

# NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA  
JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

## A TARTALOMBÓL:

Kutatásról ápolóknak 1.rész: A kutatás tervezése

Lehetséges protektív tényezők a sebgyógyulásban  
egy felmérés tükrében

Gátmetszési gyakorlat hazánkban



2013. 26. ÉVFOLYAM 2. SZÁM  
<http://www.meszk.hu/nover/novindex.htm>

# NÓVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA/

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével/

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

*Nóvér*, 2013, 26 (2), 1–40.

## TARTALOMJEGYZÉK

### ÁPOLÁSKUTATÁS

Kutatásról ápolóknak

1. rész: A kutatás tervezése

Papp László PhD

3

### MAGYAR ÁPOLÁSTUDOMÁNYI TÁRSASÁG ROVATA

Lehetséges protektív tényezők

a sebgyógyulásban egy felmérés tükrében

Dr. Pakai Annamária, Tóth Marianna,

Dr. Váradyné Horváth Ágnes,

Prof. Dr. Horváth Örs Péter

8

### EREDETI KÖZLEMÉNY

Gátmetszési gyakorlat hazánkban

Szénási Rita, Lipienné Krémer Ibolya,

Dr. Mészáros Judit

11

Szerepet játszik-e a munkavesztéstől való félelem az egészségügyi szakdolgozók mindennapjaiban?

Irinyi Tamás, Németh Anikó

27

### ÁPOLÁS GYAKORLATA

A kontaktlencse viselés szövődményes esetei

Mészárosné Pintér Katalin

34

### GRATULÁLUNK

39

## CONTENTS

### NURSING RESEARCH

Research for Nurses

1. part: Research Design

László Papp PhD

3

### COLUMN OF THE HUNGARIAN SCIENTIFIC SOCIETY OF NURSING

Possible protective factors in the wound healing in light of survey

Annamária Pakai PhD, Marianna Tóth,

Ágnes Váradyné Horváth, András Oláh PhD,

Örs Péter Horváth MD, Csc

8

### ORIGINAL CONTRIBUTION

Episiotomy practice in Hungary

Rita Szénási, Ibolya Lipienné Krémer,

Judit Mészáros Csc

11

Does the fear of losing their jobs play any role in the everyday lives of health care workers?

Tamás Irinyi, Anikó Németh

27

### NURSING IN PRACTICE

Complications of wearing contact lenses

Katalin Mészárosné Pintér

34

### CONGRATULATIONS

39

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

## KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

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

**Kiadja:** Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara. **Felelős kiadó:** Dr. Balogh Zoltán (PhD). **Terjeszti:** MESZK 1082 Budapest, Üllői út 82/E (1450 Budapest, Pf. 214.) Telefon: 323-2070 Fax: 323-2079.

**A kiadvány megjelenését gondozza:**

LITERATURA  MEDICA  
KIADÓ KFT.

**Nyomdai munka:** Komáromi Nyomda, Komárom.  
ISSN szám: 0864-7003

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

## Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Csernus Mariann

## Szerkesztő/Editor

Hirdi Henriett Éva

## Szerkesztőbizottság/Editorial Board

Dr. Betlehem József (PhD), *egyetemi docens, dékán*

Kárpáti Zoltán, *ápolási menedzser*

Dr. Oláh András (PhD), *egyetemi docens, dékán-helyettes*

Pápai Tibor, *centrumvezető ápoló*

Szloboda Imréné, *igazgató*

## Szakértők/Experts

Arany Ida, *megyei vezető ápoló*

Jakab Judit, *osztályvezető főnővér*

Dr. Papp Katalin (PhD), *főiskolai docens*

Dr. Papp László (PhD), *főiskolai docens*

Tóth Andrea, *osztályvezető*

Dr. Tulkán Ibolya (PhD), *főiskolai docens*

## Tanácsadó testület/Advisory Board

Boldogné Csurik Magdolna, *osztályvezető,*

Országos Tisztifőorvosi Hivatal

Prof. Dr. Ertl Tibor, *elnök,*

Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége,  
Budapest

Dr. Helembai Kornélia, *tanszékvezető főiskolai tanár*  
SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar  
Ápolási Tanszék, Szeged

Mészáros Magdolna, *elnök,* Egészségügyi Szakmai  
Kollégium Ápolás Szakmai Tagozat

Prof. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár,*  
a MTA rendes tagja, mb. posztgraduális képzési  
igazgató, intézetigazgató, tudományos és innovációs  
rektorhelyettes, PTE orvostudományi és  
Egészségtudományi Koordinációs Központi  
Laboratóriumi Medicina Intézet, Pécs

Rauh Edit, *mb. főigazgató-helyettes,* GYEMSZI-ETI

Dr. Rác Jenő, *elnök*

Magyar Kórházszövetség

Sövényi Ferencné, *szaktanácsadó*

Tóth Ibolya, *főtanácsos,*

Nemzeti Erőforrás Minisztérium

Prof. PhD. Valérie Tóthova PhD, *dékán,*  
Dél-Csehországi Egyetem, Egészségügyi Szociális Kar,  
Cseh Köztársaság

# NŐVÉR

## AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

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

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

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

A kéziratot szerkesztőségünkbe CD-n (NŐVÉR Szerkesztőség, MESZK, 1458 Budapest, Pf.: 74.) vagy e-mail útján juttassák el a [nover@meszk.hu](mailto:nover@meszk.hu) címre. Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton) „Szerzői nyilatkozat”-ot is.

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

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

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

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

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

A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.

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

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

Lapunkat rendszeresen szemlézi Magyarország legnagyobb médiafigyelője az



1084 Budapest, Auróra u. 11.  
Tel.: 303-4738, Fax: 303-4744  
E-mail: [marketing@observer.hu](mailto:marketing@observer.hu)  
<http://observer.hu>

# Kutatásról ápolóknak

## 1. rész: A kutatás tervezése

PAPP László PhD

Az ápolási témájú kutatások széles körben történő elterjedése, a szakmai műhelyek munkája kulcsfontosságú a szakma önálló tudásanyagának megteremtéséhez vezető úton. Ennek a folyamatnak egyik lépcsője lehet a kutatási folyamat megismertetése széles ápolói rétegekkel, és az azt övező tévhitek eloszlatása. Jelen írás a tudományos vizsgálódás korai szakaszával, a tervezés kérdéseivel foglalkozik, és megpróbál választ adni a leggyakrabban felmerülő kérdésekre és problémákra.

### Bevezetés – Felkészülés a kutatásra

Az ápolás elméleti alapokon nyugvó gyakorlati – alkalmazott – tudomány. Az ápolást, önálló tudományággá válása óta jellemzi a rokon tudományágakkal, és azok ismereteivel való szoros kapcsolat, ugyanakkor a hivatás önállóságának definiálására vonatkozó igény. Számos szerző állapította meg, hogy önálló tudományág nem létezhet önálló, a szakma művelői által végzett kutatási gyakorlat nélkül. (Betlehem, Balogh, Szabó, 2009, Zrínyi, 1999) Ugyanakkor a magyar ápoláskutatói gyakorlat elemzések érdekes speciálisan hazai jellegzetességeket megvizsgálni. A teljesség igénye nélkül ilyen a magyar és angolszász ápolásfelfogás különbözősége, melyre Zrínyi is rámutat, és amely hatással lehet a kutatások helyére is a hazai ápolói gyakorlatban. (Zrínyi, 1999) A hazai humán erőforrás-problémák szintén nem jár-

rulnak hozzá a magas szintű ápoláskutatói gyakorlat elterjedéséhez, azonban az objektivitás jegyében meg kell jegyeznünk, hogy az ápolóhiány nem magyar, hanem globális jelenség. (Oulton, 2006) Betlehem értelmezése szerint minden ápolónak képesnek kell arra, hogy területükhöz kapcsolódó kutatások eredményeit felkutassa, és azt a minőség javítása érdekében alkalmazza, ugyanakkor nem várható el mindenkitől, hogy a kutatások elvégzéséhez szükséges speciális szak-képzettséggel rendelkezzen. (Betlehem et al., 2009)

A korszerű, nemzeti és nemzetközi jelleggel is rendelkező, minőségi kutatási gyakorlat elterjedése az ápolás, mint hivatás szempontjából elengedhetetlennek tűnik. A küldetés sikeres teljesítésének lényeges eleme a kutatás elméleti és gyakorlati megfontolásainak közérthetővé tétele, és a módszertan modern szemlélet szerint történő végiggondolása. Jelen írás, mint a kutatási folyamatot e felfogásban elemző, értelmező, és kiegészítő sorozat első része, az ápolói kutatások korai szakaszával, a kutatás megkezdése előtti lépésekkel, és a tervezés során figyelemre érdemes kérdésekkel foglalkozik. (1. ábra)

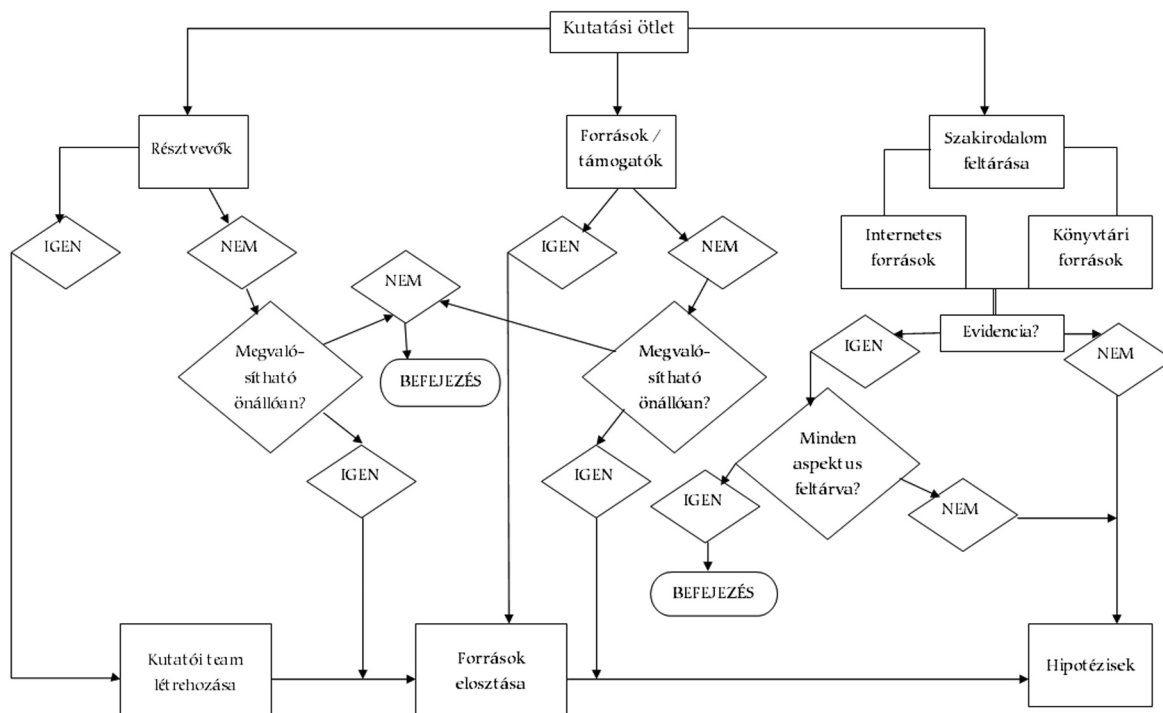
### A kutatások kiinduló lépései

A kutatási folyamat megkezdése előtt érdemes tisztázni az abban résztvevő személyek kérdését. Az ápolóképzés szintjeit és az egyes szintek tananyagtartalmait figyelembe véve, általánosságban kijelenthető, hogy

PAPP László PhD főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék

Levelező szerző (correspondent): PAPP László, elérhetőség: 6726 Szeged, Fő fasor 156., Tel.: 06-30/433-0302, e-mail: papp@etszk.u-szeged.hu

1. ábra: A kutatás korai szakaszának algoritmus



a felsőfokú végzettségű szakemberektől elvárható, hogy a kutatási folyamat résztvevőiként hozzájáruljanak a szakma elméleti alapjainak bővítéséhez. (Betlehem et al., 2009) Ez nem jelenti az egyéb képzési szinteken végzett személyek kizárását a kutatásból; minden olyan ápoló, aki érdeklődést érez a kutatómunka iránt, meg tudja találni a neki megfelelő helyet a kutatói csapatban. Optimális esetben már a vizsgálat tervezésekor felmerül a kérdés, hogy ki vegyen részt ebben a csapatban. Nagyobb volumenű felmérésekhez ajánlott, hogy a kutatás vezetője gondolja át, hogy szükséges-e segítők bevonni a munkába. Ilyenek lehetnek az ápolók, akik az adatgyűjtést végzik, a tervezett beavatkozásokat végrehajtják és megfigyeléseiket rögzítik. Fontos szerepe van a folyamatban az adatok elemzésében jártas, valamint az adatok értelmezésében és prezentálásában tapasztalt kollégáknak. A hazai ápoláskutatási gyakorlat sajátosságait figyelembe véve – melyben a kutatói életpályát választó ápolók munkája mellett leginkább az esetleges, gyakran a képzési helyek által elvárásain alapuló kutatások dominál-

nak –, előfordulhat, hogy a kutatás vezetője sem rendelkezik kutatói tapasztalattal. Ebben az esetben jó döntés egy olyan mentor bevonása a munkába, aki rendelkezik ilyen típusú gyakorlattal, és tanácsaival segíteni tudja a vizsgálat gördülékeny lebonyolítását. Ápolói kutatások végzésekor ápoló képzettségű mentor preferált; amennyiben az adott intézményben ilyen kolléga nem elérhető, a társszakmák képviselőinek felkérése mérlegelhető azzal a kiegészítéssel, hogy ebben az esetben a kutatást vezető ápoló felelőssége az ápolás szakmaspecifikus eszköztárának érvényesítése a folyamatban.

