

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2005. február, 18. évfolyam I. szám

TARTALOMJEGYZÉK

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Az egészségtan tanár szerepe és lehetőségei a méhnyakrákszűrésben 3
Gáspár Antalné

SZAKMAPOLITIKA

Tájékoztató a Leonardo II. program keretén belül folytatott középszintű
ápolásmenedzsment projektről 12

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Ulcus cruris etiopathogenesise 13
Kökény Judit

A laryngeális maszk használata az aneszteziológiai gyakorlatban 23
Kovácsné Barócsi Krisztina

ÁPOLÁSVEZETÉS

Bővülő szerepben az ápolásvezetés 31
Deák Edit

KITEKINTÉS

ESzME - Egyesület a Stroke MegElőzéséért 36

NÉVJEGY

Az Ápolási Szakmai Kollégium bemutatkozása 38

Nővér folyóirat 42

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a
Semmelweis Egyetem Egészségtudományi
Doktori Programja elismeri és beszámítja.

KÜLDETÉS - NYILATKOZAT

A Nővér folyóirat az ápolás független szakmai orgánuma. Célja, hogy tudományos igényűvel készített írások megjelentetésével elméleti ismeretek átadására mellett a gyakorlati szakember tevékenységét is elősegítse. A Nővér a folyamatos önképzés támogatásával hozzájárul a hatékonyabb betegellátáshoz, valamint a XXI. század kihívásainak és követelményeinek megfelelően képes ápolók képzéséhez - továbbképzéséhez.

Kiadja: az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet – ESKI. Felelős kiadó: Dr. Kincses Gyula. **Terjeszti:** ESKI, 1088 Budapest, Szentkirályi u. 21. (1444 Budapest 5. Pf. 278.) Telefon: 338-4133 Fax: 266-9710. Hirdetésfelvétel: ESKI Marketing Osztály. Tel/ Fax: 266-0404. Megjelenik kéthavonta, előfizetési díja: 2458,-Ft (ÁFA-val és postaköltséggel). (Előfizetési csekk kérhető az ESKI címén.) Nyomdai munkák: ESKI Sokszorosító üzeme. Felelős vezető: Selmeci Nándor. Borítóterv: Szórá Erika. Fotó: Miklósi H. Csaba. ISSN szám: 0864-7003

NI

NŐVÉR

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

with the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Vol. 18. No.1. February 2005

CONTENTS

ORIGINAL CONTRIBUTIONS

The role of the hygiene teacher in cervical screening Gáspár, A..	3
The etiopathogenesis of ulcus cruris Kökény, J.	13
The use of the laryngeal mask in anaesthetics practise Barócsi, K.	23
NURSING MANAGEMENT	
The growing importance of nursing management Deák, E.	31

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Baukó Mária

Szerkesztő/Editor

Kujalek Éva

Szerkesztőbizottság/Editorial Board

Betlehem József
főiskolai adjunktusKárpáti Zoltán
ápolási igazgatóSzloboda Imréné
ápolási igazgatóTóth Ibolya
osztályvezetőDr. Zékányné Rimár Ilona
ápolásfejlesztési és oktatási osztályvezető

Tanácsadó testület/Advisory Board

Dr. Baráthné Kerekes Ágnes oktatási menedzser
Markusovszky Kórház, SzombathelyBoldogné Csuri Magdolna osztályvezető
Országos Tisztiorvosi Hivatal, Ápolási Szakfelügyeleti Osztály,
BudapestDr. Boncz Imre főosztályvezető Országos Egészségbiztosítási Pénztár
Szakmapolitikai és Koordináló Főosztály, BudapestDr. Fedineczné Vittay Katalin
a NŐVÉR főszerkesztője 1994-2004.Dr. Helembai Kornélia tanszékvezető főiskolai tanár
SZOTE Főiskolai Kar, Ápolási Tanszék, SzegedDr. Kapronczay Károly ügyvezető főigazgató
Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár, BudapestSomogyvári Zoltánné fekvőbetegellátási alelnök
Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, Országos SzervezetSövényi Ferencné szaktanácsadó
Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, BudapestVízvári László főigazgató
Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, BudapestDr. Zrínyi Miklós tudományos munkatárs
Ápolás és Szülésznőség Szervezeti Egység
Egészségügyi Humán erőforrás-tervezési Osztály
Egészségügyi Világszervezet, Genf, Svájc

Nővér - A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Mária Baukó. Editor: Éva Kujalek. Published six times annually by the National Institute for Strategic Health Research in Hungary with English summaries. This journal is peer-reviewed and indexed in Cumulative Index of Nursing and Allied Health CINAHL. Editorial office: POB 278., H-1444 Budapest, Hungary. Advertisements and subscription: National Institute for Strategic Health Research - Attn. Ms. Ilona Borbás. Phone/Fax (36-1) 266-0404.



Az egészségtan tanár szerepe és lehetőségei a méhnyakrákszűrésben

Gáspár Antalné

főiskolai adjunktus

PTE Egészségügyi Főiskolai Kar, Szülészeti Tanszék, Szombathely

A vizsgálat célja: információt kapjunk a rosszindulatú daganatok korai felkutatásának a lehetőségéről, választ kapjunk arra, hogy az egészségügyi szakemberek, a lakosság és a leendő egészségügyi szakemberek mit tudnak és gondolnak a szűrővizsgálatokról.

Vizsgálati módszerek és minta: kérdőíves módszert alkalmaztunk. A vizsgálat Szombathelyen készült 2002. és 2004. márciusában. A kitöltött és értékelhető kérdőívek száma 200 darab volt.

Eredmények: a felmérés adatai szerint a női lakosság átszűrtsége a kívánatos szint alatt marad. A vizsgálatban résztvevő egészségügyi dolgozók és főiskolai hallgatók véleménye nem tér el lényegesen az átlagpopulációtól. Következtetések: a betegségmegelőzési viselkedésmód elsajátítása, az egészség megőrzése, annak javítása, fejlesztése terén nagyon sok tanulnivalója van a magyar női lakosságnak. Az egészségtan tanárnak foglalkoznia kell a magánélet kultúrájával, a rizikómagatartás elkerülésének segítésével és az ártalomcsökkentés tanításával.

I. BEVEZETÉS, A PROBLÉMA JELENTŐSÉGE

Az öt leggyakoribb daganatos betegség a világon a tüdő-, a gyomor-, a vastagbél/végbél-, a máj- és az emlődaganat. A nemzetközi statisztikák szerint rákos halálozások tekintetében Magyarország a világelső közé tartozik. Hazánkban, 2002-ben 33 318 fő halt meg daganatos megbetegedésekben; ez az összhálaalozásnak 25%-át teszi ki. Jelenleg a rákos megbetegedésekben szenvedők száma 300 000 körül van. A magyar férfiaknál az első öt helyen sorrendben a hörgők, a vastagbél/végbél, a prosztatata, a gyomor és a szájjüreg daganatos megbetegedései állnak; míg nőknél a méhtest daganatait az emlő, a vastagbél/végbél, a hörgők és a gyomor daganatos megbetegedései követik a sorban. (Lelkes, 2004).

A méhnyakrákosok több mint felét 64 évesnél, 40%-át pedig 60 évesnél fiatalabb életkorban veszítjük el. Ennek legfőbb oka, hogy a rákot előrehaladott stádiumban ismerték fel, ezért tanácsos az ajánlott rákszűréseken rendszeresen részt venni.

A daganatos halálozás csökkentésére – rövid és középtávon – a korai felismerés és korai kezelés a leginkább ígéretes népegészségügyi stratégia. Ennek eszköze a lakosságszűrés. A szervezett szűrésben rejlő lehetőségek hazánkban mindmáig nincsenek kellően kiaknázva. Ez egyike az egészségügyi ellátórendszer azon területeinek, ahol a felzárkózás a szakterület mai állása által kínált lehetőségekhez a leginkább sürgető. (Döbrössy, 2000).

A kutatás célja volt, hogy információkat kapjunk a rosszindulatú daganatok korai felkutatásának lehetőségéről. Megismerni az egészségügyi szakemberek, a lakosság és a leendő egészségügyi szakemberek ismereteit és vélekedéseit a szűrővizsgálatokról, továbbá, hogy van-e különbség az egészségügyi dolgozók, a lakosság és a főiskolai hallgatók véleményei között.

I.1 Hipotézis

A vizsgálatban két alapvető hipotézist kívánunk megerősíteni vagy kizárni:

- A vizsgálatban résztvevő személyek véleménye nem tér el lényegesen az átlagpopulációtól, annak ellenére, hogy az egészséggel és

betegséggel kapcsolatosan az egészségügyi dolgozók ismeretei megalapozottabbak és szer-teágazóak.

- Feltételeztük, hogy a betegségmegelőzési viselkedésmód elsajátítása, az egészség megőr-zése, annak javítása, fejlesztése terén nagyon sok tanulnivalója van a magyar női lakosságnak.

1.2 Adottnak tekintett tényezők

A méhnyakszűrés szakmai protokollja, a népegészségügyi onkológiai nőgyógyászati szűrővizsgálatok, a módszertani és a minő-ségbiztosítási irányelvekben megfogalmazottak 2003. 01. 22-én a Vas Megye és Szombathely MVJ Markusovszky Kórháza Szülészeti – nőgyó-gyászati osztályán is bevezetésre kerültek. A lakosság tájékoztatása rendszeres és folyamatos.

2. VIZSGÁLT SZEMÉLYEK ÉS ALKALMAZOTT MÓDSZEREK

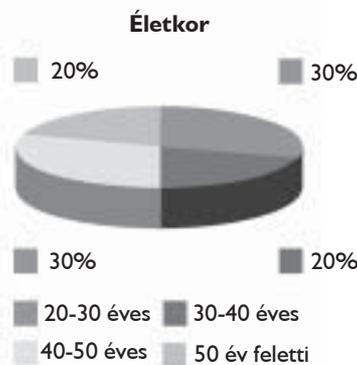
A vizsgálat anonim módon kitöltött kérdőíves módszerrel történt. A kérdőívek Vas Megye és Szombathely MJV Markusovszky Kórháza női szakdolgozóihoz és 50 fő vélet-lenszerűen kiválasztott laikus nőhöz jutottak el. Két évvel később a PTE Egészségügyi Főiskola, Szombathelyi Képzési Központ I. évfolyamos hallgatói kapták kézbe: általános szociális munkás lányok, védőnők és szülésznők.

A vizsgált személyek nem azonosíthatók be. A nők önkéntesen válaszoltak. Az adatokat bi-zalmasan kezeltük és megszereztük a szükséges kutatás etikai engedélyeket is. Próba-felmérést végeztünk a kérdőív érthetőségének használ-hatóságának érdekében.

A vizsgálat 2002. március és 2004. március között történt. A kérdőívben szereplő kérdések az életkorra, az iskolai végzettségre, az egészség védelmére, megőrzésére irányultak. Számos kérdés esetén több válasz megjelölésére is lehetőség volt. Feltételezhető volt, hogy a nők őszintebben nyilatkoztak név nélkül a kér-dőívben mint egy interjú kapcsán. A kitöltött és értékelhető kérdőívek száma 200 darab volt.

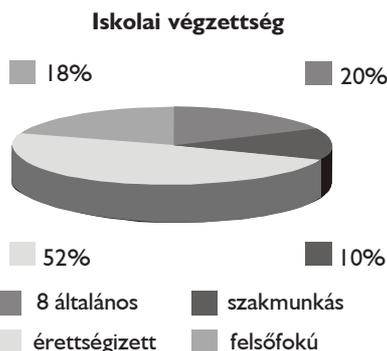
3. EREDMÉNYEK ÉS MEGBESZÉLÉS

A megkérdezett egészségügyi dolgozók életkori eloszlása az 1. ábrán látható.



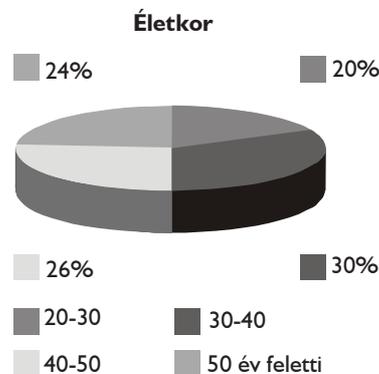
1. ábra. Az egészségügyi dolgozók életkora (n = 50)

A választ adók iskolai végzettség szerinti eloszlása a 2. ábrán láthatók.



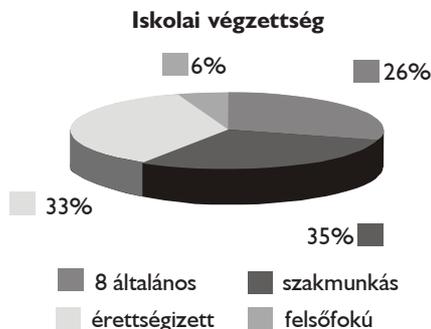
2. ábra. Az egészségügyi dolgozók iskolai végzettsége (n = 50)

A megkérdezett női lakosság életkori eloszlása a 3. ábrán látható.



3. ábra. A női lakosság életkora (n = 50)

A választ adók iskolai végzettségi szerinti eloszlása:



4. ábra. A női lakosság iskolai végzettsége (n = 50)

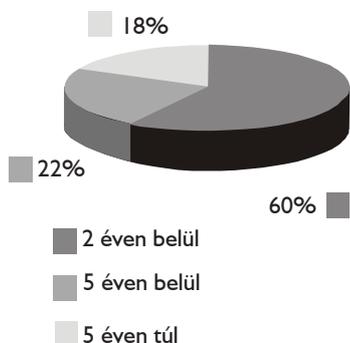
- Hogyan lehet idejében felismerni a rák-betegséget? Az egészségügyi dolgozók 56%-a, a nem egészségügyi dolgozók 50%-a szerint szűrővizsgálatokkal. Levonható következtetés: nagyobb hangsúlyt kell fektetni a szervezett, rendszeres szűrővizsgálatok fontosságának propagálására.

- Melyek lehetnek a késői felismerés következményei? Az egészségügyi dolgozók 62%-a, a nem egészségügyi dolgozók 50%-a szerint áttétek alakulhatnak ki.

- Mikor szükséges Ön szerint a nőgyógyászati szűrővizsgálat? Az egészségügyi dolgozók 100%-a, a nem egészségügyi dolgozók 84%-a szerint rendszeres időszakonként.

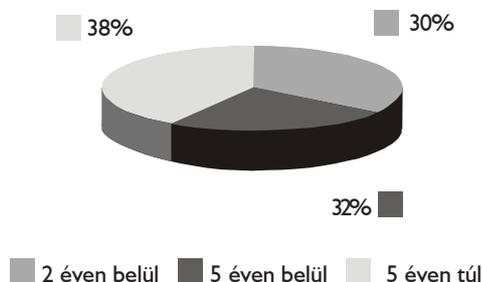
- Mikor volt legutóbb nőgyógyászati szűrővizsgálaton? A válaszok az 5.-6. ábrán láthatók.

Az egészségügyi dolgozók részvétele a szűrővizsgálaton



5. ábra. Az egészségügyi dolgozók részvétele nőgyógyászati szűrővizsgálaton (n=50)

Nem egészségügyi dolgozó nők részvétele a nőgyógyászati szűrővizsgálaton:

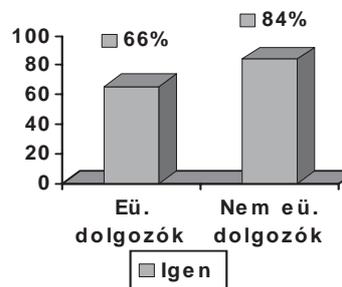


6. ábra. Nem egészségügyi dolgozó nők részvétele nőgyógyászati szűrővizsgálaton (n = 50)

A szűrővizsgálatok nagy száma ellenére a női lakosság átszűrtsége a kívánatos szint alatt maradt, mert a spontán vagy a szokás szerinti megjelenőket szükségtelen gyakorisággal, míg a veszélyeztetett korosztályok más jelentős hányadát sohasem szűrték!

- Elégedett-e a szűrésről való tájékoztatással? Az egészségügyi dolgozók 66%-a, a nem egészségügyi dolgozók 84%-a igen. Magyarországon évente 1800 – 2000 új méhnyakrákos megbetegedést észlelnek, és 600 – 620 nő hal meg ebben a betegségben, holott nekik is nagy esélyük lenne a túlélésre, ha rendszeresen járnának rákszűrésre.

Elégedett-e a szűrésről való tájékoztatással?

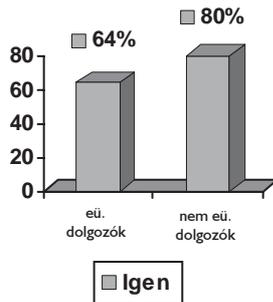


7. ábra. A szűrésről való tájékoztatással való elégedettség (n=100)

- Elégedett-e a jelenlegi szűrési gyakorlattal? Az egészségügyi dolgozók 64%-a, a nem egészség-

ségügyi dolgozók 80%-a igen. Jelenleg 4 millió veszélyeztetett nő közül mindössze alig 1 millió fordul meg évente nőgyógyászati szűrésen!

Elégedett-e a jelenlegi szűrési gyakorlattal?



8. ábra. A jelenlegi szűrési gyakorlattal való elégedettség (n = 100)

- Legyen kötelező a méhnyakrák szűrése 3 évenként? 98 és 90%-ban igen a válasz.

4. VIZSGÁLAT 2004-BEN

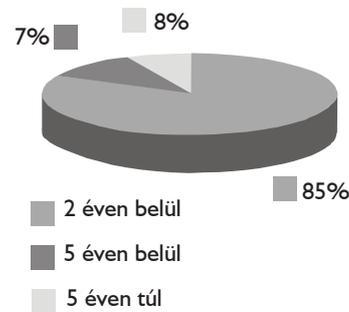
2004. márciusában ismét kérdőíves felmérést végeztem. A PTE Egészségügyi Főiskolai Kar, Szombathelyi Képzési Központjában működő szakok I. évfolyamos, nappali tagozatos hallgatóit kérdeztem meg. 50 fő általános szociális munkás, 32 fő védőnő és 18 fő szülésznő hallgató válaszolt. Hogyan lehet idejében felismerni a rákbetegséget? A hallgatók 79%-a szerint szűrővizsgálatokkal, 11%-a szerint önvizsgálattal, 7%-a szerint önvizsgálattal és szűrővizsgálattal, 3%-a szerint szokatlan tünetek jelentkezésekor és szűrővizsgálattal.

- Melyek lehetnek a késői felismerés következményei? A hallgatók 78%-a szerint áttétek alakulnak ki, 17%-a szerint a daganat nem gyógyítható és 5%-a szerint a daganat nem gyógyítható és áttétek alakulnak ki.

- Mikor szükséges Ön szerint a nőgyógyászati szűrővizsgálat? A hallgatók 100%-a szerint rendszeres időszakonként.

- Mikor volt legutóbb nőgyógyászati szűrővizsgálaton? A hallgatók 85%-a 2 éven belül, 7%-a 5 éven belül és 8%-a 5 éven túl.

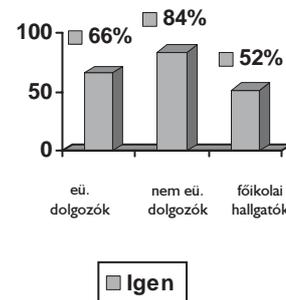
Főiskolai hallgatók



9. ábra. A hallgatók részvétele nőgyógyászati szűrővizsgálaton (n=100)

- Elégedett a szűrésről való tájékoztatással? A hallgatók 52%-a igen, 48%-a nem.

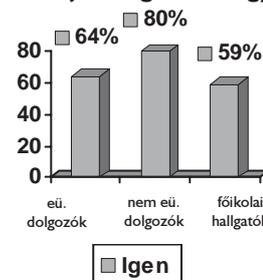
Elégedett-e a szűrésről való tájékoztatással?



10. ábra. Szűrésről való tájékoztatással való elégedettség (n=200)

- Elégedett a jelenlegi szűrési gyakorlattal? A válaszolók 59%-a igen, 41%-a nem.

Elégedett-e a jelenlegi szűrési gyakorlattal?



