevelőanyák 16,5%-a rendelkezett főiskolai vagy egyetemi végzettséggel, ez az édesapák esetében 18,3%. Egyik esetben sem éri el a főiskolát, egyetemet végzett szülők aránya a 20%-ot, tehát ezek a hallgatók első generációs értelmiségiek lesznek (Kovácsné Tóth, 2007). Látható, hogy az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező szülők gyermekei választják az ápolói hivatást.

Vizsgáltuk, hogy az egészségügyi középszintű oktatásban a tanulók pályaválasztását milyen mértékben befolyásolta az emberekre való segítség vágya. Megállapítottuk, hogy a vizsgált mintában a tanulók egészségügyi pálya felé való orientálódásának a több befolyásoló tényező és hatás mellett jelenős szerepe volt a beteg emberekre való segítség vágyának. Összességében ezt az eredményt tükrözi az alábbi hazai szakemberek kutatása is. A hazai kutatások, szakkikkek közül Kovácsné Tóth Ágnes és munkatársai által készített vizsgálata is hasonló témában készült. A motiváció az ápolói hivatás választásában a következők szerint alakultak a kutatásaik alapján: embertársaikon való segítség a hallgatók 54,2%-át „nagyon befolyásolta”, 36,2 %-át „befolyásolta” a pályaválasztásban. A család, a barátok hatása szinte azonos arányban érvényesült. Karrierlehetőségek kevésbé vagy egyáltalán nem befolyásolták a hallgatók többségét (73,9%-át). Az ápolói pályát a biztos állás feltételezett lehetősége miatt a válaszadók 46,1%-a választotta. Megállapítható, hogy meghatározó szakmaválasztási motívumnak bizonyult az emberekkel való foglalkozás és a segítség szándéka (Kovácsné Tóth, 2007).

Választ kerestünk arra, hogy az ápoló tanulók egészségügyi pályán maradását befolyásolja-e az ok-

tatással való megelégedettség. A kutatást e tekintetben több síkon is végeztük. Néztük mennyire elégedettek a tanulók a demonstrációs termi gyakorlattal, a klinikai gyakorlattal, és az elméleti oktatással. A vizsgálatban szereplő változók vonatkozásában nem találtunk szignifikáns kapcsolatot ($p > 0,05$).

Lükő István a szakmai nevelés, szakmai szocializáció összefüggéseit vizsgálta. A jövő szakképzésének legnagyobb kihívása, hogy hogyan valósítható meg az egész életen át tartó motiváció. A szakmai nevelés és szocializáció jellemformáló kell, hogy legyen, a szociális értékrend fejlődjön. Reformpedagógiai irányzatok arra törekednek, hogy az ismeret dominanciájú tanulást, iskolát felváltja a cselekvő, tevékeny tanulás. A szerző szerint túlteng az egyoldalú végrehajtó tanulói szerep, hiányoznak a gyakorlati életben előfordulható problémák megoldását fejlesztő gyakorlatok. A jó szakmai nevelés és szocializáció a pályán tarthatja a tanulókat (Lükő, 2015).

Arra is kerestük a választ, hogy akik szerint megbecsült hivatás az ápoló szakma, nagyobb arányban szeretnének-e a pályán maradni, illetve egészségügyi szakirányon továbbtanulni, mint azok az ápoló tanulók, akik szerint nem megbecsült szakma az általuk tanult hivatás. Szignifikáns eredmény nem igazolódott ($p > 0,05$).

Külföldi szaklapban megjelent Újváriné Siket A. és munkatársainak felmérése arra vonatkozóan, hogy az egészségügyi pályán kívánnak-e maradni a végzett ápoló hallgatók. Többségük (58,6%) a kutatásunkat megelőző 6 hónapban nem fontolgatta, hogy abbahagyják az ápolóképzést. Ami a lemorzsolódást illeti ebben a mintában, összesen 7,1% gondolt arra, hogy korábban kilépnek. Ez összesen 27 hallgató elvesztését jelentené az összes 381 mintából. Azonos eloszlás állt fenn azon diákok körében, akik meg akarják változtatni a tanulmányaik irányát (orvostudomány, más egészségügyi vagy nem egészségügyi szakma), a χ^2 -próba nem mutatott lényeges különbségeket a két eloszlás között ($\chi^2 = 15$; $p = 0,24$). A területváltoztatás miatti potenciális lemorzsolódás összesítve 7,7%, ami azt jelenti, hogy az összes 381 hallgatóból 29-en mennének el más oktatási programba, ha valóban úgy döntenének. A kutatók azt tapasztalták, hogy a családtól és társaktól nagy nyomás terhelte a tanulókat, miszerint hagyják el az ápolói szakmát. Nem csak a szakmai megbecsülés hiánya vezet a pályaelhagyáshoz vagy az ápolói hivatás tanulásának abbahagyásához, sokkal bonyolultabb és összetett folyamat ez (Újváriné Siket, 2011).

Eredményeink tükrében összefoglalóan elmondható, hogy a családi háttér, minta, befolyásoló tényező a gyermekek életében, a szülők iskolai végzettsége példa gyermekeik számára. Az egészségügyi hivatást

választókat határozottan befolyásolta a beteg ember-
reken való segítség vágya, de fontos volt az egészség-
ügy iránti érdeklődés és a külföldi munkalehetőség
vonzása is. Az iskola, az oktatás, a pedagógusok fon-
tos szerepet töltenek be a diákok mindennapjaiban,
de ebben a kutatásban nem mutatott jelentőséget a
tanulók pályán maradási szándékát illetően. A szak-
mai megbecsülés hiánya a társadalomban érezhető

lenyomatot hagy az ápolói hivatás népszerűségén (Oláh, et al., 2015). A szakmai szocializáció, a megfelelő munkakörülmények, az életpályamodell, az ápolóképzések megerősítése és fejlesztése, a képzési szintenként meghatározott ápolói hatásköri lista bevezetése pályán tarthatja a végzős diákokat (Betlehem & Oláh, 2017; Fusz et al., 2016; Oláh et al., 2019; Vörös et al., 2020).

Irodalomjegyzék

1. Betlehem, J., & Oláh, A. (2017). Az ápolás megújulásának lehetősége hazánkban. *IME- Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 9, 5-8.
2. Eley, D., Eley, R., Bertello, M., Rogers-Clark, C. (2012). Why did I become a nurse? Personality traits and reasons for entering nursing. *J Adv Nurs*. 68(7), 1546-55. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05955.x.
3. Fusz, K., Pakai, A., Kívés, Zs., Szunomár, Sz., Regös, A., Oláh, A. (2016). Munkarendek a hazai egészségügyi rendszerben, és az ápolók alvásminősége. *Orvosi Hetilap*, 157(10), 379-84. doi: 10.1556/650.2016.30386.
4. Jirwe, M., Rudman, A. (2012). Why choose a career in nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 68 (7):1615-1623. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05991.x.
5. Karamánné Pakai, A., Oláh, A. (2014.a). Irodalomkutatás a gyakorlatban: Irodalomkutatás a leggyakrabban használt adatbázisok felhasználásával. In: Ács, P., Oláh, A., Karamánné Pakai, A., Raposa, LB. Ács, P. (szerk.) *Gyakorlati adatelemzés* (pp. 33-84). Pécs: PTE ETK. (ISBN:978 - 963 - 642 - 682 - 8)
6. Karamánné Pakai, A., Oláh, A. (2014.b). Elméleti áttekintés a tudományos kutatásokról. In: Ács, P., Oláh, A., Karamánné Pakai, A., Raposa, LB. Ács, P. (szerk.) *Gyakorlati adatelemzés* (pp. 9-329). Pécs: PTE ETK. (ISBN:978 - 963 - 642 - 682 - 8)
7. Kovácsné Tóth, Á., Feit, H., Balázs, P. (2007). Főiskolai hallgatók véleménye az ápolói pálya választásáról. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 3, 41-45.
8. Kovácsné Mehler, M. (2015). Az ápolói pályát választó hallgatók értékkutatása a szakközépiskolában. *Nővér*, 28 (1), 1-40.
9. Lannert, J. (2009). A továbbtanulási aspirációk társadalmi meghatározottsága. Hozzáférhető 2020-01-29, <https://www.ofi.hu/tovabbtanulasi-aspiraciok-tarsadalmi-meghatározottsaga>
10. Leist Balogh, B., Jámori, Sz. (2016). A kapunyitási pánik vizsgálata a megküzdési módok és a szorongás függvényében. *Alkalmazott Pszichológia*, 16(2), 69-90.
11. Lukács, F. (2013). A pályaválasztási bizonytalanság és az identitás összefüggései középiskolás mintán. *Életpálya-Tanácsadás*, 1, 32.
12. Lükő I., (2015). A szakmai nevelés, szakmai szocializáció összefüggéseiről. *Opus et Educatio*, 2 (2), 17-25.
13. Oláh, A. (szerk.). (2019). *Javaslat Nemzeti Ápolásfejlesztési Stratégia Elemeire-Vitairat. Egészség-Akadémia, Supple-mentum*, 10, 1-82.
14. Oláh, A., Betlehem, J., Máté, O., Fullér, N. (2015). Advanced Practice Nurse (APN) MSc képzés bevezetése Magyarországon. *Nővér*, 28(2), 3-10.
15. Olteanu, L. (2015). A pályaválasztás rendszerelméleti nézőpontja. *Iskolakultúra*, 25 (9), 45-55.
16. Pakai, A., Kívés, Zs. (2013). Kutatásról ápolóknak, Min-tavétel és adatgyűjtési módszerek az egészségtudományi kutatásokban. *Nővér*, 26(3), 20-43.
17. Piczli, M., Pikó, B. (2013). Diplomás ápoló hallgatók pályorientációjának és pályaválasztásának vizsgálata, *Nővér*, 26 (4), 1-40.
18. Pogátsnik, M. (2012). Fiatalok pályaválasztási motivációinak vizsgálata az érettségit követő szakmai képzésekben, *EDU*, 4 (1), 14-22.
19. Újváriné Siket, A., Zrínyi, M., Tóth, H., Zékányné Rimár, I., Szögedi, I., Betlehem, J. (2011). The role of faculty and clinical practice in predicting why nurses graduate in Hungary. *Nurse Education Today*, 31(1), 94-101.
20. Wang, H. (2011). Perceptions of nursing profession and learning experience of male students in baccalaureate nursing program in Changsha, China. *Nurse Education Today*, 31(1), 31-42. doi: 10.1016/j.nedt.2010.03.011.
21. Yi, M., Keogh B. (2016). What Motivates Men to Choose Nursing as a Profession? A Systematic Review of Quantitative Studies, *Contemporary Nurs*, 52(1), 95-105. doi: 10.1080/10376178.2016.1192952.
22. Vörös, T., Karamánné, Pakai A., Szebeni-Kovács, Gy, Szabóné, Bálint Á, Oláh, A. (2020). APN szerepe a hypertóniás beteg gondozásában a háziorvosi körzetben. *Nővér*, 33(2), 29-36.

EREDETI KÖZLEMÉNY

A sztóma hatása a betegek párkapcsolati és szexuális életére

ROZMANN Nóra, MERKL-ORAVECZ Mercédesz, TÓTHNÉ RÁDAI Viktória, PUSZTAI Dorina, SZUNOMÁR Szilvia

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: Bármely ember életében egy maradandó nyomot hagy, ha valamilyen súlyos betegség vagy krónikus állapot áldozata lesz. A sztómás betegek esetében ez kiemelten igaz, hiszen a sztómát kiváltó alapbetegség mellett további nehézségeket, akadályokat okozhat ezen megváltozott élethelyzet. Vizsgálatunk célja volt felmérni, hogy a sztóma megléte milyen hatással van a betegek párkapcsolati és szexuális életére. További célunk volt ezen betegcsoportot a nem sztómával élők csoportjának párkapcsolati és szexuális szokásaival összehasonlítani.

Anyag és módszer: Kutatásunk kvantitatív, leíró jellegű keresztmetszeti vizsgálat volt, melynek célcsoportja a 16- 61 év közötti sztómával rendelkező és a sztómával nem rendelkező (kontroll csoport), párkapcsolatban élő személyek voltak. Az adatgyűjtés anonim, online kérdőíves lekérdezés módszerével történt. A statisztikai kielemezésre SPSS 22.0 és Microsoft Excel 2007 programot használtunk, deskriptív statisztika mellett, χ^2 -próba elemzést végeztünk. A szignifikancia szintjét $p < 0,05$ értékben határoztuk meg, 95%-os megbízhatósági tartomány mellett.

Eredmények: Azon sztómával élők, akiknek megváltozott a szexuális élete 80%-ukat befolyásolta a sztómazsák megléte. A sztómával élők fennmaradó része, bár szexuális szokásai nem változtak, ugyanakkor 33%-uk, mint zavaró tényező említette annak meglétét aktus közben ($p=0,01$). A szexuális elégedettség tekintetében a sztóma nélküliek ($n=60$) 32%-a, a sztómával élők ($n=50$) 36%-a elégedett a szexuális életével, mely különbség nem szignifikáns ($p=0,604$).

Következtetés: Összességében elmondható, hogy a sztómazsák befolyásolja a szexuális harmóniát, mely kihatással van a műtét utáni szexuális szokásokra.

Kulcsszavak: sztóma, párkapcsolatizavar, szexuáliszavar

The Impact of Stoma on Patient's Relationship and Sexual Life

Nóra ROZMANN, Mercédesz MERKL-ORAVECZ, Viktória TÓTHNÉ RÁDAI, Dorina PUSZTAI, Szilvia SZUNOMÁR

SUMMARY

The aim of the study: To become a sufferer of some serious illness or chronic condition leaves a mark on the life of any person. In the case of patients with stoma, this is especially true, as in addition to the underlying disease that causes stoma, this changed life situation can cause additional difficulties and obstacles. The aim of our study was to assess the impact of the presence of a stoma on patients' relationship and sexual lives. We further aimed to compare this group of patients with the relationship and sexual habits of the non-stoma group.

Material and method: Our research was a quantitative, descriptive cross-sectional study, the target group was individuals with a stoma aged 16–61 years and those without a stoma (control group) living in a relationship. Data collection was performed using an anonymous, online questionnaire. For statistical analysis we used SPSS 22.0 and Microsoft Excel 2007, in addition to descriptive statistics, we performed χ^2 -trial analysis. The level of significance was determined to be $p < 0.05$ with a 95% confidence interval.

Results: 80% of those with a stoma whose sex life had been changed were affected by the presence of a stoma bag. The remainder of those with a stoma, although their sexual habits did not change, were mentioned by 33% as a disturbing factor during intercourse ($p=0.01$). In terms of sexual satisfaction, 32% of the patients without stoma ($n=60$) and 36% of the patient with stoma ($n=50$) were satisfied with their sexual life, a difference between the two group was not significant ($p=0.604$).