A vizsgálat megkezdését megelőzően gyakran felmerül a kérdés a folyamat támogatásának szükségessége. Nagyobb volumenű felméréseket anyagi, eszközös/infrastrukturális, személyes támogatás nélkül érdemben nem lehetséges végezni, ezért lényeges még a tervezés során felmérni a potenciális támogatók körét. Ennek meghatározó tényezője a kutatás kiindulópontja: amennyiben az intézményi menedzsment felől érkezik a felkérés, ez általában támogatást is jelent valamilyen formában. Ha a kutatási



ötlet a kutató felől érkezik, a menedzsment bevonása elengedhetetlen a lebonyolításhoz. Az intézmények aktuális anyagi helyzetét figyelembe véve a finansziális támogatás megszerzése helyi szinten nehézségekbe ütközhet. Ilyenkor érdemes átgondolni a különféle pályázati lehetőségeket (2013-ban, a teljesség igénye nélkül: TÁMOP, kutatói ösztöndíjak, civil szervezetek pályázatai).

Mivel az ápoláskutatás célja a hivatás elméleti alapjainak bővítése, a kutatások megkezdése előtt lényeges az eredmények publikálásának végiggondolása. Az öncélú, potenciális eredményeket nem hordozó vizsgálatok lebonyolítása sem a szakma fejlődése szempontjából, sem etikailag nem szerencsés. Amennyiben a kutatás kiindulópontja valamilyen külső elvárás, mérlegelendő, hogy az eredmények – lehetőségekhez mérten – széles körű ismertetése hozzájárulhat-e az ápolás eszköztárának bővüléséhez. A publikáció történhet írásban, szóban; keretét lokális fórumoktól kezdve hazai és nemzetközi folyóiratok és konferenciák adhatják.

## A kutatás tárgya

Minden kutatás elméleti kiindulópontja valamilyen leírásra szoruló kérdés vagy megoldásra váró probléma, és ez nincs másképpen az ápoláskutatásban sem. Ebből következik, hogy még a kutatás tervezésének megkezdése előtt lényeges tisztázni, hogy egyáltalán szükség van-e a vizsgálat elvégzésére. A kérdés eldöntésére alkalmas a szakirodalomban publikált vizsgálatok áttekintése, és azok kritikus elemzése. Ennek során a potenciális kutatási problémával kapcsolatos vizsgálódás szükségszerűen nemzeti és nemzetközi dimenzióban is történik, és végső célja a rendelkezésre álló magas szintű evidenciák felkutatása. Amennyiben a vizsgálni kívánt kérdésben az elvárt bizonyítékok rendelkezésre állnak, és annak nincs speciálisan hazai körülmények között vizsgálendő dimenziója, a felmérés lebonyolítása szükségtelen. Ennek kijelentése előtt azonban különösen fontos a szakirodalom módszertanilag helyes áttekintése és értelmezése, mivel a (helytelenül) evidenciáknak vélt eredmények

beépítése az ápolási gyakorlatba nemkívánatos hatásokban nyilvánulhat meg.

A szakirodalom témára vonatkozó megismerése további potenciális hasznot is hozhat a kutató számára. Az elemzés során fény derül arra, hogy a vizsgálni kívánt jelenség aktuálisan érdeklődés tárgya-e a szakma részéről, ami azért lényeges – de nem kizárólagos – szempont a munka tervezése során, mert az érdeklődésre számot tartó téma valószínűleg könnyebben utat talál a különféle publikációs lehetőségek között.

A jó kutatási kérdés megtalálásához vezető úton érdemes végiggondolni azt, hogy mit és miért érdemes vizsgálni. A kutatás tárgyának pontos meghatározása alapvetően befolyásolja az elvégzendő munka eredményességét. A kiválasztás első szempontja, hogy a vizsgálni kívánt jelenség elemzése potenciálisan hozzájárul-e az ápolás önálló, elméleti és/vagy gyakorlati eszköztárának bővítéséhez, vagy egyéb módon segíti-e a szakma önmeghatározásának fejlődését.

Kutatásmódszertani szempontból lényeges, hogy a probléma a rendelkezésre álló eszközökkel eredményesen vizsgálható legyen. A vizsgálhatóság kiterjed a jelenség mérhetőségére (elérhető-e olyan eszköz, mellyel az adott részjelenség mérhető), variabilitására (állandó, hasonló karakterisztikát mutató vagy folyamatosan széles határok között változó, számos változó által befolyásolt), leírhatóságára (elvonat, elméleti vagy konkrét, jól definiálható jelenség). A jól meghatározott kutatási probléma mérhető fogalmakat használ, és elemzése egyértelmű választ ad a kiinduló feltételezésre.

## A kutatás célja

Ahogy arról korábban említés történt, felmérések több célból is megvalósulhatnak, úgy, mint valamilyen jelenség leírása, illetve törvényszerűségek keresése a megfigyelt jelenségek adott dimenzióiban. Az eredmények tervezett felhasználásának figyelembe vétele lényeges a kutatás előkészítési fázisában, mert meghatározza a használandó adatgyűjtési és -elemzési eljárások körét.

A vizsgálatokban gyakran felmerülő kérdés az eredmények általánosíthatósága; az,

hogyan a kapott eredmény, és a levont következtetések milyen mértékben vonatkoztathatóak a mintaválasztás kiindulópontját képező teljes populációra. Habár a kutatások – elméleti – célja a szakmaspecifikus ismeretek körének bővítése, az ápolói kutatásokban helye van a nem általános célú felméréseknek is. Ilyen lehet egy adott munkahely vagy azon belüli kisebb csoport speciális érdeklődésére számot tartó kérdés vizsgálata, mely esetben az eredmények általánosítása nem feltétlenül szükséges. (Ami nem azt jelenti, hogy ilyen esetben rosszul megválasztott módszerekkel gyűjtött adatok alapján vonunk le következtetéseket, hanem azt, hogy a kapott eredmények értelmezése anélkül történik, hogy azokat a teljes populációra is vonatkoztathatnánk.)

Amennyiben a felmérés célja valamilyen törvényszerűség elemzése, a tervezés során olyan módszereket kell végiggondolni, melyek a tévedés valószínűségét csökkentik. Ilyenek – a teljesség igénye nélkül – a mintaválasztás véletlenszerűségét biztosító módszerek, a megfigyelt jelenséget befolyásoló egyéb hatások figyelembe vétele, a kiinduló feltevéseknek megfelelő adatfelvételi eljárás megválasztása, valamint módszertanilag helyes adatelemzési eljárások használata. Mindezek jól átgondolt alkalmazása határozza meg egy felmérés erejét, és amennyiben célunk a jelenségre vagy annak kezelésére vonatkozó általánosítás, a kutatótól elvárt a megbízhatóság biztosítása és – az eredmények publikálása során – bizonyítása.

## A kutatás hipotézisei

A kutatási terv készítésének alapvető fontosságú eleme a megfelelő előfeltételezések kialakítása a vizsgálni kívánt jelenséggel kapcsolatban. A hipotézisek határozzák meg a kutatási folyamat további szakaszaiban alkalmazott módszereket; figyelembe vételükkel történik meg az adatgyűjtés eszközének kiválasztása, az elemzésre használandó próbák körének megállapítása.

A tervezés során gyakran felmerülő probléma az adekvát feltételezések megtalálása. A jól átgondolt kutatási folyamatban a hipotézis-alkotás lépését megelőzi a vizsgálni kí-

vánt jelenséggel kapcsolatos szisztematikus szakirodalmi áttekintés. Ennek során nem feltétlenül *valamilyen* kapcsolódó forrás, hanem a *számunkra megfelelő* munka felkutatása okozhat problémát. Ez utóbbit segíti az esetlegesség száműzése a keresésből, valamint az alkalmas forrásgyűjtemények azonosítása. A tervszerű gondolkodást serkenti a keresés kulcsszavainak meghatározása, és azok különféle keresőkön történő futtatása, valamint ennek mentése / dokumentálása. A kulcsszavak azok a fogalmak, melyek alkalmazásával a teljes kutatási probléma leírható. Kialakításukkor érdemes tudni, hogy nem feltétlenül egy szót tartalmaznak, hanem gyakran kifejezéseket: amennyiben a vizsgált jelenség a katéter-asszociált infekciók köre, a keresés kulcsszava nem „infekció” vagy „katéter”, hanem a teljes kifejezés, mert csak ennek használatával várható pontos találat.

A használható források azonosítása – amennyiben azok valamilyen szakmaspecifikus tartalmat hordoznak – köznapi keresők (Google, stb.) rutinszerű használatával rendkívül nehézkes. A tervezés során érdemes mérlegelni a szakmai tartalmak keresőmotorjainak használatát. Ezek köre gyakran szélesebb, mint elérhetőségük – tapasztalataink alapján a hazai, egészségtudományi képzést végző felsőoktatási intézményeken jobb, míg ezen kívül, vagy otthoni körülmények között korlátozott elérésre lehet számítani. **(I. táblázat)**

A források online feltérképezése a választott kulcsszavak vagy -kifejezések segítségével akkor is ajánlott, amennyiben a keresés könyvtárban zajlik. A hazai könyvtárak online katalógusa a könyveken kívül gyakran folyóiratokat, azokban megjelent cikkek megnevezését is tartalmazza, és használatuk jelentős energia- és időmegtakarítást jelenthet az irodalomkutatás folyamatában.

A feltevésekkel kapcsolatos források azonosítása és elemzése számos hasznos információval láthatja el a kutatót. Az általános-ságok szintjén megmutatja, hogy a témában milyen kutatások zajlottak, milyen feltételezéseket fogalmaztak meg más szerzők, és azokat milyen eszközökkel és módszerekkel vizsgálták. Az irodalom áttekintése kezdő kutatóknak különösen hasznos lehet a

I. táblázat: Keresőmotorok és online adatbázisok

Internetes keresőmotorok	Könyvtárak adatbázisai
EBSCO (felsőoktatási intézményeken keresztül elérhető) Medline Health Source:Nursing/Academic Edition PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed) EISZ adatbázisok (www.eisz.hu) Web Of Science Science Direct SpringerLink Scopus (www.scopus.com) OVID (felsőoktatási intézményeken keresztül elérhető) MATARKA (www.matarka.hu) (Magyar Folyóiratok Tartalomjegyzékeinek Kereshető Adatbázisa) MTMT (www.mtmt.hu) (Magyar Tudományos Művek Tára)	MOKKA (www.mokka.hu) (Magyar Országos Közös Katalógus) Felsőoktatási Intézmények könyvtári oldalai Debreceni Egyetem www.lib.unideb.hu Pécsi Tudományegyetem www.lib.pte.hu Simmelweis Egyetem www.lib.sote.hu Szegedi Tudományegyetem www.bibl.u-szeged.hu

(Oláh András (szerk): Az ápolástudomány tankönyve felhasználásával)

közlemények szóhasználatának, a különféle közlési stílusoknak megismerésére. További profit lehet a – korábban már említett – evidenciák azonosítása, melyek nemcsak a szerző számára nem ismert szakmai tartalmat hordozhatnak, de a feltevésekbe történő beépítésük kerülésével kiküszöbölhető a felesleges vizsgálódás is.

A hipotézisek megfogalmazásával kapcsolatban érdemesnek tűnik etikai kérdéseket is feszegetni. A kutatást végzők gyakran – helytelenül – a feltételezéseket valamely tétel *bizonyításaként* értelmezik, annak sikertelenségét pedig a kutatás kudarcaként. Ez a tévhit vezet(het) ahhoz az etikailag is megkérdőjelezhető gyakorlathoz, mely a hipotéziseket az eredmények ismeretében módosítja. Ez a – szóbeszéd alapján gyakran alkalmazott – módszer teljességgel elfogadhatatlan a minőségi kutatásokban. A magas szintű, tu-

dományos igényű vizsgálódás a hipotéziseket a szó eredeti értelmében, azaz előfeltételezésként alkalmazza, és megfogalmazásukkal a kutató a vizsgált jelenségre vonatkozó személyes vagy közvetett gyakorlati megfigyelései, valamint a szakirodalmi áttekintés során szerzett tapasztalatai kerülnek leírásra a célból, hogy azokat adekvát módszerekkel *elemesse*. Ebből az következik, hogy a feltételezés cáfolata hasonlóan értékes eredménnyel szolgálhat, mint annak bizonyítása, tehát annak utólagos módosítása mindenképpen kerülendő.

Tervezett sorozatunk következő része a kutatási folyamat következő szakaszait, a mintavételi eljárásokat, valamint az adatgyűjtés folyamatát fogja gyakorlati szempontok alapján tárgyalni, és remélhetőleg hozzájárulni a minőségi kutatások elterjedéséhez.

## Irodalomjegyzék

1. Betlehem J, Balogh Z, Szabó Gy-né (2009). Hol tartunk hazánkban az egészségtudományokban? Az egészségügyi szakdolgozók XXXIX. Országos kongresszusának tapasztalatai. *IME*, 8(2): 40-43.
2. Zrínyi M. (1999). Mi az ápoláskutatás és mi nem? *Nővér*, Hozzáférhető: <http://www.eski.hu/new3/kiadv/nover/1999/199905/nov995.htm> (Letöltve: 2013.04.10.)
3. Oulton JA. (2006). The global nursing shortage: an overview of issues and actions. *Policy Politics Nursing Practice*, 7: S34–S39.