11. ábra. Szűrési gyakorlattal való elégedettség (n = 200)

- Legyen kötelező a méhnyakrák szűrése 3 évenként? A hallgatók 99%-a szerint igen.

- Igényli, hogy a média, a szakemberek többet foglalkozzanak a daganatok korai felkutatásának fontosságával? A hallgatók 96%-a igen, 4%-a nem.

Az egészségfejlesztés fő módszere az egészségnevelés, ami az **információk** átadásán kell, hogy alapuljon. Az egészség fejlesztése persze több az információk befogadásánál. Nem elég tudni valamiről, hanem azt be is kell építeni saját életünk vezetésébe, hogy meggyőzően bizonyítsuk, nemcsak tudomásul vettük a szabályokat, hanem alkalmazzuk is őket. Az információkra épülhetnek a kívánt **attitűdök**, melyek meghatározzák azt, hogy miként értékeli az illető környezetét és annak hatásait az egészségére. Az attitűdök után a kívánt egyéni **magatartás** kialakítása a cél. Ennek alapján úgy kell alakítani az egész életet, hogy az mindenben megfeleljen az egészséges életmód szabályainak. A megfelelő egészségfejlesztő szemlélet kialakítása viszont nem állhat meg az elvárt magatartás elérésénél, ugyanis nem lehet társadalmi szinten változást elérni a kívánt irányba, ha magára hagyjuk az egyéneket. Az egészséges életmód szabályait könnyebb betartani, de a már kialakult egészségtelen szokásokat is könnyebb feladni, ha van, aki segít. Az **öntevékeny segítségre való késztetés** lesz ezért a csúcsa az egészségfejlesztés „háromszögének”. A leírtakból világosan kitűnik, hogy egészséges életmódot és egészséget hatékony és következetes egészségnevelés nélkül nehéz lenne elvárni bárkitől. Ha ez világos, akkor adott a program. Ha egészséget akarunk a lakosságtól, akkor a lakosságot egészségre kell nevelni, minden szinten, minden lehetőséget figyelembe véve, haladéktalanul. (Simon, 2003).

Az egészség szempontjából az egyének és a társadalmi csoportok egymással szoros kapcsolatban, összefüggésben vannak. Az egyén magatartását külső hatások érik, valamint saját és mások egyénisége befolyásolja.

Valamennyi kapcsolatunknak van egészségügyi hatása: a család tagjai, a munkatársak, a szomszédok, a barátok részei a szociális- és

kulturális környezetnek, a közösségnek, a lakóhelynek, a társadalomnak és a nemzetnek, és mindezek hatással vannak a fizikai környezetet alkotó földrajzi és egyéb tényezőkre.

Az egészség bonyolult kölcsönhatások eredményeképpen alakul ki, fenntartása tudatos tevékenységet igényel. Ha boldog és harmonikus felnőttnemzedéket kívánunk felnevelni, foglalkoznunk kell a magánélet legfontosabb részével: társ megválasztásával, a szerelemmel, a leendő család tervezésével, az egészség megőrzésével és mindazzal, amely elősegíti gyermekeink egészséges, kiegyensúlyozott majdani családi életét. (Forrai, 2002).

Mint **leendő egészségtanárnak** foglalkoznunk kell a magánélet kultúrájával, a rizikómagatartás elkerülésének segítségével, az ártalomcsökkentés tanításával. A mai hatékony iskolai egészségnevelés jól kidolgozott, órákra lebontott gyakorlatokat, ismeretátadó, attitűd és magatartásformáló, öntevékenységre serkentő, interaktív feladatokat is tartalmaz.

Jelen feladatunk a saját területünkön az egészségnevelés, amelynek célja egyéni és közösségi szinten az egészség megőrzése, az erre irányuló képességek, a magatartás fejlesztése, az egészségkárosítás elkerülése, az ártalomcsökkentés, valamint az egészség- és magánéleti kultúra színvonalának növelése.

Az iskolai oktatás keretében az **újonnan bevezetett egészségtan** célja az egészséges életmód elsajátítása megfelelő tanulás révén, integrálása a mindennapi kultúrába. Így a táplálkozási szokások, a szabadidős tevékenység, az aktív és passzív pihenés, a mentális és fizikai aktivitás, a sport, a párkapcsolat kialakítása, a családi modell, a rizikómagatartás elkerülése, az önértékelés, a pozitív énkép kialakítása és megismertetése.

Az egészségtan igen sok témát dolgoz fel. Ehhez a tárgyhoz rugalmas kerettantervre van szükség, amelynek segítségével a tanár maximálisan hatékony programtervezetet készíthet, beleértve a tanár saját kezdeményezését és az osztály képességét.

Különösen nehéz az egészségnevelésben, hogy nem elég az információt átadni, személyes hatás, jó pedagógiai program kell ahhoz, hogy az ismeretanyagot beépítsék a tanulók a mindennapi életükbe, attitűdjük, viselkedésük megváltozzon, így a gyakorlatban alkalmazzák a tanult ismereteket. Az ismeret, az információ és a viselkedés, illetve az információk beépítése és alkalmazása között nagyon nagy a hézag.

A nevelés célja, hogy önmagukért és társukért felelős embereket neveljen, akik dönteni tudnak a maguk sorsa felett. Azt a képességet és készséget kell kifejleszteni bennük, amelyek segítségével az egészségértékkel tisztában vannak, ki tudják választani önmaguk számára a legmegfelelőbb alternatívát, és segítségével nemcsak megőrizni, védeni, de fejleszteni is képesek egészségüket.

Az egészségnevelés célját a következő szempontok határozzák meg:

- elősegíteni az egyéni felelősségérzetet a család és a közösség iránt
- biztatni az egészséges életmódra és megadni az egészség valódi rangját
- lehetőséget adni, hogy a fiatal bizonyíthassa fizikai, lelki és szociális erejét
- elősegíteni az önismeretet és önbecsülést
- elfogadtatni önmagukat, saját testüket, érzelmi változásaikat
- fejleszteni döntési képességét, például kezelje a stresszt
- segíteni érettebb kapcsolatok kialakítását kortársaikkal
- kialakítani a nemi szerepeket
- segíteni felnőtté válásukat
- fel kell készíteni a házasságra és a családi életre
- előkészíteni egy életpályára
- fejleszteni szellemi, etikai, erkölcsi értékeiket
- kialakítani a társadalom iránti felelősségérzetet. (Forrai,2002).

Az egészségnevelés minőségének feltételrendszere:

1. Az iskolai vezetés és vezetőség elkötelezettsége meghatározó a partnerségben, az együttműködési képességben. Az őszinteség, a kollegialitás, a pozitív attitűd segíti az egészségnevelés hatékonyságát.

ségnevelés hatékonyságát.

2. Preventív szemlélet. Ha az oktatók és a tanári kar megérti, hogy az oktatás során felhalmozott tudás elősegíti az egészséges életmód megvalósulását, a későbbi betegségek megelőzését, az orvoshoz fordulás gyakoriságának csökkenését, az életminőség javulását, az egészséges öregkora, az idő előtti halálozás megakadályozását, a nők egészségét, a balesetek és a rákos betegségek megelőzését, valamint a mentális zavarok és az öngyilkosságok csökkenését egyéni és társadalmi szinten.

3. A diákok igényeinek felmérése. Ezek az igények nem egységesek, hiszen a tanulók összetétele különböző, a környezet, a családi háttér is eltérhet.

4. A munkatársak bevonása nagyon fontos. Figyelembe kell venni, ki mihez ért a leginkább, és ezt ki kell használni.

5. A munkatársak rendszeres képzése elengedhetetlen a minőségi munka végzéséhez.

6. Az elismerés és az ösztönzés kulcsa a sikeres oktatásnak.

7. Kommunikáció és teammunka a vélemények cseréje, tanítási tapasztalatok átadása és megbeszélése növeli a hatékonyságot.

8. Minőségi munka anyagi és humán erőforrásainak biztosítása az iskola feladata.

Több mint három évtizede folyamatosan **romlik a hazai lakosság egészségi állapota.** 2001-ben a születéskor várható átlagos élettartam férfiak esetében 68 év, nőknél 76 év volt, messze elmaradva az Európai Unió átlagától. Az ezredfordulóra az európai országok termékenysége a népesség utánpótlásához elégtelen szintre süllyedt. Az országok egy részében a halálozások száma meghaladja a születéseket, ily módon csökken a népesség lélekszáma.

A magyar lakosság körében a **rosszindulatú daganatok** okozta korai halálozás is messze meghaladja az EU átlagot (1,8-szorosa annak). A férfiak daganatos halálzásában a leggyakoribb a tüdőrák, a nők esetében pedig az emlőrák és a méhnyakrák. Különösen kiugró az EU átlaggal szemben a nők méhnyakrák halálzása hazánkban: 3,5-ször magasabb az EU átlagnál. A rákbetegség által okozott emberi szenvedés számokkal nem fejezhető ki. Súlyos teher az

egészségügyi ellátórendszeren és minden egészségnevelési igyekezet dacára még ma is félelmet kelt a köztudatban.

A helyzet csak gazdasági-politikai intézkedésekkel támogatott javuló egészségügyi kultúrával jobbítható. Az elkövetkező évtizedekben a másodlagos megelőzés – a betegség korai felismerése, ill. felkutatása, szűrése marad a legfontosabb prevenció program. A másodlagos prevenció program eredményessége csak akkor lehetséges, ha a lakosság tudja, hogy miért hívják őket és mit nyernek általa. Az egészségnevelésnek tehát kulcsszerepe van és ennek koordinálására, helyben tevékenykedő, egészségügyi szakemberek szükségesek.

A szűrővizsgálatokon való részvétel az egészséges életmód alapvető összetevője. Lélektani tényezők is befolyásolják a szűrőprogramban való részvételt. Hatással vannak a későbbi betegviselkedésre is. A preventív programban résztvevő betegeket háromféle ártalom érheti: etikai, fizikai és pszichoszociális. Etikai ártalom éri, ha elmarad a beleegyező nyilatkozat, a beteg nem jut elegendő ismerethez, kiszolgáltatottá válik. Negatív fizikai hatást jelent pl. a fájdalom és a diszkomfortérzés.

A pszichés és szociális ártalmak sokfélék lehetnek. Negatív hatású lehet az elővételezett félelem a beavatkozás kedvezőtlen hatása miatt vagy a vizsgálat eredménye miatt. Kedvezőtlen hatású a barátságtalan, udvariatlan egészségügyi személyzet. Szorongást eredményezhet a munkahelytől való távollét és a várakozás. A pozitív eredmény nagyon megnöveli a félelmet, a szorongást. A negatív eredmény hamis biztonságérzetet kelthet.

A kezeléssel kapcsolatos vélt és valós negatív hatások további szorongást eredményezhetnek. Gyakran észlelhető a társas funkciók hanyatlása, identitászavar, párkapcsolati zavar, szexuális zavar, izoláció és depresszió. A felderített betegség kezelése során gyakori a szorongás a végső kimenetel miatt.

A szülésznő szakoktató egészségtan tanárnak meg kell próbálnia segíteni a nőbeteget negatív érzéseinek leküzdésében. A lehetőségeihez mérten részt kell vennie az **Egészség Évti-**

zedének Johan Béla Nemzeti Programja kitűzött céljainak megvalósításában: „**A méhnyak-daganatok miatti halálozás 40-80% -kal csökkenjen!**”

5. ÖSSZEFOGLALÁS ÉS KÖVETKEZTETÉSEK

Az általunk végzett 200 főre kiterjedő felmérés alapján megerősítést nyert, hogy a vizsgálatban résztvevő egészségügyi szakdolgozók és főiskolai hallgatók véleménye nem tér el lényegesen az átlagpopulációtól, annak ellenére, hogy az egészségügyi dolgozók ismeretei szerteágzóbbak az egészséggel és betegséggel kapcsolatosan. Az első évfolyamos főiskolai hallgatók tanrendje szerint a második és a harmadik tanévben kapnak bővebb ismereteket e témakörökben.

A főiskolai hallgatók 48%-a elégedetlen a szűrésről való tájékoztatással, 41%-a elégedetlen a jelenlegi szűrési gyakorlattal.

Második feltevésünk is megerősítést nyert, hogy a betegségmegelőzési viselkedésmód el-sajátítása, az egészség megőrzése, annak javítása, fejlesztése terén nagyon sok tanulnivalója van még a magyar női lakosságnak. Azt gondolnánk, hogy magas szintű ismeretek birtokában jobbnak kellene lenni az egészségszemlélet érvényesülésének.

A szakemberek ismerete a szűrésről jó, további tanulási szándéka egyértelmű, motivációja pozitív. A hatékonyság növeléséhez szükséges: az anyagi ráfordítás növelése, a propaganda bővítése, az egészségügy reorganizációja, a lakosság együttműködési készségének fokozása.

Minden igyekezet ellenére hazánkban a méhnyak szűrésének hatékonysága elmarad a nyugati országok gyakorlatának eredményességétől. Szükségessé vált a méhnyakrákszűrés jelenlegi rendszerének átszervezése és korszerűsítése.

Szervezett szűrés kell! A szolgáltatók által, központilag kezdeményezett, közpénzből finanszírozott, nagy, az életkor alapján veszélyeztetettnek minősülő lakosságcsoportokra

kiterjedő, szakmailag indokolt gyakorisággal végrehajtott népegészségügyi program.

A méhnyakrák okozta halálozás csökkenése akkor várható, ha minden veszélyeztetettnek minősülő személy térítés nélkül jogosult igénybe venni. Az állam biztosítja az infrastrukturális, anyagi feltételeket, a szakszemélyzetet, az adatvédelmi előírások betartását és egészségnevelési feladatokat lát el.

Szombathelyen a méhnyakrákszűréstől távol maradtak a nők. A program 2003 októberében kezdődött, azóta 4150 meghívó levél ment ki (csak szombathelyi nőket hívtunk eddig), és mindössze 299-en jelentek meg, 7,2 százalékos a részvételi arány.

A másodlagos prevenció program eredményessége csak akkor lehetséges, ha a lakosság tudja, hogy miért hívják őket, mit nyernek-mit veszítenek, ha otthon maradnak.

Az egészségnevelésnek tehát kulcsszerepe van és ennek koordinálására kiképzett, helyben tevékenykedő, egészségügyi szakemberek szükségesek.

Az egészségügyi szakdolgozók, a szülésznők, az egészségtan tanárok buzdítása, bátorítása meghatározhatja a szűrésen történő megjelenést.

Hogyan segíthetjük a nagyobb részvételi arányt? A szorongás csökkentésére és a részvétel elősegítésére a következő módszerek alkalmasak:

- több információ nyújtása
- a kommunikáció minőségének javítása
- a nők elégedettségének fokozása
- a nők egészséghitének növelése, erősítése.

A célzott, szervezett lakossági szűrésnek milyen kedvező hatásai várhatók?

- csökken a daganatos halálozás
- nő a várható élettartam
- gyakrabban végezhető konzervatív műtét
- lelki megnyugvás, hogy nincs daganat.

Az alapellátásban dolgozó teamnek, amely megelőző tevékenységet folytat olyanok körében, akik egészségesek, vagy egészségesnek hiszik magukat, **etikai kötelessége**, hogy a megelőző tevékenységből származó hasznot maximálisra növelje és a potenciális káros hatásokat minimálisra csökkentse.

A lakosok az életvezetésre vonatkozó információkat, oktatást és orvosi tanácsot a személyes életükbe való betolakodásnak tekintetik és akkor elutasítóak lesznek. De a veszélyekre való figyelmeztetés járhat azzal is, hogy az emberek bizonytalanok lesznek egészségük felől, testükben figyelmeztető jeleket keresnek és félnek, hogy valamilyen szörnyű betegségük lehet a jövőben.

El kell érünk, hogy minden információt és tanácsot az egészségükhöz való pozitív hozzájárulásként tekintsenek, hiszen az a szándékunk, hogy egészségük megőrzésével és elősegítésével a javukat szolgáljuk. (Morava, 2003).

IRODALOMJEGYZÉK

1. Bánhegyi D. et. Al. (2002) Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja Budapest, 67-70, 83-86 oldal
2. Botár Z.- Frenkl R.- Kereszty A.- Mohácsi J. (2002): Egészségtan-Sportegészségtan I. Budapest, 7. oldal.
3. Boyle, P. és Eckhardt, S. (1996) Európai Rákellenes Kódex. Magyar Onkológia, 40. 68-75.
4. Dési I. (szerk.) (2001): Népegészségtan. Semmelweis Kiadó. Budapest, 29-30 oldal.
5. Döbrössy L. (szerk..) (2000): Szervezett szűrés az onkológiában. Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató. Egészségügyi Minisztérium, 18-19 oldal.
6. Ewles L.-Simmnett I. (1999): Egészségfejlesztés Gyakorlati útmutató Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest 246-248 oldal.
7. Forrai J. (2002): A magánélet és az egészség kultúrája I. Dialóg Campus Kiadó. Budapest-Pécs, 41-42, 47-48 oldal.
8. Lapis K. (2001): A rákról őszintén férfiaknak és nőknek. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest. 84-85 oldal.
9. Lelkes M. (szerk.) (2004): Közegészségtan Budapest, 52-56 oldal.
10. Morava E. (2003): Prevenció az alapellátásban. Agora nyomda, Pécs, 5-6 oldal.
11. Simon T. (2003): Az egészség alapja az egészségnevelés in: Természet Világa 134. évf. II. különszám, 4-5 oldal.

The role of the hygiene teacher in cervical screening

Gáspár, A.

The aim of the study: to obtain information regarding opportunities for the early diagnosis of malignant tumours, to ascertain what healthcare specialists, the general public and future healthcare professionals know and think about screening.

Survey methodology and sample: The survey was conducted using a questionnaire, in the town of Szombathely, in March of 2002 and 2004. The number of completed questionnaires suitable for evaluation was 200.

Results: The survey data showed that the level of screening among the female population remains below the desirable level. The opinion of the healthcare workers and college students does not differ significantly from that of the general population.

Conclusions: The female Hungarian population has much to learn regarding the adoption of a preventive approach, and how to maintain and improve their health. Hygiene teachers need to turn their attention to the privacy culture, by helping to avoid high-risk behaviour and teaching damage reduction.

(NŐVÉR, 2005, 18, 1, 3-11.)

[Vissza a tartalomhoz](#)

KÖNYVISMERTETÉS

Könyvismertetés

Halmos Tamás – Kautzky László – Suba Ilona: Metabolicus syndroma. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest 2005. 348 oldal, ISBN 963 242 94, ára: 3700,-Ft

A metabolikus szindróma klinikumával, kezelésével, gondozásával és megelőzésének kérdéseivel foglalkozó könyv harmadik, bővített kiadásban jelent meg 2005. januárjában.

A metabolikus szindróma "civilizációs népbetegség", melynek jelentősége az eltelt másfél évtizedben hihetetlen mértékben előtérbe került. Ennek oka –többek között– az, hogy a szindróma prevalenciája az európai eredetű népességben kb. 20-25%-os (ez az arány hazánk felnőtt lakosságára is vonatkozik!).

A szindróma definíciója az idők során (főleg az ismeretek bővülése következtében) számos átalakuláson ment keresztül. A szerzők felhívják a figyelmet arra is, hogy a tünetegyüttes komponenseiről nem mindig dönthető el, hogy okai, vagy következményei egymásnak.

A tünetegyüttes (diabetes mellitus, hypertonia,

zsíryanycsere-zavar, köszvény) halmozott cardiovascularis kockázati tényező, ebből következően jelentősen hozzájárul a gyakori szív- és érrendszeri halálához.

A könyv egyes fejezetei a metabolikus szindrómát különböző aspektusokból tárgyalják.

A szerzők hangsúlyozzák, hogy a metabolikus szindróma kezelése kizárólag holisztikus terápia alkalmazásával lehet sikeres. A gyógyszeres kezelés mellett az életmódváltoztatás, a testmozgás, a diéta, az edukáció, a gondozás elengedhetetlen.