Conclusion: Overall, the stoma bag affects sexual harmony, which affects postoperative sexual habits

Keywords: stoma, relationship disorder, sexual disorder

ROZMANN Nóra
szakoktató, PTE Egészségtudományi Kar, Pécsi Képzési Központ, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet

MERKL-ORAVECZ Mercédesz
diplomás ápoló, Budai Egészségközpont

TÓTHNÉ RÁDAI Viktória
szakoktató, PTE Egészségtudományi Kar, Pécsi Képzési Központ, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet

PUSZTAI Dorina
szakoktató, PTE Egészségtudományi Kar, Pécsi Képzési Központ, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet

SZUNOMÁR Szilvia
szakoktató, PTE Egészségtudományi Kar, Pécsi Képzési Központ, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet

Levelező szerző
(correspondent):
ROZMANN Nóra;
E-mail: nora.rozmann@etk.pte.hu

Beérkezett: 2020. február 18.
Elfogadva: 2020. június 29.

Bevezetés

Az intestinumot érintő sztóma nyílás kialakítása (kolosztóma, ileosztóma) a bélrendszert érintő betegségeknél válhat indokolttá, mint például a krónikus bélgyulladások (Chron-betegség, Colitis ulcerosa), valamint a bélrendszeri daganatok. A bélrendszert érintő krónikus gyulladásos betegségek, daganatos megbetegedések során a betegek gyakran állandó sztómát kapnak a gyógyulás érdekében, mely az érintett bélszakasztól függően az emésztésre, a táplálkozásra és az életminőséget befolyásoló egyéb aspektusokra is rányomja bélyegét. Ezen egyéneknek meg kell küzdeniük a stresszel, a hátrányos megkülönböztetéssel, a testsémájuk negatív irányú megváltozásával, a felmerülő szexuális diszfunkciókkal, vagy épp a különböző szerepvállalások nehézségével (Varga et al., 2016; Bulut et al., 2019; Yilmaz et al., 2017; Aktas et al., 2015).

Napjainkban már elengedhetetlen, hogy a sztómával élők a biopszichoszociális perspektíva keretében megfelelő lelki támogatásban is részesüljenek. Egyre több kutatás tűzi ki célul, hogy felmérje az ilyen műtéti beavatkozásokon átesett betegek életminőségét, hogy pontosabb képet kapjon fizikai-pszichés állapotukról és általános egészségi állapotukról (Yang et al., 2014). Az életminőséget a WHO öt elemre osztotta: fizikális egészség, pszichológiai egészség, az önállóság szintje, szociális kapcsolatok és környezet. Ezek együttes változása döntően befolyásolja a sztóma utáni rehabilitációt, illetve az önbizalom és depresszióra való hajlamot (Salomé et al., 2014). Egyes kutatási eredmények azt mutatják, hogy a sztómával élő betegeknek szignifikánsan magasabb a depresszió értéke, mint egészséges társaiknál. Ezzel összhangban az életminőségüket is a legtöbb dimenzióban rosszabbnak értékelték, vagyis a depresszív tünetek megjelenése együtt járt a szubjektíven észlelt rosszabb életminőséggel (Széll et al., 2012). Emellett felmérések mutatják, hogy a sztómával élők félnek, hogy az esetleges szagok és hangok kellemetlenséget okozhatnak számukra családi vagy publikus összejöveteleken (Dabirian et al., 2010). A szexuális életet illetően a betegek többsége elvesztette az önbizalmát a saját testükkel kapcsolatban, nem találták magukat attraktívnak, szorongtak a közösülés gondolatától. Csökkent körükben a szexuális vágy és az egészség, illetve elvesztették az aktus megélésének örömet, rettegték attól, hogy az intim együttlét alatt a sztómazsák szivároghat, szagokat bocsáthat ki (Shaffy et al., 2012). A szexuális élet romlásához természetesen az esetlegesen felmerülő szexuális zavarok is hozzájárulhatnak. A műtet követően mindkét nem tapasztalhat szexuális zavarokat, a férfiak körében gyakori a merevedési zavar,

a nők körében pedig a hüvelyszárazság (Silva et al., 2014; Shaffy et al., 2012; Symms et al., 2010; Sun et al., 2014; Ozturk et al., 2015; Reese et al., 2014).

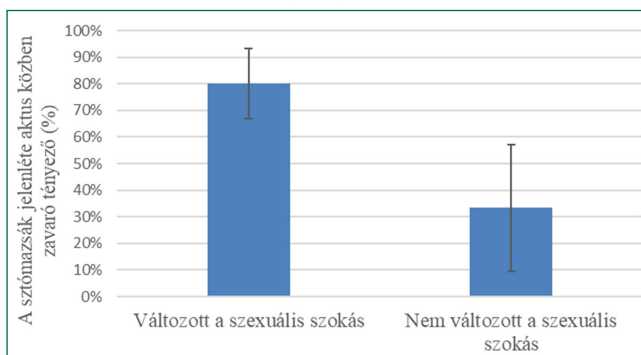
A nyugati társadalom fejlettségének és nyitottságának köszönhetően ma már egyre több fórumon foglalkoznak a sztómások szexuális életminőségével, felismerve a szókimondás, probléma megfogalmazás pusztá gyógyító erejét, sőt immár egész iparágak álltak rá a kifejezetten a sztómaviselek számára tervezett fehérneműk gyártására is. Az új helyzethez való alkalmazkodás során rendkívüli segítséget jelent a család, illetve a párkapcsolatban lévő pár segítése. Azonban az első időszakban a legnagyobb támogatást az egészségügyi szakemberek, főként az ápolók jelentik. Az ő szakértelmük és empátiás hozzáállásuk az, ami segíthet a betegek számára a megfelelő információ birtokába jutni, szembenézni a nehézségekkel (Salomé et al., 2014; Sun et al., 2014; Nieves et al., 2017).

Jelen tanulmányunk célja volt felkutatni azt, hogy milyen szubjektív, önmegítélésen alapuló különbségek fedezhetők fel hasonló korú és társadalmi státuszú populációban, a sztóma viselés és nem viselés különbsége alapján, valamint annak feltérképezése, hogy a sztóma megléte milyen irányba és milyen mértékben befolyásolja a tartós kapcsolat intimitását.

Anyag és módszer

A kutatás típusa keresztmetszeti, kvantitatív vizsgálat volt. A felmérés 2017. szeptember 01. és november 30. között zajlott. Az adatgyűjtés országos szintű online saját szerkesztésű kérdőívvel, nem véletlenszerű mintavétellel történt. A kérdőívet összesen 110 fő töltötte ki (n=110). A célcsoportba 16-61 év közötti ileosztómával vagy kolosztómával rendelkező párkapcsolatban élő személyek, a kontroll csoportba 16-61 év közötti párkapcsolatban élő személyek kerültek. A vizsgálati csoport számára a közösségi oldalakon lévő sztómás csoportokba, a kontroll csoport számára pedig általánosan, különleges csoporthoz nem kötve tettünk közzé a kérdőívet. A kérdőív a kontroll csoport esetén összesen 31 kérdésből állt. Először szociodemográfiai kérdések, majd a szexuális életre vonatkozó kérdések következtek, végül pedig a párkapcsolati státuszra vonatkozó rész következett. A vizsgálati csoport kérdőíve hasonló felépítést követett, az alábbi különbségek mellett: a szociodemográfiai kérdések során a sztóma meglétének idejére, a szexuális életre vonatkozó kérdések során a sztómazsákra, valamint az ez miatti zavaró tényezőkre tettünk fel kérdéseket (Raposa, 2014). A párkapcsolati rész során kifejezetten kitértünk arra, hogy a sztóma hogyan, milyen módon befolyásolta a párválasztást, párkapcsolat működését.

1. ábra: Sztómazsák zavaró hatása a szexuális szokásokra a sztómát viselők körében (n=50)



Az adatok vizsgálata során a válaszok feldolgozásához leíró statisztikát használtunk (átlag, szórás, medián, módusz, abszolút és relatív gyakoriság). A változók közötti összefüggések keresésére χ^2 -próbát használtunk. A függő változók összevetésénél gyakorisági megbízhatósági tartományt vettünk segítségül. Statisztikai szoftverként MS Excel táblázatkezelő program és SPSS. 22.0-t használtunk. A szignifikancia szintjét $p < 0,05$ értékben határoztuk meg, 95%-os megbízhatósági tartomány mellett (Pakai & Kívés, 2013; Ács & Raposa, 2014).

Eredmények

Szocio-demográfia adatok

Kutatásunkban összesen 110 fő vett részt. A nemek eloszlása szerint a sztómával élő (n=50) csoportban szereplő kitöltők közül 34 fő nő (68%), valamint 16 fő férfi (32%) volt. A nem sztómával élő csoport (n=60) esetében a nemek szerinti eloszlás kapcsán 41 fő nő (68%) és 19 fő férfi (32%) vett részt a vizsgálatban.

A kor eloszlásának tekintetében a sztómás kitöltők (n=50) körében a korcsoportok közötti eloszlás a következőképp alakult: 6 fő (12%) 16-30 év közötti, 11 fő (22%) 31-40 év közötti, 13 fő (26%) a 41-50 év közötti, 7 fő (14%) az 51-60 év közötti, valamint 13 fő (26%) a 61 év feletti korcsoportba tartozott. A kontroll csoport (n=60) esetében a koreloszlás a következő volt: 20 fő (33,3%) a 16-30 év közötti, 9 fő (15%) a 31-40 év közötti, 9 fő (15%) a 41-50 év közötti, 17 fő (28%) 41-60 év közötti, továbbá 5 fő (8%) a 61 év feletti korosztályba tartozott. A vizsgálati csoportba leginkább középkorúak, a kontroll csoportban fiatal felnőttek és középkorúak vettek részt. Ezzel megfelelő mintát adtak a vizsgálathoz, hiszen ezen korcsoportok esetében már feltételezhető az aktív szexuális és párkapcsolati élet megléte. Megemlítendő továbbá,

hogy a csoportok közötti kormegoszlási különbségeket nagyrészt a betegség megjelenésének időbelisége adta, ugyanakkor ez statisztikai szempontból nem torzította az eredményeket.

Sztómás betegek megváltozott párkapcsolati és szexuális szokásai, jellemzői

A sztómával élők csoportjához (n=50) tartozó kérdések kapcsán első körben a sztómazsák által okozott zavaró tényezőket és a megváltozott szexuális szokásokat mértük fel. Azon kitöltők esetében, akik úgy válaszoltak, hogy megváltozott a szexuális életük az elmúlt időszakban (n=35), abból 28 fő (80%) jelezte, hogy a sztómazsák megléte is zavarja őket az aktus közben. Azon kitöltők körében, akik azt a lehetőséget választották, hogy nem változtak meg a szexuális szokásaik (n=15), azok közül 5 fő (33,3%) nyilatkozott arról, hogy az aktus során a sztómazsák zavarja őket. Az eredményekből jól látható az, hogy azon csoportnál, kiknél változott a szexuális szokás, szignifikánsan ($p=0,01$) több főt zavar aktus közben a sztómazsák jelenléte, mint akinél nem változott (**1. ábra**).

Kutatásunk során összehasonlítottuk, hogy a sztómával élők körében, vagy a sztómával nem élők körében magasabb a szexuális problémákkal küzdők aránya. A kérdőív kitöltését megelőző három hónapot vettük figyelembe, valamint nők esetében, mint szexualitást zavaró tényezőként a hüvelyi szárazságot, míg a férfiak esetében a merevedési problémákat vettük alapul. Azon kérdés kapcsán, hogy az „Elmúlt 3 hónapban tapasztalt-e hüvelyi szárazságot/merevedési zavart?” a sztómás csoportból összesen 50 fő válaszolt. A válaszok eloszlása során 7 fő (14%) felelt úgy, hogy igen többször is tapasztalt merevedési zavart vagy hüvelyszárazságot. 13 fő (26%) jelezte azt, hogy tapasztalt szexualitást zavaró tényezőt a műtét előtti időszakhoz képest, azonban csupán 1-2 alkalommal. Továbbá 19 fő (38%) nyilatkozott úgy, hogy semmilyen formában nem jelentkezett körükben sem merevedési zavar, sem pedig hüvelyszárazság, és 11 fő (22%) azt jelölte, hogy nem élt szexuális életet az elmúlt három hónapban. Ugyanezen kérdés esetén a kontroll csoportból összesen 60 fő adott választ. 7 fő (11,7%), válaszolt úgy, hogy igen, többször is jelentkezett körükben merevedési zavar, vagy hüvelyszárazság. 10 fő (16,7%) nyilatkozott úgy, hogy bár csak 1-2 alkalommal, de tapasztaltak szexuális zavarra utaló tényezőt az elmúlt 3 hónap során. 38 fő (63,3%) felelte azt, hogy nem tapasztalt sem merevedési zavart, sem pedig hüvelyszárazságot, és 5 fő (8,3%) nem élt nemi életet az elmúlt 3 hónapban. A mintában a gyakoriság érték szerint a sztóma nélküliek 63%-nak, a sztómával élők 38%-nak nem volt

szexualitást zavaró tényezője az elmúlt 3 hónapban, mely különbség szignifikáns ($p=0,043$).

A következőkben nemekre felbontva vizsgáltuk a szexuális problémák gyakoriságát (hüvelyi szárazság, merevedési zavar). Az elemzés szerint a sztómával élő nők 68%-a, sztómával nem élő nők 34,1%-a tapasztalt hüvelyszárazságot az elmúlt három hónapban ($p=0,027$). Sztómával élő férfiak 50%-a, a sztómával nem élő férfiak 42,1%-a tapasztalt merevedési zavart az elmúlt 3 hónap alatt ($p=0,105$). Összességében és a deskriptív adatok figyelembe vételével elmondható tehát, hogy a sztómával élők nagyobb számban rendelkeznek szexuális problémával, ugyanakkor ez nem minden esetben szignifikáns különbség a kontroll csoporthoz képest. A fent leírt adatok alapján megállapítható, hogy a sztóma megéléte a nők szexuális problémáinak gyakoriságát jelentősebben érintik, mint a férfiakét.