# Lehetséges protektív tényezők a sebgyógyulásban egy felmérés tükrében

DR. PAKAI Annamária, TÓTH Marianna, DR. VÁRADYNÉ HORVÁTH Ágnes,  
DR. OLÁH András, PROF. DR. HORVÁTH Örs Péter

## Összefoglalás

**A vizsgálat célja:** Összefüggések keresése a műtéti eljárások és sebgyógyulási zavarok között, illetve megvizsgálni a varróanyag hatását a sebgyógyulási zavarok előfordulásának tükrében.

**Vizsgálati módszerek és minta:** A célcsoportba az PTE KK Sebészeti Klinikáján 2009-2010 között elektív hasi műtéten átesett 18 és 85 év közötti betegek kerültek (n=105). A dokumentumelemzés során a szocio-demográfiai adatok mellett a preoperatív és posztoperatív paraméterek áttekintése történt meg. A szerzők az SPSS 17. program segítségével leíró statisztika mellett, két mintás-t próbát, khi-négyzet próbát és logisztikus regressziót alkalmaztak ( $p < 0,05$ ).

**Eredmények:** Nagyobb az esély a sebgyógyulási zavar kialakulására abban az esetben, ha a műtétet követően drain kerül behelyezésre, azonban kisebb eséllyel fordul elő sebgyógyulási zavar, ha Triclosan varróanyag alkalmazására kerül sor ( $p < 0,05$ ).

**Következtetés:** A sebfertőzések kialakulásáért több tényező is felelős lehet, ezekről számos magyar és nemzetközi tanulmány eredményei számolnak be. Az eredmények több dimenzióban rámutatnak a Bizonyítékokon Alapuló Ápolás (Evidence Based Nursing) sebgyógyulási jelentőségére a sebészeti team munka kontextusában.

**Kulcsszavak:** sebgyógyulási zavar, Triclosan varróanyag, drain

### Possible protective factors in the wound healing in light of survey

Annamária PAKAI PhD, Marianna TÓTH, Ágnes VÁRADYNÉ HORVÁTH, András OLÁH PhD, Örs Péter HORVÁTH MD, CsC

### Summary

**Purpose of the study:** to investigate the correlation between the surgical procedure and the disorders of wound-healing, furthermore to examine the impact of the matter of suture on the incidence of wound healing problems.

**Methods and material:** The survey was carried out at Surgical Clinic of the University of Pécs, among patients between 18 to 85 years who had been undergone an elective abdominal surgery between 2009-2010 (n=105). In the course of the document analysis the authors reviewed socio-demographic data and the preoperative and postoperative parameters. The authors applied descriptive statistics with SPSS 17 moreover two-sample t- test, khi square test and logistic regression ( $p < 0,05$ ).

**Results:** The incidence of wound-healing disturbance is higher in the case of using draine, however it is lower if Triclosan suture is used ( $p < 0,05$ ).

**Conclusion:** A number of Hungarian and international study reports that many factors can be responsible for surgical site infections. The results point out the significance of Evidence Based Nursing wound attendance in the context of team work.

**Keywords:** disturbance of wound-healing, Triclosan suture, drain

Érkezett: 2013. március. 30., Elfogadva: 2013. április 11.

## Bevezetés

Az orvosi tevékenységek fejlődésével az ápolás számára is egyre fontosabb igény, hogy rendelkezzen megbízható szakmai

bizonyítékokon nyugvó gyakorlattal, amely visszatükrözi a nemzetközi ápolás-szakmai elvárásokat az adott szakterületen. (Betlehem, 2002, Betlehem, 2007) Napjainkban, a sebészet területén és a hoz-

DR. PAKAI Annamária egyetemi adjunktus, tanszéki csoportvezető, PTE ETK Zalaegerszegi Képzési Központ

TÓTH Marianna intézetvezető ápolónő, PTE Klinikai Központ Sebészeti Klinika

DR. VÁRADYNÉ HORVÁTH Ágnes szakoktató, PTE ETK Pécsi Képzési Központ

DR. OLÁH András egyetemi docens, általános és stratégiai dékánhelyettes, tanszékvezető, PTE ETK Pécsi Képzési Központ

PROF. DR. HORVÁTH Örs Péter egyetemi tanár, PTE Klinikai Központ Sebészeti Klinika

Levelező szerző (correspondent): DR. PAKAI Annamária, elérhetőség: +36/92-311-115

e-mail: annamaria.pakai@etk.pte.hu

zá kapcsolódó társszakmákban elvárás a korszerű és költséghatékony, bizonyítékokra épülő, biztonságos sebllátás. A nehezen gyógyuló sebek ellátása, kezelése nemcsak hazánkban, hanem világszerte problémát okoz, és súlyos gondot jelent a fennálló magas költségek és a finanszírozási rendszer nehézségei miatt. A fekvőbeteg ellátásban folyamatosan jelenlévő és kilátástalannak tűnő infektológiai helyzetben a magas sebfertőződési arány megléte mind az ellátónak, mind az ellátásban részesülőnek is probléma. A sebfertőzések megnyújtják a kórházi tartózkodás idejét, sebkezelésre drága kötszereket alkalmaznak, és nem ritkán antibiotikumos kezelés válhat szükségessé. (Daróczy, 2008; Daróczy & Kulin, 2011)

A sebgyógyulási zavarok kialakulásáért több tényező is felelős lehet, ezekről számos magyar és nemzetközi tanulmány eredményei számolnak be. (Blumetti et al 2007; Konishi, Watanabe, Kishimoto & Nagawa, 2006; Nishikawa et al, 2008; Bartos, Markovics, Várföldi & Buzáné Kis, 2009; Kökény, 2009)

A sebészet operatív időszakának eseményei is fontos szerepet játszanak a nem kívánt események kialakulásáért. A coloproctológiai kórképek műtéti megoldása során a vastagbél megnyitásával járó hasi műtéti beavatkozások a széptikus mütétek közé sorolandóak, mert gyakori lehet a behatolási kapu infektációs szövödménye. Ez utóbbi jelentősen függhet a műtéti technikától, a sebészeti agressziótól, illetve a kolonizáció mértékétől, a szisztematikusan adott antibiotikum, bélelkészítés alkalmazásától és nélkülözésétől, a páciens individuális sebgyógyulást befolyásoló tényezőitől. (Oláh & Gaál, 2006)

Tanulmányok támasztják alá az alkalmazott varróanyag típusa és a sebfertőződés előfordulása közötti kapcsolatot. (Huszár, Baracs, Tóth & Horváth, 2012; Justinger, Moussavian & Schlueter, 2012) A sebészeti behatolási kapu infektóit leggyakrabban a bőrfiórához tartozó Gram pozitív baktériumok okozzák, ezt követi a bélfiórára jellemző törzs Enterococcus, E.coli, Enterobacter, Proteus, Klebsiella. Fentiek szerepe a vastagbél megnyitással járó mütéteket követve site kolonizáció során jelentősen felértékelődnek. Az új fejlesztésű antiszeptikus varróanyag,

mely Triclosannal bevont, monofil, felszívódó típusú, kedvező védelmet nyújt a varróanyag körül kialakuló kolonizációval szemben. (Huszár, Baracs, Tóth & Horváth, 2012) In vitro tanulmányokkal igazolták, hogy a triclosan gátló zónát alakít ki a varróanyag körül, és effektív a sebfertőzést okozó leggyakoribb pathogén kórokozókval szemben. A sebvédelemre gyakorolt hatása átlag harminc napig tart, mely korszerű sebkezelési technikával kiegészítve, protektív tényező a sebgyógyulási folyamatban. (Justinger, Moussavian & Schlueter, 2012) A sebllátás folyamatában előremutatóan a megelőzés lehetőségeit kell figyelembe venni, az új eljárások bevetése és gyakorlata páciensközpontú, figyelembe veszi a befolyásoló tényezőket és előremutató preventív megoldásokkal segíti az életminőséget. (Juhász, 2006)

## A vizsgálat célja

A vizsgálatunk célkitűzése, hogy összefüggéseket keressünk a mütéti eljárások és sebgyógyulási zavarok között, valamint megvizsgálni az alkalmazott varróanyagok hatását a sebgyógyulási zavarok és a sebfertőzések kontextusában. Hipotéziseink a következők voltak:

1. A Triclosan varróanyag alkalmazása során kisebb eséllyel fordul elő sebgyógyulási zavar, mint a hagyományos varróanyagoknál.
2. A kíméletes mütétechnikai beavatkozás (és /vagy sebzárási technika) eliminálhatja a sebgyógyulási zavarok lehetséges megjelenését.
3. A szöveti tehermentesítésre használt eszköz/drain hátráltatja a sebgyógyulást.

## A vizsgálati módszer és minta

A retrospektív, kvantitatív vizsgálatunk során a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Sebészeti Klinikáján 2009. január 1.- 2010. július 31 között 180 mütéti beavatkozásokra vonatkozó dokumentumot tekintettünk át. A nem véletlenszerű, célirányos, szakértői kiválasztás során a célcso-

portba azok a 18 és 85 év közötti betegek kerültek, akik elektív hasi műtéten estek át. Beválasztási kritériumba tartozott minden olyan beteg, aki betöltötte a 18. életévét, de még nem múlt el 85 éves, jó-, vagy rosszindulatú vastag-, vagy végbél betegség miatt elektív hasi műtét történt bélmegnyítással, illetve elsődleges sebzarást végeztek. A műtétet megelőzően, protokoll szerinti bél-előkészítésben részesültek. Profilaxist részét képezte az antibiotikum adása intravénásan (Inj. Metronidazole 500mg/100ml és a cefalosporin csoportba tartozó Inj. Zinacef 1,5 gr.) bemetszés előtt fél órával, műteti idő intervallum minimum 2 óra volt, a műteti beavatkozást egyszer használatos izolálással végezték, az operációs terület fertőtlenítésére Skinsept Color- oldatot alkalmaztak. Kizárási kritérium volt minden 18 év alatti, 85 év feletti páciens, lokális sebgyógyulást befolyásoló betegségek fennállása, mint az insulin függő diabetes, májelégtelenség, dialysist igénylő vesebetegség, immunszuppresszív, szteroid kezelésben részesülő beteg. Kizárási kritérium volt továbbá azoknak a betegeknek a köre, ahol protokoll szerinti bél-előkészítés nem történt, akiknél sürgős műteti beavatkozás, laparoszkópos eljárás, lokális excisio szerepelt, illetve nem végeztek bélmegnyítást, szepszis kialakulása esetén, és a műtét ideje 2 óránál kevesebb volt.

Kutató munkánk során mind ápolási-, mind orvosi szakmai elemzés szempontjából 105 db dokumentumot értékeltünk. A mintában 52 főnél triclosan varróanyagot (eset-csoport száma), 53 fő pedig hagyományos varróanyagot (a kontrollcsoport) alkalmaztak.

A dokumentumelemzés során áttekintésre került a szocio-demográfiai és anamnesztikus adatok mellett a preoperatív állapot, a műteti eljárások, a varróanyag fajtája, a műteti idő, a posztoperatív paraméterek, szövődmények, a sebgyógyulási zavarok, drain alkalmazása és eltávolításának napja, váladék jelenléte és mértéke, kötöző anyag fajtája, kötőanyag gyakorisága, az ápolási napok száma, és a korai késői sebgyógyulás eseményei.

A kapott adatok SPSS 17. program segítségével kerültek feldolgozásra. A vizsgálat-

hoz a leíró statisztikai módszerek közül átlagot, szórást, relatív gyakoriságot, valamint matematikai statisztikai módszer keretében két mintás t-próbát és khi ( ) négyzet próbát alkalmaztunk. Az eredményeket  $p < 0,05$  esetén tekintettük szignifikánsnak. A logisztikus regresszió segítségével a dichotóm függő változó és a magyarázó változók közötti lineáris kapcsolat erősségét és irányát vizsgáltuk. Dichotóm függő változónak tekintettük „Előfordult-e sebgyógyulási zavar?” (1=igen, 0=nem). Magyarázó változóként a dokumentum elemzés azon tételeit választottuk be, amelyek a sebgyógyulási zavar előfordulását befolyásolhatták, mint például: neoadjuváns szer alkalmazása, ASA klasszifikáció, stoma, hasfalzárás módja, varróanyagok típusa, drain, kötőanyag gyakorisága.

## Eredmények

A szocio-demográfiai kérdések tekintetében 105 beteg közül, 54 fő (51,4%) nő, 51 fő (48,6%) férfi beteg volt. A vizsgált betegek átlag életkora  $63,01 \pm 10,55$  év, a legfiatalabb beteg 36 éves, a legidősebb 82 éves volt.

A sebgyógyulás rizikófaktoraként említhető bizonyos káros szenvedély, így a dohányzás mely potenciálisan befolyásolható összetevő, illetve a testsúly, és egyéb alapbetegségek. (Konishi, Watanabe, T Kishimoto & Nagawa, 2006) Dohányzási szokás tekintetében a vizsgálati eredmény bemutatja, hogy 33 fő (31,4%) dohányzott. Az alkohol fogyasztása kedvező eredményt tükröz a betegek szubjektív bevallása szerint, hiszen közel 75,2%-a nem él a káros szenvedéllyel. Az alapbetegség tekintetében a nem inzulinnal kezelt diabetesesek száma 19 fő (18,1%), még 86 főnek (81,9%) az anamnézisben nem szerepel cukorbetegség. ASA (American Society of Anesthesiologists) kockázatfelmérő skála eredményéből kitérünk, hogy a 105 esetből 72 főnél (68,6%) fennáll valamely szisztémás betegség, csak 15 fő (14,3 %) tartozik az ASA I. kategóriába.