Mivel a prevencióban és a kezelésben-gondozásban kiemelkedő szerepe van a jól képzett egészségügyi szakdolgozónak, (ápoló, dietetikus, egészségfejlesztő, kardiológiai szakasszisztens, diabetológiai szakápoló stb.) ezért ajánlom ezt az interdiszciplináris szemléletű könyvet szakirodalmi tanulmányozásra. Biztos vagyok abban, hogy a korszerű ismeretek hasznos segítséget nyújtanak a mindennapi betegellátás során.

Dr. Zékányné Rimár Ilona



Éducation et culture- Education Et culture

Leonardo da Vinci

Projets pilotes - Pilot projects



T á j é k o z t a t á s

a Leonardo II. program keretén belül folytatott középszintű ápolásmenedzsment projektről

A *Leonardo II. program* a középszintű ápolásmenedzsment témakörét helyezte középpontba. A nemzetközi projekt nyitó értekezlete 2002. március 11-17. között Brüsszelben, a záró értekezlete pedig 2004. október 18-24 között került megrendezésre.

A program az Európai Bizottság engedélyével és támogatásával folyt.

A program kidolgozója: Assistance Publique Hospitiaux de Paris (APHP)

A program nemzetközi koordinátora: Jacqueline Serreau

A program munkanyelve: francia.

A projekt fő célkitűzése közösségi akcióprogram kidolgozása az osztályvezető ápolók munkájára, menedzselésére, szakképzési politikájára.

Szükséges kidolgozni egy szakmai referencia anyagot a közösen kialakított módszertan alapján, meghatározni a kompetenciákat, felelősségi szinteket és a szakmához, munkakörhöz tartozó tevékenységeket rendszerezni.

Hét ország partnerségi kapcsolatban lévő helyei:

- Belgium – Brüsszel,
- Csehország – Prága,
- Bulgária – Szófia,
- Franciaország – Párizs, Marseille,
- Portugália – Lisszabon,
- Spanyolország – Barcelona,
- **Magyarország – Szeged**

A magyarországi program az Egészségügyi Minisztérium egyetértésével történt, és a fontosabb egyeztető fázisban a minisztérium részéről a képviselőket a Gyógyító és Ápolási Főosztály biztosította **Tóth Ibolya osztályvezető** delegálásával.

A magyarországi projekt szakmai felelőse:

- a Szegedi Tudományegyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar képviselőjében **Dr. Helembai Kornélia, az Ápolási Tanszék vezetője,**

- a Tudományegyetem kari ápolásvezetés képviselőjében **Dr. Csanádi Lajosné, kari vezető főnövér** asszony volt.

Az osztályvezető ápolói munka áttekintését, valamint az oktatási program kidolgozását, megvalósítását a szakmai partnerek munkatársai és minisztérium szoros együttműködésben végezte el.

Az ápolás menedzsment területén az osztályvezető ápolók új típusú feladatkörével kapcsolatosan elkészült nemzetközi referencia anyag fordítása, terjesztése vonatkozásában – APHP szerződés értelmében – **kizárólag** az Egészségügyi Minisztérium rendelkezik.

A referencia anyag **hivatalos magyar nyelvű fordítása** és kiadványban történő megjelentetése várhatóan **2005. áprilisáig elkészül**. Ezt követően nyílik lehetőség arra, hogy a különböző továbbképzési programok rendszerébe beépülésre kerülhet.

A minisztérium az elkészült nemzetközi referencia anyagot az ápolásmenedzsment területén széles körben terjesztetni kívánja, és a hazai koncepcionális fejlesztések során figyelembe kívánja venni.

A referencia anyag francia és angol nyelven olvasható a minisztérium honlapján: www.eum.hu / *Hírek és események rovatban*

További információ kérhető: Egészségpolitikai Főosztály,

Tóth Ibolya osztályvezető, telefonszám: 301-7934, 301-7935

Tóth Ibolya

osztályvezető

Egészségügyi Minisztérium, Egészségpolitikai Főosztály

[Vissza a tartalomhoz](#)

ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS

Ulcus cruris etiopathogenesisise

Kökény Judit

diplomás ápoló

Heves Megyei Önkormányzat Markhot Ferenc Kórház-Rendelőintézet, Bőrgyógyászati osztály

A vizsgálat a Heves Megyei Önkormányzat Markhot Ferenc Kórház-Rendelőintézet Tudományos és Oktatási Bizottsága által kiírt Markhot Pályázatra készült.

Összefoglaló:

A vizsgálathoz a Heves Megyei Önkormányzat Markhot Ferenc Kórház-Rendelőintézet, Bőrgyógyászati osztály 3 éves (2001-2003) dokumentációjának elemzését (ápolási, orvosi, stb.) és az osztályon fekvő betegekkel készített interjú eredményét használtam fel. A betegdokumentáció, valamint az interjúk értékelése alapján elmondhatjuk, hogy a nők körében gyakoribb az ulcus cruris és az idősebb korosztályt érinti leginkább (60-80 év), illetve a vizsgált három év folyamán az ulcusos betegek száma egyre növekvő tendenciát mutat.

I. ELŐSZÓ

A sebgyógyítás évezredek óta az egyik legősibb és egyben alapvető orvosi tevékenység. A sebgyógyítás nagy kihívás az orvostudomány számára. A chronicus sebek kezelése fontos orvosi és gazdasági probléma.

Nehezen gyógyuló sebek azok a sebek, amelyek a fiziológiásnak tekinthető 2-3 hetes időszak alatt nem gyógyulnak. A leggyakoribb chronicus sebek a lábszárfekélyek és a decubitus.

E téma tárgyalására a mindennapi betegellátás során felmerülő esetgyakoriság miatt kerítettem sort.

Korunk vezető megbetegedései közül az első helyen állnak a keringési megbetegedések, és következményes tünetei. Az egyik leggyakoribb következményként a vénás rendszer elégtelensége léphet fel az alsó végtagban, ennek legsúlyosabb szövődményeként alakul ki az ulcus cruris.

Az ulcus cruris kialakulásának megértéséhez fontos tudni a postthromboticus syndroma fogalmát.

Postthromboticus syndroma alatt olyan mélyvénás thrombosis utáni állapotot értünk,

amely az alsó végtag chronicus vénás elégtelenségéhez vezet. (lásd később: CVE)(8)

Az ulcus cruris közvetlenül nem életveszélyt jelentő betegség, de sok problémát okoz, mert nehezen gyógyul, fájdalmas, évekig tartó kötözést igényel.(8)

A megbetegedések számának növekedésére a társadalmi változások kedvezőtlen hatással vannak. Okként sorolhatók ide a helytelen életviteli szokások (nem megfelelő táplálkozás, stresszállapot, létbizonytalanság, kóros szenvedélyek, genetikai hajlam, elhízás, mozgásszegény életmód).

Az ulcus cruris igen gyakori, mintegy 100-150 ezer embert érint Magyarországon. Statisztikai adatok szerint a lakosság 10-15%-ának van az alsó végtagon olyan tünete, amely a vénák chronicus elégtelenségére utal. Ezen páciensek 1-2%-nál alakul ki ulcus cruris.(3)

Sajnos ez a statisztikai mutató minden valószínűség szerint még rosszabb képet mutat, ha feltételezzük, hogy nagyon sok ember átlagos egészségi állapota nincs regisztrálva (tudatlanság, korlátozott anyagiak, szemlélet, rohanó életstílus, egymás iránti közömbösség).

Epidemiológiai vizsgálatok szerint a vénás eredetű fekélyek a nyugati országokban is igen

gyakoriak. Az Egyesült Államokban 1992-ben 500.000 lábszárfekélyt tartottak nyilván.(4) A nők illetve a férfiak körében előfordulási aránya 3:1, részben a nők hosszabb élettartama miatt. A vénás fekélyek prevalenciája a becslések szerint 0,3 %, vagyis alig több, mint 300 felnőtt közül egynek aktív fekélye van. A prevalencia itt is mindkét nem esetében folyamatosan növekszik az életkorral. 60 év alatt 0,1 %, 61 és 70 éves kor között 0,4 %, míg 80 éves kor felett már több, mint 2,0 %.

Érdekességképpen, egy svédországi kis falu 70 éves és idősebb lakosai között a gyógyult illetve aktív lábszárfekélyek prevalenciája 12,6%. (13)

Az érbetegségek ellátása komplex feladat, amely a kórlefolyás szerint hol belgyógyászati kezelést, hol sebészi beavatkozást jelent. A háziorvosnak komoly szerepe van a kórképek felfedezésében, szükség esetén szakintézeti elhelyezésében, majd a szakkonzílium által meghatározott terápiás elvek alkalmazásában, s végül a rendszeres gondozásban. (7)

A vizsgálat elkészítéséhez és hipotéziseim igazolásához a Heves Megyei Önkormányzat Egri Bőrgyógyászati osztály 3 éves (2001-2003) dokumentációjának elemzését (ápolási, orvosi, stb.) és az osztályon fekvő betegekkel készített interjú eredményét használtam fel.

1.1. Hipotézisek

Feltételezésem szerint:

- Az *ulcus cruris* betegek száma a nők körében magasabb, mint a férfiak esetében
- Az *ulcus cruris* betegségben szenvedők száma az évek során fokozatosan emelkedik
- Az *ulcus cruris* betegségben szenvedő páciensek aránya növekszik
- Az *ulcus cruris* mögött álló okok között a leggyakoribb a vénás keringési zavar
- Mivel a fentiekben említettek alapján az *ulcus cruris* nem diagnózis, csupán tünet, az *ulcus* kialakulásában szerepet játszó belgyógyászati betegségek közül a szív- és érrendszeri megbetegedések, illetve a diabetes mellitus a leggyakoribb morbiditási tényező, melynek szerepét az elvégzendő kutatással szeretném

igazolni, továbbá azt a tényt hangsúlyozni, hogy az okok feltárásával tudunk hatékony megelőző munkát végezni, melynek célja az életminőség javítása

- Az anatómiai változások következtében az *ulcus cruris* előfordulása idős korban a leggyakoribb

- Az *ulcus cruris* fennállási ideje több, mint 5 év

1.2. *Ulcus cruris* kórtani története

Az alsó végtag vénás bántalmi az ember legrégebbi betegségei közé tartoznak, ami a két lábon járással függ össze.

A visszérbetegségről szóló első írásos emlék az Ebers-papirusz, ami i.e. 3500 tájáról származik. Hippocrates munkásságából ismerjük már a vénás eredetű lábszárfekélyt is, de mind a mai napig nem tudjuk ezeknek az állapotoknak az okait.(2)

A visszértágulatok keletkezésének okát egészen a múlt század elejéig a vér rossz összetételében látták. Az a nézet, hogy a visszerek és a lábszárfekély között összefüggés van, csak nagyon lassan tört magának utat.

Az ókortól a XVIII. század első feléig egyszerű volt az *ulcus* definíciója: megkülönböztették a jóindulatú gennyet (*pus benignum*) a rosszindulatútól (*pus malignum*) és számos módszert dolgoztak ki a genny vizsgálatára.

J.S.J. London adatai szerint a lábszárfekély oka Angliában a XVIII. században hasonló volt ahhoz, amit ma a trópusokon látunk: fertőzés, alultápláltság, neoplasia, a tuberculosis, a syphilis és a lepra domináltak. Nagy jelentősége volt a scorbutnak különösen a tengerészek között, akiknél a sebek, horzsolások fertőződtek és nem gyógyultak többek között C-vitamin hiány miatt.

Németországban a lábszárfekély, vagy „lábszárfrász”, elnevezést csontmegbetegedések számára tartották fenn.

A XX. század elejére általánossá vált a felületes vénás pangás okozta oki tényező. Ez volt a *varicosus symptoma complexus* korszaka.

A phlebographia mindinkább a mély vénák elégtelenségét helyezte előtérbe. A II. Világháború után a varicosus symptoma komplexus elvesztette jelentőségét és a *post-thromboticus syndroma* vált dominálóvá. Később kiderült, hogy sok ulcusos betegnél nem volt előzetes phlebothrombosis. Így a thrombosis nélküli mély vénás elégtelenség, főleg pedig a perforans vénák insufficienciája került az ulcus keletkezés központjába. Divatba jött a *perforans doktrína*.

Végül a *CVE*, mint gyűjtőfogalom egyesítette a varicosus symptoma komplexust a *post-thromboticus syndromával* és a mély vénás elégtelenséggel.

1.3. Kezelési formák története

A korai középkorig az orvosok sebészi beavatkozást is végeztek. 1215-ben a 4. Lateráni Zsinat eltiltotta az orvosokat a sebészi tevékenységtől. Ez az állapot Németországban csak a múlt század közepén szűnt meg. Az orvosok karokban, a kirurgusok céhekben egyesültek. Lábszárfekélyes beteghez a kirurgus az orvost is magával vitte, hogy a felelősséget megossza. Ha ez a kettős kezelés sem hozott sikert, akkor a fekélyt a varázslat következményének, halálsérvnek, „malum mortuumnak” tekintették, amelynek meggyógyítása a halált vonja maga után.

(Petersen 1893).

Gyógyszeres kezelés:

Eltiltották a savanyú ételeket, mert azt hitték, hogy a varixokat és fekélyeket savanyú, sűrű vér okozza. A „véres és vértelen hasi megbetegedések” ellen hashajtót, beöntést, hánytató–vizelethajtó–izzasztó gyógyszereket adtak.

Lokális kezelés:

A teljes hazai fa–cserje–virág és fűszernövényeket felölelte, valamint az egzotikus flórát. Elégetett koponyacsontok hamuját, tömjént, mohát, állatok gyomornedvét, izzó szent raktak a fekélyre.

Sebészi terapia:

A vénás rendszeren már az ókorban végez-

tek műtéteket. Celsus (I. század) írásai is ezt bizonyítják. Az anesztézia és az aszepszis bevezetéséig ezek a beavatkozások fájdalomosságuk és veszélyességük miatt nem játszottak említésre méltó szerepet.

Trendelenburg (1884–1924) nagy érdeme, hogy a kellő időben, vagyis az anesztézia és az aszepszis megteremtése után, helyreállította a varix sebészet becsületét és megalapozta a modern visszérsebészetet.

Nussbaum (1857-ben) a fekély körüli keskeny bemetszéseket vászondarabkákkal tamponálta. Ezeket - ahogy Trendelenburg leírja - a beteg lepedőjéből tépték, a betegnek pedig gyakran gennyese sebe volt.

Meg kell említeni a régi sebészet egyik elrettentő beavatkozását, a *fontanellát*. Lényege az volt, hogy izzó vassal vagy késsel mesterséges fekélyt hoztak létre, amelyet vászon-, vagy fémdarabkákkal tartottak nyitva, hogy a rossz nedveket a szervezetből eltávolítsák.

Konzervatív kezelés:

II. Frigyes sziléziai háborúja után a vízkezelés divattá vált.

Gossner 1866-ban számolt be egy lábszárfekélyes betegről, aki hat hétig éjjel–nappal fürdővízben ült. Ez volt a hidroterapia őse. A modern hidrokolloidális kötés pedig annak a nedves kamrának az utóda, amelyet Billroth batiszttal és gyapottal már 1914-ben alkalmazott.

Az a módszer, amely a babonák és tévhitek között egyedül őrizte meg a mai napig kimagasló jelentőségét, az a kompressziós kezelés. Lényege a „pólyázó kötés” és a beteg járatása.

A tassili barlang sziklarajzain bepólyázott lábú alak látható, ezelőtt 4000 évről.

A Kr.e. 450-ben írott Corpus Hippocraticumban olvasható, hogy a lábszár bepólyázása a felső testfélbe hajtja a vért.(12)

II. AZ ULCUS CRURIS ETHIOPATHOGENESISE

Az *ulcus cruris* csupán tünet, de nem diagnózis. *Secunder* elváltozás, melynek oka nagyon sokféle lehet. Az *ulcusi* gyakran le-

egyszerűsítve azonosítják a vénás eredettel. Igaz, hogy a lábszárfekélyek 85–90 %-a vénás eredetű, de ez helytelen sztereotípiá, hiszen terápiás hibákhoz vezethet.

II.1. Az *ulcus cruris* kialakulásának pathomechanizmusa

Az *ulcus cruris* kialakulásának megértéséhez már ismerjük a postthromboticus syndroma fogalmát, melyet fentebb említettem.

A postthromboticus syndroma kifejlődése annak a hiányosságnak a következménye, amely egyrészt a thrombosis megelőzése, másrészt az acut mélyvénás thrombosis felismerése és adekvát kezelése terén fennáll. A postthromboticus syndroma tehát a mélyvénás thrombosis utáni állapot késői stádiuma. A tünetek kifejlődésének ideje 1–2 évtől 10–15 évig terjedhet.

II.2. A postthromboticus syndroma patomechanizmusának fő lépcsői

A billentyűelégtelenség okozta vénás hypertensio, a kapillárisfal permeabilitásának megváltozása és a pangó vér fibrinolitikus insufficienciája.

A postthromboticus syndroma tünetei között találjuk:

- Venectasia
- Haemosiderin pigmentatio
- Oedema
- Dermatosclerosis
- Bőr atrophia
- Pangásos lábszár ekzema
- *Ulcus cruris*

II.3. Az *cruris*, mint poliethiológias symptoma

Az *ulcus cruris* oka olyan sokféle lehet, hogy a pontos ethiológiai osztályozás nehézségekbe ütközik.

A gyakorlat számára hasznos Klüben csoportosítása:(5)

- *Ulcus cruris venosum*
- *Ulcus cruris arteriosum*
- *Ulcus cruris exogenicum*
- *Ulcus cruris infectiosum*
- *Ulcus cruris trophicum*
- *Ulcus cruris haematopathogenicum*
- *Ulcus cruris neoplasticum*
- *Ulcus cruris recidiva*

II.3.1. *Ulcus cruris venosum* (1.kép)

Ez a típus fordul elő túlnyomó többségben, ahol a chronicus vénás insufficiencia (lásd később:CVI) egyéb jelei is részben vagy egészben megtalálhatók. Ezek a vénatágulatok, oedema, pigmentatio, induratio.

Az *ulcus cruris venosum*, ha subfascialis CVI talaján jön létre, akkor *ulcus cruris postthromboticum*ról beszélünk. Pathogenesise ugyanaz, mint a postthromboticus syndromáé.

A folyamat elindításában meghatározó szerepe van az oedemának és a vénás hypertensionak. Az oedema önmagában nem okoz *ulcus* képződést, mert lymphoedemában és elephantiasisban alig fordul elő. A hidrodinamikai okokon kívül még számos ismeretlen tényezőn múlik, hogy kialakul-e lábszárfekély.

Ilyen tényezők közé sorolható a maximálisan tágult, de oxigénben szegény kapillárisok, a kapillárisfal átteresztőképességének megváltozása, a bőr rugalmasságának csökkenése, stb.

Létrejöhet az *ulcus suprafascialis CVI* alapján is, ilyenkor több ok együttesen játszik szerepet abban, hogy ez a szövődmény kifejlődjön.

Pangást fokozó tényezők:

- Nehéz fizikai munka
- Latens vagy manifeszt cardialis insufficiencia
- Izompumpa-tevékenységet gátló ízületi merevség vagy súlyos mozgásszervi betegség
- Bőr rugalmasságának csökkenése

Primer varicositas talaján is kifejlődik. Gyakorlati szempontból a legfontosabb



eldönteni azt, hogy az ulcus sub- vagy suprafascialis CVI alapján jött létre. Ugyanis suprafascialis forma esetében egy varixműtét gyógyulást eredményezhet.

Leggyakoribb keletkezési helye a belboka terület vagy a felette lévő rész, miután itt a legnagyobb a hidrosztatikus nyomás és vékony a fascia.



II.3.2. *Ulcus cruris arteriosum* (2.kép)

A következő felsorolásban azok az okok szerepelnek, amelyek alapján az ulcus cruris arteriosum kialakulhat.

- II.3.2.1. *Elsősorban arteriosclerosis obliterans talaján jön létre.*

Klinikai jellemzője, hogy gyorsabban alakul ki és fájdalmasabb, mint a vénás fekély.

A fekélyen vagy a szélein necrosis látható, amely mélyre terjed, gyakran az inak és a csont is szabadon fekszik. Ritka a megjelenése a belbokán, inkább a külbokák fölött a lábháton, vagy a tibia élén alakul ki.