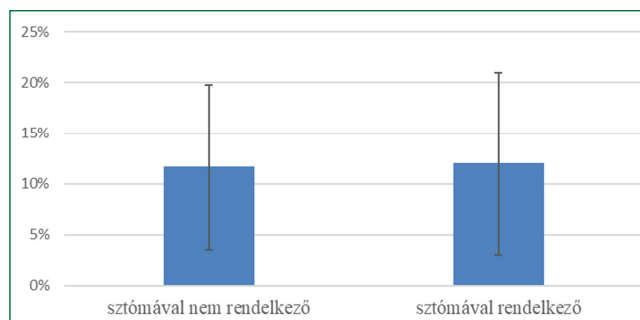
Vizsgálatunk során felmértük, hogy a kutatásban résztvevők mennyire tartják boldogtalannak a jelenlegi párkapcsolatukat. A sztómával élő csoport ($n=50$) esetében 13 fő (26%) válaszolt úgy, hogy párkapcsolata kiváló. 31 fő (62%) felelte azt, hogy boldognak tartja a párkapcsolatát. Csúpan 6 fő (12%) jelezte azt, hogy a párkapcsolata boldogtalan. A sztómával nem élő csoport ($n=60$) válaszai során 14 fő (23,3%) válaszolta azt, hogy a párkapcsolata kiváló. 39 fő (65%) tartja boldognak a jelenlegi párkapcsolatát, valamint 7 fő (11,17%) boldogtalanak tartja azt. Az eredmények alapján elmondható, hogy a sztóma nélküliek 11,7%-a és a sztómával élők 12%-a tartja boldogtalanak a párkapcsolatát, mely különbség nem szignifikáns ($p=0,942$) (2. ábra).

A szexuális elégedettség tekintetében a sztóma nélküliek ($n=60$) 32%-a, a sztómával élők ($n=50$) 36%-a elégedett a szexuális életével, mely különbség nem szignifikáns ($p=0,604$) (3. ábra).

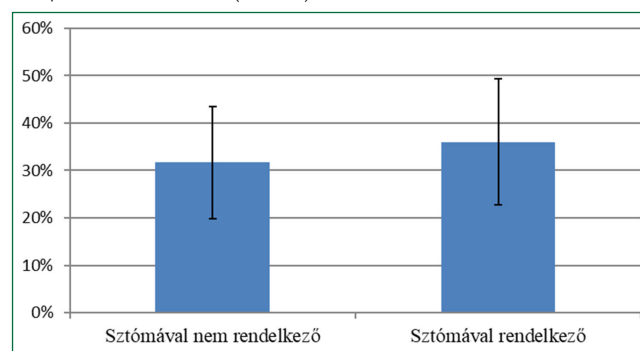
Kutatásunk során kitértünk az elmúlt 3 hónapban folytatott szexuális együttlétek gyakoriságára is. A sztómával élők csoportjából 12 fő (24%) válaszolt úgy, hogy a megelőző 3 hónap során egyáltalán nem élt nemi életet. 13 fő (26%) heti egy alkalomnál ritkábban élt szexuális életet a 3 hónap alatt. 13 fő (26%) hetente egyszer, 10 fő (20%) hetente 2-3 alkalommal, továbbá 2 fő (4%) hetente több mint 3 alkalommal folytatott szexuális aktust.

A sztóma nélküliek csoportjából 6 fő (10%) adta azt a válaszlehetőséget, hogy nem élt egyáltalán szexuális életet a megelőző 3 hónap során. 11 fő (18,3%) hetente egy alkalomnál ritkábban, 18 fő (30%) hetente egyszer, ugyancsak 18 fő (30%) hetente 2-3 alkalommal, valamint 7 fő (11,7%) hetente több mint 3 alkalommal élt szexuális életet a megelőző 3 hónap során. Összességében elmondható, hogy a sztóma nélküliek 30%-a, a sztómával élők 20%-a él

2. ábra: Párkapcsolati elégedettségi vizsgálat-boldogtalanság állapot ($n=110$)



3. ábra: Szexuális elégedettség a vizsgált és a kontroll csoport tekintetében ($n=110$)

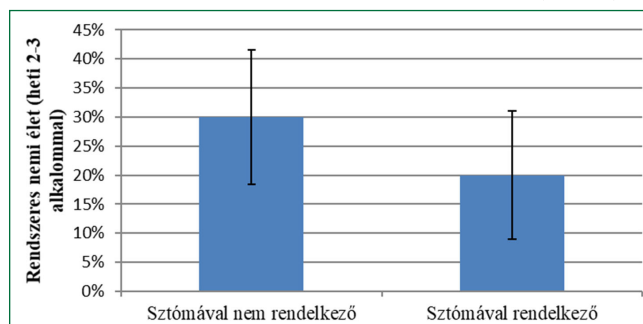


heti 2-3 alkalommal szexuális életet, mely eredmény nem szignifikáns ($p=0,083$) (4. ábra).

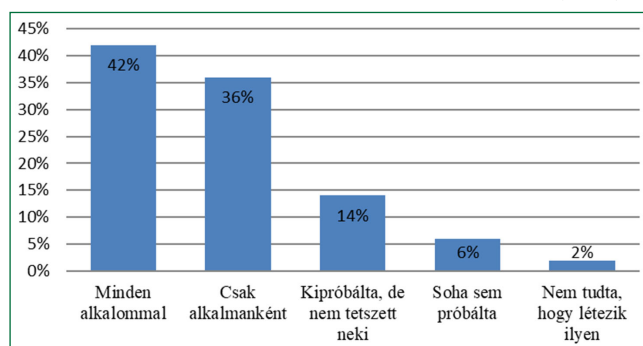
Vizsgálatunk során felmértük azt is, hogy a sztómával élő betegeket mennyire támogatta a párja a sztómaműtét utáni időszakban. A kitöltés kritériuma az volt, hogy csak azok a személyek válaszoljanak, akik a műtét előtt már párkapcsolatban éltek. A kérdésre összesen 44 fő válaszolt. 30 fő (68,2%) azt válaszolta, hogy párja mindenben támogatta őt. 10 fő (22,7%) felelte azt, hogy párja a legtöbb felmerülő probléma esetén támogatta, 3 fő (6,8%) érezte úgy, hogy a párja nem támogatta eléggé, és csúpan 1 fő (2,3%) jelezte, hogy párja egyáltalán nem támogatta.

A sztómás csoportnál arra is kerestük a választ, hogy használ-e sztóma takaró fehérneműket az aktus során, és ha igen milyen gyakran. Kérdésünkre 21 fő (42%) válaszolt úgy, hogy minden alkalommal használja a fehérneműt az aktus során. 18 fő (36%) jelezte, hogy bár használja a fehérneműt, de csúpan alkalmanként. 7 fő (14%) kipróbálta a fehérneműt, de nem tetszett neki, 3 fő (6%) egyáltalán nem is próbálta azt. 1 fő (2%) nyilatkozta azt, hogy erről a megoldásról még nem is hallott (5. ábra). A nemek szerint is eltéréseket tapasztaltunk a sztómatakaró fehérnemű használatában. Míg a nők közel 90%-a (88,2%) mindig, illetve alkalmanként használja ezen kiegészítő eszközöket, addig a férfiak csúpan 56,3%-

4. ábra: Az elmúlt 3 hónapban folytatott szexuális együttlétek gyakorisága a vizsgált és a kontroll csoport esetén (N=110)



5. ábra: Sztóma takaró fehérnemű viselési szokások (n=50)



a visel ilyet hasonló gyakorisággal. A nemeket χ^2 -próbbával összehasonlítva statisztikailag szignifikáns eltéréseket tapasztaltunk, ezen faktor nemek szerinti frekvenciájában ($p=0,018$).

Megbeszélés

Bármely ember életében egy maradandó nyomot hagy, ha valamilyen súlyos betegség vagy krónikus állapot áldozata lesz. A sztómás betegek esetében sincs ez másképp, hiszen a sztómát kiváltó alapbetegség is nehézségeket okozhat számukra, azonban ez az új állapot új helyzetet és újabb akadályokat gördíthet útjukba.

Kutatásunk célja az volt, hogy megtudjuk milyen különbségek fedezhetők fel a szexuális és a párkapcsolati életet érintőleg a sztómával rendelkező és a sztómával nem rendelkező egyének között. Továbbá célunk volt felmérni, hogy a szexuális és a párkapcsolati problémákat kizárólag a sztóma megléte okozza, vagy ezek általánosan elmondhatóak a populációra. A kérdőív adatainak elemzése alapján azt állapítottuk meg, hogy a szexuális élet szokásainak változása szignifikánsan ($p=0,01$) összefügg a sztómazsák okozta aktus közben tapasztalt kellemetlenséggel. Ezen eredmények nagyban összefüggést mutatnak Dabirian és mtsai. (2010) kutatásának eredményeivel. Ebből a kutatásból kiderült, hogy a sztómával

élő betegek féltek, hogy az esetleges szagok és hangok kellemetlenséget okoznak számukra családi vagy publikus összejöveteleken, valamint, hogy a szexuális szokások megváltozásához jelentősen hozzájárul az a tény, hogy az aktusok során a sztómazsák zavaró tényezőként szerepel (Dabirian et al., 2010). Shaffy és mtsai. (2012), illetve Silva és mtsai. (2014) által végzett kutatások eredményei is ezt igazolják. A szexuális életet illetően a betegek többsége elvesztette az önbizalmát a saját testükkel kapcsolatban, nem találták magukat attraktívnak, szorongtak a közösülés gondolatától. Csökkent körükben a szexuális vágy és egészség, illetve elvesztették az aktus megélésének örömet (Shaffy et al., 2012; Silva et al., 2014).

A szexuális élet romlásához természetesen az esetlegesen felmerülő szexuális zavarok is hozzájárulhatnak. Kutatásunk eredményei szerint, a sztómával élő nők 68%-a, sztómával nem élő nők 34,1%-a tapasztalt hüvelyszárazságot az elmúlt három hónapban ($p=0,027$). Sztómával élő férfiak 50%-a, a sztómával nem élő férfiak 42,1%-a tapasztalt merevedési zavart az elmúlt 3 hónap alatt ($p=0,105$). Ezen eredmények hasonlóak más nemzetközi kutatások eredményeivel (Sun et al., 2014, Ozturk et al., 2015; Symms et al., 2010).

A párkapcsolati elégedettség vonatkozásában a sztóma nélküliek 11,7%-a és a sztómával élők 12%-a tartja boldogtalannak a párkapcsolatát ($p=0,942$), tehát a sztómával élők és a sztómával nem élők közel azonos aránya gondolja a párkapcsolatát boldogtalannak.

Vera és mtsai (2017) kutatásukban a sztómás betegek és a szexualitás változásának összefüggését vizsgálták. Az eredmények alapján a kitöltők 45,7%-a nyilatkozott úgy, hogy szexuálisan aktív életet folytat, és 54,3% tagadta meg teljesen a közösüléseket. 47,4% számolt be a szexuális vágy csökkenéséről, és 28,9% jelezte, hogy romlott a szexuális funkciója (Vera et al., 2017). Saját kutatásunkban is hasonló eredményeket kaptunk, a sztóma nélküliek 32%-a, a sztómával élők 36%-a elégedett a szexuális életével ($p=0,604$).

Kutatásunk alapján elmondhatjuk, hogy jelentős mértékben befolyásolja az intim életet, ha sztóma kialakításra kerül sor, és a beteg sztómazsákot kap. A sztómazsák befolyásolja a szexuális harmóniát, mely kihatással van a műtét előtti szexuális szokásokra.

Mindezek után elmondható, hogy a műtétet követően, de már a műtét előtti időszakban is nagyon fontos szerepe van a betegedukációnak az egészségügyi személyzet részéről (orvos, ápoló, pszichológus, mentálhigiénikus). Érdemes lenne, olyan betegedukációs programok szervezése, melyek segítik a betegek mindennapi életét, a sztómával való

együttélést és a sztóma miatt kialakult szexuális problémák leküzdését. Fontos a betegeknek elmondani, hogy ma már vannak kimondottan sztómás betegek számára létrehozott klubok, szervezetek (pl.: ILCO, FILCO), melyek a hasanló sorstársú betegek segítésére lettek létrehozva, ezzel is segítve, javítva a sztómás betegek életminőségét, s hogy tudják, nincsenek egyedül. Ezen programok, klubok

ismertetésével és a megfelelő betegedukációban való részesüléssel kevésbé limitálhatja a sztóma megléte az életminőséget, s a szexuális életet.

Kutatásunk korlátja, hogy az online felületen történő adatfelvétel következtében a válaszadók egy meglehetősen szűk körből kerültek ki (közösségi hálót használók), így eredményeink csupán korlátozott érvényességgel bírnak.

Irodalomjegyzék

1. Ács, P; Raposa, L. B. Leíró statisztika, statisztikai táblázatok, statisztikai ábrák. In: Ács, Pongrácz (szerk.) Gyakorlati adatelemzés. Pécs, Magyarország: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar (PTE ETK), 2014, 162-202.
2. Aktas D, Gocman Baykara Z. Body Image Perceptions of Persons With a Stoma and Their Partners: A Descriptive, Cross-sectional Study. *Ostomy Wound Manage.* 2015 May;61(5):26-40.
3. Bulut, E. A., & Törüner, M. (2019). The influence of disease type and activity to sexual life and health quality in inflammatory bowel disease. *Turkish Journal of Gastroenterology*, 33-39.
4. Dabirian, A., Yaghmaei, F., Rassouli, M., Tafreshi, M., Z. (2010). Quality of life in ostomy patients: a qualitative study. *Patient Preference and Adherence*, 5, 1-5.
5. having a permanent colostomy should also receive attention from the healthcare
6. Nieves, C.N., Díaz, C.C., Celdrán-Mañías, M., Morales Asencio, H.M., Hernández-Zambrano, S.M., Hueso-Montoro, C. (2017). Ostomy patient's perception of the health care received. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*;25:e2961
7. Ozturk, O., Yalcin, B. M., Unal, M., Yildirim, K., Ozlem, N. (2015) Sexual Dysfunction among Patient shaving under gone Colostomy and its Relation-ship with Self-Esteem. *J Family Med Community Health* 2(1), 1028.
8. Pakai, A., Kivés, Zs. (2013). Kutatásról ápolóknak, Minta-vétel és adatgyűjtési módszerek az egészségtudományi kutatásokban. *Nővér*, 26(3), 20-43.
9. county, Hungary. *Practice and Theory in Systems of Education*, 11(3), 223-232.
10. Raposa, László Bence. Online kérdőívek szerkesztése a gyakorlatban. In: Ács, Pongrácz (szerk.) Gyakorlati adatelemzés. Pécs, Magyarország: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar (PTE ETK), 2014, 91-121.
11. Reese, J. B., Finan, P. H., Haythornthwaite, J. A., Kadan, M., Regan, K. R., Herman, J. M., Efron J., Diaz Jr., L. A., Azad, N. S. (2013): Gastrointestinal ostomies and sexual outcomes: a comparison of colorectal cancer patients by ostomy status. In: *Support Care Cancer* 2014; 22 (461-468)
12. Salomé, G.M., Almeida, S.A., Silveira, M.M., (2014). Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma. *Journal of Coloproctology*, 34(4), 231-239.
13. Shaffy, S., Kaur, S., Das, K., Gupta, R. (2012). Physical, nutritional and sexual problem sex perienced by the patients with colostomy/ileostomy: A qualitative study. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 8(3) 210-222.
14. Silva AL, Monteiro PS, Sousa JB, Vianna AL, Oliveira PG. Partners of patients
15. Sun, V., Grant, M., McMullen, C. K., Altschuler, A., Mohler, M. J., Hornbrook, M. C., Herrinton, L. J., Krouse, R. S. (2014) From diagnosis through survivor ship: health-care experiences of colorectal cancer survivors with ostomies, *Support Care Cancer*; 22(6): 1563-1570.
16. Symms, M. R.; Rawl, S. M.; Grant, M.; Wendel, C. S.; Coons, M.; Hickey, S.; Baldwin, C. M.; Krouse, R. S.; (2010) Sexual Health and Quality of Life Among Male Veterans With Intestinal Ostomies; *Clinical nurse speciali*; vol. 22., num.1. 30-40.
17. Széll Klaudia, dr. Gy. Kiss Enikő. A betegségrepresentáció és életminőség kapcsolatának vizsgálata sztómával élők körében. In: Gy. Kiss Enikő, Polyák Lilla (szerk). (2012): Egészség Rehabilitációs Füzetek II. A személyes és társas tényezők szerepe a rehabilitációs munkában. Budapest, *Oriold és Társa Kiadó*.
18. team. *Colorectal Dis.* 2014 Dec;16(12), 431-4.
19. Varga, K., Várady, Horváth Á., Tóth, M., Szunomár, Sz., Pakai, A. (2016). A gyulladásoos bélbetegségben szenvedő fiatal felnőttek életminősége. *Nővér*, 29(3), 17-26.
20. Vera, SO., Sous, GN., Araújo, SNM., Moreira, WC., Sena Damasceno, C.K.C., e Rangel Andrade, E.M.L., (2017). Sexuality of patients with bowel elimination ostomy. *Rev Fund Care Online*, 9(2), 495-502.
21. Yang, X., Li, Q., Zhao, H., Li, J., Duan, J., Wang, D., Fang, N., Zhu, P., Fu, J. (2014): Quality of life in rectal cancer patients with permanent colostomy in Xi'an. In: *African Health Sciences* 2014; 14 (1): 28-3
22. Yilmaz E, Çelebi D, Kaya Y, Baydur H. A Descriptive, Cross-sectional Study to Assess Quality of Life and Sexuality in Turkish Patients with a Colostomy. *Ostomy Wound Manage.* 2017 Aug;63(8):22-29.

AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

A pitvarfibrilláció szerepe a stroke kialakulásában: a CHA2DS2 – VASc rizikófelmérő skála alkalmazása

Dr. PAPP László, PhD, VIDA Nóra, BENGŐ Szilvia,
KIS Tamás, GAÁL Gabriella, PETŐ Zsófia

ÖSSZEFOGLALÁS

Bevezetés: A stroke betegség halált és rokkantságot okozó hatása miatt jelentős népegészségügyi probléma. Az agyi ischaemiás érbetegségek 20%-át kardiális eredetű embolizáció okozza, melynek egyik legfontosabb oka a nem billentyűeredetű pitvarfibrilláció, ami a stroke tekintetében mintegy három-öttszörös rizikót eredményez.

Célkitűzés: Jelen tanulmány célja a pitvarfibrilláló betegek stroke rizikójának megítélésére szolgáló CHADS2-VASc rendszer bemutatása.

Eredmények: A pitvarfibrilláció felismerése, adekvát kezelése elengedhetetlen része a súlyos szövődmények megelőzésének. A pitvarfibrilláció érendszeri hatásaira vonatkozóan a legismertebb indexek a HAS-BLED és a CHADS2 – VASc. Az European Society of Cardiology ajánlása szerint a CHADS2-VASc felmérés minden, kockázati csoportba tartozó beteg gondozása során javasolt, ahol felmerül az antikoaguláns terápia lehetősége.

Következtetések: Az ápoló több szinten és kompetencia mentén is be tud kapcsolódni a PF betegek stroke rizikójának csökkentésébe. Az elsődleges prevenció, az egészségnevelés minden egészségügyi szakdolgozó feladata és felelőssége; ugyanakkor a kiterjesztett hatáskörű ápoló (APN) akár a diagnosztizálás, illetve a terápia inicializálása terén is szerepet kaphat.

Kulcsszavak: stroke, pitvarfibrilláció, rizikófelmérés

Role of Atrial Fibrillation in Stroke Prevalence: Implementation of CHA2DS2 – Vasc Risk Stratification Scale

László PAPP PhD, Nóra VIDA, Szilvia BENGŐ, Tamás KIS, Gabriella GAÁL

SUMMARY

Introduction: Stroke is one of the leading causes of death and disability, therefore is an important public health concern. 20% of ischaemic cerebrovascular diseases are caused by cardiac-related embolism, with non-valvular atrial fibrillation (AF) as a major cause, and results in approximately 3-5-fold risk improvement.

Aim: The aim of this study is to introduce the CHADS2-VASc scoring system, as an important tool in the estimation of stroke risk in AF patients.

Results: Recognition of AF and initiation of adequate therapy is a crucial step in the prevention of serious complications. The best-known indexes for AF's vascular effects are HAS-BLED and CHADS2-VASc. According to European Society of Cardiology, CHADS2-VASc is recommended to use in every AF case with stroke risk, when direct anticoagulant therapy could be implemented.

Conclusion: A nurse can work on stroke risk reduction among AF patients in various levels and competences. Primary prevention and health promotion is a responsibility for every health care worker, but at the same time, Advanced Practice Nurse could have a role either in diagnostics or initiating proper therapy.

Keywords: stroke, atrial fibrillation, risk assessment

DR. PAPP László, PhD, MSc (N) kutatás-felelős ápoló, Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Sürgősségi Betegellátó Osztály, Szeged

VIDA Nóra, BSc ápoló, Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Neurológiai Klinika, Szeged

BENGŐ Szilvia, BSc intézetvezető ápoló, Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Neurológiai Klinika, Szeged

KIS Tamás ápoló, BSc ápoló hallgató, Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Sürgősségi Betegellátó Osztály, Szeged

GAÁL Gabriella orvosnőnk, BSc ápoló hallgató, Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Sürgősségi Betegellátó Osztály, Szeged

PETŐ Zsófia, hallgató, Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar

Levelező szerző

(correspondent):

DR. PAPP László PhD

E-mail:

papp.laszlo@med.u-szeged.hu

Beérkezett: 2020. augusztus 2.

Elfogadva: 2020. augusztus 10.

Bevezetés

A stroke betegség halált és rokkantságot okozó hatása miatt jelentős népegészségügyi probléma. 2016-ban világszerte 5.5 millió halálozás, és 116.4 millió

rokkantságban eltöltött életév volt összefüggésbe hozható az agyi érbetegségekkel. Magyarországon a stroke ugyanebben az évben 13188 halálesetet és 232 778 rokkantságban töltött életévet okozott. Különös figyelmet érdemel a tény, hogy az ischaemiás

szívbetegségek után a stroke jelentette a második leggyakoribb halálokot a világban (GBD Stroke Collaborators, 2016). Az összes stroke kb. 80%-a az agyi erek elzáródására visszavezethető ischaemiás típusba sorolható, míg 20% vérzéses eredetű (Papp, 2017). A globális statisztikák alapján a vérzéses forma némileg több halált okoz, mint az ischaemiás (2016-ban 2.8 vs 2.7 millió) (GBD Stroke Collaborators, 2016).

Az agyi ischaemiás érbetegségek kb. 20%-át kardiális eredetű embolizáció okozza (Palacio & Hart, 2002). A kardioembóliás stroke egyik legfontosabb oka a nem billentyűeredetű pitvarfibrilláció (non-valvular atrial fibrillation, NVAf) (Wolf et al., 1991). A hazai stroke ellátás eredményességét vizsgáló EURO-Hope projekt eredményei alapján a 2005-2009 között ischaemiás stroke-ot elszenvedett betegek körében a pitvarfibrilláció, mint ismert komorbiditás, az esetek kb. 5%-ában fordult elő (Szöcs et al., 2016). Európai összehasonlításban ez a mutató az olasz előfordulásnak felel meg, és mintegy fele a finn és svéd számnak.

Egy nemrég publikált tanulmány szerint a stroke és a pitvarfibrilláció (PF) kapcsolata két szempont szerint is megközelíthető. A hagyományos megközelítés szerint a PF az agyi ischaemia rizikótényezője, ugyanakkor elképzelhető, hogy egy olyan komplex érbetegség egyik manifesztációja, amely a PF-től függetlenül stroke formájában is megnyilvánul (Malik et al., 2020). Jelen tanulmányban a hagyományos értelmezést követve, a pitvarfibrillációt rizikótényezőként fogjuk értelmezni.

A probléma patológiája a PF következtében kialakult thrombusok által okozott agyi – vagy más szervet érintő – érelzáródás. A pitvarfibrilláció több kardiovaszkuláris kórkép előfordulását jelentősen növeli, a stroke tekintetében mintegy három-ötszörös rizikót eredményez (Dalgaard et al., 2019; Liao et al., 2019). A PF különféle altípusai (paroxizmális, perzisztens, folyamatosan fennálló) különböző mértékben, de egyaránt növelik a stroke rizikóját. A PF súlyosságának foka jelentősen befolyásolja az agyi érkatasztrófák előfordulási gyakoriságát: a paroxizmális (48 órán belül, de legkésőbb 7 nap alatt spontán szűnő) altípushoz képest a perzisztens és permanens PF 14-30%-kal jelent nagyobb rizikót (Atar et al., 2020).

A pitvarfibrilláció felismerése, adekvát kezelése a fentiek alapján elengedhetetlen része a súlyos szövödmények megelőzésének. Gyógyszeres kezelés tekintetében ez orális antikoagulálást (pl. aszpirin) vagy K-vitamin antagonistá kezelést (pl. warfarin) jelent. A helyes terápiás alternatíva megválasztását jelentősen befolyásolja egyrészt magának a problémának a felismerése, másrészt az esetleges

Rövidítések jegyzéke

APN – advanced practice nurse (kiterjesztett hatáskörű ápoló)
EF – ejekciós frakció
NVAf: non-valvular atrial fibrillation (nem billentyű eredetű pitvarfibrilláció)
PF – pitvarfibrilláció
STEMI – ST elevációval járó miokardiális infarktus
TIA – tranziens ischaemiás attack

komorbiditások megfelelő értékelése. Ez utóbbi szempontból komoly támogatást jelentenek a különféle rizikófelmérő rendszerek, melyek egységes és megbízható keretbe foglalják a figyelmet érdemlő állapotokat. A pitvarfibrilláció érrendszeri hatásaira vonatkozóan a legismertebb indexek a HAS-BLED (a major vérzések rizikóbecslésére) és a CHADS₂ – VASc, mely a stroke kockázatának megítélésében nyújt segítséget (Dalgaard et al., 2019). Mivel jelen tanulmány célja a PF agyi ischaemiát okozó hatásával kapcsolatos ismeretek összegzése, ezért a továbbiakban a CHADS₂ – VASc indexszel foglalkozunk bővebben.

CHADS₂ index

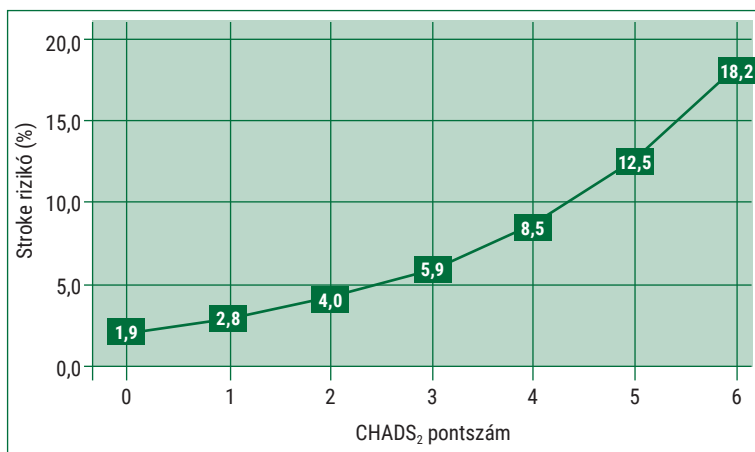
A 2001-ben publikált CHADS₂ index két korábbi prediktív módszer, az AFI (Atrial Fibrillation Investigators) és a SPAF (Stroke Prevention and Atrial Fibrillation) kumulált változata. A CHADS₂ előnye ezekhez képest a magasabb prediktív érték [C-index 0,82 (0,80-0,84) vs 0,68 (0,65-0,71) (AFI); 0,74 (0,71-0,76) (SPAF); CI 95%], ami lényegében azt jelenti, hogy a korábbi módszerekhez képest nagyobb biztonsággal jelzi előre a stroke esemény rizikóját (Gage, 2001). A felmérés során az **I. sz. táblázatban** lévő elemeket kell figyelembe venni.

I. táblázat: A CHADS2 index elemei

Rövidítés	Vizsgálandó terület	Értékelés
C	pangásos szívelégtelenség fennállása	1 pont
H	fennálló magas vérnyomás betegség	1 pont
A	75 év feletti életkor	2 pont
D	cukorbetegség	1 pont
S₂	korábbi stroke vagy TIA	2 pont

A rizikóbecslés során kapott pontszám alapján megbecsülhető, hogy egy adott beteg esetén mennyi az esélye a stroke bekövetkezésének (**1. ábra**).

1. ábra: Becsült stroke rizikó a CHADS₂ pontszámok alapján (Gage, 2001 alapján)



A fenti módszer a korábbiakhoz (AFI, SPAF) képest megbízhatóbb, ugyanakkor a használat során felmerülhet néhány megfontolást érdemlő szempont. Egyrészt, az orálisan szedett aszpirin érdemben nem befolyásolta a rizikóbecslés pontosságát, tehát az eszköz ebben a csoportban is használhatónak bizonyult. Ugyanakkor lényeges, hogy a statisztikai analízis mintáját 65-95 éves kor közötti, ismert pitvarfibrilláló betegek alkották, tehát az értékek megbízhatósága fiatalabb populáción nem vizsgált. A szerzők szerint a stroke rizikó alábecslése előfordulhat nagy kockázatot jelentő állapotokban (pl. mechanikus szívbillentyűt viselő egyének, mitralis stenosis, nagyfokú arteria carotis szűkület, friss anterior STEMI), 160 Hgmm-t meghaladó magas vérnyomás, illetve az elmúlt 3 hónapban lezajlott stroke vagy TIA esetén (Gage, 2001).

CHADS₂ – VASc index

A CHADS₂ pontrendszerrel kapcsolatos leggyakoribb kritika több, potenciális rizikófaktor figyelmen kívül hagyása volt. A 2001-es publikálást követően több validációs vizsgálat készült (Gage et al., 2004; Olesen et al., 2012; Yarmohammadi et al., 2012), melyek további elemeket tártak fel, amelyek implementálásával pontosabb képet kaphatunk a rizikóról, különösen az eredeti rendszer által alacsony kockázatúnak minősített csoportban. A CHADS₂-VASc index egyrészt figyelembe veszi a fennálló vaszkuláris betegségeket, módosítja a rizikót jelentő életkori határt, és beépíti a női nem szerepét (II. sz. táblázat).