A sebgyógyulás folyamatát befolyásolhatja a preoperatív neoadjuváns kezelés. A vizsgált csoportban 24 fő (22,9%) részesült

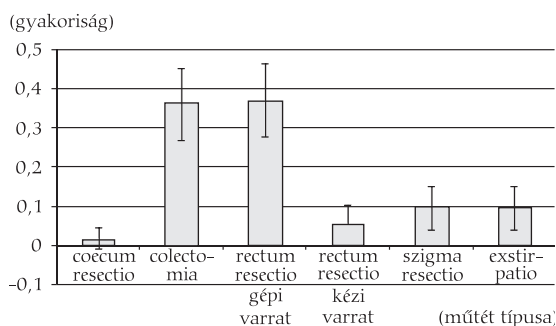
onkológiai terápiában. A korábban végzett hasi műtét, műtéttechnikai szempontból is meghatározója lehet az esetleges sebészeti agresszivitás kimenetelére. (Blumetti et al, 2007) A vizsgált mintában 56 főnél (53,3%) volt már ilyen jellegű műtéti beavatkozás.

Hasonlóan a testtömeg index is zavaró tényezőként hat a gyógyulás folyamatában. A BMI átlag  $27,84 \pm 4,30$  a legalacsonyabb BMI érték 19, míg a legmagasabb 40 volt. A WHO beosztás szerint túlsúlyos kategóriába 43 fő (41%), elhízott kategóriába 37 fő (35,2%) tartozott, normál BMI testsúlyt 25 főnél számoltunk. Műtét előtti transzfúziós terápiában 13 fő (12,4%) részesült, ez összefüggésbe hozható a normál értéknél alacsonyabb átlag hemoglobin értékkel, mely  $128,21 \pm 16,88$  g/l és mint operációs rizikófaktor, a bemetszési SSI-vel kapcsolatba hozható az allogén vér immunszupresszor hatása miatt. (Poon et al, 2009)

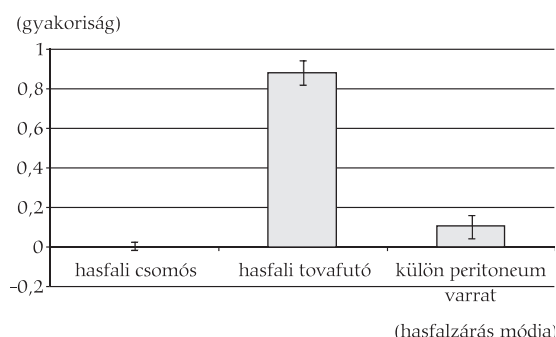
Műtéti megoldás részét képezte a stoma felhelyezése 28 fő esetében. A műtét típusok tekintetében colon műtétek közül a colectomia 38 főnél (36,2%), még rectum műtétek közül a rectum resectio gépi varrattal 39 főnél (37,1%) történt. A műtét típus megoszlásán túlmenően, az eredmények tartalmazzák az alkalmazott szövetegyesítési módszereket is, az anasztomosisok tekintetében is. A gépi varrat alkalmazása könnyítheti a technikailag nem egyszerű műtéti eljárásokat. A vizsgálatban a fent említett komplikált műtéti eseményeknél, rectum resectio, 39 főnél (37,%) gépi varratok alkalmazására került sor. A varrat insufficientia elkerülése érdekében a használt eljárás nem elhanyagolható. Leggyakoribb műtéti típus a rectum resectio gépi varrattal, illetve a colectomia volt. (1. ábra) A kíméletes sebészi technika alapvető szempontja, a tova futó varratok alkalmazása. A minta 88,6%-ánál ez a módszer került alkalmazásra a hasfal zárásánál (2. ábra), ugyan így a subcutan varratok esetében is (61,9%) (3. ábra). Kiegészítve a kép az alkalmazott varróanyagok tekintetében, a Triclosan varróanyag használatára 52 főnél (49,5%), még hagyományos varróanyag használatára 53 főnél (50,5%) került sor.

Profilaktikus drenálás 77 fő (73,3%) esetében történt, még 28 főnél (26,7%) nem. A drain eltávolítás napja 32 főnél (30,5%) 4.

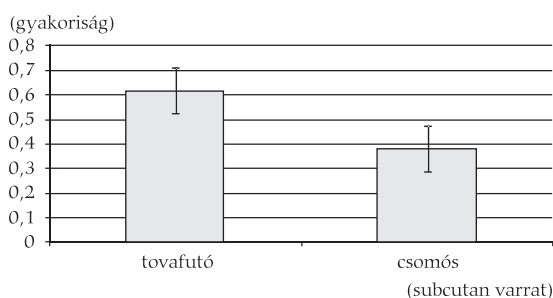
1. ábra: Műtéti típusok (N=105)



2. ábra: Hasfalzárás módjának megoszlása (N=105)



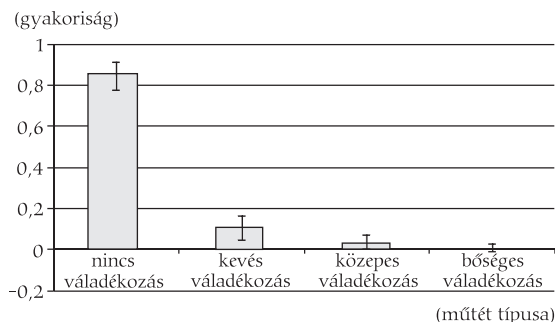
3. ábra: Subcutan varrat megoszlása (N=105)



napon túl történt. A sebváladéknak a sebgyógyulás élettani folyamatában kedvező szerepe is van, csak 1 fő esetében volt jelen, dokumentált bőséges váladékozás. Valószínűsíthető, hogy ebben az esetben történt napi többszöri kötéscsere. 15 fő esetében jelent meg kevés, illetve közepes mennyiségű váladékozás. (4. ábra) A sebváladékozás növekedése a gyulladás mutatója lehet. A nem váladékozó sebek esetében szigetkötszer került alkalmazásra 89 főnél (84,8%), a váladékozó seb ellátása pedig nedvszívó és/vagy egyéb korszerű kötöző anyaggal történt. Mikrobiológiai mintavétel 6 fő (5,7%) ese-



4. ábra: A sebváladék mennyiségének aránya (N=105)



tében történt, sebváladék leoltás eredménye Propionobakter 1 fő, Pseudomonas au. 1 fő, a többi beteg esetében (4 fő) a mikrobiológiai vizsgálat eredménye negatív volt.

A műtét átlag időtartalma  $149,21 \pm 18,82$  perc, a minimum operációs idő 120 perc, a maximális 215 perc. A bemetszési SSI összefüggésbe hozható az operációs idővel, mint nem független kockázati tényező. Ápolási napok száma átlagosan  $9,85 \pm 2,89$  nap, legkevesebb 6, legtöbb kórházban töltött ápolási nap 23 volt.

A posztoperatív szövödmények a vizsgált időszakban és mintánál nem fordultak elő, (peritonitis, varrat insufficiencia, tályog) ami

talán a korábban felvázolt alkalmazott műtét technikai szempontoknak köszönhető. Reoperáció 1 főnél történt, mely dokumentum elemzés alapján egyéb okokra vezethető, a diagnosztikus vizsgálatok ileust igazoltak.

Korai sebgyógyulási zavart 16 fő (15,2%) esetben találhatunk. Kórházból távozás után, késői sebgyógyulási zavar 19 főnél (18,1%) alakult ki, de kórházi felvételt nem igényelt egy betegnél sem.

A logisztikus regresszió eredményeinek értékelésénél első lépésben dichotóm függő változónak tekintettük „Előfordult-e sebgyógyulási zavar?” (1=igen, 0=nem). Magyarázó változóként a dokumentumelemzésnek azokat a tételeit választottuk be (9 tétel), amely a sebgyógyulás zavarának előfordulását befolyásolhatták.

A modell elemszáma 105 fő volt. A Wald-statisztika null-hipotézise szerint, a független változók nem hatnak a függő változóra. Jelen esetben a függő változóink hatnak ( $p < 0,001$ ) a függő változóra. A modell magyarázó erejét  $\chi^2$ -próbaival teszteltük, melynek eredménye alátámasztotta, hogy a modellünk  $p < 0,001$  szinten szignifikáns. A modell magyarázó ereje (Nagelkerke R négyzet)

I. táblázat: Sebgyógyulást befolyásoló tényezők

Független változók	Regresszós együttható (B)	Standard error	Eszélyhányados OR=Exp(B)	p	95 % CI az OR-re	
					Alsó érték	Felső érték
IDDM	-,778	,910	,459	,393	,077	2,734
Neoadjuvans szer	-,355	,790	,701	,653	,149	3,300
BMI	-,165	,431	,848	,703	,364	1,974
ASA				,532		
ASA(1)	,311	,946	1,364	,743	,214	8,714
ASA(2)	1,149	1,170	3,154	,326	,319	31,223
Stoma(1)	-,168	,838	,845	,841	,163	4,368
Hasfalzárás módja				,697		
hasfali csomós	10,022	99,635	22508,871	,920	,000	1,450
hasfali tovafutó	8,950	99,642	7705,765	,928	,000	5,030
Varró anyagok	2,363	,845	,094	,005	,018	,493
Drain (1)	1,498	,671	4,472	,026	1,201	16,651
Kötéscsere				,754		
48-72 óra után nem igényelt kötés cserét	-6,906	37,136	,001	,852	,000	4,080
több naponta csak	-,549	,706	,577	,437	,145	2,303
naponta	,283	,950	1,327	,766	,206	8,540
Constant	-10,442	99,650	,000	,917		



37 %. A modellbe bevont kilenc magyarázó változó közül két esetében találtunk szignifikáns összefüggést a sebgyógyulási zavar előfordulásában.

Az **I. táblázat**ban jól látható, hogy 4,5-ször nagyobb az esély a sebgyógyulási zavar kialakulására abban az esetben, ha a műtétet követően drain kerül behelyezésre, azonban kisebb eséllyel fordul elő sebgyógyulási zavar, ha Triclosan varróanyag alkalmazására kerül sor ( $p < 0,05$ ).

## Megbeszélés

A colorectalis sebészet az utóbbi időben óriási lendületként fejlődött, amiben nem elhanyagolható szempontok azok a profilaktikus alternatívák, melyek csökkenthetik a bél megnyitással járó esetleges sebgyógyulási zavarok kialakulását. (Huszár, Baracs, Tóth & Horváth, 2012)

A hazai és nemzetközi kutatási eredmények több dimenzióban, fókuszba helyezik azokat az aspektusokat, melyek befolyásolhatják az infekciós szövődeményeket. (Watanabe, Kohnoe & Shimabukuro, 2008) Jelen vizsgálat is azokra a tényezőkre kíván rávilágítani, melyek protektív tényezőként figyelembe vehetők a sebgyógyulási zavarok tekintetében.

A kutatás céljait figyelembe véve több tényező felelős lehet a sebgyógyulási zavarok létrejöttében. A perioperatív szak beteg tényezői közül a dohányzás, illetve testtömeg-index, alapbetegség, IDDM, Blumetti (2007) és Ennker IC (2009) kutatási eredményei tekintetében, jelen eredmények szignifikáns különbséget nem mutattak a Triclosan és a hagyományos varróanyag alkalmazásakor ( $p > 0,05$ ). (Blumetti et al, 2007; Ennker, Pietrowski & Vöhringer, L, 2009)

A műtét előtti neoadjuváns terápia is kedvezőtlenül hat a műtét utáni eseményekre, de eredményeink szignifikáns különbséget nem igazoltak a varróanyag kontextusában ( $p > 0,05$ ). (Konishi, Watanabe, Kishimoto & Nagawa, 2006)

Az ASA kockázatfelmérő skála célja a beteg fizikai állapotának megítélése. Több kutatás taglalja azt, hogy milyen összefüggés van az ASA score súlyossági fok és a műtét körüli

rizikótényezők között, mely közvetetten befolyásolhatja a posztoperatív eseményeket. (Justinger et al, 2010; Konishi, Watanabe, Kishimoto & Nagawa, 2006; Blumetti et al, 2007) Eredményeink azt mutatják, hogy csak a minta 14,3 %-nál nincs valamilyen szisztémás betegség. A korai sebgyógyulási zavar kialakulásában a varróanyag fajtájának a szerepe, több kutatásban középpontba került. (Seim, Tonnessen & Woldbaek, 2012) A kategorizálás szintjén nem találtunk szignifikáns különbséget a korai sebgyógyulási zavar és az alkalmazott varróanyag vonatkozásában sem ( $p > 0,05$ ). A varróanyagok használata, különböző előny és hátrány mérlegelése után az operáló sebész kompetenciája. A kutatások eredményei rávilágítanak arra a következtetésre, hogy a késői sebgyógyulási zavarok kialakulásában jelentős szerepe van az alkalmazott varróanyagoknak. (Huszár, Baracs, Tóth & Horváth, 2012; Justinger et al, 2012; Fleck et al, 2007)

A jelen kutatás eredményeiben is szignifikáns különbség mutatkozott a Triclosannal bevont, illetve hagyományos varróanyag alkalmazásakor, az előbbi javára ( $p < 0,05$ ), melynek valószínűsíthető oka az antiszeptikus hatás, melynek klinikai hatása 30 napig tart. Ezen dimenzióban vizsgáltuk a műtét típus szerinti megoszlást nemzetközi publikációkban leírtakhoz hasonlóan, akik a peritoneális határ felett és alatti műtét technikai szempontokat helyezték előtérbe. (Konishi, Watanabe, Kishimoto & Nagawa, 2006; Poon et al, 2009) Jelen tanulmányban rectum, sigma, colon műtétekre fókuszáltunk figyelembe véve a szövetegyesítési módszereket. Az eszközös egyesítést (gépi varrat) 37%-nál alkalmaztak. Az átlagos műteti idő 156 perc (Poon et al, 2009), a kutatás helyszínén ez valamennyire alul marad  $149,21 \text{perc} \pm 18,82$ , de nem jellemző.