Létrejöttéhez bizonyos realizációs faktorok is szükségesek..

Ilyenek pl.: banális traumák és fertőzések, helytelen terápiás beavatkozások, lokális meleg (termofor, hideg–meleg fürdő), mely anyagcserefokozódást idéz elő a rosszul táplált szövetekben, oxigénhiányosságuk ezáltal növekszik, és ez necrosishoz vezet.

- II.3.2.2. *Diabetesben is létrejöhet mikro- és makroangiopathia alapján, ilyen esetben a fekély széle gyulladt, nehezen gyógyul.*

- II.3.2.3. *A vasculitis immunoallergiás alapon keletkező arteriolitis. A mély csomós forma kifekélyesedése okoz ulcust. Patológiai alapja az immunkomplex képződés.*

- II.3.2.4. *Fajtái:*

- Felületes
- Purpurás
- Mély
- Csomós forma

Sokszor bacterialis allergia áll a háttérben,

ezért a kezelése is ennek megfelelően antibakteriális és immunszuppresszív.

- II.3.2.5. *A pernio ulcus oka a hidegártalom miatt kialakuló mikrocirkulációs zavar*

Elsősorban az akrákon lép fel, akkor amikor a külső hőmérséklet emelkedni kezd.

- II.3.2.6. *Ritkán okoznak ulcust aneurysmák, főleg az arteria poplitea és az arteria femoralis aneurysmái, másrészt, hogy nyomják a vena popliteát vagy a vena femoralist és pangást okoznak thrombosis, embolia, kísért elzáródás következtében.*

- II.3.2.7. *Tisztán arteriás fekély bár gyakorisági sorrendben a második helyen áll a vénás ulcusok mögött, viszonylag ritka.*

Gyakorlati szempontból fontosabb a kevert fekély, ilyenkor a vénás pangás mellett arteriás elzáródás is van. Ez a fekélytípus 9%-ban fordul elő a lábszárfekélyes betegek körében. Ezért elengedhetetlen minden lábszárfekélyes betegnél a pulzusok megtapintása, a beteg kikerdezése dysbasiás panaszok irányában.(10)

II.3.3. *Ulcus cruris exogenicum*

Két fajtája ismeretes:

- II.3.3.1. *Ulcus traumaticum:*

Valamilyen véletlen baleset, mechanikai, fizikai, vagy vegyi hatás okoz.

- II.3.3.2. *Ulcus arteficialis :*

A beteg tudatosan idézi elő.

II.3.4. *Ulcus cruris infectiosum:*

Ennek a fekélynek a fő oka az infectio. Az ulcus cruris pyogenicumot gennykeltő baktériumok okozzák azoknál az egyéneknél, akiknek a védekező képessége csökkent vagy rossz higiénés körülmények között élnek. Lábszárfekélyt okozhatnak mély gombás folyamatok, bőr–tbc és lues is.

II.3.5. *Ulcus cruris trophicum:*

Kialakulhat kiterjedt hegekben (égés, rtg-besugárzás), atrophias bőrfolyamatokban. Ilyen pl.: petyhüdt sorvadással járó állapotokban, scleroderma progressivumban. Előfordul ez a fajta ulcus harántlesioban, polyomyelitisben is.

II.3.6. *Ulcus cruris haematopathogenicum*:

Kialakulásának oka a vér összetételének megváltozása.

Pl.: hyperchrom anaemiában, sarlósejtes anaemiában, haemoliticus icterusban, CML-ben.

Pl.: hyperchrom anaemiában, sarlósejtes anaemiában, haemoliticus icterusban, CML-ben.

II.3.7. *Ulcus cruris neoplasticum*:

Kialakulhat papillomatosis cutis carcinoides talaján. Okozhatja basalioma, spinocellularis carcinoma.

A differenciáldiagnosztikai probléma abból származik, hogy a legkülönbözőbb okok ugyanazt a makromorfológiai képet eredményezhetik.

Bizonyos esetekben van néhány klinikai sajátossága a klinikai képnek, mégsem sikerül mindig ugyanazon az alapon pontos diagnózist felállítani.

II.3.8. *Ulcus cruris recidiva*

A vénás keringési zavar talaján kialakult ulcus recidivájában és/vagy sikertelen kezelésben több tényező játszik szerepet:

- Kompressziós kötés elhanyagolása
- Vénás nyomás fokozódását előidéző életmód
- Bőrt érő trauma
- Steroid tartalmú externák indokolatlan alkalmazása
- Helyi therapiás polipragmazia és következmény szenibilizáció
- Hegyes bőrfelület sérülékenysége
- CVE előrehaladott volta
- Évszakok szezonális változásai
- Együttműködés teljes hiánya

III. EREDMÉNYEK

A kutatás eredménye azt látszik igazolni, hogy az ulcus betegségek esetszáma a kutatási időszak alatt (3 év) hullámzó tendenciát mutat:

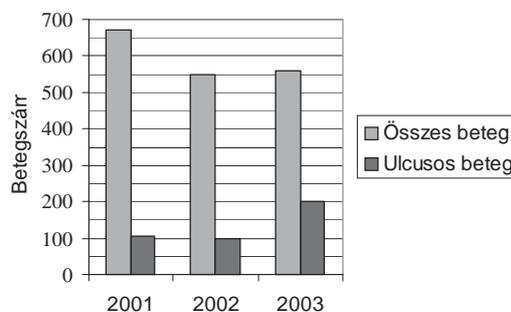
2001-ben	106 eset	100%
2002-ben	97 eset	91%
2003-ban	152 eset	143%

Az ulcus cruris előfordulása az adott években

kezelt egyéb betegségekhez viszonyítva, növekvő képet mutat:

15%, 17%, 27%.

Ulcus crurisos betegek aránya 2001-2003-ig

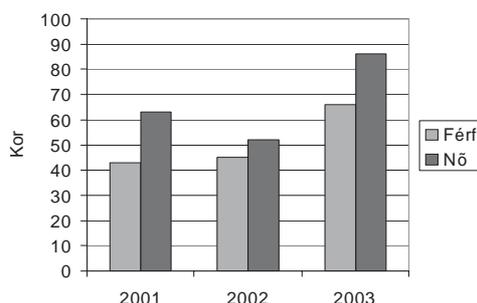


Beigazolódott, hogy a női ulcusos betegek száma magasabb a férfiakénál.

Nő – férfi esetszám a vizsgált években:

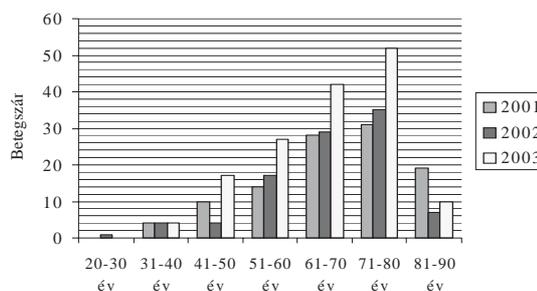
63 – 43 fő, 52 – 45 fő, 86 – 66 fő.

Ulcus crurisos betegek nemek szerinti megoszlása 2001-2003-ig



A kutatás eredménye alátámasztja azt a feltételezést, hogy az ulcus cruris leginkább az idős korosztály betegsége, akik közül is a legérintettebbek a 60 és 80 év közöttiek.

Ulcus crurisos betegek kor szerinti megoszlása 2001-2003-ig



Ulcus cruris típusainak előfordulási gyakorisága			
Ulcus típusai	2001	2002	2003
Ulcus cruris venosum	12	13	67
Ulcus cruris arteriosum	32	17	23
Ulcus cruris exogenicum	1	0	0
Ulcus cruris infectiosum	0	0	0
Ulcus cruris trophicum	0	1	1
Ulcus cruris haematopathogenicum	1	0	0
Ulcus cruris neoplasticum	0	1	2
Kevert ulcus cruris	30	35	59

- A vizsgálat igazolja hogy az ulcus cruris mögött álló okok között a leggyakoribb a vénás keringési zavar, mely a három év alatt 152 esetben volt kórokként fellelhető.

A második helyen áll a kevert típusú ulcus cruris, ahol mind a vénás, mind pedig az arteriás eredet jelen van. A vizsgált időszakban 124 esetet találtam.

Az arteriás ulcus cruris bár kisebb számban fordul elő, mégis a vénás eredet után 72 esetben vezető szerephez jut.

A kapott eredmények azt igazolják, hogy az ulcus cruris fennállása:

5 év alatt 19,5%-ban,

5 és 8 év között 56,5%-ban,

8 év fölött 24%-ban fordul elő.

IV. ÖSSZEFOGLALÁS

Az eddig leírtakból következik, hogy minden esetben törekedni kell az ulcusok eredetének tisztázására. Az alkalmazott therápia a differenciál diagnózison alapszik. Az ulcus cruris nem tarozik a CVE első tünetei közé, de gyakran ez az első tünet, ami a beteget orvoshoz viszi. Az ulcus cruris varicosum manifesztációjában az adekvát kezelés és tanácsadás nélkül eltelt időszaknak is fontos szerep jut.

Az ulcus cruris venosum probléma kulcskérdése a **megelőzés**. A veszélyeztető kockázati tényezők feltárásával, előrejelző jelentőségük kimutatásával, ennek alapjai is lefektethetők. A prevenció legfontosabb elemei a betegek szűrése, az idejében elvégzett korszerű műtétek (varicectomy), a mélyvénás

elzáródások korai felismerése és megfelelő kezelése, a betegek utógondozása. Rendkívül fontos a chronicus betegállapothoz vezető szubjektív panaszok és bőrtünetek korai felismerése. Az orvosi gyakorlatnak, kiindulva a betegség kezdete és a chronicus betegállapot közötti időbeli eltolódásból figyelembe kellene vennie a biológiai és szociális rizikófaktorokat is.

Fontos a mélyvénás elzáródást átélt betegnél a postthromboticus syndroma tüneteinek időbeli felismerése. Ugyanakkor nem szabad arról sem megfeledkezni, hogy a CVE potenciális jelöltjeinél a panaszok sokszínűek s nem ritka, hogy ezek mögött több szakterületet is érintő betegségek húzódnak.(6,14)

Több éves, vagy évtizedes késéssel módjában áll az orvosoknak a CVE-vel kapcsolatban a betegek felvilágosítása. A betegek belátása és együttműködése nélkül a profilaxis és a már megkezdett kezelés eredményessége nem kielégítő. Különösen fontos a betegek aktív közreműködése, ha átélt mélyvénás thrombosis utáni állapotról van szó. Minden egyes betegnek tudatában kell lennie annak, hogy a vénás elzáródás utáni érkárosodás egy életre szól, és a veszély, - hogy bármikor újabb thrombosis léphet fel, valamint hogy a késői következmények előbb, vagy utóbb jelentkeznek, jelentkezhetnek, - folyamatosan fennáll.

Az ulcus cruris venosumban szenvedő betegeknek egy életen keresztül szükség van gondozásra.

Diabetesben szenvedő betegnél fontos a belgyógyász, érsebész, és bőrgyógyász

együttműködése. Rendszeres vércukorprofil és megfelelő gyógyszeres terápia mellett megakadályozható a progresszió. Kiemelt szerepe van az életmódra és a helyes diétára vonatkozó ismereteknek.

Az infectológiai okokra visszavezethető ulcusok eredetében, az ok felderítése és kezelése után gyors gyógyulás érhető el.

Az eredmények megértéséhez fel kell tennünk azt a kérdést, hogy mi határozza meg a betegek többszöri osztályos kezelését?

Az osztályon fekvő ulcus cruris betegek TB által támogatott ápolási ideje csökkent a 10 évvel korábban finanszírozotthoz képest.

A betegek többszöri felvételét az osztályra befolyásolja a szociális háttér, családi körülmények, amelyek azt eredményezik, hogy az idős beteg lábszárfekélyének ellátása nem megfelelő, ezért a recidívák kialakulása gyakoribb.

Hátráltatja a gyógyulásukat, hogy idős korban egyéb belgyógyászati betegségek is kialakulnak, és a beteg nem tulajdonít elég jelentőséget, nem látja az összefüggést a belgyógyászati betegsége és a recidíváló ulcus között. Ezen okok a háziorvosra és a bőrgyógyászra is egyaránt felelősséget hárítanak.

A folyamatban szerepet játszik a lábszárfekély okainak kivizsgálása amiatt, hogy a fiatal beteg vizsgálata könnyebben kivitelezhető (pl.: varicectomia), mint idős betegnél, hiszen a tudatlanság, az ismeretek, információk hiánya félelmet, szorongást vált ki bennük. A félelem, szorongás eloszlításában egyaránt nagy szerep jut a beteget ellátó team (bőrgyógyász, háziorvos, ápoló) összes tagjának.

Fontos kiemelni azokat a betegeket, akiknek családjában a visszérbetegség és keringési zavarok generációkon keresztül előfordulnak, ilyenkor a hangsúlyt az alsó végtag keringési zavarainak szűrővizsgálatára kell helyezni. Hiszen a korai felismerés megakadályozhatja, illetve csökkentheti azoknak a rizikófaktoroknak a hatását, amelyek elősegítik, illetve kialakítják az ulcust.

A betegekkal készített interjú során felszínre került, hogy a páciensek idegenkednek a

kompressziós pólya, gumiharisnya viselésétől. Ennek a szemléletmódnak, beállítódásnak megváltoztatásában a megfelelő felvilágosításnak igen nagy szerep jut.

V. IRODALOMJEGYZÉK

1. Bihari I.: Elődeink a vénák betegségeiről. *Orvosi Hetilap* 133, 310-313, 1992.
2. Coleridge Smith P.D. Neutrophil activation and mediators of inflammation in chronic venous insufficiency. *J. Vasc. Res* 1999; 36 (suppl 1):24-36
3. Daróczy Judit dr. Kun utcai Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Budapest: A krónikus vénás elégtelenség – Ulcus cruris betegség korszerű szemlélete; <http://www.sote.hu/htsz/daroczy.htm>
4. Gloviczki, P. and Yao, J. S. T (ed): *Handbook of venous Disorders Guidelines of the American Venous Forum*, Champman and Hall Me., New York, 1996
5. Klüben: *Ätiologie und Pathogenese des ulcus cruris. Ergebnisse der Angiologie. Band 17.* 1978
6. Mayer, K.: *Zur neurologischen Differentialdiagnose von Missempfindungen und Schmerzen an den Beinen. Phlebol.u.Proktol.* 1987, 16,2-5
7. Meskó Éva dr. Flór Ferenc Oktatókórház, II. Belosztály, Kistarcsa: *Vénbetegségek a belgyógyász – angiológus gyakorlatában;* <http://www.sote.hu/htsz/meskoev.htm>
8. Partsch: *Reduction der ambulatorischen venösen Hypertonie durch Veneneinengung. III. Phlebologenwoche Ahrenshoop* 1983.
9. Partsch H.: *A new classification scheme of chronic venous disease in the lower extremities. The „CEAP” system. Phlebology* 10, 3-8, 1994.
10. Radó: *Phlebológiai gondozás tapasztalatai Dermatovener Haladása* 21. Sz., 1982.
11. Radó Gy.: *A lábszárfekély terápiajának története. Érbetegségek* 3 (2), 1996.
12. Radó György dr. II.ker.Szakrendelő Budapest: *Vénbetegségek és kezelésük orvosi kultúrtörténete;* <http://www.sote.hu/htsz/radogy.htm>
13. Ramelet A.: *A Clinical benefit of Daflon 500 mg in the most severe stages of chronic venous insufficiency* *Angiology* 2001; 52:S49-S56
14. Strunk,R.:*Claudicatio venosa intermittens der unteren Extremitäten. Phlebol.u.Proktol.* 1988, 17, 148-149.

Rövidítések

CVE	Chronicus Vénás Elégtelenség
CVI	Chronicus Vénás Insufficiencia

The etiopathogenesis of ulcus cruris

Kökény, J.

In the study I used an analysis of three years' (2001-2003) documentation (nursing, medical, etc.) from the Dermatological Department of the Markhot Ferenc Hospital and Clinic, run by the Heves County Council, and the results of interviews with inpatients at the department. Based on the patient records and an evaluation of the interview results, it can be established that ulcus cruris is more prevalent among females, and mainly affects the older age group (60-80 years), and that the number of ulcer patients has increased steadily over the three years under study.

(NŐVÉR 2005, 18, 1, 13-20.)

[Vissza a tartalomhoz](#)

Felhívás

Felhívás

Az Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Magyarországi Társasága 2005-ben is megrendezi a

Fiatalok Fórumát

Az ORFMMT Mozgásszervi Szekciója tudományos ülésével közös szervezésben, melynek programját a nyíregyházi Jósa András Megyei Kórház Rehabilitációs Osztálya állítja össze.

Várjuk 35 éven aluli rehabilitációs szakemberek jelentkezését bármely szakmából.

Az előadások maximum 8 percesek lehetnek. Zsűri fogja elbírálni a hallottakat.

Időpont: 2005.05.20.

Helyszín: Nyíregyháza, Jósa András Megyei Kórház, Sebészeti tömb, Földszinti előadóterem

Jelentkezési határidő: 2005.03.30.

Szükséges adatok: 1.Név (szerző, társszerző), 2.Születési év, 3. Előadás címe, 4. Levelezési cím, 5.

Szükséges technika (írásvetítő, diavetítő, párhuzamos vetítés, video, számítógép)

Cím: Dr. Vén Ildikó, OORI, 1528 Budapest, XII. Szanatórium u. 19., (Tel.: 06-1-3945733), e-mail cím:

i.ven@rehabint.hu

Az ebédigény bejelentése: Dr. Szilassy Géza, Jósa András Megyei Kórház, Rehabilitációs Osztály, 4400

Nyíregyháza, Szent István u. 68. (Tel.: 06-42-465666), e-mail cím: szilassy@josa.hu.

A jelentkezés lezárása után, a nap részletes programja megtalálható lesz a Társaság honlapján (www.rehab.hu).

A „szakma kiválója”

Országos szakmai versenyfelhívás

A verseny szervezői: Az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet és az Oxyológiai Társaság

A verseny célcsoportja: az egészségügy, illetve a szociális ellátás területén, a NEM sürgősségi osztályon dolgozó szakemberek.

A verseny célja: az elsősegélynyújtási ismeretek iránti érdeklődés felkeltése.

A verseny három fordulóban kerül megrendezésre.

Az első fordulóban az érdeklődők egy keresztrejtvényt oldanak meg, az elsősegélynyújtás témakörében, amelyet január, február hónapokban jelentetünk meg. A továbbjutás feltétele: a helyesen megfejtett teljes keresztrejtvény megküldése Intézetünkbe 2005. március 01-ig (Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, 1085 Budapest, Horánszky u. 15.) A borítékra kérjük ráírni:

„ Keresztrejtvény ”

A második forduló április hónapban, az Intézet 7 regionális központjában kerül megrendezésre. A versenyzők: írásbeli és gyakorlati feladatokat oldanak meg.

A döntő helyszíne: Nyíregyháza, Szakdolgozói Konferencia 2005. június.
A döntőbe továbbjutók: Oxymulátor CD-n és gyakorlatban oldanak meg feladatokat.

A háttér tananyag elérhető írásos formában az ETI Könyv- és jegyzetboltjában, (Elsősegély-nyújtás II. szint), illetve 2005 február végétől e-learning formában is az Internetről.

Az aktuális tudnivalókat információs lapunkban, valamint az ETI honlapján (www.eti.hu) olvashatják.

Telefonon: Bollókné Kiss Mária és Melczer Andrea szakreferensek adnak tájékoztatást a 06-1/429-4089 számon.

A laryngeális maszk használata az aneszteziológiai gyakorlatban

Kovácsné Barócsi Krisztina

aneszteziológus szakasszisztens

Heves Megyei Önkormányzat Markhot Ferenc Kórház-Rendelőintézet Központi Anaeszteziológiai és Intenzív Betegellátó Osztály

A vizsgálat a Heves Megyei Önkormányzat Markhot Ferenc Kórház-Rendelőintézet Tudományos és Oktatási Bizottsága által kiírt Markhot Pályázatra készült.