Pangásos szívelégtelenség fennállása

A CHADS₂-VASc értelmezésében a közepes és súlyos balkamra-elégtelenség, mely 40% alatti ejekciós frakciót (EF) okoz, továbbá a dekompenzált szívelég-

telenség (függetlenül az aktuális EF-től) jelent stroke rizikót. Érdemes megjegyezni, hogy a pangásos szívelégtelenséget, mint független stroke rizikófaktort több tanulmány vitatja, ugyanakkor bizonyítást nyert, hogy maga a betegség hozzájárul az agyi éreredetű szövődmények kialakulásához (Liao, 2019).

Fennálló magas vérnyomás-betegség

A vérnyomás stroke rizikó növekedését jelző határértékével kapcsolatban több különböző tanulmány készült. A jelenleg

elfogadott álláspont szerint a 160 Hgmm szisztolés vérnyomás felett beszélhetünk az előfordulási gyakoriság jelentős emelkedéséről (Liao, 2019).

Életkor

Az életkor növekedése 1.4-3.3-szorosára növeli az agyi érszövődmények kialakulásának kockázatát PF betegek körében. Egyes álláspontok szerint a 65 éves életkor jelenti azt a limitet, amikor a rizikó jelentősen megnő, és 75 éves kor felett egy újabb komoly növekedés tapasztalható; más, jelen stratifikációba nem beépített eredmények szerint 65 éves kor felett minden eltelt 5 évet érdemes figyelembe venni (Van Staa, 2011; Liao, 2019).

Cukorbetegség

A cukorbetegség, függetlenül típusától, 1.3-1.9-szorosára növeli a stroke rizikóját pitvarfibrilláló betegek körében (Lip et al., 2010).

II. táblázat: A CHADS₂-VASc index elemei

Rövidítés	Vizsgálandó terület	Értékelés
C	pangásos szívelégtelenség fennállása	1 pont
H	fennálló magas vérnyomás betegség	1 pont
A	75 év feletti életkor	2 pont
D	cukorbetegség	1 pont
S₂	korábbi stroke vagy TIA	2 pont
V	vaszkuláris betegségek (koronária-betegség, miokardiális infarktus, perifériás artériák betegsége, ismert aorta plakk)	1 pont
A	életkor 65-74 év között	1 pont
Sc	női nem	1 pont

Korábbi stroke vagy tranzien ischaemiás attack (TIA)

A korábban lezajlott TIA kétszeresére emeli pitvarfibrilláló betegekben a súlyosabb stroke kockázatát (Lip et al., 2010).

Vaszkuláris betegségek

A myocardialis infarktus, függetlenül a megjelenési formájától, 1,42-szeres rizikónövekedést eredményez a stroke vonatkozásában. Érdekesség, hogy az iszkémiás szívbetegségek egyéb formáinak nincs kimutatható hatása az agyi érbetegségek kockázatára. A perifériás erek arteriosclerosis egy tíz tanulmányból álló összefoglaló alapján 1,3-2,2-szeresére emeli az iszkémiás stroke rizikóját (Lin et al., 2011).

Női nem

A biológiai nem kockázatonövelő hatásával kapcsolatban ellentmondásos információk állnak rendelkezésre. Jelenleg, a rendelkezésre álló adatok metaanalízise alapján, az ischaemiás stroke tekintetében a női nem kb. 1,3-szoros kockázatonövekedést jelent (Lip et al., 2010).

Megbeszélés

A társadalom előregedésével az alacsony- és közepes gazdasági fejlettségű országokban főbb mortalitási okok változása figyelhető meg. Napjainkban a krónikus, nem-fertőző betegségek jelentik ezekben az országban a legnagyobb veszélyt, és a betegségteher mindaddig növekedni fog, míg eredményes prevenciók stratégiák nem kerülnek bevezetésre (GBD Stroke Collaborators, 2016).

Egy aktuális felmérés eredményei szerint az ismert PF betegek mintegy 20-40%-a nem részesül antithrombotikus terápiában. Ennek hátterében a rizikófelmérés elégtelensége is állhat, amelynek egyik eleme a rendelkezésre álló, megbízható és validált mérőeszközök használatának figyelmen kívül hagyása (Dalgaard et al., 2019). Az European Society of Cardiology ajánlása szerint a CHADS₂-VASc felmérés minden, kockázati csoportba tartozó beteg gondozása során javasolt, ahol felmerül az antikoaguláns terápia lehetősége (Camm et al., 2012). Egy 14 országra kiterjedő metaanalízis, az újonnan felfedezett pitvarfibrilláló betegek körében 2-3 pont közötti átlagos eredményt közölt (Lowres et al., 2019).

A kockázati csoportba tartozó betegek azonosítására és a terápiás adherencia növelésére világszerte több próbálkozás történt. Ezek jellegzetesen vagy az egészségügyi ellátást nyújtókra, vagy az abban részesülő betegekre terjedtek ki.

A betegek kiterjedő vizsgálatok eredményei elsősorban az ismeretek birtoklására és megértésére, és az ellátást nyújtóval és a terápia hatásszűkegével kapcsolatos bizalomra terjedtek ki, mint meghatározó tényezőkre (Pokorney et al., 2019). Egy öt országra kiterjedő, 937 főt érintő vizsgálatban a pitvarfibrilláló betegek mintegy 50%-ának egyáltalán nem volt információja a betegség stroke rizikót növelő hatásáról, kb. 80%-uk tartotta be a gyógyszeresedési utasításokat, és kb. 50%-uk igényelte a bevonást a terápiás döntésekbe. A betegek átlagos CHADS₂-VASc értéke 2,1 – 3,1 között volt, és 80%-uk közepes vagy súlyos kockázati csoportba tartozott (Lane et al., 2018).

Ez egyszerre jelenti a kognitív (megértés, ismeretek) és affektív (bizalom, bevonódás a döntésekbe) elemek fontosságát az egészségfejlesztési tevékenység során. A megelőzés ideális terepe az elsődleges prevenció, és a kognitív terület befolyásolására a modern IT megoldások (pl. mobiltelefonos applikációk) is mérlegelhetők (Brainin et al., 2019).

Végiggondolva az aktuális hazai lehetőségeket, az ápoló több szinten és kompetencia mentén is be tud kapcsolódni a PF betegek stroke rizikójának csökkentésébe. Az elsődleges prevenció, az egészségnevelés minden egészségügyi szakdolgozó feladata és felelőssége; ugyanakkor a kiterjesztett hatáskörű ápoló (APN) akár a diagnosztizálás, illetve a terápia inicializálása terén is szerepet kaphat. Ezt kompetenciája lehetővé teszi, az aktuális jogi környezet – egyelőre – nem. Tekintettel az agyi érkatasztrófák éves esetszámára, az APN bevonása az ismert betegségmegelőző állapotok kezelésébe mindenképpen mérlegelendő megoldásnak tűnik.

Megjegyzés

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

Irodalomjegyzék

- Atar D, Berge E, Le Heuzey J-Y, Virdone S, Camm AJ, Steffel J, Gibbs H, Goldhaber SZ, Goto S, Kayani G, Misselwitz F, Stepinska J, Turpie AGG, Bassand, Kakkar AK. (2020). The association between patterns of atrial fibrillation, anticoagulation, and cardiovascular events. *Europace*, 195–204. <http://doi:10.1093/europace/euz292>
- Brainin M, Feigin V, Bath PM, Collantes E, Martins S, Pandian J, Sacco R, Teuschl Y. (2019). Multi-level community interventions for primary stroke prevention: A conceptual approach by the World Stroke Organization. *International Journal of Stroke*, Vol. 14(8) 818–825.
- Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, et al. (2012). 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. *Europace*, 14(10):1385–413. <https://doi.org/10.1093/europace/eus305>
- Dalgaard F, Pieper K, Verheugt F, et al. (2019). GARFIELD-AF model for prediction of stroke and major bleeding in atrial fibrillation: a Danish nationwide validation study. *BMJ Open* 9:e033283. doi:10.1136/bmjopen-2019-023283
- Gage, BF., Waterman, AD., Shannon, W., Boechler, M., Rich, MW., Radford, MJ. (2001). Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation. *JAMA*, 285(22):2864–70. doi:10.1001/jama.285.22.2864.
- Gage, BF, Walraven, CV., Pearce, L., Hart, RG., Koudstaal, PJ., Boode, BSP, Petersen, P. (2004). Selecting patients with atrial fibrillation for anticoagulation: stroke risk stratification in patients taking aspirin. *Circulation*, 110(16):2287–92. doi: 10.1161/01.CIR.0000145172.55640.93
- GBD 2016 Stroke Collaborators. (2019). Global, regional, and national burden of stroke, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol* 18: 439–58. [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30034-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30034-1)
- Lane DA, Meyerhoff J, Rohner U, Lip GYH. (2018). Patients' Perceptions of Atrial Fibrillation, Stroke Risk, and Oral Anticoagulation Treatment: An International Survey. *TH Open* 2:e233–e241.
- Liao J-N, Chao T-F, Chen S-A. (2019). How do aging and comorbidities impact risk of ischemic stroke in patients with atrial fibrillation. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 29:386–391
- Lin LY, Lee CH, Yu CC, Tsai CT, Lai LP, Hwang JJ, et al. (2011). Risk factors and incidence of ischemic stroke in Taiwanese with nonvalvular atrial fibrillation—a nation wide database analysis. *Atherosclerosis*, 217(1):292–5
- Lip GY, Nieuwlaat R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJ. (2010). Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the euro heart survey on atrial fibrillation. *Chest*, 137(2):263–72
- Lowres N, Olivier J, Chao T-F, Chen S-A, Chen Y, Diederichsen A, et al. (2019). Estimated stroke risk, yield, and number needed to screen for atrial fibrillation detected through single time screening: a multicountry patient-level metaanalysis of 141,220 screened individuals. *PLoS Med*, 16(9): e1002903. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002903>
- Malik V, Ganesan AN, Selvanayagam JB, Chew DP, McGavigan AD. (2020). Is Atrial Fibrillation a Stroke Risk Factor or Risk Marker? An Appraisal Using the Bradford Hill Framework for Causality. *Heart, Lung and Circulation*, 29:86–93. doi:10.1016/j.hlc.2019.08.005
- Olesen, JB., Torp-Pedersen, C., Hansen, ML., Lip, GYH. (2012). The value of the CHA2DS2-VASc score for refining stroke risk stratification in patients with atrial fibrillation with a CHADS2 score 0–1: a nationwide cohort study. *Thromb Haemost*, 107(6):1172–9. doi: 10.1160/TH12-03-0175
- Papp, L. (2017). Aktualitások a bizonytalan időbeli eredetű ischaemiás stroke definitív ellátásában: thrombolysis és endovascularis intervenciók megítélése. *Acta Sana*, (12)1:20–21
- Palacio, S., Hart, R. G. (2002). Neurologic manifestations of cardiogenic embolism: an update. *Neurol. Clin*, 20(1), 179–193.
- Pokorney SD, Bloom D, Granger CB, Thomas KL, Al-Khatib SM, Roettig ML, Anderson J, Heflin MT, Granger BB. (2019). Exploring patient-provider decision-making for use of anticoagulation for stroke prevention in atrial fibrillation: Results of the INFORM-AF study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(4) 280–288.
- Szőcs, I., Bereczki, D., Belicza, É. (2016). A stroke-ellátás hazai eredményei a nemzetközi adatok tükrében. *Orv. Hetil*, 157(41), 1635–1641.
- Van Staa TP, Setakis E, Di Tanna GL, Lane DA, Lip GY. (2011). A comparison of risk stratification schemes for stroke in 79,884 atrial fibrillation patients in general practice. *J Thromb Haemost*, 9(1):39–48
- Wolf, P. A., Abbott, R. D., Kannel, W. B. (1991). Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. *Stroke*, 22(8), 983–988.
- Yarmohammadi, H., Varr, BC., Puwanant, S., Lieber, E., Williams, SJ., Klostermann, T., Jasper, SE., Whitman, C., Klein, AL. (2012). Role of CHADS2 score in evaluation of thromboembolic risk and mortality in patients with atrial fibrillation undergoing direct current cardioversion (from the ACUTE Trial Substudy). *Am J Cardiol*, 110(2):222–6. doi: 10.1016/j.amjcard.2012.03.017

EREDETI KÖZLEMÉNY

Idősek tápláltsági állapotának felmérése standard állapot-felmérő skálák segítségével

MADARÁSZ Ildikó, Dr. PAKAI Annamária PhD, habil, Dr. VÁRADYNÉ HORVÁTH Ágnes, FERENCZY Mónika, SZEBENI-KOVÁCS Gyula

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: felmérni a kórházi osztályon ápolat idős betegek tápláltsági állapotát.

Anyag és módszer: prospektív, keresztmetszeti, kvantitatív kutatást végeztünk egy megyei kórház belgyógyászati osztályain. Nem véletlenszerű, célirányos, szakértői mintavétel során a célcsoport 65 év feletti, idős fekvőbetegek voltak (N=100). Kizártuk a vizsgálatból a kognitív diszfunkcióval rendelkező, illetve végstádiumú betegeket.

Eredmények: az MNA standard kérdőív szerint a betegek 46%-a alultáplált, 47%-uk fokozott rizikó-kategóriába tartozik. NRS 2002 módszerrel a betegek 55%-a került a rizikócsoportba. NSI alapján a betegek 91%-a veszélyeztetett. Saját szerkesztésű kérdőívünk eredményei alapján a hiányos fogazatú ($p<0,05$) és 80 év feletti ($p<0,05$) idősök többségét érinti az alultápláltság ($p<0,05$). A nyelési probléma és az alultápláltság között szignifikáns összefüggés mutatható ki ($p<0,05$).

Következtetések: felmért idősök több, mint fele alultáplált vagy fokozott rizikóval rendelkezik. A szűrőmódszerek rövid időt vesznek igénybe, de a tápláltsági állapot első felmérésétől a folyamatos követésén át rendkívül informatívak.

Kulcsszavak: malnutrició, időskor, prevenció

Assessing the Nutritional Status of the Elderly using Standard Status Scales

Ildikó MADARÁSZ, Annamária PAKAI PhD, habil, Ágnes VÁRADYNÉ HORVÁTH, Mónika FERENCZY, Gyula SZEBENI-KOVÁCS

SUMMARY

Aims of the study: assess the nutritional status of elderly patients in hospital wards.

Sample and methods: A prospective, cross-sectional, quantitative study was conducted in a department of a county hospital. In a non-randomized, targeted, expert sample, the target population was elderly patients over 65 years of age (N=100). Patients with cognitive dysfunction and end-stage patients were excluded from the study.