A műteti idő változása és a sebgyógyulási zavar függhet az operatív tényezőktől, és a korábbi műteti előzményektől. A kutatásban a korábbi hasi műtėti beavatkozás és a műtét időtartalma között szignifikáns a különbség, ellentétben a nemzetközi tanulmányokban leírtakkal (Konishi, Watanabe, Kishimoto & Nagawa, 2006; Justinger et al, 2012, Poon et al, 2009), melyek szerint több tényező mellett a műtét időtartalma megha-

tározója lehet a műtét utáni fertőzés kialakulásának. Stoma képzés esetén a műtét időtartalma változhat, t-próbával igazolható a különbség ( $p < 0,05$ ).

Hasonló megfontolásból kíváncsiak voltunk a varróanyag fajtája, műtét típus és az alkalmazott varrat közötti összefüggésre, de szignifikáns különbséget fentiek tekintetében nem találtunk ( $p > 0,05$ ). A sebgyógyulási zavar megelőzésében a tova futó varrat hatékonyabbnak számít, mint a csomós öltések. (Kaya, Paksoy & Ozturk, 2010; Swenson, 2009)

Továbbá vizsgáltuk a varróanyag és a drain eltávolítás napjának a bizonyítékon alapuló összefüggését, de nem volt szignifikáns különbség a drain eltávolítás napja és a felhasznált varróanyag tekintetében ( $p > 0,05$ ).

Számos kutatás foglalkozik a colorectalis műtéti beavatkozás során használt draineik hatékonyságának bizonyítása végett. (Petrosillo et al, 2008; Sipos & Ondrejka, 2007) A randomizált kontrollált vizsgálatok is azt mutatják, hogy a rutin profilaktikus drainálásnak nincs előnye a nem komplikált colon és rectum műtétek után. Kirchoff P. szerint is kevesebb a sebfertőzés, és a postoperatív szövődmények kialakulása nem előzhető meg. A vizsgálatunk eredményei mutatják, logisztikus regresszió alapján, 4,5-ször nagyobb az esély a sebgyógyulási zavar kialakulására abban az esetben, ha a műtétet követően drain kerül behelyezésre, azonban kisebb eséllyel fordul elő sebgyógyulási zavar, ha

Triclosan varróanyag alkalmazására kerül sor.

A váladék megfigyelése és az ápolási stratégia az alkalmazott kötöző anyag vonatkozásában az alábbiak szerint alakult. (Antal & Fekete, 2008; Kökény, 2009) Szignifikáns különbséget találtunk az alkalmazott kötöző anyag és a váladék mennyisége között, és a kötőcsere gyakorisága tekintetében ( $p < 0,05$ ). A tanulmányok elemzését követően nem találtak adatokat arra nézve, hogy a sebkötőzés különböző formái nagyobb arányban csökkentenék a sebfertőzés kialakulásának kockázatát. (Walter, Dumville & Sharp, 2012) A kötöző anyag használatát vizsgáltuk a hasfal zárás módja szerint, de szignifikáns különbség nem mutatkozott a kötőcsere gyakorisága tekintetében ( $p > 0,05$ ), tehát a tova futó varratok ma már gyakorlattá válnak a csomós öltésekkel szemben (Kaya, Paksoy, Ozturk, Sigirli & Bilgel, 2010), ami rizikótényezőt jelenthet az operatív kimenetre (Kundra, Newmann & Saithna, 2010).

Az eredmények több dimenzióban rámutatnak az Evidence Based Nursing sebgon-dozási jelentőségére a sebészeti team munka kontextusában. A sebgyógyulás szempontjából meghatározó lehet a sebben hagyott varróanyag fajtája és minősége. A sebész számára nyitott a lehetőség, a szövetegyesítés módját és fajtáját tekintve, de valószínűsíthető, hogy a bizonyítékokon alapuló tudományos eredmények hozzájárulnak a kedvező alternatívák választásához, ezzel csökkenthető az elektív colorectalis sebészeten a sebgyógyulási zavar.

## Irodalomjegyzék

1. Antal, S., Fekete, K. (2008) A vákuummal segített sebkezelés alkalmazása és tapasztalataink. *Magyar Traumatológia, Ortopédia, Kézsebészet, Plasztikai Sebészet*, 51(3), 247-252.
2. ASA Physical Status Classification System. In American Society of Anesthesiologists.
3. Hozzáférhető 2013-03-26 <http://www.asahq.org/For-Members/Clinical-Information/ASA-Physical-Status-Classification-System.aspx>
4. Betlehem, J. (2002) Bizonyítékokon alapuló ápolás fogalomrendszerének helye az ápolásban. *Nővér*, 15(6), 11-17.
5. Betlehem, J. (2007) Klinikai hatékonyság az ápolásban. In: Gódné, S. (szerk.) *Klinikai hatékonyság*. Budapest: ProDie Kiadó, 610-650.
6. Blumetti, J., Luu, M., Sarosi, G., Hartless, K., McFarlin, J., Parker, B., ... Anthony, T. (2007) Surgical site infections after colorectal surgery: Do risk factors vary depending on the type of infection considered. *Surgery*, 142(5), 704-711.

7. Bartos, G. Markovics, G., Várföldi, T., Buzáné Kis, P. (2009) A posztoperatív sebgyógyulási zavarokról. *Orvosi Hetilap*, 150 (5), 209-215.
8. Daróczy J. (2008) Krónikus bőrsebek korszerű kezelésének szakmai irányelve, IME, 7(3),30-35.
9. Daróczy J., Kulin S., (2011) Nitrogén-monoxid (NO) alkalmazása a nem gyógyuló sebek kezelésében, *Sebkezelés-Sebgyógyulás*, 14(1), 5-11.
10. Ennker, IC., Pietrowski, D., Vöhringer, L. (2009) Surgical debridement, vacuum therapy and pectorals plasty in poststernotomy mediastinitis. *J of Plastic Rekonstruktive Aesthetic Surgery*, 62(11),1479-83.
11. Fleck, T., Moidl, R. Blacky, A., Fleck, M., Wolner, E., Grabenwoger, M., Wisser, W. (2007) Triclosan-coated Sutures for the Reduction of Sternal Wound infections: Economic Considerations Original. *The Annals of Thoracic Surgery*, 84, 232-236.
12. Huszár, O., Baracs, J., Tóth, M., Horváth, Ö. P. (2012) Sebfertőzések összehasonlítása colon és rectum műtétek után triclosan bevonatú varróanyag (PDS Plus) és azonos alapanyagú nem bevonat varróanyag (PDS II) felhasználása esetén-multicentrikus, randomizált, klinikai tanulmány. *Magyar Sebészet*, 65(3), 83-91.
13. Juhász, I. (2006) A dermatológia aktuális kérdései, a sebgyógyulás fiziológiája. A sebellátás modern szemlélete. *Orvosi Hetilap*, 147(47), 2267-2276.
14. Justinger, C., Moussavian, MR., Schlueter, C., Kopp, B., Kollmar, O., Schilling, MK. (2012) Antibacterial (corrected) coating of abdominal closure sutures and wound infection. *Surgery*, 147(3), 464-465.
15. Kaya, E., Paksoy, E., Ozturk, E., Sigirli, D., Bilgel, H. (2010) Subcutaneous closed-suction drainage does not affect surgical site infection rate following elective abdominal operations: a prospective randomized clinical trial. *Acta Chirurgica Belgica*, 110 (4), 457-62.
16. Kirchhoff, P., Clavien, PA., Hahnloser, D. (2010) Complications in colorectal surgery: risk factors and preventive strategies. *Patiens Safety in Surgery*, 4(1), 5.
17. Konishi, T., Watanabe, T., Kishimoto, J., Nagawa, H. (2006) Elective Colon and Rectal Surgery Differ in Risk Factors for Wound Infection Results of Prospective Surveillance. *Ann. Surgery*, 244(5), 758-763.
18. Kökény, Z. (2009) Amit a sebváladékról tudni kell. *Medicanus Anonymus*, 17(1), 24-26.
19. Kundra, RK., Newman, S., Saithna, A., Lewis, AC., Srinivasan, S., Srinivasan, K. (2010) Absorbable or non-absorbable sutures? A prospective, randomised evaluation of aesthetic outcomes in patients undergoing elective day-case hand and wrist surgery. *The Royal College of Surgeons of England*, 92(8), 665-667. doi: 10.1308/003588410X12699663905113
20. Nishikawa, K., Hanyuu, N., Yuda, M., Tanaka, Y., Matsumoto, A., Yasue, H., ... Iwabuchi, S. (2008) How Can We Control Intraoperative Bacterial Contamination and Surgical Site Infection During an Anterior Resection or Hartmann's/ Miles' Operation? *J Gastrointest Surgery*, 12,1995-2000.
21. Oláh, A., Gaál Cs. (2006) *Hibák és szövődmények a hasi sebészeten*. Medicina, Budapest.
22. Petrosillo, N., Drapeau, C.MJ, Nicastrì, E., Martini, L., Ippolito, G., Moro, M.L., and ANIPIO (2008) Surgical site infections in Italian Hospitals: a prospective multicenter study. *BMC Infectious Diseases*, 8:34.
23. Poon, JT., Law, WL., Wong, IW., Ching, PT., Wong, LM., Fan, JK., Lo, OS. (2009) Impact of Laparoscopic Colorectal Resection non Surgical site Infection. *Annals of Surgery*, 249(1), 77-81.
24. Seim, BE., Tonnessen, T., Woldbaek, PR. (2012) Triclosan-coated sutures do not reduce leg wound infections after coronary artery bypass grafting. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*, 15(3), 411-415.
25. Sipos, P., Ondrejka, P. (2007) „Fast track” vastagbélsebészet. *Orvosi Hetilap* 148(21), 963-969.
26. Swenson, BR., Hedrick, TL., Metzger, R., Bonatti, H., Pruett, TL., Sawyer, RG. (2009) Effects of Preoperative Skin Preparation on Postoperative Wound Infection Rates: A Prospective Study of 3 Skin Preparation Protocols. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 30(10), 964-971.
27. Walter, CJ., Dumville, JC., Sharp, CA., Page, T. (2012) Systematic review and meta-analysis of wound dressings in the prevention of surgical site infections in surgical wounds healing by primary intention. *British Journal of Surgery*, 99(9), 1185-94. doi: 10.1002/bjs.8812.
28. Watanabe, A., Kohnoe, S., Shimabukuro, R., Yamanaka, T., Iso, Y., Baba, H., ... Maehara, Y. (2008) Risk Factors Associated with Surgical Site Infection in Upper and Lower Gastrointestinal Surgery. *Surgery Today*, 38(5), 404-412.

# Gátmetszési gyakorlat hazánkban

SZÉNÁSI Rita, LIPIENNÉ KRÉMER Ibolya, DR. MÉSZÁROS Judit

## Összefoglalás

**Vizsgálat célja:** A kutatás célja a kismamák szülésre való felkészülésének, illetve a vajúadás, a szülés alternatív lehetőségeinek felmérése, a szakemberek és az édesanyák gátmetszéshez való viszonyának vizsgálata.

**Anyag és módszer:** A kutatás első részében a 35 kérdésből álló kérdőíves vizsgálatban a 2007-2012 között kórházban, 36. hét után spontán hüvelyi úton szült nők (643 fő) vettek részt. Az adatfeldolgozás leíró statisztikai módszerrel készült, százalékos megoszlási mutatókkal. A kutatás másik részében egy budapesti kórházban 2011. január 1. és március 31. közötti időszakban 314 fő spontán hüvelyi szülés vizsgálata történt a szülési napló alapján, a gátmetszéssel a középpontban.

**Eredmények:** Az eredmények alapján megállapítható, hogy napjainkban még mindig nagyon magas a gátmetszéssel szülő nők aránya, illetve a vajúadás során sok a beavatkozás és a vizsgálat. A felmérés arra is rámutatott, hogy a szülésznők által kísért szüléseknél kevesebb esetben történt gátmetszés.

**Következtetések:** Az alternatív szülésfelkészítő és szülési módszerek, a gátvédelem alkalmazása napjainkban az elmúlt évekhez képest fokozatosan előtérbe került, de a napi gyakorlatban történő alkalmazásuk még nem megfelelő mértékű. Nélkülözhetetlen a természetes szülés témájában a szakemberek szakmai szemléletének megváltozása, mely által létrejöhet egy humánusabb szülészeti ellátás.

**Kulcsszavak:** gátmetszés, gátvédelem, szülés, szülésznő

### Episiotomy practice in Hungary

Rita SZÉNÁSI, Ibolya LIPIENNÉ KRÉMER, Judit MÉSZÁROS CSc

#### Summary

**Aim of the study:** The aim of the research was to assess the ways in which pregnant women prepared for giving birth, and the alternative opportunities for labour and delivery, and to examine the attitudes of professionals and mothers to episiotomy.

**Sample and method:** Participating in the first part of the study, a questionnaire-based survey with 35 questions, were women who underwent spontaneous vaginal labour in hospital after week 36 (643 persons). The data was processed in a descriptive statistical model with percentage distribution indicators. In the second part of the study, 314 spontaneous vaginal births that took place in a Budapest hospital between 1 January and 31 March 2011 were examined on the basis of the birth log, with the focus on episiotomy.

**Results:** The results show that today the proportion of women who give birth with an episiotomy is still very high, and the incidence of intervention and tests in the course of labour is also high. The survey also revealed that episiotomies were carried out in fewer cases where the obstetrician was accompanied by a midwife.

**Conclusions:** In comparison to past years there is a greater focus now on alternative obstetrician training and midwifery methods, and on perineal protection, but the use of these methods in everyday practice is still not sufficiently prevalent. It is essential to bring about a change in the professional attitudes of specialists to natural birth, which could promote a more humane standard of obstetric care.