Összefoglaló:

Dolgozatom célja az intratracheális és a laryngeális maszkos narkózis összehasonlító költségelemzése, az eredmények bemutatása a költséghatékonyság és a betegelégedettség tükrében. A laryngeális maszk átmentet képez az arcmaszk és az intratracheális tubus között. Biztosítja a szabad légutakat a spontán légzés számára és megoldást jelenthet olyan betegeknek, ahol az intubálás nehézségekbe ütközik. A vizsgálatokkal sikerült igazolni, hogy a laryngeális maszk alkalmazása gazdaságos, biztonságos, valamint egyszerű és kényelmes a beteg számára.

I. BEVEZETÉS

A műtéti fájdalomcsillapítás története több mint 150 éve kezdődött, amikor Morton 1846. október 16-án először mutatta be az inhalációs éternarkózist Bostonban. Ez a dátum nemcsak az orvostudomány, hanem az emberiség történetének is mérföldköve. Felbecsülhetetlen érték birtokába jutott az orvostudomány, hiszen lehetővé vált a betegek fájdalommentes műtéti gyógyítása. Ez egy csapásra megnyitotta a sebészet fejlődésének útját, hiszen lehetővé tette hosszabb ideig tartó, bonyolultabb, kiterjesztett műtétek végzését. Büszkék lehetünk arra, hogy Balassa János alig négy hónappal a bostoni bemutató után a narkózis magyarországi bevezetésével beírhatta nevét a medicina és a hazai anesztézia történetébe.(5)

Napjainkban a műtéti érzéstelenítés lehetőségei szinte korlátlanok. Az újabb gyógyszerek és korszerű alkatrészek, műszerek és aneszteziológiai módszerek lehetővé tették, hogy az aneszteziológus a beteg műtéti teherbíró képességét és a tervezett műtéti beavat-

kozást figyelembe véve, választhassa ki az optimális műtéti érzéstelenítést.(5)

1.1. Témaválasztás indoklása

A Magyar Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Társaság 1996-os ajánlásában a laryngeális maszkos narkózis, mint lehetőség még nem szerepelt. (11) A laryngeális maszkot a szabad légutak műtéti érzéstelenítés alatti fenntartására 1981-ben találta fel és 1983-ban írta le Dr. A.I.J. Brain londoni aneszteziológus.(9) Ez új alternatívát jelent a felsőlégutak átjárhatóságának biztosításában. Átmenetet képez az arcmaszk és az intratracheális tubus között. (2)

Három szerepét határozták meg:

- Biztosítja a szabad létutakat a spontán légzés számára, lehetőséget nyújt a lélegeztetésre és megoldást jelent olyan betegeknek, ahol az intubálás nehézségbe ütközik.
- Alkalmazása egyszerű, a hangszalagokat nem sérti.
- Könnyebbé teszi a veszélyes gáz anesztikumok elvezetését. Szabaddá teszi az aneszteziológus kezét.(9)

Az eszközt Egerben, a Markhot Ferenc Megyei Kórház Központi Műtőjében 2002-től sikeresen alkalmazzuk. Ezért tartom érdemesnek saját tapasztalataink bemutatását, mely érdekében tanulmányoztam az ehhez kapcsolódó szakirodalmat.

Dolgozatom másik célja kétféle narkózis összehasonlító költségelemzése, és az eredmények bemutatása a költséghatékonyság és a betegelégedettség szempontjából.

Az 1990-es években elindult egészségügyi reform következtében egyre inkább előtérbe kerül a hatásság-minőség-hatékonyság vizsgálata, értékelése, melyek a gazdaságilag hatékony rendszerek vizsgálatával valósíthatók meg, segítségükkel számszerűsíthetők az eredmények.

II. ELMÉLETI MEGALAPOZÁS

2.2. A gégemaszok használata előtti előkészületek

A gégemaszok szállításakor nem steril, maximum 134 °C-os hőmérsékleten sterilizáljuk. (2)

A sterilizálás előtt tegyük egy 20 ml-s fecskendő a szelep nyílásához és szívjuk ki a levegőt. Ez azért fontos, mert ha levegő marad benne, akkor a vákuum és hőmérsékletváltozás hatására a maszk kitágulhat, ami vagy ahhoz vezet, hogy a maszk elszakad vagy pedig a műanyag szelep kilökődik a sterilizálás során.

Ha enyhén kezd a levegő visszatöltődni, akkor a szelepet ki kell cserélni. A szelep nélküli használat során az eszköz sérülhet, mivel a szelep kivételével az egész szilikonból készült. (2)

A sterilizáció után a maszkot ki kell simítani. Ha hiányzik a szelep, akkor tegyük rá akár korábban használt szelepet is. Ekkor a maszk készen áll a behelyezésre.

A leengedést egy 20 vagy 50 ml-s fecskendővel hajtsuk végre és a maszknak a leengedés után ovális lemez alakúnak kell lennie. Ha a szélek is teljesen simák, akkor könnyebb lesz a behelyezés és elkerüljük az epiglottis sérülését. (2)

A benedvesítést csak közvetlenül a behelye-

zés előtt végezzük el, hogy időközben ne száradjon ki a maszk. A maszk hátulsó részét alaposan meg kell nedvesíteni, de ügyeljünk arra, hogy a maszk belsejében és az elülső felén ne maradjon a nedvesítő anyagból. Ennek belégzése köhögést vagy hányinger okozhat, kóros lehet.

Ügyeljünk arra, hogy alaposan le legyen engedve a maszk, amennyire csak lehet. Ha azt észleljük, hogy nem elég a vákuumhatás, azonnal cseréljük ki a szelepet, mielőtt használnánk a maszkot. (2)

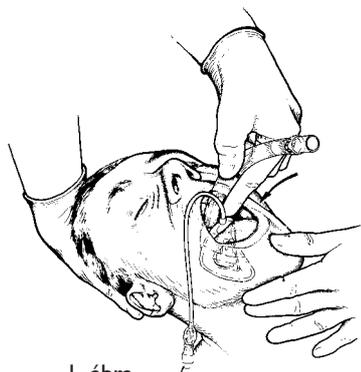
2.3. A gégemaszok használatának indikációi, kontraindikációi

Igazából a műtétek jellege és időtartama szabhat határt, széles körben alkalmazhatjuk minden olyan esetben, amikor depolarizációt gátló izomrelaxáns nem használunk. Alkalmazzák az oxiológiában, nehéz intubálás esetén és reanimációnál. (3)

Minden olyan esetben használata ellenjavalt, amikor telt gyomrot feltételezünk. Serves betegnél gyakran előfordulhat, hogy visszaöklendezi a gyomortartalmát az altatás alatt, emiatt mindent el kell követni, hogy a műtét előtt kiürítsük a gyomrát. A súlyosan elhízott betegeknél nem javasolt a laryngeális maszk használata, hacsak nem tűnik úgy, hogy nehezen lehetne intubálni. Olyan betegeknél, akik túl vannak a 14. héten a terhességükben, sokszorosan sérültek, akut gyomorsérülésnél, mellkasi sérülésnél, illetve minden olyan betegség esetén, ahol késleltetve van a gyomortartalom kiürítése, a laryngeális maszk használata nem ajánlott. (3)

2.4. A gégemaszok behelyezési technikái

A praemedicalt beteg a műtőbe érkezik, a monitor érzékelőit felszereljük és vénát biztosítunk. A narkózis kezdetén az intravénás narkotikum alkalmazása után 30-40 másodpercet várunk, amíg a beteget átoxygenizáljuk és szükség esetén inhalációs narkotikummal lélegeztetjük. Ellenőrizzük, hogy megfelelő-e a maszk mérete a betegnek, helyesen van-e leengedve és nedvesítve. Legyen még egy kisebb méretű



1. ábra

és rögzítjük a nyakat. (a nyak rögzítését sokszor elfelejtik és ez problémát okozhat a betegnél).

gégemaszk használatra készen a közepünkben. Ha a narkózis mélységét megfelelőnek ítéljük, hátulról a nem domináló kezünkkel helyezük hátra a fejet és rögzítjük a nyakat. (a nyak rögzítését sokszor elfelejtik és ez problémát okozhat a betegnél). 1. sz. ábra (2)



2. ábra

ső ujjunkkal végigkísérjük a garatfalon. A nyílás a nyelv felé nézzen. Addig vezetjük, amíg ellenállást nem érzünk. 2. sz. ábra (2)

Helyezzünk be egy „harapásgátlót” és biztosítsuk a laryngeális maszk helyét.

A méretnek megfelelő mennyiségű levegővel a szelepen keresztül a ballont felfújjuk. 1. sz. táblázat (11)

A laryngeális maszkot összeköttetésbe hozzuk az altatógéppel. A beteget kontrolláltan lélegeztetjük. A légzési hangot a tüdők fölött ellenőrizzük. (11)

Méret	Levegő
1	3 ml
2	10 ml
3	25 ml
4	35 ml
5	40 ml

1. táblázat



3. ábra

2.4.1. A megfelelő helyen lévő gégemaszkhelyzete

A teljesen behelyezett gégemaszkhelyzete hegye a felső nyelőcsővi záróizmokkal érintkezik, oldalai pedig a nyelv alatti résszel. A nyomás hatására általában az egész eszköz megemelkedik, ahogy a kitáguló maszk kinyomódik részben a háromszög alakú gégeből. A behelyezéskori reakciók több formában jelentkezhetnek, ez lehet teljes „elutasítás” vagy lassú nyelés, amik az altatás mélységétől és a használó odafigyelésétől, ügyességétől függenek. (2)

A nyelések sűrűsége, gyakorisága a behelyezéskor ill. az ébredéskor, a maszk anatómiai helyzetétől függ. A nyelést a különböző receptorok ingerlése váltja ki. Ilyen receptorok találhatóak a garat nyálkahártyájában, a gége nyálkahártyájában, elsősorban az epiglottis gége felőli részén. Ugyanakkor a záróizmok ilyenkor reflexszerűen zárnak, amit a gégeideg ingerlése vált ki. (7) Ez magyarázza azt, hogy a behelyezés nehezen megy kb. 20 másodpercig, amíg a záróizmok ellazulnak. Ezt fontos tudni, hiszen egyébként rossz helyre kerülhet a gégemaszkhelyzete. Egyéb esetben is előfordulhat rossz behelyezés,

de a behelyezési technika alapos tanulmányozása és minél több alkalmazása után ez egyre kevesebbszer fordul elő. (2) A tény, hogy a gége-maszkhelyzete más pozíciókat igényel a légcsőtől, fontos következményekkel jár. A nagy kiterjedésű gégemaszkhelyzete megakadályozza, hogy átjusson a nyelőcső első záróizmán, ezzel kevésbé bizonytalan, mint az intratracheális tubus. (9)

2.4.2. Lehetséges hibaforrások

- Ereszt a ballon

A maszkot mindig alaposan ellenőrizni kell használat előtt. Le kell engedni és szelepet kell rá tenni. Ha levegő kerül így be, akkor a ballon ereszt. Ha szelepcsere után is ereszt, akkor ne használjuk tovább.

- Egyenlőtlen ballon feltöltődés

Ha a ballon kidudorodik a hegyénél vagy a

nyílás vége felé, amikor feltöltés után oldalról nézzük, nem szabad tovább használni.

- A ballon túlságosan feltöltődik

Ha normál mennyiségű levegő hatására furcsa alakot vesz fel a ballon, ez arra utalhat, hogy elvékonyodott a ballon fala és el is szakadhat. Ne használjuk tovább.

- A maszk nyílászárójának sérülése

Ezeknek a nyílászáróknak nagyon fontos szerepük van abban, hogy megvédjék a légutak elzáródásától a beteget. Ha az egyik ilyen záró elszakad, többé nem használható a készülék.

- Véletlenszerű sérülése a ballonnak

A szilikon elég ellenálló, de könnyedén megsérül szúrás vagy tépés esetén. Sose próbáljuk beragasztani, vagy megvarrni a lyukat és mindig ellenőrizzük, hogy nem ereszt-e a ballon. (2)

2.5. A spontán légzés biztosítása és fenntartása

Ha biztonságosan behelyeztük a maszkot a helyére, a leggyakoribb probléma a tapasztalatlan felhasználóknál, hogy rosszul állapítják meg az altatás kellő mélységét. Ha megfelelő intravénás narkotikumot használtunk a behelyezéshez, akkor a maszkot gyorsan lehet behelyezni és azonnal elérjük a tiszta légutakat a könnyen levegőhöz juttatott tüdővel. (12) Ha köhögés, görcs, légzéscsavar vagy hányinger jelentkezik, távolítsuk el a maszkot, mert az csak rontja a helyzetet, mivel növelné az ingereket. Ehelyett mélyítsük az altatást, adjunk legalább 50% oxigént. Az altatás mélységének csökkentése a műtét vége felé kicsit később kell, hogy megtörténjen. Ez azért fontos, mert ha újabb inger éri a beteget mély altatási fázisban, az görcsöt vagy újabb légzéscsavart okozhat. Ha ebben a fázisban távolítjuk el a maszkot, akkor a légutak nem lesznek biztosítva kellőképpen. (4)

Ezeket a problémákat könnyedén elkerülhetjük megfelelő altatással a teljes operáció alatt, valamint ha elkerüljük az erős ingerlést az ébresztési szakaszban. Időnként ellenőrizzük a légzéshangokat. Vagy helyezzünk gyengéden egy sztetoszkópot a nyakra vagy hallgassuk a légzést ott, ahol a cső be lett helyezve. A légzés-

hangoknak teljesen tisztának kell lenniük, ha helyesen lett behelyezve a maszk. A maszk egyik előnye, hogy nem érintkezik a hangszalagokkal, így azok nem sérülnek és nem lesznek megérintve. (7)

III. ÉBREDÉS AZ ALTATÁSBÓL

- A tenyerünket tegyük a tubus végétől kb. 1 cm-re, hogy érezzük a kilélegzett levegőt.

- Ne ingereljük a beteget. Ez nagyon fontos, hiszen sokszor különböző módszerekkel próbálják elősegíteni az ébredést. Így olyan reflexszerű megnyilvánulások történhetnek, melyek miatt szövődmények léphetnek fel. (7)

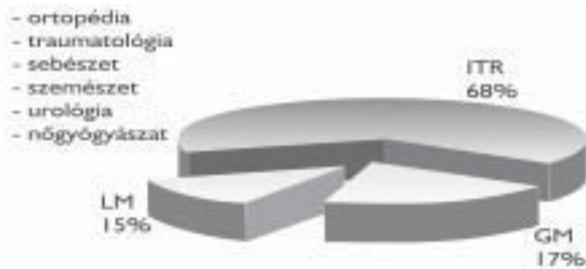
- Ne végezzünk szívást a maszk eltávolítása előtt. Végezhetjük az eltávolítás során, ha szükséges.

- Ne távolítsuk el a harapásgátlót, amíg a maszkot nem távolítottuk el. (7)

- Legyünk végig körültekintőek. Előfordulhat, hogy a gégemaszk, bár még a helyén van, de elmozdulhatott az ébredési periódusba lépéskor. Így ellenőrizzük a légzést – pl: tegyük a maszkot az arca elé és figyeljük bepárásodik-e? (5)

IV. A KUTATÁS HELYE ÉS IDEJE

A kutatást az egri Markhot Ferenc Megyei Kórház Központi Műtőjében végeztem 2003. január 1. és 2003. december 31. között. Minden műtéti érzéstelenítés a műtő aneszteziológus szakasszisztensei által a narkózis naplóban dokumentálva van. Ez alapján végeztem számítást arra vonatkozóan, hogy a műtéti altatások hány százalékát teszi ki az intratracheális (ITR), a gépimaszkos (GM) illetve a laryngeálmászkos (LM) narkózis. A műtétek jellegéből és időtartamából adódóan a 3 narkózis közül az intratracheális altatás szerepel a vizsgált időtartam alatt a legnagyobb arányban. A gépimaszkos és laryngeálmászkos narkózisok közel egyenlő arányban vannak. Ezt a kördiagram segítségével szemléltetem. Az ábrán látható az is, hogy az Egri Markhot Ferenc Kórház Központi Műtőjében milyen esetekben használjuk rend-



4. ábra

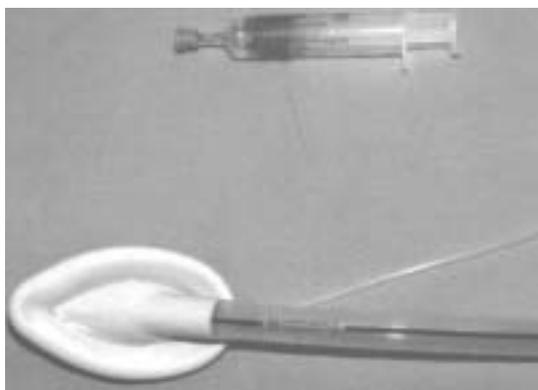
szeresen. 4. sz. ábra

Kor szerinti megoszlásban 2,5 év és 92 év közötti betegeknél végeztük a laryngeálmasszkos narkózist. Az anesztézia alatt minden esetben EKG, pulzoximetria, kapnometria és az inhalációs narkotikumok mérése történt. A beavatkozásokat feldolgoztam, a műtétek típusa, a szövődmények és a költségek szempontjából. (4)

V. A KUTATÁS MÓDSZERE

5.1.1. A kétféle narkózis összehasonlító költségelemzése

Kutatást végeztem, hogy mennyibe kerül egy 40 perces narkózis intratracheálisan és laryngeálmasszkosan akkor, ha inhalációs narkotikumnak Isoflurane-t használunk és átlagos súlyú felnőtt kalkulálunk. A kutatást azért tartom szükségesnek, mert az 1990-es években elindult egészségügyi reform következtében egyre inkább előtérbe kerül a minőség hatékonyság vizsgálata valamint a gazdaságilag hatékonyabb



rendszerek alkalmazása. A táblázat első részéből kitűnik, hogy a költségek eddig megegyeznek. Mindkét esetben használunk fecskendőket, tűket, Propofolt, vénabiztosításhoz eszközöket, Isoflurant és N₂O-t és O₂-t. (2. számú táblázat).

	LM (Ft)	ITR (Ft)
Branül	115,5	115,5
Infúziós szerelék	64,5	64,5
0,5 l RL infúzió	193	193
Steril törlés, ragasztó	32	32
20 ml-es fecskendő /l	2,85	2,85
2 ml-es fecskendő /l	8,73	8,73
2 db S -es tű	4,3	4,3
Propofol inj. 1 amp.	670	670
Nubain inj. 1 amp.	412	412
1 pár steril gumikesztyű	57	57
Szűrő (párásító)	897	897
Instilla géj (2 ml)	27	27
Isoflurane 1 tf%	182	182
N O (4 l/perc)	61,2	61,2
O (2 l/perc)	86	86
Összesen:	2813,08	2813,08

2. táblázat

A 3-4. táblázat mutatja meg a különbséget. A mai áron számítva 1 db laryngeális maszk bruttó ára 62.625 Ft. 120 alkalmat számítva 1 alkalom 520 Ft-ba kerül. Ehhez adódik az egyszeri fertőtlenítés, csomagolás és sterilizálás költsége (10) Az intratracheális narkózisnál egyszerűen használatos Portex tubussal dolgozunk. Ennek az ára 2300 Ft.