Results: According to the MNA, 46% of patients are malnourished and 47% are at increased risk. 55% of patients were at risk using the NRS 2002 method. According to the NSI, 91% of patients are at risk. Participants with incomplete/defective teeth ($p<0.05$) and over 80 ($p<0.05$) are effected by malnutrition ($p<0.05$). The correlation was significant between the swallowing problem and malnutrition ($p<0.05$).

Conclusions: more than half of the participants are malnourished or at increased risk. Screenings take short time, but they are informative as first assessment and for follow up.

Keywords: malnutrition, old age, prevention

MADARÁSZ Ildikó szakoktató, PTE Egészségtudományi Kar, Pécsi Képzési Központ, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet

DR. PAKAI Annamária PhD, habil egyetemi docens, tanszékvezető, képzési igazgató, PTE ETK, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet, Védőnő és Prevenció Tanszék.

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

FERENCZY Mónika tanársegéd, PTE Egészségtudományi Kar, Szombathelyi Képzési Központ, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet

SZEBENI-KOVÁCS Gyula szakoktató, PTE Egészségtudományi Kar, Pécsi Képzési Központ, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet

Levelező szerző

(correspondent):

DR. PAKAI Annamária; E-mail: annamaria.pakai@etk.pte.hu

Beérkezett: 2020. március 10..

Elfogadva: 2020. július 14.

Bevezetés

A születéskor várható élettartam növekedésével, az ellátáshoz való hozzáférhetőséggel, és a minőségibb ellátás fejlődésével, a halálozási mutatók javulásával az idős emberek száma és aránya növekvő tendenciát mutat az európai országokhoz hasonlóan hazánkban

is. A KSH legfrissebb felmérése szerint a 60 év feletti korosztály aránya Magyarországon a teljes népesség 23,5%-át teszi ki. A kor előrehaladtával a kóros tápláltsági állapot mindkét formája, az elhízás és az alultápláltság előfordulása is növekszik. Az alultápláltság (malnutrició) kialakulásában több tényező is szerepet játszik. A kóros tápláltsági állapotokhoz fi-

ziológiai, pszichoszociális okok mellett a fellépő betegségek is hozzájárulnak. Az Egyesült Államokban végzett felmérés alapján a kórházba kerülő 65 év feletti betegek 61%-a alultáplált, az idősoththonokban, ápolási intézményekben ez az arány 85%-ra emelkedik (Nagy, 2008).

Az alultápláltság kialakulásához az időskori élet-tani változások betegség nélkül is nagymértékben hozzájárulnak. Az öregedési folyamatoknak köszönhetően a funkcionális változások mellett a testösszetétel is megváltozik. Az idős szervezet hajlamosabb a kiszáradásra, mert a test víztartalma csökken, a szabályozó mechanizmusok és homeosztatiszikus tartalékok potenciálja kisebb. A csontok tömege és sűrűsége csökken, valamint hasonlóan változik az izomtömeg illetve - funkció is. A szarkopénia (degeneratív izomtömegvesztés) már a 30. évtől elkezdődik, 60 év fölött felgyorsul. A korral növekszik azon krónikus betegségek száma, amelyek befolyásolják a táplálkozást vagy az emésztést. Az idős korosztály átlagosan 5-10 féle gyógyszert szed, melyek gasztrointesztinális mellékhatásai és kölcsönhatásai (étvágytalanság, hányinger, felszívódási zavarok) tovább rontják az állapotot. Az alultápláltság pszichoszociális vonatkozásában leginkább említendő a depresszió, mely oka lehet a táplálék visszautasításának, ami egyfajta lassú önkárosítást jelent. Az alultápláltság leggyakoribb formája időskorban a fehérje-energia-malnutrició. Jellemzője az energiaraktárak kimerülése és a testfehérje-vesztés, valamint az ennek következtében kialakuló szervi funkciókárosodások. A legfontosabb az immunitás károsodása, ami a fertőzésre való hajlamot jelentősen megnöveli. Ennek jelentősége még sarkalatosabb a nozokómiai fertőzésekkel kapcsolatban. A malnutrició következtében esendőbbé válnak a betegek, bármilyen betegség vagy beavatkozás kapcsán nagyobb a szövődmények valószínűsége, elhúzódó a gyógyulás, beleértve a sebgyógyulást is, a kórházi tartózkodás, hosszabb rehabilitáció, tartósabb kórházi ápolás. Ebből az is következik, hogy az egészségügyi ellátás ezeknél a betegeknél költségesebb (Nagy, 2008).

Az alultápláltság időben történő azonosítása kiemelten fontos, mert korai felismeréssel a folyamatok minden életkorban visszafordíthatóak, és az ápolással, kezeléssel kapcsolatos problémák (sebgyógyulás, felfekvés, immobilizáció stb.) nagyobb effektivitással befolyásolhatóak. A mindennapi betegvizsgálat során az első lépés az anamnézis tekintetében: testsúly, fogyás, aktuális táplálkozás, étvágy, emésztés felmérése. Ezt követi az antropometriai, szomatometriai adatok felvétele: a testsúly, a testmagasság mérése, testtömegindex számítása (BMI). A felkaron mért karkörfogot és bőrredő vizsgálatát alapján a zsír- és izomtömegre lehet következtetni.

Mivel nincs olyan paraméter, ami önmagában jellemzné a tápláltsági állapotot, ezért különböző vizsgálatok és pontrendszerek használatosak. Az egyik legegyszerűbb minden ellátási formában használható pontrendszer a MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) (Elia, 2003; Stratton et al, 2004), mely a testtömegindex (Body Mass Index, BMI), nem kívánt testtömegcsökkenés, heveny betegség(ek) hatása(i) és rizikóállapotok kritériumait használja. Idős betegek számára használatos továbbá az MNA (Mini Nutritional Assessment) (Cuyac et al, 2007; Guigoz, 2006), mely a következőket foglalja magába: antropometriai, általános (életmód, mobilitás, betegség stb.), táplálkozási és szubjektív megítélés. További szűrő módszer az NRS-2002 (Nutritional Risk Screening) (Kondrup et al, 2003; Bauer et al 2005), mely értékeli a betegség súlyosságát is, amely a tápanyagszükséglet-növekedés oka (Aradán et al, 2012; Karamánné, 2014).

Anyag és módszer

A prospektív, keresztmetszeti, kvantitatív kutatás célja feltárni a kórházi osztályon ápolott idős betegek tápláltsági állapotát különböző mérőeszközök segítségével. Ezen belül az alultápláltság prevalenciájának megállapítása a vizsgált populációban standard kérdőívek és saját szerkesztésű kérdőív segítségével majd az eredmények tükrében a tápláltsági állapotot mérő módszerek különbségeinek értékelése, továbbá az alultápláltság kialakulásában szerepet játszó tényezők felmérése: bélműködés, a fogazat, rágási-, vagy nyelési problémák, valamint a vizsgált személyek étel- és ital-fogyasztási gyakoriságának és étkezési ritmusának felmérése.

A nem véletlenszerű, célirányos (szakértői) mintaválasztás során a célcsoportunk belgyógyászati, illetve krónikus belgyógyászati osztályon ápolott, 65 év feletti idős fekvőbetegek, akiknél a kórházi kezelés időtartama várhatóan meghaladja a 48 órát (N=100). Adatgyűjtési módszerként saját szerkesztésű kérdőíves felmérést használtunk, melynek tartalmi elemei: szociodemográfiai adatok, társbetegségek, bélműködés, fogazat, nyelési, rágási nehezítettség, étvágy, káros szenvedélyek, illetve az étel- és ital-fogyasztást meghatározó tényezők. Standardizált kérdőívként a Mini Nutrition Assessment-et (MNA), a Nutrition Risk Screening 2002-t (NRS 2002) és a Nutrition Screening Initiative (NSI) alapján kidolgozott Nutrition Checklist for Older Adults táplálkozási kérdőívet használtuk. Antropometriai paraméterek felmérése során a testsúlyt mérleggel; a testmagasságot, a felkar-körfogatot, az ulna hosszát, a lábikra átmérőt, a derék-körfogatot, a csípő-körfogatot mérőszalaggal; a testtömeg indexet, és derék-csípő hányadost

számoltunk. A testzsírszázalék mérésére bioelektromos impedancia analízis elvén működő hitelesített gépet alkalmaztunk (Karamánné, 2014).

A statisztikai elemzést IBM SPSS for Windows 22.0 program segítségével végeztük. A leíró statisztika során abszolút- és relatív gyakoriságot, átlagot, szórást, minimum- és maximum értékeket, a vizsgált változók közti kapcsolat elemzéséhez Fisher's Exact Test számítást végeztünk ($p < 0,05$). Az eredményeket gyakoriság megbízhatósági tartománnyal prezentáltuk (Pakai & Kívés 2013; Pakai & Oláh, 2014).

Eredmények

A felmérés során a vizsgálatba 51 nő és 49 férfi vett részt. A minta átlagéletkora $78,42 \pm 7,57$ év, a legfiatalabb páciens 65 éves volt, a legidősebb pedig 97 éves. A nem és életkor szerinti megoszlást az **1. ábra** szemlélteti. Iskolai végzettség tekintetében 26% általános iskolai végzettséggel, 18% szakmunkás bizonyítvánnyal, 14% érettségivel és 4% diplomával rendelkezik. A 8 általánosnál kevesebbet végzők köre 38%. A válaszadók 39%-a egyedül, 49%-a családban, 12%-a szociális/magánintézményben él.

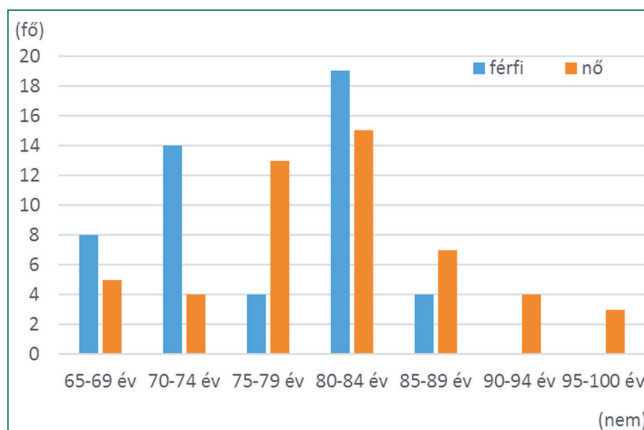
Az antropometriai paraméterek vizsgálatánál az átlag testsúly $63,12 \pm 12,45$ kg, az átlag testmagasság $163 \pm 7,16$ cm volt. A legerterjedtebb és legegyszerűbb tápláltsági állapot felmérésére használt BMI tekintetében az átlag $23,73 \pm 4,07$ kg/m² (min=13,68 kg/m², max=33,36 kg/m²), ami a normál tartományba esik (WHO, 2006). A BMI szerint a vizsgált személyek 10%-a [MT=4-16%] volt alultáplált (BMI<18,5 kg/m²), 56% normál testsúlyú [MT=46-66%] és 34% elhízott/túlsúlyos [MT=25-43%] (**2. ábra**).

Mint specifikus antropometriai paraméter, a lábikra átmérőjének mérése során az átlagérték $29,13 \pm 4,8$ cm (min=20 cm, max=40 cm). Az ulna hosszának mérése során az átlag érték $25,87 \pm 2,13$ cm (min=18 cm, max=32 cm). A felkar-körfoghat mérés eredményei alapján a 19-cm-es minimum és a 36 cm-es maximum értékek esetén $25,72 \pm 4,19$ cm-es átlag érték állapítható meg.

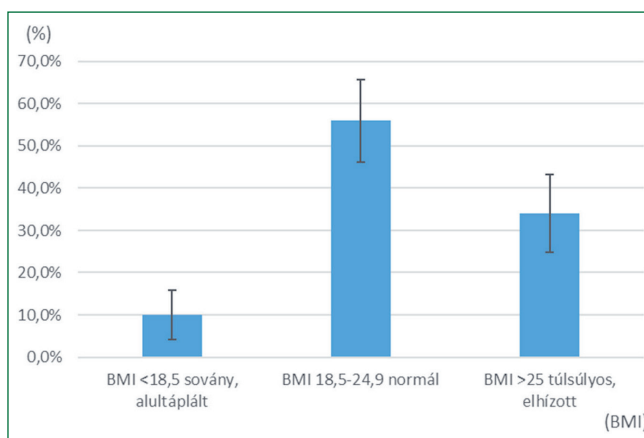
A derék és a csípő mérése is kulcsfontosságú az alultápláltság vizsgálatánál. A derék mérésének eredményei alapján átlag $87,95 \pm 16,09$ cm-es derékkörfoghat állapítható meg (min=60 cm, max=130 cm). A csípő esetén ez az érték átlag $97,33 \pm 17,29$ cm (min=69 cm, max=140 cm). Az elhízás típusának megállapítására használt derék/csípő hányados átlagértéke férfiak esetén 0,91 (n=49), míg nők között 0,90 (n=51). A teljes minta (n=100) derék/csípő hányados átlaga $0,9 \pm 0,03$ (min=0,80, max=1,01).

A bioelektromos impedancia-analízis elvén működő készülékkel végzett testzsírszázalék felmérése során a testzsírszázalék átlaga $31,03 \pm 9,71\%$ (min=11

1. ábra: Életkor és nem szerinti megoszlás (N=100)



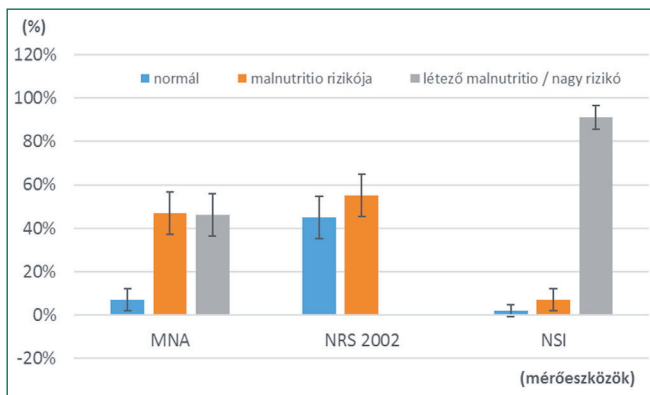
2. ábra: Body Mass Index (BMI) szerinti megoszlás (N=100)



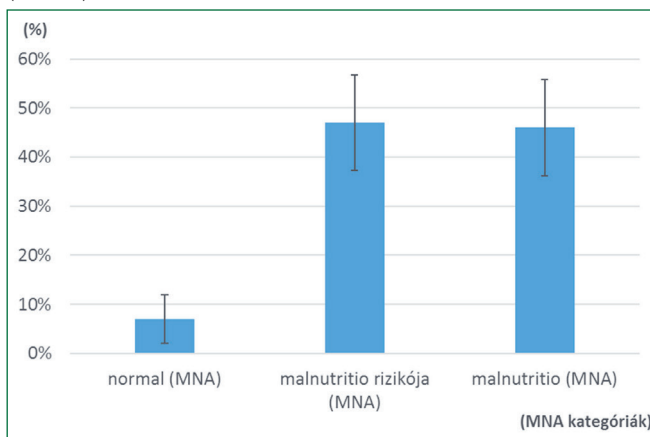
%, max=50,5 %). A nők átlag testzsírszázaléka $35,5 \pm 9,23\%$, míg a férfiaké $26,35 \pm 6,77\%$.