**Keywords:** episiotomy, perineal protection, birth, midwife

Érkezett: 2013. január 13. Elfogadva: 2013. április 6.

## Bevezetés

A szüléshez való hozzáállás nagy változáson ment keresztül az elmúlt évszázadokban. A szülés körüli segítők munkája lassan orvosi tevékenységé nőtte ki magát, a

szülő anyja a gyermekével együtt pedig egyre inkább a szülés passzív részesévé vált. A mai technikalizált, medikalizált társadalomban szinte már feledésbe merült a szülés természetes biológiai és pszichés folyamata. Sokszor azonban a jelenlegi állapotot mindenkori gyakorlathoz képest kezeljük.

SZÉNÁSI Rita szülésznő

LIPIENNÉ KRÉMER Ibolya tanársegéd, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, PhD hallgató

Alkalmazott Egészségtudományi Intézet, Ápolástan Tanszék, Szülésznő csoport

DR. MÉSZÁROS Judit főiskolai tanár, dékán, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar

Levelező szerző (correspondent): LIPIENNÉ KRÉMER Ibolya, elérhetőség: Semmelweis Egyetem Egészségtudományi

Kar, 1088 Budapest, Vas u. 17., Tel.: 06-1/486-5938,

e-mail: lipienne@se-etk.hu



Napjainkban kevés olyan szülészeti eljárás van, mint a gátmetszés, amellyel kapcsolatban ennyire eltérő véleményekkel találkozunk. A gátmetszés (episiotomia) a gát bőrének és izomzatának hüvelybemenettől kiinduló bemetszése, melyet a XX. században kezdtek el alkalmazni. „Az episiotomia végzésének ideális ideje a maximális feszülés időpontja. Általában jobb oldali mediolateralis (centrolateralis) episiotomiát végzünk a várhatóan utolsó vagy utolsó előtti fájás előtt.” (Papp, 2009)

A WHO (World Health Organization) 1985-ös ajánlásából kiindulva: „A gátmetszés általános alkalmazása nem indokolt. A gátvédelmet, mint alternatív módszert kell alkalmazni.” („WHO ajánlása”, 1985) Vagyis ha az anya vagy a magzat érdeke nem teszi feltétlenül szükségessé, el kell kerülni. A szakemberek azonban eltérően nyilatkoznak arról, hogy bizonyos esetben mi az anya és a magzat érdeke.

Világszerte eltérő a szakemberek által végzett gátmetszések aránya: „A gátmetszések gyakorisága a 9,7 százaléktól (Svédország) a 100 százalék (Taiwan) között mozog.” (Kitzinger, 2008) A magyarországi kórházi gyakorlatban azt tapasztalhatjuk, hogy az anyák az első szülésüknél szinte mindig átesnek a gátmetszésen. Hazánkban kórházanként, sőt szakemberenként is eltérő arányban, de kb. 80-90%-ban végeznek gátmetszést. Ez az arány az európai országokban jóval alacsonyabb. Példaként említhetjük Finnországot, ahol 2008-ban az összes szülés tekintetében 26%-ban, az első szülések alkalmával 50,5 %-ban végeztek gátmetszést („Gátmetszés aránya”, 2008); a 2010-es évben pedig az összes szülés során 24,1 % volt a gátmetszések száma. („Gátmetszés aránya”, 2010)

A szakemberek általában arra hivatkoznak, hogy egy szabályosan elvégzett episiotomia után a gátvarrás egyszerűbb, a seb könnyebben gyógyul. Véleményük szerint a gátmetszésnek köszönhetően a nők medencefenéki izmai jó állapotban maradnak, mellyel többek között megelőzhetik a későbbi inkontinenciát, a méh és a hüvellyel süllyedését. (Papp, 2009) A szaksegítség munkájának megkönnyítésére azonban nem lehet elegendő indok a beavatkozás végrehaj-

tására, másrészt egyetlen kutatás sem bizonyította még, hogy a gátmetszés bármilyen módon is befolyásolná ezeket a tényezőket. Ma már az orvosok, szülésznők, bábák közül is egyre többen megkérdőjelezzik a gátmetszés rutinszerű alkalmazását. Ugyanis a véleményük szerint több kockázata is lehet, például: elfertőződhet, nehezebben gyógyulhat, nagyobb lehet a vérvesztés, továbbá fájdalmat is okozhat. (Allen & Hanson 2005, Banta & Thacker 1982, Barclay & Vega 2006, Enkin, Keirse, Neilson, Crowther, Duley & Hodnett 2006, Woolley 1995)

Egy amerikai tanulmányban Marianna Alperin és munkatársai megfigyelték, hogy aki az első szülése során átesett gátmetszésen, az nagyobb eséllyel reped, szakad a gáttájékon a következő szülése során. A kutatók a Pittsburgh-i Egyetemen tízéves időtartamot átfogva kb. hatezer szülő nő adatait elemezték. Megállapították, hogy az először szülő nők közel felénél (47,8 %) alkalmaztak gátmetszést, nekik második szülésüknél 51,3 %-ban keletkezett repedésük. Akik viszont gátmetszés nélkül születtek első gyermeküket, azoknál a második szülésnél a gátsérülések aránya csak 26,7 százalék volt. A tanulmányt végző csoport is felhívta a szakemberek figyelmét, hogy csökkentsék a rutinszerűen végzett gátmetszések számát. (Alperin & Parviainen, 2008)

Fontos lenne újragondolni a mai hazai szemléletet. Hiszen napjainkban határozott társadalmi igény, hogy a kórházakban változzanak meg a szülés körülményei, természetesebb, humanizált környezetben történjen a szülés. A természetes szülés megvalósításában nagy szerepet játszik a család-központú szülészetek kialakítása, melyeknek része a szülésfelkészítés, a partner vagy közeli hozzátartozó jelenléte, szülés során a beavatkozások számának minimalisra csökkentése, alternatív lehetőségek biztosítása a vajúdás és a szülés során, a korai anya-gyermek kapcsolat biztosítása, illetve a szakdolgozók szakmai szemlélete. (Rákóczi, 2000)

A témában nemcsak a szülés körüli szaksegítség, hanem a nők is érintettek. Magyarországon kevés olyan anya van, akinek legalább egyszer ne lett volna gátmetszé-



se. Kiemelten szembetűnő a vidéki nők helyzete, mivel nekik kevesebb lehetőségük van a választásra. A legtöbb vidéki kórház az mai napig a konzervatív szemlélet jellemzi (vajúdas, kitolási szak során nem lehet szabadon megválasztani a testhelyzetet, nem szabad enni-inni, stb.). Számos nő a szülés természetes velejárójaként éli meg a gátmetszést, beleértve a hozzátartozó kisebb-nagyobb fájdalmakat is. Legtöbb édesanyánál a gátseb okozta fájdalmat, kellemetlenséget utólag felülírja a kisbaba születése feletti öröm. Mások viszont úgy vélik, hogy a gátmetszés esetlegesen megkérdőjelezi szülési képességeiket és anyai hozzáértésüket.

Az Európai Unió országaiban dolgozó szülésznők önállóan vezetnek le szülést, szükség esetén burokrepesztést, gátmetszést és gátvarrást is végeznek. („International Confederation of Midwives”, 2010) Számos nemzetközi statisztika, vizsgálat igazolja, hogy a szülésznők által vezetett/kísért szüléseknél a gátmetszések száma jóval alatta marad az orvosokénál. (Green & Soohoo 1989, Reynolds & Yudkin 1987, Wilcox 1989) Az ő elméleti és gyakorlati képzésük, fellépésük nagyban eltér a hazaitól. Ezzel szemben a magyarországi szülésznők a jogszabályi előírásokban (14/2000. (V. 12.) EüM rendelet) megfogalmazott kompetenciákhoz képest a gyakorlati életben kevesebb kompetenciával dolgozhatnak, általában csak asszisztensi szerepet töltenek be a szülészorvos mellett. A hazai szülészeti szakképzés során kevés kivételtől eltekintve nem találkoznak a hallgatók beavatkozástól mentes, természetes szüléssel.

### A vizsgálat célja

Kutatásunkban felmértük, hogy hogyan viszonyulnak a gátmetszéshez a szakemberek és az ezt a módszert megélő nők. A vizsgálatban a következő témaköröket érintő kérdésekre kerestünk válaszokat:

- ⇒ A tájékozott, szülésre jól felkészült, tudatos anyáknál kisebb arányban fordul-e elő gátmetszés?
- ⇒ A kitolási szakban a választható testhelyzet a gátmetszés arányát csökkenti-e?
- ⇒ Vajúdas során több-e a beavatkozás azoknál, akik gátmetszéssel szülnek?

- ⇒ A szülésznők által önállóan kísért, vezetett szüléseknél ritkább-e a gátmetszés?
- ⇒ Magyarországon a szaksegítség konzervatív szülési szemlélete miatt gyakoribb-e a gátmetszés?
- ⇒ A vidéki kórházban szült édesanyáknál gyakoribb-e a gátmetszés?

## Minta és módszer

**Kutatásunk első részében** a célcsoport a 2007-2012 között kórházban, a 36. hét után hüvelyi úton szült édesanyák voltak. Lényeges szempont volt vizsgálatunk során, hogy a kérdőívet vidéki és budapesti anyák is kitöltse. Ezzel szemléltetve az estleges különbségeket.

A felmérést kérdőíves megkérdezéssel végeztük, melyben 35 kérdés szerepelt. A vizsgálatban felmértük az édesanyák szülésre való felkészülését, a szülés során alkalmazott beavatkozásokat, különös tekintettel a gátmetszésre, továbbá megkérdeztük őket, hogyan élték meg szülésüket, illetve egy következő várandósság során mi az, amin változtatnának. Többségében zárt kérdéseket fogalmaztunk meg, egyes esetekben több válaszadási lehetőséggel. Néhány kérdésen belül lehetőség volt nyitott válaszadásra, így az édesanya bővebben is kifejtette válaszát az adott kérdésre. A válaszadók elérése internetes megkeresés során véletlenszerű választási lehetőséggel történt. A vizsgálat időtartama 2 hónap volt. 702 darab kérdőív érkezett vissza, ebből 643 volt teljesen kiértékelhető. A kérdőív kitöltése önkéntes volt és anonim.

Az adatfeldolgozás során leíró statisztikai módszert alkalmaztunk. Az adatokból táblázatot, oszlop és kör diagramot készítettünk az eredmények szemléltetésére, az értékelésre többségében százalékos megoszlási mutatót alkalmaztunk.

**A kutatás másik részében** egy budapesti kórház 2011. január 1. és március 31. közötti időszakban történt 314 hüvelyi szülés adatait elemeztük ki a szülési napló alapján. Az alábbi szempontok alapján: hányadik szülése volt az anyának, történt-e gátmetszés, orvos vagy szülésznő kísérte/vezette-e a szülést.

## Eredmények

A **vizsgálat első felében** a megkérdezettek személyes adatait vizsgáltuk meg, úgy mint életkor, családi állapot, iskolai végzettség. A megkérdezettek 74%-a 26-35 év között volt az utolsó szülésekor. Majdnem hasonló arányt mutatott azoknak az aránya, akik 18-25 év közöttiek voltak (13 %) és azok, akik 36 év felettiek voltak (11 %) a legutolsó szülésükkor. Kisebb arányt mutatott a 18 év alatti korosztály (2%). A kérdőívet kitöltők 68%-a (437 fő) felsőfokú végzettséggel rendelkezett, 31%-a (199 fő) középfokú és csak 1%-a (7 fő) volt alacsony végzettségű. Szüléskor az anyák 77%-a (494 fő) házasságban élt, 21 %-a (135 fő) pedig életjárási kapcsolatban. A várandósok 2%-a (14 fő) volt egyedülálló.

Megvizsgáltuk, hogy a vidéken és Budapesten történt szülések esetében vannak-e különbségek, valamint a gátmetszések aránya hogyan változik a szülések számával. A válaszadók 65%-a vidéki, 35%-a budapesti kórházban szült. A megkérdezettek többsége (48,7%) először, 36,5 %-a másodszor, 11,5%-a harmadszor szült. A negyedszer vagy annál többszöri szülések aránya elhanyagolható nagyságú.

Az előző szülések alkalmával a nők 91%-ánál (301 főnél) végeztek gátmetszést, és csak 9 %-ánál (29 főnél) mellőzték ezt a beavatkozást. A gátvédelemmel szült válaszadók (29 fő) közül 27 fő budapesti kórház-

ban szült, kettő anyja pedig vidéki kórházban. Közülük 17 fő először, 9 fő másodszor és 3 fő harmadszor szült.

Fontosnak tartottuk, hogy megkérdezzük az édesanyákat, hogy várandósságuk alatt milyen felkészülési módszereket alkalmaztak. Az **I. táblázat** mutatja a gátmetszéssel és gátvédelemmel szült válaszadók felkészülési módszerek szerinti megoszlását. A kérdőívben erre a kérdésre több választ is bejelölhettek az anyák. Legtöbbszörre való felkészüléshez a témához kapcsolódó szakkönyvek segítségét vették igénybe. Második helyen szerepelt a környezetükben levő édesanyák tapasztalatainak meghallgatása. Emellett még a témához kapcsolódó filmet néztek, kórházi szülés felkészítő tanfolyamon vagy kismama tornán vettek részt. Kisebb arányban vették igénybe a kismama jogát, relaxációt, az egyéni szülés felkészítő módszert. A legkevésbé a Raffai-féle anya-magzat kapcsolatanalízis módszerrel készültek fel a szülésre. A válaszadók közül 46 fő semmilyen módszerrel nem készült a szülésre. 152 fő egyéb módszer lehetőségével is élt a felkészülés során, melyek a következők voltak: szülésznővel konzultáció, autogén tréning, interneten való tájékozódás, kineziológia, Czeizel Beatrix-féle hanganyagok használata, hipnobirthing, cranioszokrális terápia, homeopátia, málnalével tea fogyasztása.