Használunk depolarizáló izomrelaxánst (Mivardinet), ehhez fecskendőt és tűt. A különbség látható a 3-4. sz.táblázatban.(10)

Fertőtlenítés:	13 Ft
Csomagolás:	13 Ft
Sterilizálás:	18,2 Ft
Laryngeális maszk ára 1 alkalomra számítva:	520 Ft
Összesen:	564,2 Ft

3. táblázat

Midarine inj. 1 amp.:	623 Ft
1 db 2 ml-es fecskendő:	8,73 Ft
1 db S -es tű:	4,3 Ft
Portex tubus ára:	2300 Ft
Összesen:	2936,2 Ft

4. táblázat

A laryngeálmaszkos narkózis esetén összköltségünk 3378 Ft, míg intratracheális narkózisnál 5750 Ft. A laryngeális maszk használata egyszerű, kényelmes, biztonságos és amellet, hogy eszközt és műszert takarítunk meg, megkíméljük a beteget az esetleges izomfájdalmaktól és a torokfájástól. (12)

5.1.2. Kétféle narkózis összehasonlítása a betegelégedettség tükrében

A post operatív szakban végzett szakszerű ápolás nagy mértékben befolyásolja a betegség további lefolyását, a beteg sorsát. Leendő diplomás ápolóként fontosnak tartom, hogy az individuális ápolással biztosítsuk a műtét utáni időszak zökkenőmentes lefolyását és a szövődmények elkerülését. Kutatást végeztem 2003. január 1. és 2003. december 31. között a Egri Markhot Ferenc Kórház Központi Műtőjében végzett intratracheális és laryngeálmaszkos narkózisban részesülő betegek körében. A vizsgálatban 100 beteg vett részt összesen. A vizsgálat elvégzéséhez Visual Analog Skálát alkalmaztam, amin 1-10-ig terjedő beosztás található. A laryngeális maszkkal ill. az intratracheálisan altatott betegektől a postoperatív első napon érdeklődtem, hogy éreznek-e torokfájást ill. rekedtséget, ha igen milyen mértékben, mennyire befolyásolja ez a komfortérzetüket. Kértem, jelöljék be ahol az egyes szám nem jelent fájdalomérzést és a tizes már nagyon kellemetlen torokfájást, köhögést, erős rekedtséget jelöl. Módszeremmel biztosítottam az egyszerűséget. A látható számok közül kellett a megfelelőt bejelölni. A kutatásban részt vett betegek

értékelhetően válaszoltak. Laryngeál maszkos narkózis esetén enyhe torokfájdalomról 4 beteg panaszkodott. Visual Analog Skálán hármas és négyes szint megjelölése történt. Egyéb narkózissal kapcsolatos panasszal a post operatív első nap nem találkoztam.

Az intratracheálisan altatott betegek közül ötven betegből negyvenhatan jeleztek diszkomfort érzést a torokban. Legnagyobb részben rekedtség, nehezített nyelés, torokfájás és köhögés fordult elő. A betegek a Visual Analog Skálán a kettes szinttől a kilencesig tettek jelölést.

5.2. Az intratracheális intubálás előnyei, hátrányai és szövődményei

Előnyei:

- Megakadályozza a légutak elzáródását.
- A könnyen végezhető kontrollált lélegeztetés, pontosan szabályozható az intrapulmonális nyomás és megelőzhető a gyomor felfújása.
- Az aneszteziológus az arc, fej és nyak műtéteikor a műtési területtől távolabb foglal helyet.
- Meggátolja az idegen anyagok inspirációját és megkönnyíti a bronchus rendszer leszívását.
- A holtteret minimálisra csökkenti.
- Alkalmas a trachea obstructiójának megelőzésére. (2)

Normális körülmények között az intubálás minden sérülés nélkül megy végbe, ennek ellenére nem ritkák a legtöbbször hamar elmúló panaszok: torokfájás, nehéz nyelés. (1)

Hátrányai:

- Az ajak, orr, torok, gége megsérülhet, ami rekedtséget, dysphagiát és fájdalmat okoz. Az intubációt hosszú ideig tartó rekedtség követheti. A subglottikus nyálkahártya is megsérülhet, ha a tubus mandzsettáját erősen fujjuk fel.
- Az intubáláshoz gyakran mélyebb narkózis kell, mint amelyet maga a tervezett műtét igényel.
- A belégzett gáz nem mindig melegszik fel a felső légutakban és az alveolusokba túlságosan hideg és száraz gáz kerülhet. (2)

Szövődményei:

- Mechanikus károsodások: sérülhetnek a fogak, az ajkak, a nyelv, a szájüreg, a garat, az epiglottis nyálkahártyája. Ezek vérzést eredményezhetnek, amely azonban nem jelentős és hamar megszűnik. Helyük viszont később fertőzéses szövődmény forrása lehet. Orron keresztül végzett intubáció esetén a tubus sértetheti az orr nyálkahártyáját. (1) A mandzsetta nyomása a nyálkahártya hámjának csillószőreit gátolja védő mozgásokban és vérkeringési zavart idéz elő. Előfordulnak fekélyes folyamatok és mély necrosisok is. (1) Ez lehetőséget nyújt arra, hogy a mélyebb légutakban gyulladásos folyamat fejlődjék ki. Ezért a mandzsettát csak annyira szabad felfűjni, hogy éppen csak tömítsen. Hosszabb műtét során a tubus helyzetét időnként változtatni kell. (2) Az esetek egy részében előforduló intubációs légcsőhurut a narkózis után 2-3 napig tartó enyhe rekedtség és torokfájás formájában jelentkezik. (1)

- Fertőzéses szövődmények: A fertőzés lehet exogén, amikor a külvilágból a baktériumokkal szennyezett altatógép részei, egyéb felszerelési tárgyak, különösen a tubus, az aneszteziológus keze, vagy cseppinfeció juttatja azt a beteg légutaiba. Lehet endogén eredetű is, amikor intubáláskor a tubus a beteg száj vagy orr és garatüregéből baktériumokat továbbít annak légcsővébe. A sepsis és az antisepsis szabályainak megtartásával a szövődmények eredményesen elkerülhetők. (2)

5.3. Hipotézisek

- Feltételezem, hogy a megfigyelésben résztvevő ötven laryngeál maszkkal altatott beteg legnagyobb részénél különösebb nehézség nélkül zajlik le a narkózis és a postoperatív szakban minimális lesz a torokban lévő diszkomfort érzés.

- Feltételezem, hogy a laryngeál maszkkal altatott betegeket megkíméljük az izomfájdalmaktól és torokfájástól, ezzel is elősegítve a postoperatív szak szövődményeinek lehetőségét.

- Feltételezem, hogy a megfigyelésben résztvevő 50 intratracheálisan altatott betegnél

magas arányban fordul elő rekedtség és torokfájdalom.

- Feltételezem, hogy a laryngeális maszk használatával eszközt és műszert takaríthatunk meg, így költségeink csökkenthetőek lesznek.

*VI. A KUTATÁS ÖSSZEGZÉSE**6.1. Az eredmények bemutatása*

A laryngeális maszk kellő rutinnal egyszerű, megfelelő légúti átjárhatóságot biztosító eszköznek bizonyult. Használata gyorsan elsajátítható, sikeresen alkalmazták spontán légzésnél és pozitív nyomású lélegeztetésnél. Minden életkorban alkalmazható. A laryngeális maszk nehéz intubáció esetén is segíthet a szabad légutak biztosításában. Alkalmazása során azonban szem előtt kell tartanunk, hogy az aspirációtól nem véd, ennek veszélye esetén használata kontraindikált. Bármely olyan műtét során alkalmazható, amikor arcmaszkot használnánk, de a maszk tartás kényelmetlenségét el kívánjuk kerülni, vagy a holtteret igyekszünk csökkenteni. Használható intratracheális intubáció helyett, ha nem kell telt gyomortól tartanunk. (2)

6.2. Hipotézisek igazolása

- Feltételezésem, miszerint a megfigyelésben résztvevő laryngeális maszkkal altatott betegek nagy részénél komplikáció nélkül zajlik le a narkózis és a postoperatív szak, beigazolódtott. A megkérdezettek 8%-a jelzett minimális torokfájdalmat. Egyéb izomfájdalomról illetve szövődményről nem számoltak be.

- Feltételezésem, miszerint az intratracheálisan altatott betegek nagy részénél előfordul torokfájdalom és diszkomfortérzés, szintén beigazolódtott. A kutatásban résztvevő betegek 92%-ánál tapasztaltam ezeket a szövődményeket.

- Feltételezésem, miszerint a laryngeális maszk használatával eszközt és műszert takaríthatunk meg, a kétféle narkózis összehasonlító költségelemzésével tudtam igazolni.

VII. IRODALOMJEGYZÉK

1. Csernonorszky Vilmos – Giacint Miklós – Nagy Gábor: *Amikor a beteget altatni kell. Egészségügyi Minisztérium Orvosi Műszerügyi Intézetének Kiadványa*
2. Lencz László – Jakab Tivadar (1972) *A műtéti általános érzéstelenítés alapjai. Medicina Könyvkiadó, Budapest*
3. Péntes István (1992) *Aneszteziológia és intenzívterápia. Medicina Könyvkiadó, Budapest*
4. Wittek László (1988) *Az aneszteziológia alapjai. Egészségügyi Szakdolgozók Központi Továbbképző Intézete, Budapest*
5. Tekeres Miklós (2001) *Inhalációs anesthesia. Abbot Magyarország Kft.*
6. Dr. A.I.J. Brain (1999) *The Intranet Larygeal Mask Pacific Medicial Supplies, 1999.*
7. Jakab Tivadar (1980) *Újraélesztés, műtéti érzéstelenítés. Medicina Könyvkiadó, Budapest*
8. *British Journal of Anaesthesia: Number 5. May 2000.*
9. *Magyar Nőorvosok Lapja 61 (3) 1998.*
10. *Egri Markhot Ferenc Megyei Kórház Controlling Osztályának anyaga*
11. www.medlist.com
12. www.medplane.hu
13. <http://ent.pote.hu/Siófok/előadások/e19.htm>

The use of the laryngeal mask in anaesthetics practise

Barócsi, K.

The aim of my research paper is to perform a comparative cost analysis of intratracheal and laryngeal mask narcosis, and to present the results in terms of cost effectiveness and patient satisfaction. The laryngeal mask constitutes a transition between the face mask and the intratracheal tube. It ensures a clear airway for spontaneous respiration, and represents a solution for patients who have problems with intubation. The research results confirm that the use of the laryngeal mask is cost-effective and safe, as well as being simple and comfortable for the patient.

(NŐVÉR, 2005, 18, 1, 23-30.)

[Vissza a tartalomhoz](#)



Bővülő szerepben az ápolásvezetés

Deák Edit

ápolási igazgató

Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkórház

Mottó: “Célom a konfliktus átalakítása, nem pedig elfojtása” (Mahatma Gandhi)

Összefoglalás:

Az elmúlt években “csendes forradalom” zajlott le az egészségügyben, ennek kapcsán a külföldi szakirodalomban már az 1990-es évek elején találunk arra vonatkozó tanulmányokat, hogy kinek és miért jó, illetve nem jó, ha a szülőket beengedik a kórházi osztályokra.

Hazánkban a témával kapcsolatos érvek és ellenérvek az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 11. § kapcsán lángholtak fel, és tartanak napjainkban is, számtalan konfliktushelyzetet teremtve a szülők, hozzátartozók és az ellátást nyújtó team tagjai között.

A törvény szerint a kiskorú betegnek joga van arra, hogy szülője, törvényes képviselője, illetőleg az általa vagy törvényes képviselője által megjelölt személy mellette tartózkodjon.

Ennek ellenére jelenleg is sok vita zajlik a látogatási időről és a gyermek hozzátartozójának kórházi felvételéről, az újonnan kialakult szituáció “legneuralgikusabb” pontja pedig a szülő állandó jelenléte az ellátás folyamán.

A beteg gyermek családhoz való kötődése, és a kórházba kerülés, mint különleges szituáció indokolja legalább egy családtag – akihez a gyermek szorosan kötődik - folyamatos jelenlétét. Ez a személy az esetek döntő többségében az édesanya vagy édesapa. Jelenlétük a beteg gyermek számára biztosságot, vigasztalást, meghittséget, társaságot jelent a kórházi osztály idegen világában.

A törvényi szabályozás következtében a szülők már nem kérelmezők, akiknek meg kell elégedni azzal, hogy a zárt kórterem kisablakán bepillanthatnak, hanem velünk együtt részt vesznek a gyermek ellátásában, és munkánkat kritikus pillantással kísérik. Ezt persze nem mindig könnyű elviselni.

Amennyire üdvözölhető ez az új irányzat – a szülők folyamatos jelenléte illetve bevonásuk gyermekük ápolásába -, annyi gondot is okoz, hogy az ápolószemélyzet nem mindig tud megfelelni annak a többlet feladatnak, amelyet a szülők kórházi felvétele jelent. Nemcsak a gyermek és a szülők jogos igényeinek kielégítése a plusz feladat, de az orvostudomány továbbfejlődése, specializálódása, a diagnosztika és a

terápiás eljárások magasabb technikai szintje is mind több tudást, újabb készségeket és képességeket követel meg az ápolóktól. (1)

Ezek a jól ismert problémák adták az ötletet ahhoz, hogy kutatást végezzek annak felmérésére, milyen attitűd alakult ki az ápoló team tagjaiban a szülők folyamatos kórházi jelenlétéről.

A felméréssel a következőkre kerestem választ:

- Segítik-e az ápolókat a szülővel való kapcsolatfelvétel, kapcsolattartás során a kommunikációval kapcsolatos ismeretek?

- Létezik-e a szülők fogadásával kapcsolatban osztályos szinten, írott vagy íratlan formában szabályozás?

- Miből adódnak a napi munka során a szülők és az ápolók között problémák, konfliktushelyzetek?

- Kitől kapnak, illetve kitől kérnek segítséget az ápoló kollégák a kommunikációs problémák megoldásában?

- Elég figyelmet fordítanak az ápolásvezetők a szülővel való konfliktushelyzetek kezelésére?

- Felkészültnek érzik-e magukat a fekvőbeteg

ellátásban résztvevő ápoló kollégák arra, hogy folyamatos, nem szakmai kontroll alatt dolgozzanak és kompetencia szintjüknek megfelelő kérdésekben kommunikáljanak a szülőkkel?

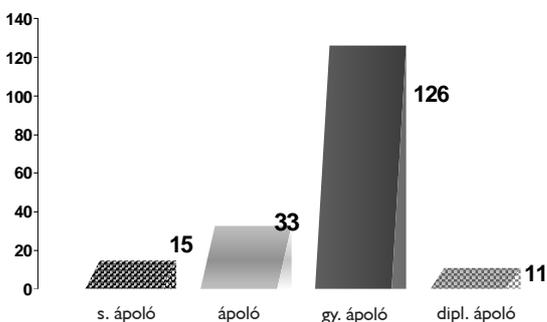
- Befolyásolják-e mindezek a szülők egész napos kórházi jelenlétéhez kapcsolódó attitűdöt?

Két, gyermekellátással foglalkozó fővárosi intézmény ápolói között végeztem 12 elemzésből álló zárt kérdésszerű kérdőíves felmérést. Egy kérdés kivételével valamennyi kérdésnél csak egy válaszlehetőséget fogadtam el.

Az összesen 250 szétosztott kérdőívből 189 érkezett vissza (76%), négy értelmetlen volt, ezért ezeket kizártam a vizsgálatból, a tisztított esetszám 185 volt.

A szakképesítések a következőképpen alakultak a válaszadók között **1. sz. ábra**

A válaszadók képzés szerinti megoszlása



1. ábra

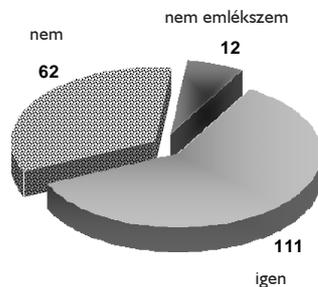
Arra a kérdésre, hogy "tanulmányaid során tanultál-e kommunikációt", a **2. sz. ábrán** látható válaszokat kaptam.

A "volt-e már problémád, konfliktusod a szülőkkel" kérdésre a 185 válaszadóból 134-en válaszoltak igennel, 46-an nemmel, és 5-en nem emlékeznek ilyen szituációra. **3. sz. ábra**

Az eredmények szerint a kommunikációs tanulmányok nem igazán segítik a kollégákat a kapcsolatfelvételen, kapcsolattartásban, ugyanis 134-ből 111-en tanultak kommunikációt, és a 111-ből ezek ellenére 83-nak volt konfliktusa szülő-ápoló viszonylatában. **4. sz. ábra**

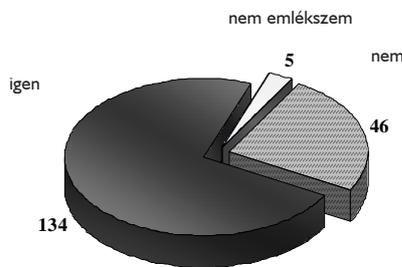
Összesítve a két intézmény adatait, több-

Tanulmányaid során tanultál-e kommunikációt?



2. ábra

Volt-e már problémád, konfliktusod a szülőkkel?



3. ábra

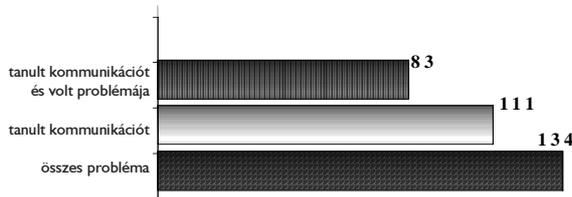
ségében szabályozottnak találtam a szülők fogadását az osztályokon (lehetséges válaszok: igen, minden ápoló maga dönt ebben a kérdésben, részletesen szabályozott, nincs ilyen szabály, nem tudom) **5. sz. ábra**

A kérdőívek feldolgozása során az is kiderült, hogy 91 esetben volt kommunikációs probléma az ellátás során, tehát a szabályozás önmagában nem jelent megoldást az esetleges konfliktusok kivédésére. **6. sz. ábra**

Az ötödik kérdés alpontjára adott válaszok egyértelműen rámutatnak a kapcsolattartás neurálgikus pontjaira.

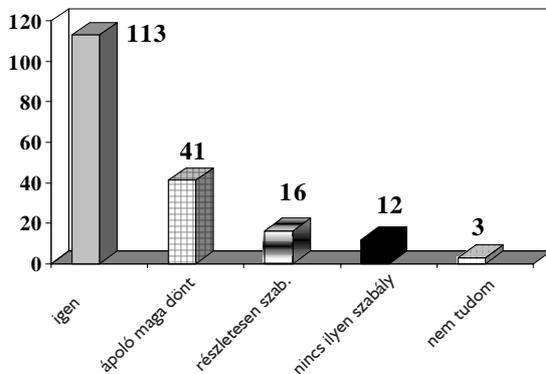
A legtöbb gondot a házirend be nem tartása és az előítéletek okozzák. Ezen az sem segít, hogy az egész kórházra érvényes házirend a törvényi előírásnak megfelelően mindkét intézményben kifüggesztésre került, az osztályspecifikus házirendet pedig a szülők kézbe kapják a felvétel során. 66 válaszadó jelölte meg a "vannak emberek, akikkel nem lehet szót érteni" válaszlehetőséget. Talán egy újabb vizsgálatot megérne, mit is takar ez a gyakorlatban?

A tanulmányok segítenek?



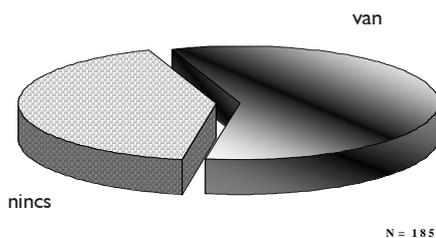
4. ábra

Van-e az osztályon valamilyen szokás vagy szabály a szülők fogadására?



5. ábra

Van-e szabályozás?



6. ábra

Miért és miben nem tudunk szót érteni a szülőkkel, hozzátartozókkal? Van-e olyan szintű pszichológiai és kommunikációs ismerete az ápolónak, illetve elvárható-e hogy legyen, amelynek segítségével a gyermek szűkebb és tágabb családjában megtalálja azt a "vezéregéniséget", akivel tárgyalni tud, a család pedig elfogadja, amit az adott családban domináns személy mond.

Összesen nyolcan kifogásolták, hogy a szülő nem mutatkozott be az első találkozás során, ez az esetszám nem számottevő, ugyanakkor jelzés értékű. Mint azzal mindannyian tisztában vagyunk, a betegnek és jelen esetben a szülőnek is "joga van az ellátásban közvetlenül közreműködő személyek nevét, szakképesítését és beosztását megismerni", erre a legjobb alkalom az első találkozás során a személyes bemutatkozás, amit minden esetben az ellátóknak, jelen esetben az ápolóknak kell kezdeményezni.