Krónikus betegségek közül diabetes mellitusban a megkérdezettek 22%-a, hypertóniában 11%, demenciában 4% szenved. Emellett stroke-on a betegek 6%-a esett át, gyomorfekélyt 4%-nál diagnosztizáltak. Az alultápláltsághoz vezető tényezők közül kiemelkedően fontos a fogazat felmérése. A betegek csupán 4%-ának nem volt problémája a fogazatával, míg 35%-uknak pótolta, a betegek több, mint felének, 61%-uknak pedig hiányos fogsora volt. A felmért idősök 52%-ának rágási problémája, 27%-nak nyelési problémája volt. Diétát 44% tartott. Jó étvágyról az idősök 48%-a számol be, rossz az étvágya 22%-nak és változó étvágyról 30% panaszkodik. Folyadékfogyasztás tekintetében a betegek 26%-a 1 liternél is kevesebb folyadékot fogyasztott naponta. Bélműködést tekintve 20%-nál székrekedés, 14%-nál hasmenés került rögzítésre. A résztvevők 30%-a normál bélműködésről, 36% változó (hasmenés, székrekedés) bélműködésről számolt be. Káros szokásokat tekintve, önbevallás alapján 23%-a

3. ábra: Tápláltsági állapotfelmérő módszerek összehasonlítása (N=100)



4. ábra: Alultápláltság előfordulása az MNA kérdőív szerint (N=100)



dohányzik, 32% fogyaszt rendszeresen alkoholt és 49%-a kávé.

A validált mérőeszközök segítségével a betegek tápláltsági állapotukat tekintve különböző kategóriákba sorolhatók, a kérdőívek pontszámai részenként és egészként is értékelhetők, ezen eredmények alapján a tápláltsági állapot és az alultápláltsági kockázat meghatározható. A tápláltsági állapotot felmérő szűrőmódszerek eredményeit a **3. ábrán** szemléltetjük.

Az MNA felmérés eredményei alapján a betegek 46%-a [MT=36-56%] került a már létező alultápláltság csoportjába (pontszám<17), 47%-uk [MT=37-57%] rendelkezett fokozott rizikóval (17-23,5 pont között) és csupán 7%-uk [MT=2-12%] tartozott a normál tápláltsági állapot kategóriájába (**4. ábra**). A nemek tekintetében - MNA pontrendszer alapján - a férfiak 43%-a [MT= 29-57%], míg a nők 49%-a [MT=35-63%] a pontrendszer alapján alultáplált ($p>0,05$) (**5. ábra**).

Az NRS 2002 eredményei szerint malnutritió szempontjából veszélyeztetett a megkérdezettek 55%-a

[MT=45-65%], nemeket tekintve a nők és a férfiak 55-55%-a [MT_{nők}=41-69% vs MT_{férfi}=41-69%] ($p>0,05$) (**6. ábra**).

A Nutrition Checklist for Older Adults kérdőív eredményei alapján a betegek rendkívül nagy hányada, 98%-a került a kockázati kategóriába (mérsékelt rizikó 7%, nagy rizikó 91%), míg a szűrés eredménye szerint a betegek csak 2%-áról mondható ki normál tápláltsági állapot (**3. ábra**). A nemeket tekintve a férfiak 86%-a, a nők 96%-a került a nagy rizikó kategóriába ($p>0,05$).

Az életkor és az alultápláltság összefüggéseinek vizsgálata során az MNA pontszámok eredményei alapján a 80 év feletti betegek közt gyakoribb az alultápláltság a szűrőmódszer eredményei alapján (19 fő, 31,7%), mint a 65-80 éves páciensek között (27 fő, 67,5%) (Fisher's Exact Test=14,29, $p<0,001$). Az NRS202, az NSI az életkorral nem mutatott szignifikáns összefüggést ($p>0,05$).

Az iskolai végzettség és az alultápláltság összefüggésének vizsgálata során egyik szűrő módszer eredménye sem mutat összefüggést ($p>0,05$).

A családi körülmények és az alultápláltság kapcsolatának vizsgálata során az egyedül élőket és a szociális intézetben lakó idős embereket veszélyezteti az alultápláltság. Az MNA kérdőív eredményei alapján az egyedül élőket ($n=39$) 51,3%-ban sorolja az alultápláltság szempontjából rizikócsoportba, míg a közös háztartásban élőket ($n=49$) 32,7%-ban. A szociális ill. a magánintézményben élők ($n=12$) közül 10 fő került a veszélyeztetett kategóriába (Fisher's Exact Test=10,069, $p=0,029$). Az NRS 2002 szerint az egyedül élők 51,3%-a, a családban élők 49%-a, az intézetben élők közül pedig 11 fő a malnutritió rizikó csoportba sorolandó (Fisher's Exact Test=7,821, $p=0,022$).

Az MNA pontrendszer eredmények alapján a pótoltt/hiányos fogazattal küzdő idősök döntő többségét érinti az alultápláltság vagy annak rizikója (pótoltt fogazat 34,3% vs 62,9%; hiányos fogazat 55,7% vs 34,4%) (Fisher's Exact Test=11,300, $p=0,012$). A másik két felmérő teszt szignifikáns összefüggést nem mutatott ($p>0,05$).

Rágási probléma és mindhárom kérdőív esetében szignifikáns összefüggést tapasztaltunk ($p<0,05$). Rágási problémával küzdő 52 főből NSI alapján 51 fő (98,1%) sorolható a nagy rizikó csoportba, az MNA szerint 38 fő (73,1%) a malnutritió kategóriába, NRS2002 szerint 36 fő (69,2%) került a malnutritió rizikó kategóriájába.

A tápláltsági állapot és a nyelési probléma MNA, NRS2002 kérdőív esetében mutatott szignifikáns összefüggést ($p<0,05$). MNA szerint nyelési problémával küzdő 27 főből 25 fő (92,6%) a malnutritió kategóriába, NRS2002 szerint 23 fő (85,2%) került a malnutritió rizikó kategóriájába.

Megbeszélés, következtetések

Hazánkban kevés olyan kutatás került publikálásra, ahol az idős emberek tápláltsági állapotát, alultápláltságát mérik/mérték fel (Veresné et al, 2010; Lelovics et al, 2009.a; Lelovics et al, 2009.b; Turóczy et al, 2012). Kutatásunkban belgyógyászati, főként krónikus belgyógyászati osztályon kezelt idős fekvőbetegek tápláltsági állapotát vizsgáltuk különböző mérőeszközök segítségével 3 hónapon keresztül. A tápláltsági állapot vizsgálata és értékelése sokkal részletesebben történt, mint a mindennapi betegellátás részeként végzett napi rutin állapotfelmérés.

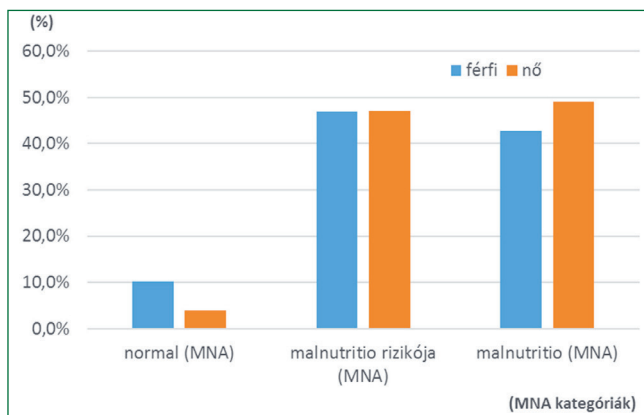
A páciensek 51%-a nő, 49%-a férfi volt. A nők átlag életkora $80,67 \pm 7,77$ év, a férfiaké $76,08 \pm 6,67$ év volt. A testtömegindex (BMI) átlaga nőknél $23,62 \pm 4,48$ kg/m², férfiaknál $23,84 \pm 3,65$ kg/m² volt. A kapott eredmények alapján a betegek 10%-a került alultápláltsági kategóriába, a nők közül 8 főt, a férfiak közül 2 főt érintett, mely eredmény nagyban eltér a validált mérőeszközök eredményeitől.

A BMI egy gyorsan elvégezhető statisztikai mérőszám a tápláltsági állapotot tekintve, azonban nem kellően informatív. Nincs lehetőség csupán BMI számításával rizikófaktorok meghatározására, egy-egy kategóriába sorolható vele a vizsgált személy. Hasznos viszont abból a szempontból, hogy gyorsan elvégezhető és könnyű a számolást elvégezni (Aradán et al, 2012; Karamánné, 2014).

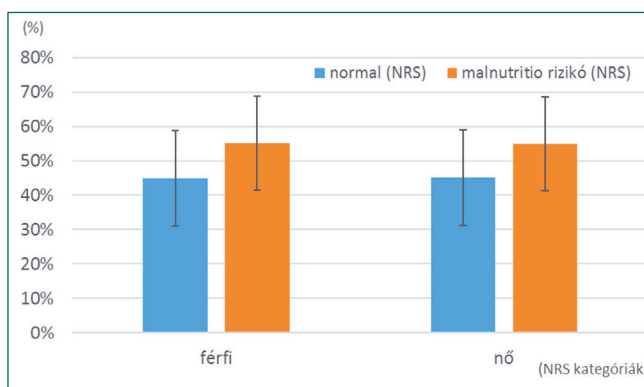
A teljes Mini Nutritional Assessment (MNA) négy részből áll: antropometriai, általános (életmód, mobilitás, betegség ... stb.), táplálkozási és szubjektív megítélés. Az itt kapott pontok alapján 17–23,5 pont között kerül a beteg a rizikócsoporthba, míg 17 pont alatt létező malnutrícióról beszélünk. Az MNA-pontrendszer a betegek 93%-áról határozza meg eredményeink alapján azt, hogy alultáplált vagy az alultápláltság szempontjából veszélyeztetett. Közülük valóban alultáplált a betegek 46%-a, fokozott rizikó-kategóriába tartozik az idősök 47%-a. A felmérés elvégzése maximum 15 percet vesz igénybe, az antropometriai adatok felvételét is beleszámítva. Előnyei közé tartozik, hogy viszonylag rövid idő alatt alapos képet ad a tápláltsági állapotról, vagyis kellően informatív. Nem csak az alultápláltságot mondja ki, hanem rizikó csoportot is meghatároz, tehát a még ki nem alakult malnutríció megelőzésében is segítséget nyújt és segít feltérképezni azokat az esetleges veszélyforrásokat, melyek tartós fennállásával a tápláltsági probléma nagy valószínűséggel ki fog alakulni (Cuyac et al, 2007, Karamánné, 2014).

Az MNA kérdőív kitér a már említett tényezőkhöz túl az elfogyasztott étel minőségére is, ez alapján a betegek 37%-a nem fogyaszt napi szinten egyetlen adag gyümölcsöt vagy zöldséget sem. Szerepel még

5. ábra: MNA-eredmények megoszlása a nemek tekintetében (N=100)



6. ábra: NRS 2002 kategóriák nemek szerinti megoszlása (N=100)



a kérdőívben a kiemelten hangsúlyos élelmiszerek között a tej, tejtermékek, sajt, joghurt, a szárazhüvelyes, tojás, sertéshús, szárnyas, hal. Az idősök 19%-a ezek közül egy felét sem fogyaszt, 44%-uk pedig csak maximum kétfelét az alábbi felsorolt élelmiszerek közül. Akik úgy nyilatkoztak, hogy egyik élelmiszert sem fogyasztják, köztük 53%-nál volt jelen rágási probléma, 47%-uknál nyelési nehezítettség. Folyadékfogyasztás tekintetében a betegek 26%-a 1 liternél is kevesebb folyadékot fogyaszt naponta, 12%-uk fogyasztott 1–1,5 liter folyadékot. Ez az eredmény aggasztó, hisz a vizsgált idősök elfogyasztott folyadékmennyisége jóval alatta marad az ajánlásnak, a krónikus dehidrátság pedig súlyos állapotrosszabbodást eredményezhet számukra. Eredményeink alátámasztják azt a tényt, hogy a kor előrehaladtával csökken a szomjúságérzet, romlik a fizikai és mentális állapot, s ezek a tényezők mind hozzájárulnak az idős korosztály kevesebb folyadék fogyasztásához. Ezzel összefüggésben a székrekedés is nagyon gyakori probléma, az idősök 20%-ánál jelen van. Veresné Bálint Márta kutatásában szintén vizsgálja a bélműködést, nála azonban az idő-

sek 30%-ánál volt jelen székrekedés (Veresné et al, 2010).

A Nutrition Risk Screening 2002 (NRS 2002) egy két részből álló felmérés, mely a következő kritériumokat használja: testtömegindex (Body Mass Index, BMI), nem kívánt testtömegcsökkenés, heveny betegségek hatásai és rizikóállapotok, értékeli a betegség súlyosságát is, amely a tápanyagszükséglet-növekedés oka. A felmérés eredménye alapján a betegek 55%-a az alultápláltság szempontjából veszélyeztetett kategóriába tartozik. Az NRS 2002 nem mondja ki az alultápláltság diagnózisát, csak kockázati csoportba sorolható vele a beteg. Nyilvánvalóan minél magasabb pontszámot ér el a páciens, annál nagyobb a rizikó. A 65 év feletti férfiak ($n=32$) közül 17 fő, a 80 év feletti férfiak ($n=17$) közül 10 fő a veszélyeztetett kategóriába került, a nők esetében 65 év felett 28 főből 18 fő, 80 év felett 23 főből 10 fő sorolható ezen csoportba. Ezek az eredmények nagyban eltérnek az MNA eredményeitől, mert az már jóval korábban veszélyeztetettnak ítéli a beteget (Kondrup et al, 2003).

A Nutrition Screening Initiative (NSI) alapján kidolgozott táplálkozási kérdőív, a Nutrition Checklist for Older Adults az alábbiakra kérdez rá: a táplálkozást befolyásoló betegség jelenléte; az étvágy változása; a gyümölcs, zöldség, és tejfogyasztás gyakorisága; az alkoholfogyasztási szokások; a rágási és nyelési problémák megléte; az étkezésre fordítható összeg elég vagy elégtelen volta; az önálló evési képesség; a napi három vagy több gyógyszer fogyasztása; az akaratlan súlycsökkenés vagy növekedés az utolsó 6 hónapban; és az önálló vásárlási, főzési képesség vagy képtelenség szerepel. Az MNA-hoz hasonlóan rizikó-kategória is meghatározható vele. Pontszámai alapján a betegek 98%-a veszélyeztetett az alultápláltság szempontjából. A betegek 91%-a nagy, 7%-a közepes rizikócsoportba tehető. A 65 év feletti férfiak ($n=32$) esetében 26 fő, 80 év felett férfiak közül ($n=17$) 16 fő veszélyeztetett, a nők esetén 65 év felett ($n=28$) 27 főt, 80 év felett ($n=23$) 22 főt érint. Ez alapján elmondható az is, hogy a 80 év feletti körében gyakoribb az alultápláltság előfordulási gyakorisága, melyet De Luis és számos más kutató megállapított (De Luis et al, 2011; Wojszel, 2012).