A megkérdezettek 79%-a (509 fő) nem készített szülési tervet, s 21%-a (134 fő) a szü-

**I. táblázat: Felkészülési módszerek a várandósság alatt**

Felkészülés módszerei	Gátvédelemmel szültek (fő)	Gátmetszéssel szültek (fő)	Válaszok száma összesen (fő)
könyv olvasása	138	351	489
tapasztalatok	58	294	352
intimtornázott	98	135	233
film nézése	46	165	221
kórházi felkészítés	99	106	205
kismama torna	87	114	201
gátvédő olaj használata	145	51	194
szülési terv készítése	119	15	134
relaxáció	79	40	129
kismama jóga	84	17	101
egyéni felkészülés	69	7	76
egyéb	48	6	54
semmilyen	0	46	46
kapcsolatanalízis	21	3	24

léssel kapcsolatos elképzeléseit összefoglalta a szülési tervben. Azonban nem elég a szüléssel kapcsolatos elképzelések papírra vetése, fontos a kívánságok figyelembevételének megvizsgálása is. A szülési tervben megfogalmazottakat a szülők 56%-ánál (75 fő) vették figyelembe, 35%-ánál (47 fő) csak részben és 9%-ánál (12 fő) egyáltalán nem vették figyelembe.

A válaszadó édesanyák közel felének, 48%-ának (312 fő) volt fogadott orvosa, 6%-ának (36 fő) fogadott szülésznője. A várandósok 30%-ának (190 fő) fogadott orvosa és szülésznője is volt, míg 16%-ának (105 fő) nem volt sem fogadott orvosa, sem fogadott szülésznője.

Az édesanyák közül 406 fő (64%) a 39.-40. hét között, 150 fő (23%) a 37.-38. hét között, 65 fő (10%) a 41.-42. hét között szült. Csekély számban, 22 fő (3%) szült a 36. héten. A szülők 74%-ánál (476 fő) nem történt szülésindítás, 26%-ánál (167 fő) történt szülésindítás. A 167 esetben végzett szülésindítás hetek szerinti megoszlása: a 36. héten 2 fő esetében, a 37.-38. héten 18 főnél, a 39.-40. héten 89 főnél és a 41.-42. héten 58 főnél indították el a szülést.

A szülő nő mellett a vajúdnál legnagyobb számban a társ (477 fő) volt jelen. Ezt követte a szülésznő (382 fő) és az orvos (203 fő) jelenléte. A dűla (40 fő) és az egyéb személyek (édesanya, barátnő, sógor, pszichológus) (11 fő) kis számban voltak jelen a vajúdnál. Lényegesnek tartottuk annak vizsgálatát is, hogy kinek a jelenléte adott biztosságot a kismamának a vajúdnál. A legnagyobb biztosságot a szülő nőknek a társ jelenléte jelentette (57%, 364 fő). Ezt követte a sorban közel egyenlő arányban a szülésznő (102 fő, 16%) és az orvos (99 fő, 15%) adta biztosság. A megkérdezettek 6%-ánál dűla, másik 6%-ánál egyéb személy (édesanya, barátnő) jelentette a biztosságot.

Vajúdnál a szülő nők 69%-a (443 fő) megválaszthatta a számára legkedvezőbb testhelyzetet. Ezzel szemben 31%-uk (200 fő) nem választhatott testhelyzetet.

A kérdőívek kiértékelése során azonos arányt állapítottunk meg a vajúdnál az óránként és az ennél gyakrabban végzett vizsgálatok esetében. Ez 34-34 %-ot tesz

ki. Ezt követi a 2 óránál is ritkábban végzett vizsgálati kategória (19%). A válaszadók 13%-ánál két óránként végeztek vizsgálatokat. A vajúdnál a szülő nők 42%-ánál (272 fő) a vizsgálatok végzését orvos és szülésznő is végezte. Ahol csak az orvos végezte el a vizsgálatokat, az a szülő nők 31 %-át jelenti (197 fő). 174 fő (27 %) esetében csak a szülésznő végezte el a vizsgálatokat.

Megvizsgáltuk, hogy a kismamák a vajúdnál milyen természetes módszereket alkalmaztak a folyamat megkönnyítésére. Több módszer egyidejű bejelölésére is lehetőség volt (borogatás, masszírozás, aromaterápia, relaxáció, zenehallgatás, homeopátia, séta, lelki támogatás, evés, ivás, gumilabdán, vízben vajúdnál). A legtöbb szülő nő a lelki támogatást, a sétát, a gumilabdán történő vajúdnál részesítette előnyben. A masszírozás, a homeopátia, ivás, borogatás is még előkelő helyet foglalt el a választott természetes módszerek között. Kevesebben alkalmazták a vízben vajúdnál, a zenehallgatást, az evést, az aromaterápiát és a relaxációt. Legkevesebben a felsoroltakon kívüli egyéb módszert választottak, például: tusolás, relaxfotel. Az egyéb módszert említők közül 5 fő a vajúdnál nagy részét otthon töltötte. 121 főnél a vajúdnál során semmilyen természetes módszert nem alkalmaztak.

A megkérdezettek 79%-a (506 fő) nem volt elégedett a szülészoba hangulatával, felszereltségével, s csak 21%-a (135 fő) fejezte ki elégedettségét.

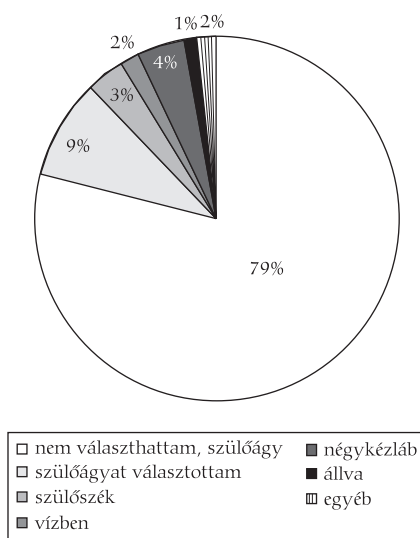
A szülők 80%-ánál (515 fő) beavatkoztak a vajúdnál természetes folyamatába, 20%-ánál (128 fő) nem történt beavatkozás, a vajúdnál saját tempójában zajlott le.

Az édesanyák 27%-ánál a választott orvos segítette a szülésnél. A szülő nők 16-16%-ánál az ügyeletes orvos vagy az ügyeletes szülésznő, 15-15%-ánál választott orvos, szülésznő vagy választott orvos, ügyeletes szülésznő vezette le a szülést. Az édesanyák 6%-ánál a választott szülésznő kísérte a szülést, de a szülő nők 3%-ánál a választott szülésznő mellett az ügyeletes orvos is jelen volt a szülésnél, 2%-ánál pedig az éppen dolgozó személyzet segítette a szülésben.

A szülő nők 79%-a (508 fő) nem választhatta meg a szülési testhelyzetet, szülőágyon szültek. Akik megválaszthatták a szülési

testhelyzetet, azok közül is a legtöbben (9%, 57 fő) a szülőágyat választották. Ezt követte a négykézláb (4%, 27 fő) és a szülőszéken (3%, 22 fő) történő szülés. Nagyon csekély mértéket mutat a vízben (2%, 11 fő), állva (1%, 7 fő) vagy egyéb módon történő szülés (2%, 11 fő). Az egyéb testhelyzeteket a következőkben soroljuk fel: guggolva, szülőágyon térdelve, guggolva a szülőágyon az orvos javaslatára, oldalt fekve, földön fekve háton. Az **1. ábra** mutatja a válaszok szülési testhelyzet szerinti megoszlását.

**1. ábra: Szülési testhelyzet megoszlása, % (n=643)**



A gátvédelem és a gátmetszés arányát a szülési testhelyzetek szerint vizsgáltuk, s ezt szemlélteti a **II. táblázat**. Megállapítottuk, hogy a gátmetszéssel szült nők kivétel nélkül mind szülőágyon szültek (466 fő). A gátvédelemmel szültek válaszait különválasztottuk aszerint, hogy történt-e gátrepedés vagy sem. A szülőágyon gátvédelemmel gátrepedés nélkül (44 fő) vagy gátrepedés-

sel (55 fő) történt szülések között közel hasonló arány mutatkozik. A gátrepedés nélkül gátvédelemmel szültek közül legtöbben szülőágyon szültek, ezt követi a szülőszéken (18 fő), négykézláb (18 fő) és vízben (11 fő) szülés. Legkevesebben állva szültek (5 fő). A gátvédelem mellett gátrepedéssel szültek közül nagyrészt szülőágyon szültek, négykézláb 9 fő, 4-4 fő pedig szülőszéken és egyéb módon (guggolva, oldalt fekve, stb.) szült.

Amíg a szülő nők 30%-ánál (193 fő) megpróbálták, addig a 70%-uknál (450 fő) meg sem próbálták a gátvédelmet. Azoknál, akiknél alkalmaztak gátmetszést a szülés során, 75%-ukat (485 fő) erről előzetesen tájékoztatták, és csak 25% (158 fő) nem kapott semmilyen tájékoztatást.

A szülő nők 72%-ánál (466 fő) végeztek gátmetszést, és ebből 15%-ánál (95 fő) ennek ellenére még is történt gátrepedés. Azoknak az aránya, akiknél nem végeztek gátmetszést, de gátrepedés történt, az 12%-a (74 fő) a megkérdezetteknek. A válaszadók 16%-ánál (103 fő) nem volt se gátmetszés, se gátrepedés. (**2. ábra**)

A vajúdók több mint felénél folyamatos CTG monitorizálás, oxytocinos infúzió adása és burokrepesztés történt. Megközelítőleg 50%-ánál végeztek borotválást, beöntést és hasra gyakorolt nyomást. Nem elhanyagolható esetben volt irányított nyomás a kitolási szakban, illetve a méhszáj ujjal való tágitása. Gyógyszeres fájdalomcsillapításban és epidurális érzéstelenítésben kevesen részesültek. 41 esetben semmilyen beavatkozás nem történt a vajúadás, szülés során. A **III. táblázatban** a gátvédelemmel, gátmetszéssel szült nők körében végzett beavatkozásokat mutatjuk be.

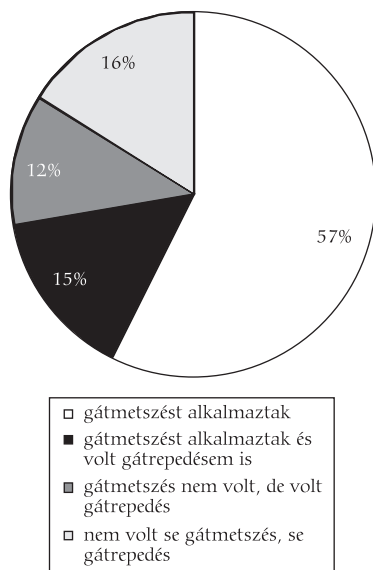
A megkérdezettek 48%-ának (259 fő) elviselhető, 20%-ának (110 fő) pedig fájdalmas

**II. táblázat: Gátvédelem, gátmetszés a szülési pozíciók szerint**

Szülési pozíciók	Gátvédelem repedés nélkül (fő)	Gátvédelem gátrepedéssel (fő)	Gátmetszés (fő)
Szülőágy	44	55	466
Szülőszék	18	4	0
Vízben	11	0	0
Négykézláb	18	9	0
Állva	5	2	0
Egyéb	7	4	0



2. ábra: Szülés lezajlása, % (n=643)



volt a gátvarrás, 32%-ának (171 fő) egyáltalán nem fájt.

A vajúdók 63%-a (408 fő) folyamatosan, 29%-a (184 fő) csak részben kapott információt a szülése során. A válaszadók kis hányadát (8%, 48 fő) egyáltalán nem tájékoztatták a szülésekor.

Kérdőívünkben arra is kerestük a választ, hogy az édesanyák mennyire voltak elégedettek az orvosok és a szülésznők munkájával. A megkérdezettek 82%-a (525 fő) elégedett volt a szaksegítség munkájával, s csak 14%-uk (90 fő) fejezte ki elégedetlenségét. Voltak olyan édesanyák is, akik az előre megbeszélésekhez képest nem azt a segítséget kapták a szülés során, mint amire számítottak. Ez a kérdőívet kitöltők 4 %-át (27 fő) teszi ki.

III. táblázat: Beavatkozások a gátvédelemmel szült nők esetében

Beavatkozások	Gátvédelem repedés nélkül (fő)	Gátvédelem gátrepedés-sel (fő)	Gátmetszés (fő)
beöntés	34	22	189
borotválás	30	26	230
burokrepesztés	45	56	221
oxytocinos infúzió	63	69	176
epidurális érzéstelenítés	0	13	40
méhszáj ujjal való tágtítása	12	25	124
folyamatos CTG monitorizálás	63	71	231
gyógyszeres fájdalomcsillapítás	3	5	46
hasra gyakorolt nyomás	0	58	189
irányított nyomás	15	34	116

Felmértük, hogy az édesanyák hogyan éltek meg a szülésüket, melyre több választ is bejelölhettek (pl.: félttem, biztonságban éreztem magam, barátságtalan volt a szülőszobába, a szülés saját folyamatában ment végre). A szülő nők többsége (398 fő) szülése során biztonságban érezte magát, ugyanakkor 392 fő barátságtalannak, ridegnek találta a szülőszobát, és 203 fő volt csak megelégedve a környezettel, az orvossal és a szülésznővel. 369 fő kifejezte azon igényét, hogy nyugodtabb, bensőségebb légkörre lett volna szüksége a szülés során.