7. sz. ábra

A felmerülő problémák kezelésénél 101:58 arányban szakmai felettستől vagy kollégától kérnek segítséget az ápolók, veszélyt annál a 26 válaszadónál látok, akik azt gondolják, hogy egyedül is meg tudják oldani a konfliktushelyzeteket. Márpedig Minarik Edétől tudjuk, hogy "kell egy csapat", az ápolás pedig csapatmunka. Az is tény, hogy nagyon nehéz saját magunkról kimondani, ha valamit nem tudunk és a segítséget sem mindig könnyű elfogadni.

8.sz. ábra
A szülőkkel kapcsolatos konfliktusok megbeszélése az esetek többségében munkaközi szünetekben történik. Ez véleményem szerint két dolgot jelenthet:

1. a problémák nem minden esetben olyan súlyúak, hogy osztályértekezleten foglalkozni kelljen velük

2. nem kezeljük kellő súllyal a felmerülő problémát

Ez egy újabb kérdést vet föl: az osztályvezető ápolók ismernek-e olyan probléma megoldó technikákat, amelyeket a kollégáknak át tudnak adni, és a gyakorlatban kivitelezhetőek? A válaszokból egyértelműen kiderül, hogy szupervízió vagy problémamegoldó csoportfoglalkozás a két vizsgált intézmény egyikében sem működik. A megvalósítás lehetőségeit érdemes lenne kidolgozni!

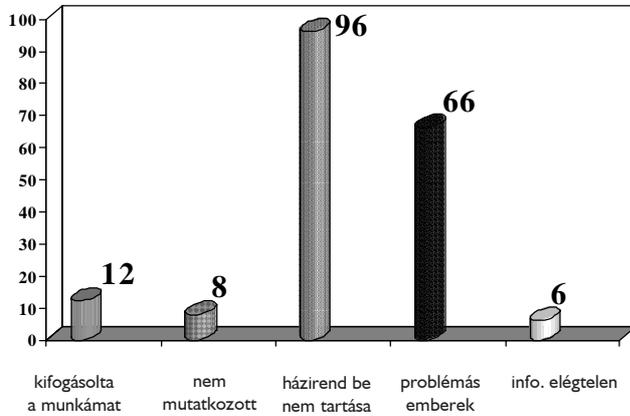
9. sz. ábra
A felmérésben résztvevő ápolók mintegy 70%-a érzi úgy, hogy kompetencia szintjének megfelelő felvilágosítást tud adni a szülőknek

10. sz. ábra
86 % pedig felkészültnek érzi magát arra, hogy a szülők előtt végezze munkáját.

11. sz. ábra

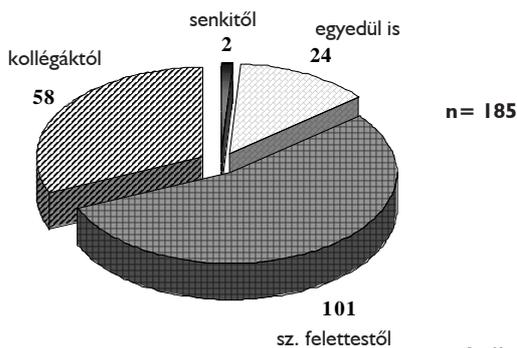
Ezeknek az adatoknak a tükrében nehezen

Neuralgikus pontok



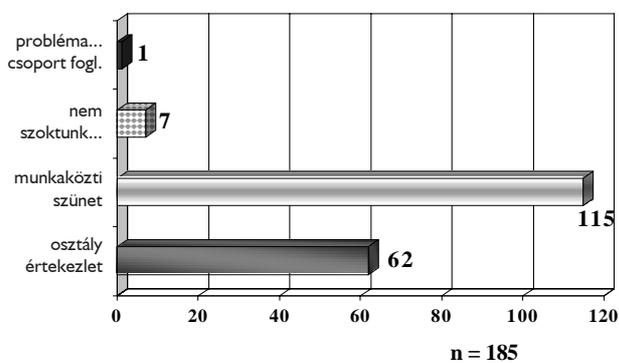
7. ábra

Probléma esetén kitől kérsz segítséget?



8. ábra

A problémamegoldás gyakorlata



9. ábra

értelmezhető az a részadat, amely szerint 124 ápoló gondolja úgy, hogy hozzátartozik a munkájához a kapcsolattartás, de 57-en valamilyen kellemetlenségnek élik meg ezt a feladatot. Felmerülhet a kérdés: valóban megfelelő szintű kommunikációs készséggel rendelkezünk?

12. sz. ábra

Esetleg a következőkről van szó:

- "könnyebb megcsinálni, mint elmondani"
- "szakmai kérdésekben nem tekintem partnernek a szülőt" és ezért nem kommunikálok vele
- "nem rendelkezem olyan átfogó ismeretanyaggal, hogy merjek információt adni adott szakmai kérdésben"

Ezeknek a kérdéseknek a megválaszolása csak abban az esetben képzelhető el, ha objektív módszerrel magát a konfliktushelyzetet vizsgálják.

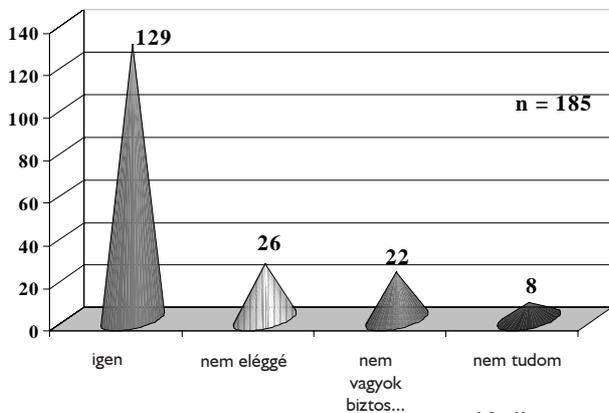
A válaszokból egyértelműen kiderül: az ápoló kollégák felmérték annak jelentőségét, hogy a korlátlan látogatási idő biztosítása a gyermekek és a szülők számára is növeli a kórházi ellátás humánus jellegét, valamint jól látják azt a tény, hogy a szülő jelenléte a gyermek számára nem csak biztonságot, vigasztalást, társaságot jelent, hanem erkölcsi támogatást és képviselést is biztosít.

A szülő-ápoló kapcsolat számtalan buktatót hordoz magában. A gyermek kórházba kerülése a család számára krízishelyzet, még abban az esetben is, ha ez előre tudott, tervezett esemény. Ebben a stressz állapotban, amikor az indulatok felfokozottak, nagyon nehéz megtalálni a megfelelő kommunikációs és metakommunikációs csatornákat, gyakran alakulhat ki konfliktus. Nem vezet eredményhez, ha a kialakult konfliktust harcnak tekintjük és nem problémának, ugyanis a harcot csak megnyerni vagy elveszíteni lehet, a problémát pedig meg lehet oldani. A cél az, hogy mindkét fél számára megfelelő megoldásokat keressünk úgy, hogy közben az érdekek ne sérüljenek. (2)

Az ápolásmenedzsment feladata, hogy idejében felismerje a konfliktushelyzeteket és veszteségmentes problémamegoldó programokkal segítse ezek feloldását.

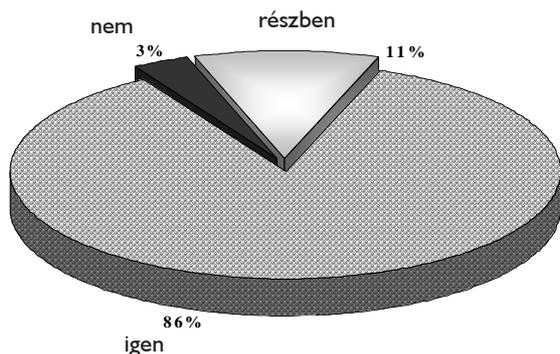
A felsőszintű ápolásvezetésnek nem csak a

Elég felkészültnek érzed magad arra, hogy szakmai kompetenciáknak megfelelő kérdésekben kommunikálj a szülőiddel?



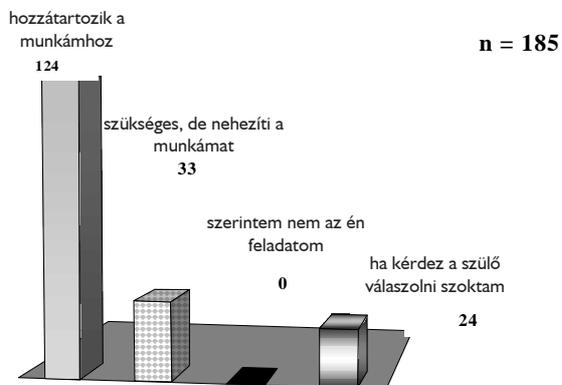
10. ábra

Elég felkészültnek érzed magad arra, hogy a szülők előtt dolgozz?



11. ábra

Mi a véleményed a szülőiddel való kapcsolattartásról?



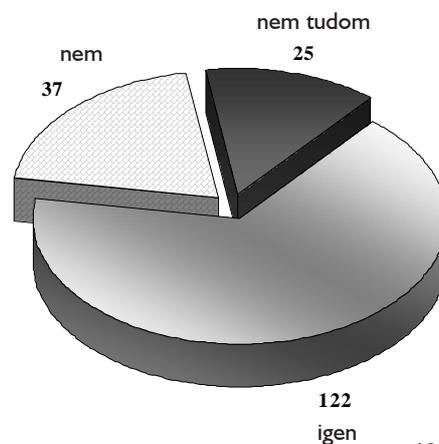
12. ábra

tréningek megszervezésében kell szerepet vállalni, hanem aktív közreműködésére tudatformáló szerepkörben is szükség van. Elsősorban a középszintű vezetőket kell befolyásolni (mert ők azok, akik sok esetben részesei a kialakuló konfliktushelyzetnek), mégpedig abba az irányba, hogy a keletkező problémák sokszor megelőzhetőek megfelelő kommunikációval.

A fentiekén kívül az ápolásmenedzsment feladata az is, hogy segítsen a konfliktus szereplőinek, jelen esetben a paramedikális személyzetnek:

- a felszíni jelenségek mögé látni
- a problémák valós okait feltárni, azokkal szembesülni
- a konfliktusok megoldására megvalósítható utakat keresni.

Szerinted fontos, hogy a szülők egész nap gyermekük mellett legyenek a kórházban?



13. ábra

IRODALOMJEGYZÉK:

(1) Adelhardt, M. A szülők jelenléte a kórházban –kihívás az ápolási munkával szemben Nővér 1990. III. évf. 3. szám

(2) Dr. Thomas Gordon, Noel Burch Emberi Kapcsolatok Assertiv kiadó Budapest 2001.

The growing importance of nursing management

Deák, E.

Over the past few years a “silent revolution” has been under way in the health service. As far back as the early '90s, foreign specialist literature has contained studies of whether or not it is a good thing, and if so for whom, if parents are allowed into hospital wards.

In Hungary, the arguments and counterarguments in this regard flared up as a result of §11 Act CLIV of 1997, and the controversy rages on to this day, creating innumerable conflicts between parents/relatives and members of the team providing the treatment.

The law states that patients who are minors are entitled to have their parent, guardian, or a person designated by their parent or guardian, remain with them.

Despite this, there is a great deal of debate regarding visiting times, the allocation of hospital beds to the children's relatives. One of the most controversial aspects of the situation that has arisen is the parent's right to be continuously present during the treatment.

(NŐVÉR, 2005, 18, 1, 31-35.)

[Vissza a tartalomhoz](#)

KITEKINTÉS

ESzME - Egyesület a Stroke MegElőzéséért

SZÉLESKÖRŰ TÁRSADALMI ÖSSZEFOGÁS A RETTEGETT STROKE LEGYŐZÉSÉRE

A stroke az iparilag fejlett országok lakosait fenyegeti. Európában a harmadik vezető halálok a szívbetegségek és a rák után. Magyarországon évente összesen 40 ezer új, agyi érkatasztrófa következik be.

A betegek kb. egyharmada egy hónapon belül meghal, másik harmada tartósan fogyatékos marad, mely a betegnek és családjának egyaránt igen sok szenvedést okoz.

Sajnos a betegség teljes gyógyítása jelenleg még nem megoldott, ezért nagyon fontos a megelőzés. Az agyérbetegségek vezetnek a legnagyobb számban a hosszadalmas ápolást igénylő mozgáskorlátozottsághoz, mely a betegek életminőségét tartósan és súlyosan rontja. Az európai lakosság elöregedésével jelentősen növekszik a stroke esetek száma.

A kórkép hátterében számos kockázati tényező állhat, melyek egyenként is, egymással társulva pedig fokozott eséllyel stroke kialakulásához vezethetnek. A legjelentősebbek a magas vérnyomás, a cukorbetegség, a dohányzás, az emelkedett vérsírszintek és bizonyos szívbetegségek. Kiemelkedő fontosságú, a magyar betegek kb. 71%-nál jelenlévő rizikófaktor a kezeletlen vagy nem megfelelően karbantartott magas vérnyomás, mely az érfalak károsítása révén vezet stroke-hoz. A stroke rizikója annál nagyobb, minél régebben áll fenn a kezeletlen magasvérnyomás és minél magasabbak az értékek.

Nem kicsi az egyén felelőssége. A rizikófaktorokat ismerő, és azokat megfelelően kezeltető, ellenőrzött beteg nagyban befolyásolhatja későbbi élete alakulását, sokat tehet a saját és családtagjai

életét is megkeserítő, rettegett stroke elkerüléséért.

A társadalmi összefogás szükségességét jelzi, hogy miközben az agyi érktasztrófa miatt gondozásra szorulóknak száma nő, a családok egyre kevésbé képesek vállalni az otthoni ellátást. A stroke társadalmi terheinek csökkentésére, a betegség megelőzésére egy Európai Kezdeményezés szerveződött azzal a céllal, hogy segítse egy olyan társadalmi szervezet megalakulását, amely ráirányítja a figyelmet a stroke kockázati tényezőire, és azok megszüntetésével tevékeny részt vállalhat a gyakori és súlyos betegség megelőzésében. Az Európai Kezdeményezés felhívására a tagországok társadalmi szervezeteinek képviselői - köztük Magyarország - az Európai Parlamentben, Brüsszelben, 2004. októberében megalakították a SAFE (Stroke Alliance for Europe) elnevezésű szervezetet.

Ezt követően Magyarországon megalakult az ESzME (Egyesület a Stroke Megelőzésért), a SAFE magyar tagszervezeteként. Célja, hogy ráirányítsa hazánkban is a társadalom figyelmét erre a problémára, és minél többet tegyen a rettegett stroke megelőzéséért. Ezáltal az ESzME, mint civil társadalmi szervezet, tevékeny részt vállalhat a gyakori és súlyos következményekkel járó betegség megelőzésében, az érintettek és családjuk, valamint a társadalom terheinek enyhítésében.

Az ESzME tevékenységének fő céljai:

- A lakosság számára: Felvilágosítás, életmódváltoztatás, az egészség védelme
- A háziorvosok számára: Az adekvát, korszerű módszerek megismertetése a stroke megelőzésében és ezen belül a kiemelten fontos rizikófaktor, a magas vérnyomás kezelésében. Ennek érdekében felvilágosító programokat, társadalmi akciókat szervez, tudományos felméréseket támogat.
- A kormányzat irányában: Lobbizási tevékenységet folytat a stroke hatékony megelőzéséért, az ezt szolgáló diagnosztikus és terápiás gyakorlat támogatásáért.

További információk a SAFE-ről: <http://www.safestroke.org/>

Valamint az ESzME-ről: Dr. Haraszti Anna, Tel: 06-30-535-8708

[Vissza a tartalomhoz](#)

Keresse a **NŐVÉR** folyóiratot az interneten is!
<http://www.eski.hu/weblap/nover/novindex.htm>

N

Az Ápolási Szakmai Kollégium bemutatkozása

Az egészségügyi miniszter legmagasabb szintű javaslattevő, véleményező és tanácsadó szakmai testületei a szakmai kollégiumok. 2004. nyarán az Ápolási Szakmai Kollégium tagjai is megválasztásra kerültek.

A szakmai kollégium elnökének az egészségügyi miniszter Csetneki Juliannát kérte fel. A tagok maguk közül titkárnak Wetzelné Gál Annát választották meg.

Az Ápolási Szakmai Kollégium tagjai:

Név, beosztás	Munkahely
Balogh Ildikó főiskolai docens	Semmelweis Egyetem EFK Fizioterápiás Tanszék, Budapest
Bugarszki Miklós kórh.ig.főov.ápolási h.	Dr. Kenessey Albert Kórház, Balassagyarmat
Csetneki Julianna kari vezető főnövér	Semmelweis Egyetem ÁOK, Budapest
Fodorné Kovács Erzsébet ápolási igazgató	Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg
Dr. Helembai Kornélia tanszékvezető	Szegedi Tudományegyetem EFK Ápolási Tanszék
Henter Izabella dietetikus főtitkár	Dietetikusok Országos Szövetsége, Budapest
Hock Márta gyógytornász, humán szervező	Pécsi Tudományegyetem EFK Fizioterápiás Intézet
Kovácsné Kelemen Judit centrum vezető főnövér	Pécsi Tudományegyetem Orvos Egészségügyi Centrum
Nagy Edit főiskolai adjunktus	Szegedi Tudományegyetem EFK Fizioterápiás Tanszék
Németh Gyuláné főiskolai adjunktus	Pécsi Tudományegyetem EFK Szombathelyi Képzési Központ
Simkó Katalin főiskolai adjunktus	Semmelweis Egyetem EFK Diplomás Ápoló Szak
Somogyi Józsefné ápolási igazgató	Markusovszky Kórház, Szombathely
Székely Andrásné ápolási igazgató h.	Szent Imre Kórház, Budapest
Szloboda Imréné ápolási igazgató	Markhot Ferenc Megyei Kórház, Eger
Tóth Judit minőségügyi koordinátor	Semmelweis Kórház, Miskolc
Dr. Tulkán Ibolya főiskolai docens	Szegedi Tudományegyetem EFK Ápolási Tanszék
Ungi Lászlóné intézetvezető főnövér	Szegedi Tudományegyetem ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika
Varga Ilona szolgálat vezető	Budapest XII.ker. Szent Júlia Otthoni Szakápolási Szolgálat
Vártok Józsefné ápolási igazgató	Semmelweis Egyetem ÁOK Kútvölgyi Klinikai Tömb, Budapest
Wetzelné Gál Anna ápolási igazgató h.	Szent Margit Kórház, Budapest
Dr. Zékányné Rimár Ilona oktatási osztályvezető	Kenézy Gyula Kórház, Debrecen

Az Ápolás Szakmai Kollégiumnak a 20/2004. (III.31.) ESzCsM rendeletben foglaltaknak megfelelően kell tevékenykednie.

A teljesség igénye nélkül néhány feladat a rendeletből:

- felkérésre véleményt nyilvánít az egészségügyi képzés, szakképzés és továbbképzés szakmai követelményeiről és rendszeréről,
- javaslatot tesz a szakmai vezetői pályázatok szakmai követelményeire és véleményezi a pályázó szakmai feltételeknek való megfelelését, az ápolási igazgató és az önálló ápolási intézet szakmai vezetője vonatkozásába,

- együttműködik a szakterületen tevékenykedő szakfelügyelőkkel.

Az Ápolási Szakmai Kollégium a következő négy szakcsoportot is működteti:

- műtős és aneszteziológiai
- otthoni, közösségi, foglalkozás-egészségügyi és hospice szakápolási,
- dietetikai és közegészségügyi,
- gyógytornász, fizioterápiás szakcsoport,

A kollégiumnak előre meghatározott éves munkaterv szerint kell működnie. Az üléseken tanácskozási joggal részt vesz az Egészségügyi Minisztérium, Országos Tisztifőorvosi Hivatal és a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara képviselője, valamint az ülés tárgya szerint érintett szakmai szervezet, egyesület elnöke.

Az Ápolási Szakmai Kollégium eddigi fő tevékenysége a 2004 évi tisztújítás óta:

- Ápolási Szakmai Kollégium ügyrendjének elfogadása,
- Szakmai protokollok tartalmi elemeinek és szerkezeti felépítésének véleményezése,
- a kollégium szakcsoportjainak létrehozása,
- szakmai anyagok, oktatási programok, valamint szakmai és vizsgáztatási követelmények véleményezése.