A Nutrition Checklist és az MNA eredményei hasonlóan leginkább. Mindkét módszerrel meghatározható rizikó csoport, eltérő viszont a pontozási rendszerük. A Nutrition Checklist sokkal előbb sorolja a beteget rizikó csoportba, mint az MNA.

Az alultápláltsághoz vezető tényezők között jelentős szereppel bír – melyekre a kérdőívek is rákérdeznek – fogazat állapotának tekintetében a betegek zöme pótolta vagy hiányos fogazattal rendelkezett. A pótolta illetve hiányos fogazattal rendelkezők

körében lényegesen gyakoribb volt az alultápláltság előfordulási gyakorisága az MNA kérdőív alapján ($p<0,05$). Ebből adódóan a felmért idősök 52%-ánál rágási-, 27%-ánál nyelési probléma is jelen volt. A nyelési, rágási nehezítettséggel küzdők közt szintén gyakrabban fordult elő az alultápláltság ($p<0,05$). Lelovics Zsuzsanna kutatásában szintén hangsúlyozza a probléma jelentőségét, kutatásában a tartós bennlakásos intézményben élők 5-10%-át érinti a nyelési nehezítettség (Lelovics et al 2008; Lelovics et al, 2009.a; Lelovics et al, 2009.b).

A szocio-demográfiai adatokat figyelembe véve gyakoribb az alultápláltság az egyedül élők körében; az MNA eredményei alapján 51%, NRS 2002 alapján 33%, Nutrition Checklist alapján 51%. A betegek 53%-ának kettőnél több társbetegsége van. Leggyakrabban előforduló krónikus betegségek előfordulási gyakoriságukat tekintve sorrendben: diabetes mellitus, hypertonia, stroke, demencia, ulcus ventriculi. Szignifikáns kapcsolatot találtunk a krónikus betegségek és az alultápláltság között ($p<0,05$). Lényegesen gyakrabban érinti az alultápláltság a kettőnél több társbetegségben szenvedőket; MNA alapján a betegek 90%-a érintett, NRS 2002 alapján 54%-uk, Nutrition Checklist alapján 94%-uk. Gündüz és munkatársai kutatásukban szintén kiemelték a krónikus betegségek fennállásának veszélyét, felmérésükben vezető helyen szerepel a magasvérnyomás, a betegek 66%-ánál ($n=196$), a diabetes mellitus 29%-uknál ($n=196$), hasonlóan a mi eredményeinkhez (Gündüz et al, 2015).

Az alultápláltság prevalenciája emelkedő tendenciát mutat, mégsem kap kiemelt figyelmet a malnutrició időbeni felismerése és kezelése. A klinikai gyakorlatban fontos figyelembe venni a naprakész hazai és nemzetközi ajánlásokat, szakmai irányelveket (Volkert et al., 2019; Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2016). Emellett a kezelések eredményességét javíthatja az egészségügyi team ismereteinek folyamatos bővítése, ezért a kötelező szakmacsoportos továbbképzések ez irányú tartalmi bővítését is indokoltnak látjuk.

Az alultápláltság elkerülése szempontjából kulcsfontosságú lenne a rizikótényezők időbeni felismerése. A problémához vezető tényezők közül kiemelni a fogazat állapotát, a nyelési és rágási nehezítettség kérdését. A folyadékbevitel forszírozása is elengedhetetlen részét képezi a kielégítő tápláltságnak.

A tápláltsági állapot meghatározása összetett kérdés, nem lehet egyetlen mérés vagy egyetlen eszköz alkalmazásával pontos képet kapni a beteg tápláltsági állapotáról. Bizonyos betegségek (például szívelégtelenség, vesebetegség, különböző immunbetegségek, tumor, COPD, politrauma, szepszis) kialakulása/fenállása során pedig tápláltsági állapot változására

is számítani kell (Lelovics et al 2008; Lelovics et al, 2009.a; Lelovics et al, 2009.b).

A kellően alapos felmérő módszerek alkalmazásával az alultápláltságból adódó negatív következmények csökkenthetőek lennének. A rutinvizsgálat részeként a validált tápláltsági állapotfelmérő szűrőmódszerek szélesebb körben történő alkalmazása, azok időnkénti megismétlése is szükséges lenne és jelentős mértékben javítaná a beteg állapotát, gyógyulási esélyeit. A módszerek mindegyike rövid idő alatt elvégezhető és nincs komoly eszközigénye sem. Ezért fontos időről időre megismételni a felmérést, ajánlások alapján alapellátásban és szakellátásban havonta, kéthavonta, intézetben hetente javasolt a beteg táp-

láltsági állapotát ugyanazzal a módszerrel meghatározni (Lelovics et al 2008; Lelovics et al, 2009.a; Lelovics et al, 2009.b).

A jelen kihívása, hogy a fekvőbeteg ellátásban dolgozó szakápolók olyan edukációs programokon vegyenek részt, ahol korszerű technikákat képesek elsajátítani az egészségi állapot felmérése, javítása céljából, ezáltal képessé válnak minimalizálni a rizikó tényezőket, és pozitív modellként szolgálhatnak a gyakorlatban. A kiterjesztett hatáskörű geriátriai/közösségi szakápoló holisztikus reflektív szemlélete alkalmassá teszi az egészségfejlesztési programok kidolgozására és a lebonyolításuk koordinálására (Oláh et al 2007; Oláh et al, 2015; Betlehem et al, 2017; Vörös et al, 2020)

Irodalomjegyzék

1. Aradán, A., Gubó, T., Szekeresné Szabó, Sz., Oláh, A., Müller, Á., Karamánné Pakai, A. (2012). A táplálás, táplálkozás szükséglete. In: Oláh, A. (szerk.). Az ápolástudomány tankönyve (pp. 525-528). Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
2. Bauer, J., Vogl, T., Wicklein, S., Trögner, J., Mühlberg, W., Sieber, CC. (2005). Comparison of the Mini Nutritional Assessment, Subjective Global Assessment and Nutritional Risk Screening (NRS 2002) for nutritional screening and assessment in geriatric hospital patients. *Z. Gerontol. Geriatr.*, 38, 322–327. doi: 10.1007/s00391-005-0331-9
3. Betlehem, J., & Oláh, A. (2017). Az ápolás megújulásának lehetősége hazánkban. IME- Interdiszciplináris Magyar Egészségügy, 9, 5-8.
4. Cuyac Lantigua, M., Santana Porbén, S. (2007). The Mini Nutritional Assessment of the elderly in the practice of a hospital geriatrics service: inception, validation and operational characteristics. *Arch. Latinoam. Nutr.*, 57, 255–265.
5. de Luis DA, López Mongil R, González Sagrado M, López Trigo JA, Mora PF, Castrodeza Sanz J; Group NOVOMET. (2011). Evaluation of the mini-nutritional assessment short-form (MNA-SF) among institutionalized older patients in Spain. *Nutrición Hospitalaria*, 26(6), 1350-1354. doi:10.3305/nh.2011.26.6.5256
6. Elia, M. (szerk), (2003). The MUST Report: Nutritional screening of adults. A multidisciplinary responsibility. *BAPEN (MAG), Maidenhead, Berks/UK*, 22.
7. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma (2016). Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a kórházi, az egészségügyi ápolási otthonokban és az otthoni ellátásra szoruló felnőtt betegek tápláltsági állapotának felmérése és a tápláltsági zavarok táplálásterápiával történő kezeléséről. *Egészségügyi Közlöny*, 22. szám.
8. Gündüz, E., Eskin, F., Gündüz, M., Bentli, R., Zengin, Y., Dursun, R., ... Cahfer Güloğlu, C. (2015). Malnutrition in Community-Dwelling Elderly in Turkey: A Multicenter, Cross-Sectional Study. In: *Medical Science Monitor*, 21, 2750-2756. doi: 10.12659/MSM.893894
9. Guigoz, Y. (2006). The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature – what does it tell us? *J. Nutr. Health Aging*, 10(6), 466–485.
10. Karamánné Pakai, A. (2014). Az idősök egészségi állapota, biológiai változások és a prevenció szerepe a mortalitási és a morbiditási adatok tükrében In: Lampek, Kinga; Rétsági, Erzsébet (szerk.) *Egészséges idősödés: Az egészségfejlesztés lehetőségei idős korban* (pp. 48-64). Pécs: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar (PTE ETK)
11. Kondrup, J., Allison, SP., Elia, M., Vellas, B., Plauth, M.; Educational and Clinical Practice Committee, European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22, 415-421. doi: 10.1016/s0261-5614(03)00098-0
12. Lelovics, Z., Bozó, RK., Bonyár-Müller, K., Figler, M. (2008). Results of nutritional risk screening of patients admitted to hospital. *Acta Physiol. Hung*, 95, 107-118.
13. Lelovics Z, Bozó RK, Lampek K, Figler M (2009.a) Results of nutritional screening in institutionalized elderly in Hungary. *Arch. Gerontol. Geriat* 49:190-196 doi: 10.1016/j.archger.2008.07.009.
14. Lelovics Z., Bozó, RK., Lampek, K., Figler, M. (2009.b). Results of nutritional screening in institutionalized elderly in Hungary. *Arch. Gerontol. Geriat*, 49, 190-196 doi: 10.1016/j.archger.2008.07.009.
15. Nagy, K. (2008). Az időskori alultápláltság. *Medicus Anonymus*, 12, 27-28.
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(3), 301-2. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04245.x
17. Oláh, A., Máté, O., Betlehem, J., Fullér, N. (2015). Advanced Practice Nurse (APN) MSc képzés bevezetése Magyarországon. *Nővér*, 28(2), 3-10.
18. Pakai, A., Kívés, Zs. (2013). Kutatásról ápolóknak, Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészségtudományi kutatásokban. *Nővér*, 26 (3), 20-43.
19. Pakai, A., Oláh, A. (2014). A theoretical overview of scientific research In: Ács P, Oláh A, Pakai A, Raposa L B Ács P (ed.) *Data analysis in practice*. (pp. 9-32.) Pécs: PTE ETK

20. Stratton, R.J., Hackston, A., Longmore, D., Dixon, R., Price, S., Stroud, M., King, C., Elia, M., (2004). Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the 'Malnutrition Universal Screening Tool' ('MUST') for adults. *Br J Nutr*, 92, 799-808. doi: 10.1079/bjn20041258
21. Turóczy E, Veresné Bálint M, Csajbók R, Lichthammer A, Szabolcs I (2012) Comparative analysis of questionnaires exploring nutritional status and risk of malnutrition in the elderly living in residential care. *New Medicine* 16:79-82.
22. Veresné Bálint, M, Lichthammer, A., Pálfi, E., Szabolcs, I. (2010). Malnutrition and nutrient intake values in the Hungarian elderly. *New Medicine*, 4, 133-137.
23. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, et al. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutrition*, 38(1), 10-47. doi: 10.1016 / j.clnu.2018.05.024
24. Wojszel, ZB., (2012). Use of NSI Determine Checklist to assess the risk of malnutrition in persons of advanced old age living in rural areas. *Progress in Health Sciences*, 2(1), 168-75. doi:10.1080/01639366.2010.521031
25. Vörös, T., Pakai A., Szekeni-Kovács, Gy., Szabóné Bálint, Á., Oláh, A. (2020) APN szerepe a hypertóniás beteg gondozásában a háziorvosi körzetben. *Nővér*, 33(2), 9-36.

Gratulálunk!

Prof. Dr. Kásler Miklós, az emberi erőforrások minisztere és Prof. Dr. Horváth Ildikó egészségügyért felelős államtitkár Semmelweis Ignác születésének 202. évfordulója alkalmából díjakat és miniszteri elismerő okleveleket adott át a Pesti Vigadóban.

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

Buzásné Csaja Marianna, a Bugát Pál Kórház, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály szülésznője,

Felső Ildikó, a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház Dr. Szaplanczay Manó Integrált Kórházegység ápolási igazgató-helyettese,

Musinszki Judit, a Sátoraljaújhelyi Erzsébet Kórház, Ápolási Osztály Diplomás ápolója, osztályvezető főnővére,

Siklós Attila, a Bács-Kiskun Megyei Oktatókórház vezető ápolója,

Torma Éva, a Kiskunhalasi Semmelweis Kórház diplomás ápolója.

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

a gyöngyösi Bugát Pál Kórház higiéniai Osztály munkaközössége,

a Sátoraljaújhelyi Erzsébet Kórház Sürgősségi Betegellátó Osztály orvosírnokai,

a Semmelweis Egyetem II.sz. Gyermekgyógyászati Klinika Haematológiai Osztály munkacsoportja,

a tatabányai Szent Borbála Kórház Csecsemő- és Gyermekosztály munkacsoportja,

a tatabányai Szent Borbála Kórház Szemészeti Osztály szakdolgozói munkacsoportja.

Kimagasló teljesítményükhöz szívből gratulálunk!

HITELES | SOKSZÍNŰ | ÉRDEKES

Legyen Ön is rendszeres olvasónk!



Az ápolói szakma a 21. században az eddiginél korszerűbb, magas képzettséget igénylő, sokrétű hivatássá vált. A MESZK folyóirata és magazinja ebben segíti a szakdolgozókat nap mint nap.

NŐVÉR FOLYÓIRAT

- Több mint 30 év tapasztalat az ápolástudomány szolgálatában
- Továbbképzési pontszerzési lehetőség
- Folyamatos tudományos tartalom naprakészen
- Aktuális tudományos publicisztikai trendek, tallózás külföldi szaklapokból
- Világos, dinamikus szerkezet, letisztult, jól olvasható megjelenés, színes külső

Előfizetéssel kapcsolatban érdeklődjön itt: nover@meszk.hu

HIVATÁSUNK MAGAZIN

- Szakmapolitikai kérdések köztestületi és ágazatirányítási nézőpontból
- Példaértékű szakmai életutak bemutatása
- Sztárinterjúk ismert személyiségek egészségügyben szerzett tapasztalatairól
- Tagozati beszámolók, területi szervezetek bemutatása, érdekességek
- Társasági magazin szakdolgozóknak szakdolgozóktól

Előfizetéssel kapcsolatban érdeklődjön itt: terjesztes@lam.hu



30
éve

az orvostudomány
szolgálatában

LITERATURA MEDICA
ANNO 1990