Világszerte folyik az egészségügyi struktúra felülvizsgálata, gazdaságosabb megoldások keresése és az ellátás átalakítása. A változások alól hazánk sem kivétel, jóllehet a megszokás és a vélt érdekek makacs védelme ezt a folyamatot lassítja. A változás azonban be fog következni, erre fel kell készülni és a felkészülést ma kell megkezdeni.

Az ápolói-asszisztensi tevékenység az eltelt évek alatt is sokat fejlődött. A szakdolgozók csak akkor tudnak a társadalom és a szakma kihívásainak megfelelni és a jogosan kívánt nagyobb önállóságot elérni, ha tevékenységüket hivatássá fejlesztik. Az első lépéseket már megtettük, a legnehezebb követelmény a magas szintű ismeret, illetve tudás megszerzésének, illetve lehetőségének biztosításával.

A cél az, hogy a magyar szakdolgozók is ugyanazzal a tudással, kompetencia-szinttel és autonómiával rendelkezzenek, amivel a „nyugat-európai” kollégáink.

Az Ápolási Szakmai Kollégium munkájával hozzá kíván járulni ezen célok megvalósulásához.

Csetneki Julianna
Ápolási Szakmai Kollégium
elnök

[Vissza a tartalomhoz](#)

Egészségügyi Minisztérium Egészségpolitikai Főosztály tájékoztatója pályázati felhívásról:

- A pályázat a középfokú egészségügyi szakképesítésekkel összefüggő ágazati feladatok koordinálásának keretében történő intézkedés alapján kerül meghirdetésre.
- A pályázati felhívás tartalmi követelményinek meghatározása a tankönyvpiac rendjéről szóló 2001. évi törvény és a tankönyv nyilvántartás, a támogatás, valamint az iskolai tankönyvellátás rendjéről szóló 23/2004(VIII.27) OM rendelet jogi keretfeltételeinek szabályai alapján készült.

M e g j e l e n i k : az Egészségügyi Közlöny 2005. évi 3. számában

AZ EGÉRSÉGÜGYI MINISZTERIUM KÖZLEMÉNYE

az egészségügyi szakképzések tankönyvfejlesztésének támogatására, moduláris képzési programokhoz szükséges tankönyvek megírására az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet által kiírt pályázatról

1. A pályázat célja

Az ápolói szakmacsoport moduláris alaptankönyveinek megírása az alábbi témakörökben és terjedelemben:

1. Hospice ellátás elmélete (9,5 ív)
2. Általános kórtan (6,0 ív), immunitástan (2,5 ív), járványtan (3,0 ív)
3. Biofizika (4,5 ív)
4. Biokémia (4,5 ív)
5. Diabetológia (7,0 ív)
6. Egészségtan (3,0 ív), közegészségtan (3,0 ív), népegészségtan (3,0 ív)
7. Endokrin betegségben szenvedők ápolása (8,0 ív)
8. Geriátria (8,0 ív)
9. Sürgősségi betegellátás (7,0 ív)
10. Az idegrendszer betegségeiben szenvedők ápolása (7,0 ív)
11. Pszichológia, mentálhigiéne (4,5 ív)
12. Rehabilitáció (4,5 ív)
13. Ápoláslelektan (7,0 ív)
14. Az érzékszervek betegségeiben szenvedők ápolása (7,5 ív)

2. A pályázók köre

Pályázatot nyújthat be:

1. Minden olyan, felsőfokú végzettséggel rendelkező szakember, aki
 - a) az adott szakterületen illetve tudományterületen legalább három éves gyakorlattal rendelkezik
 - b) oktatási tapasztalatokkal rendelkezik az adott tárgykörben
 - c) több publikációja jelent meg a szakmai sajtóban.
2. Elsősorban alkotói team-ek pályázatát várjuk az 1., 7., 8., 9., 10., 14. témakörben.

Nem nyújthat be pályázatot, valamint nem működhet közre a tankönyvi kéziratok írásában, szerkesztésében az, aki az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézettel közalkalmazotti jogviszonyban áll, valamint ezen személyek közeli (Ptk. 685.§ szerinti) hozzátartozói.

3. Pályázati követelmények:

- a) Pályázati dokumentáció benyújtása, mely tartalmazza a pályázó:
 - pályázati adatlapját
 - szakmai önéletrajzát
 - publikációs jegyzékét
 - két publikációjának nyomtatott változatát.
- b) A pályázó vállalja a részvételt egy tankönyvíró felkészítő programon, melyet az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet szervez. A felkészítő program időpontja és helyszíne a pályázat eredményhirdetésekor kerül közzétételre. A programban való részvétel a nyertes pályázó számára térítésmentes.
- c) A pályázó vállalja, hogy tankönyvi kéziratát a kötelező tartalmi és formai követelmények szerint készíti el: *Tartalmi követelmények:*
 - a tankönyvi kézirat az ápoló szakképesítés (OKJ 54 5012 01 – 21/2002. (V.3.) EüM rendelet) szakmai és vizsgakövetelményei, valamint a központi programban meghatározott irányelvek alapján készül
 - a tankönyvi kézirat tartalma több, az ápolói szakmacsoportba tartozó szakképesítés oktatási, pedagógiai folyamataihoz is használható lesz
 - a tankönyvi kézirat megfelel az értékelési szempontoknak

- a tankönyvi kézirat tükrözni fogja a tankönyvek szaktudományi szempontjait (a tankönyv szemlélete, ismeretanyag kiválasztása, tanítandó anyag tartalmi strukturáltsága, tananyag precizitása)
 - a tankönyvi kézirat megfelel a pedagógiai, didaktikai szempontoknak (életkori sajátosságok, motiváció, tankönyv tartalmi variabilitása, a tartalom differenciálása, szintezése)
 - a kézirat alkalmas lesz a tankönyv új tanulás-módszertani megoldásaira
- Formai követelmények:*
- a tankönyvi kézirat leadáskor nyomdai munkálatokra előkészített
 - a kézirat oldalszámozott, tartalomjegyzékkel ellátott, valamint mérethű
 - a kézirat tartalmazza a színazonos és mérethű, jogtisztá ábrákat vagy az ábrák helyét, ez esetben az ábraanyag a kézirat melléklete
 - a kézirat megfelel a tankönyv szerkezetére vonatkozó követelményeknek
 - a kézirat a magyar nyelvhelyesség, valamint a szakmai nyelv szabályai szerint készül.

4. Beadható pályázatok száma

Amennyiben a pályázó több tankönyvi témára pályázik, minden tankönyvi témára külön pályázatot kell benyújtania. Valamennyi pályázatában fel kell tüntetnie az összesen benyújtott pályázatai számát.

5. Szerződéskötés, szerzői jogdíj

Az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet a nyertes pályázókkal kiadói szerződést köt. A szerzői jogdíj összege: szerzői ívenként 100.000.- Ft, azaz egyszázezer forint.

6. A pályázat benyújtásának határideje, módja, helye

- A pályázat benyújtásának határideje: a pályázati kiírásnak az Egészségügyi Közlönyben történő megjelenését követő 30. munkanap. A határidő módosítására, valamint hiánypótlásra nincs lehetőség. A határidő lejártát követően érkezett, illetőleg hiányosan érkezett pályázatok nem kerülnek elbírálásra.
- A pályázat benyújtásának módja: a pályázatokat három példányban (egy eredeti példány, két másolati példány), személyesen vagy kézbesítővel, átvételi elismervény ellenében kell benyújtani az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet Főigazgatói Titkárságán (1085 Budapest, Horánszky u. 15.), munkanapokon 10.00-16.00 óra között. A borítékon kérjük feltüntetni: "Tankönyvíró pályázat". Csak az átvételi elismervénnyel átvett pályázatok kerülnek elbírálásra.

7. A pályázat elbírálásának módja és ideje

A pályázatok elbírálására az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet bíráló bizottságot hoz létre.

A Bíráló Bizottság 7 tagú, mely az:

- Egészségügyi Minisztérium
- Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet
- Tankönyvesek Országos Szövetsége
- Ápolási Szakmai Kollégium
- Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
- Magyar Szakképzési Társaság Egészségügyi Szekciója

által delegált tagokból áll.

A pályázatok a benyújtási határidőt követően 10 munkanapon belül kerülnek elbírálásra. A bírálat eredményét minden pályázó írásban, postai úton kapja meg.

8. A pályázatok elbírálásának szempontjai

- A kézirat megírásának ajánlott határideje
- Szakmai tapasztalat
- Képzési tapasztalat
- Publikációs tapasztalat

9. Egyéb információk

A pályázattal kapcsolatban felvilágosítás kérhető az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet Kiadói és Könyvtári osztályán (telefonszám: 429-40-96, Csurgó Katalin).

A pályázati kiírás Egészségügyi Közlönyben való megjelenését követő 10. munkanapon, de 10,00 órakor az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet konzultációs napot szervez, melyre a szervezők várják a pályázni kívánókat, valamint a pályázók feltehetik konkrét kérdéseiket. A konzultációs napra előzetes bejelentkezés telefonon (429-40-96), faxon (3-383-944), e-mail-ben (kiadvany@eti.hu) lehetséges.

A pályázathoz szükséges pályázati adatlap letölthető a www.eti.hu weboldalról, illetve beszerezhető az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet Tanácsadó Irodájában (1085 Budapest, Horánszky u. 15., Tel.: (1) 411-01-07, e-mail: info@eti.hu, nyitvatartás: hétfőtől-csütörtökig: 9.00-15.00 óra között, pénteken: 9.00-13.00 óra között).

Szerkesztőbizottság

**Baukó Mária**

Érettségi után, 1966-ban szerezte első egészségügyi szakképesítését, majd később munka mellett vett részt különböző képzésekben. Dolgozott az alapellátásban körzeti védőnőként, majd kerületi vezető védőnőként, ezt követően részt vett a Fővárosi Ifjúsági Egészségvédelmi Központ tevékenységének kialakításában. Később az integrációs rendelkezések következtében a Heim Pál Gyermekkorház illetékességébe került, és ott először rendelőintézeti vezető asszisztens lett, az után intézetvezető főnővér, majd ápolási igazgató. Ebből a munkakörből vonult nyugállományba 2002-ben. A Magyar Ápolási Igazgatók Egyesületének alapító tagja, első elnöke volt. Az Ápolási Szakmai Kollégium megalakulásától (1993) 2004-ig tagja, 1998-2004 között elnöke. Jelenleg szabadfoglalkozású egészségügyi menedzser, ezen a szakterületen oktatási, tutorálási tevékenységet is folytat (ETI, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ és az Egészségügyi Főiskolai Kar Egyetemi Okleveles Ápoló Szak).

**Kujalek Éva**

Gyermekápolóként kezdett dolgozni a Budai Gyermekkorházban 1982-ben, majd a Szabadsághegyi Gyermekgyógyintézetben volt asszisztens. 1992 óta a Heim Pál Gyermekkorház munkatársa. Kezdetben gyermekápoló, majd 1993-1996 között osztályvezető főnővér volt. Ebben az időben kezdett foglalkozni az ápolás minőségbiztosításával. Ennek elismeréseként minőségügyi szakreferensként kapott megbízást 1998-tól, így a kezdetektől részt vett a kórház egészére kiterjedő minőségügyi rendszer kiépítésében. 2000-től minőségügyi vezetőként irányítja a minőségfejlesztést. Munka mellett végezte tanulmányait, egyebek között a Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Karán. 2001-ben diplomás ápoló végzettséget szerzett, 2003 februárjában az Egyetemi Okleveles Ápoló szakon tett sikeres záróvizsgát. 11 évig – megalakulásától kezdődően – volt tagja az Ápolási Szakmai Kollégiumnak.

**Betlehem József**

Jelenleg a Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Klinikai és Ápolástudományi Intézet főiskolai docense, az Ápolástudományi és Sürgősségi Ellátási Tanszék megbízott vezetője, valamint a kar oktatási főigazgató-helyettese. A Magyar Ápolástudományi Társaság, valamint a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Oktatási, Továbbképzési és Tudományos Bizottság elnöke, a Magyar Oxyológia Társaság tagja. A CEEPUS Nemzeti Bizottság tagja.

Az érettségi megszerzését követően a PTE Egészségügyi Főiskolai Karán szerzett diplomás ápoló, valamint egyetemi okleveles ápoló oklevelet. Mentőápoló szakképesítéssel rendelkezik. Nyolc évig elsősorban a sürgősségi ellátás területén dolgozott, majd ezzel párhuzamosan az oktatásban helyezkedett el. Időközben megszerezte a pedagógia szakos bölcsész és tanár egyetemi oklevelet. Jelenleg Ph. D. tanulmányokat folytat.

Szakmai érdeklődési területe az elsősegély oktatásának módszertani kérdésein túl, az ápolók munkájának egészségükre gyakorolt mentális és fizikai hatásaival foglalkozik. Rendszeresen ad elő hazai és nemzetközi konferenciákon, továbbképzéseken.

**Kárpáti Zoltán**

1980-ban végzett a váci Géza Király Téri Egészségügyi Szakközépiskolában, majd elhelyezkedett a helyi, Jávorszky Ödön Kórházban. Intenzív terápiás szakasszisztensként tizenhárom évet, főápolóként hét évet dolgozott, előbb a sebészeti, majd a Központi Intenzív Terápiás osztályon. 2000-től a kórház ápolási igazgatója, minőségirányítási vezetője. Az intézetvezetői oklevél után, egészségügyi menedzser szakképesítést szerzett. Az Európai Minőségügyi Szervezet által elismert minőségügyi auditor, minőségirányítási rendszermenedzser. Jelenleg a BMGE Gazdaság- és Társadalomtudományi Karán, az MBA program menedzser szakirányú továbbképzés minőségmenedzsment szakirányán tanul. Résztvett American International Health Alliance és a Deutsche Seniorenförderung und Krankenhilfe által szervezett továbbképzéseken. 20 éve óraadó tanár az egészségügyi szakközépiskolában.

NÉVJEGY



Szloboda Imréné

A Heves Megyei Önkormányzat Markhot Ferenc Kórház-Rendelőintézet ápolási igazgatója. Az Egészségügyi Főiskola egészségügyi szakoktatói szakát 1986-ban végezte el, a Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetemen Egészségügyi Menedzser másoddiplomáját 1995-ben szerezte meg. Munkahelyei: 1974-1982-ig egri Egészségügyi Szakközép és Szakiskola, 1982-től Markhot Ferenc Kórház-Rendelőintézet.

Aktív közéleti tevékenységet folytat, 5 szakmai szervezet elnökségi, illetve vezetőségi és az Ápolási Szakmai Kollégium tagja, valamint 1999-től a Nővér folyóirat szerkesztőbizottságában is közreműködik. Széleskörű tudományos munkát végez, amit jól jellemez, hogy 34 előadása hangzott el és 22 közleménye jelent meg.

Hosszú évek óta oktat a felsőfokú egészségügyi szakképzésben, a diplomás ápolói és az egyetemi ápolói képzésben.

Kitüntetései:

1995. Magyar Kórhákszövetség - Dr. Aczél György Díj

1999. Pro Sanitate Emlékérem

2002. Batthyány-Strattmann László Díj

2003. Eger Város Egészségügyéért



Tóth Ibolya

Ápolói szakképesítést szerzett 1979-ben Mátészalkán, az Esze Tamás Egészségügyi Szakközépiskolában. Pályáját a Debreceni Orvostudományi Egyetem II. Belgyógyászati Klinikáján kezdte. Néhány év után munkahelyet módosított, és Nyíregyházán az akkori Járási Hivatal Egészségügyi osztályán dolgozott. A járási hivatalok megszűnése után a nyíregyházi Megyei Kórház Alapellátási Osztályán területi vezető ápolónőként tevékenykedett hét évig.

Ezen időszak alatt elvégezte az OTE Egészségügyi Főiskolai Kar intézetvezetői szakát, majd a szegedi József Attila Tudományegyetem Bölcsészettudományi Karán szociológusi diplomát szerzett.

1992-ben kinevezték Nyíregyházán az ÁNTSZ Megyei Intézete megyei vezető ápolói munkakörébe.

2000 januártól az Egészségügyi Minisztériumban dolgozik, jelenleg az Egészségpolitikai Főosztályon az Ápolási Osztály osztályvezetője.



Dr. Zékányiné Rimár Ilona

1970 óta dolgozik Debrecenben a Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézetben.

Ápolói, egészségügyi szakoktatói és pedagógiai szakos tanári képesítése van. Oktatási osztályvezető minőségben szervezi a kórházban folyó szakdolgozói képzéseket, továbbképzéseket, segíti az ápoláskutatást.

Az élethosszig tartó tanulás filozófiáját követve igyekszik ismereteit fejleszteni és ezt a szemléletet tanítványainak továbbadni.

Amerikában szerzett tapasztalatai alapján került hazánkban elsők között bevezetésre az ápolási folyamatra épülő ápolási dokumentáció, amelynek fejlesztő munkájában ma is részt vesz.

Pályája során mind az elméleti, mind a gyakorlati képzésben kiemelt jelentőséget tulajdonít a helyes kommunikációnak, az interperszonális kapcsolatoknak, a beteg ember lélektanának, az érzelmi intelligencia fejlesztésének.

Megalakulása óta tagja az Ápolási Szakmai Kollégiumnak.

Az ápolás terén szakértői tevékenység végzésére és vizsgaelnöki feladatok ellátására jogosított.

A Nővér folyóirat szerkesztőbizottsági tagjaként is képviseli a korszerű ápolás gyakorlatának fontosságát.

Szerkesztőség



Lakó Erika

1990 óta dolgozik a kiadó alkalmazásában, az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézetben (korábbi nevén: Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár - Medinfo). 1998-tól látja el a Nővér folyóirat szerkesztőségi titkári és marketinges feladatait.

Végzettségét tekintve: művelődés-szervező - pedagógus, felsőfokú PR szakember.

Szóró Erika

Kiadványszerkesztő-tervező, iparművész. 2004-től az ESKI munkatársa. 2005. februárjától a Nővér folyóirat tipográfiai szerkesztője és grafikai arculatának tervezője.



[Vissza a tartalomhoz](#)

NŐVÉR 2005. 18. évf. I. szám

MAGYAR GYERMEKMÁSSZÁZS EGYESÜLET

1122 Budapest Moszkva tér 16.



A Magyar Gyermekmasszázs Egyesület
**Csecsemőmasszázs oktató témakörben képzési
programot hirdet egészségügyi szakdolgozók részére**

A továbbképzés célja: az egészségügyi szakdolgozókon keresztül a csecsemőmasszázs átadása szülők számára, amellyel a szülő – gyerek kötődést és a harmonikus család kialakulását támogatja.

Képzés főbb témakörei: bevezetés a csecsemőmasszázsba, kommunikáció és összjáték, csecsemőmasszázs oktatói gyakorlat, érzékeny és különleges igényű csecsemők masszázsa, várandóság, szülés és gyermekágy, anyatejes és mesterséges táplálás, család, örökbefogadás, mentálhigiéne, kommunikáció, gyermekgyógyászat, egészséges csecsemő fejlődése, a gyermekvárással gyermekneveléssel kapcsolatos szakellátási formák Magyarországon, családpolitikai támogatások rendszere, marketing.

Az akkreditáció alatt álló képzés eleget tesz a magyar és a nemzetközi csecsemőmasszázs oktatói oklevélhez szükséges elméleti és gyakorlati követelményeknek, amelyek együtt szükségesek a csecsemőmasszázs oktatói oklevél megszerzéséhez Magyarországon.

A továbbképzés pontértéke: az akkreditáció elbírálása folyamatban
A nemzetközi csecsemőmasszázs oktatói továbbképzés időpontja: 2005. április 14-17.

Jelentkezési határidő: 2005. március 20.

A magyar elméleti továbbképzés: 2005. év folyamán

Jelentkezni lehet: Roszkopálné Nagy Edit oktatásszervező 06-30-951-9170
Némethné Gregor Judit MAGYE elnök 06-20-325-2901