Közel azonos számban jelentek meg a negatív érzések a szüléssel kapcsolatban, például kiszolgáltatottság, félelem, fájdalom, mozgáskorlátozottság és a pozitív érzések, mint például nagy életerő, energia, segítő, de nem siettető hozzáállása a szaksegítségnek.

Kiemelném, hogy 105 szülő nőnél hangsúlyosabban, hogy a szülés a saját folyamatában menjen végbe, ugyanakkor az orvos, a szülésznő jelenlétével támogatta, segítette a szülést. Ezzel ellentétben a válaszadók közül szintén 105 fő gyorsan túl akart lenni a szülésen.

Továbbá megkérdeztük az édesanyákat arról, hogy a következő szülésük alkalmával mi az, amin szeretnének változtatni, több válasz is adható volt. A IV. táblázat a szülő nők változtatási elképzeléseit mutatja be.

A megkérdezettek közül 22 fő már nem kíván többet szülni a rossz élmények miatt. A szülő nők nagy része meghittebb körülményeket szeretne a szüléshez (402 fő) és lelkileg jobban ráhangolódna a várandósságra, a szülésre (393 fő). A válaszadók közül fele legközelebb természetes szülést sze-



**IV. táblázat: Változtatási elképzelések**

Változtatási elképzelések	Válaszok száma (fő)
meghittebb körülmények	402
lelki felkészülés	393
természetes fájdalomcsillapítás	258
nem szeretnék gátmetszést	258
tájékozódás	215
legközelebb is így szeretnék szülni	160
másik kórházat keresnek	125
egyéb	96
otthonszülést választanék	81
szülési terv készítése	60
gyógyszeres fájdalomcsillapítás	22
nem szülök többé	22

retne, természetes fájdalomcsillapítást (258 fő) és a gátmetszés elkerülését (258 fő) választaná. Megemlítendő, hogy 160 szülő nő legközelebb is hasonlóképpen szülné. A változtatási elképzelések között szerepel a több információ szerzése (215 fő), másik kórház választása (125 fő), otthonszülés (81 fő) és szülési terv készítése (60 fő), továbbá gyógyszeres fájdalomcsillapítás kérése (22 fő). Egyéb válaszok közül a következő válaszokat emelnénk ki: legközelebb fogadott orvosom lenne, dűla segítségét is igénybe venném, vajúadás során nem szeretnék lefeküdni, nyitottabb szemléletű orvost választanék.

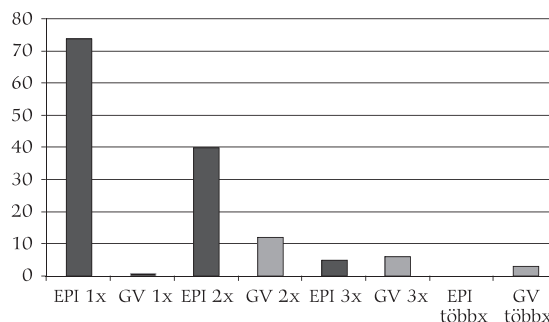
A vizsgálat másik felében a budapesti kórházban történt hüvelyi szülések elemzését végeztük el szülési napló segítségével. 314 szülő nő közül 199 esetben végeztek gátmetszést (63%), és 115 esetben nem volt ilyen beavatkozás (37%).

Az orvosok végezték a gátmetszés 60%-át, a szülésznők esetében ez az arány 40%. Az orvosok által vezetett szüléseknél jól megfigyelhető, hogy a gátvédelemhez (22 fő) viszonyítva magasabb a gátmetszéssel történő szülések száma (119 fő). A szülésznők által vezetett szüléseknél fordított helyzetet figyelhetünk meg, gátvédelem 93 főnél volt, gátmetszés pedig 80 szülés esetében.

Az orvosok az első szülés esetében 74 főnél végeztek gátmetszést. A gátmetszés a szülések számának növekedésével csökkenő tendenciát mutat. A gátvédelem a másodszor szülők esetében mutatja a legmagasabb

értéket (12 fő). A 3. ábra szemlélteti az orvosok által végzett gátmetszés, gátvédelem arányát a szülések számára vetítve.

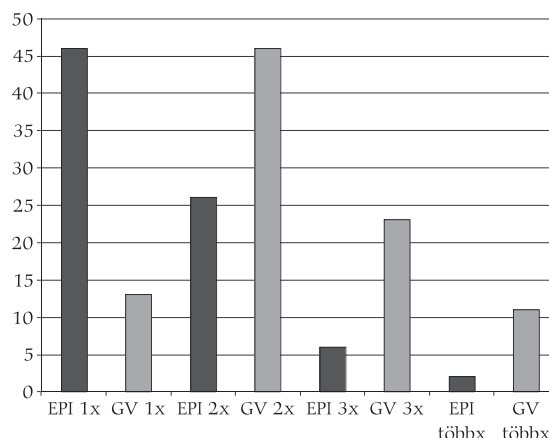
**3. ábra: Orvosok által végzett gátmetszés, gátvédelem a szülések számára vetítve**



Jelmagyarázat: EPI= gátmetszés; GV= gátvédelem; 1x, 2x, 3x, többx= szülések száma

A szülésznők szintén az első szülés alkalmával végezték a legnagyobb számban a gátmetszést, 46 főnél, s a szülések számának növekedésével ez az érték csökkent. A gátvédelem is hasonló tendenciát mutat, mint az orvosok által vezetett szüléseknél, annyi különbséggel, hogy az összes szülés számához viszonyítva magasabb arányt képvisel a gátvédelemmel történt szülések száma a gátmetszéssel történt szülésekhez képest. A 4. ábra mutatja be a szülésznők által végzett gátmetszés, gátvédelem arányát a szülések számára vetítve.

**4. ábra: Szülésznők által végzett gátmetszés, gátvédelem szülések számára vetítve**



Jelmagyarázat: EPI= gátmetszés; GV= gátvédelem; 1x, 2x, 3x, többx= szülések száma

## Következtetések

A tájékozott, szülésre jól felkészült, tudatos anyáknál kisebb arányban fordult elő gátmetszés. Megállapítottuk, hogy a gátvédelemmel szültek többsége intimtornázott, a várandóság alatt és a szülés során használtak gátvédő olajat, könyvből, filmből informálódtak a szüléssel kapcsolatban, kismama jógára vagy tornára jártak és valamilyen szülés felkészítő tanfolyamon is részt vettek.

Többféle tájékozódási forrás közül az édesanyák általában a szakkönyvek, szakfolyóiratok olvasását részesítették előnyben. Emellett fontosnak tartották a közeli hozzátartozók (édesanya, sógornó), barátnök, kolléganők szülési tapasztalatait. A kórházi szülés felkészítő tanfolyamokon kétszer annyian vettek részt, mint az egyéni szülés felkészítő tanfolyamokon, de még így is kevesebb, mint a megkérdezettek fele élt a tanfolyamok adta lehetőségekkel. A mozgásformák közül inkább a kismama tornát vették igénybe, de a kismama jóga is egyre nagyobb teret hódít a várandósok körében. Szülési tervet szinte csak azok készítették, akik gátvédelemmel kívántak szülni. Azonban a szülési tervben leírtakat csak a szülő nők felénél vették figyelembe. A gátmetszéssel szülő nők kisebb arányban vettek részt szülésfelkészítő tanfolyamon, illetve kevesebben intimtornáztak, szülési tervet is csak pár édesanya készített. Kis százalékban használtak gátvédő olajat.

Kutatásunk igazolta azt a feltételezésünket, hogy a választható testhelyzet a gátmetszés arányát csökkentheti. Elkésérítő, hogy napjainkban még mindig a szülő nők 31 %-a nem választhatja meg a vajúdása során a számára legmegfelelőbb testhelyzetet. A kitolási szak során a szülő nők 79 %-a nem választhatta meg a szülési testhelyzetét, ami még magasabb arányt tükröz a vajúdási testhelyzet megválasztásához képest. Akik megválaszthatták szülésük során a testhelyzetet, azok közül többen szültek gátvédelemmel, s alacsonyabb volt a gátrepedések száma. A gátvédelemmel szült nők nagy arányban szabadon megválaszthatták a szülési testhelyzetüket. Igényük szerint vízben, szülőszéken, guggolva vagy négykézláb

szülhettek, volt, aki ennek ellenére a szülőágyat választotta.

A vajúdás során több volt a beavatkozás azoknál, akik gátmetszéssel szültek. Ez a csoport magasabb arányban kapott a szülés során oxytocint, epidurális érzéstelenítést, a méhszájukat ujjal tágították, a kitolási szakban a hasra gyakorolt nyomás, illetve az irányított nyomás is gyakoribb volt. Az 53 epidurális érzéstelenítést igénylőből 40 főnél történt gátmetszés. A többség nem választhatott, szülőágyon kellett szülniük. A gátvédelemmel szülő nők esetében megfigyelhető, hogy 41 esetben semmilyen beavatkozás nem történt, a többi esetben pedig csak beöntést, borotválást, burokrepesztést alkalmaztak.

A szülésznők által önállóan kísért, vezetett szüléseknél ritkább volt a gátmetszés. A szülésznők kisebb arányban végeztek gátmetszést, mint az orvosok, ez különösen a második szülések alkalmával nyilvánult meg. A gátmetszés és a gátvédelem arányát megvizsgálva arra a következtetésre jutottunk, hogy az orvosok által vezetett szüléseknél ötször annyi alkalommal végeztek gátmetszést, mint gátvédelmet. A szülésznők által vezetett szüléseknél pedig fordított helyzet mutatkozott, mivel a gátvédelmet előnybe részesítették a gátmetszéssel szemben. A gátmetszéshez képest 7,5 százalékkal több szülés történt gátvédelemmel. Mind az orvosok, mind a szülésznők által végzett szüléseknél a második és a harmadik szülések alkalmával magasabb volt a gátvédelemmel történt szülések száma, mint az első vagy a többesdeleri szülésnél. Az először szülőknél az orvosok és a szülésznők is magasabb arányban végeztek gátmetszést, mint a későbbi szülések alkalmával.

Azonban ki kívánjuk emelni, hogy a szülésznők a második, a harmadik és a többesdeleri szüléseknél nagyobb arányban végeztek gátvédelmet, mint gátmetszést. Az orvosoknál ez csak a harmadszori vagy a többesdeleri szüléseknél figyelhető meg.

A vizsgálat igazolta, hogy a hazai szaksegítség konzervatív szülési szemlélete miatt gyakoribb a gátmetszés. A szülések során sok volt a beavatkozás, a válaszadók 80 %-ánál beavatkoztak a vajúdás természetes folyamatába. A megkérdezettek 26%-ánál

történt szülésindítás, s ebből 89 %-ánál a 39.–40. héten. A válaszadók több mint felénél oxytocin infúzió adására és burokrepeszésre került sor. Megközelítőleg 50%-ánál végeztek hasra gyakorolt nyomást a kitolási szakban. Nem elhanyagolható esetben történt a méhszáj ujjal való tágitása és irányított nyomás a kitolási szakban. Gyógyszeres fájdalomcsillapításban és epidurális érzéstelenítésben viszonylag kevesen részesültek. A szülő nők 68 %-ánál óránként vagy még gyakrabban végeztek vizsgálatot. Legtöbb esetben az orvos és a szülésznő is egyaránt elvégezte a vizsgálatokat. Mind a beavatkozások száma, mind a beavatkozások gyakorisága magasabb volt a gátmetszéssel szülő nők esetében. A legtöbb kórházban a szülő nőnek nem volt lehetősége a kitolási szak során a szabad testhelyzet megválasztására, illetve kevés esetben próbálták meg a gátvédelmet a szakemberek.

A szaksegítség által jobban elfogadott módszereket már alkalmazták a szülő nők vajúdása során, például séta, ivás, gumilabdán vajúdás. De egyéb alternatív módszerek (vízben vajúdás, aromaterápia, homeopátia, relaxáció) még mindig a kevésbé alkalmazott módszerek közé tartoznak. 121 édesanyának semmilyen természetes módszer nem állt rendelkezésére a vajúdás során.

Az édesanyák részéről felmerült az az igény, hogy a következő szülésükre lelkiileg jobban ráhangolódjanak. Előtérbe kívánják helyezni a természetes szülést, a természetes fájdalomcsillapítást.

A vidéki kórházban szült édesanyáknál gyakrabban történt gátmetszés. Ők az első szülésük alkalmával szinte kivétel nélkül átestek gátmetszésen. A budapesti nyitott szemléletű kórházakban többen szültek gátvédelemmel, mint gátmetszéssel.

## Javaslatok

Kulcsfontosságú a természetes szülés témájában a szakemberek szakmai szemléletének megváltozása, mely által létrejöhet egy humánusabb szülészeti ellátás. Lényeges, hogy az orvosok, szülésznők elméleti, és gyakorlati képzésük során a konzervatív minták mellett megismerjék és tapasztala-

tot szerezenek a természetes, beavatkozásoktól mentes szülésekről. A szakképzések tematikájában nagyobb óraszámban szerepeljenek az alternatív felkészítési és szülési módszerekkel kapcsolatos ismeretek. Ajánljuk a témakörben a rendszeres továbbképzést. A szülésznők számára jó lehetőség a perinatális szaktanácsadói képzésen való részvétel, amely esélyt ad a szemléletük átalakítására az egészséges, természetes perinatális események megismerésével. Az egészségügyi intézményekben magyarul is elérhetőek legyenek az alternatív felkészítési és szülési módszerekről szóló szakirodalmak, szakfolyóiratok.

A szülésfelkészülésre nagyobb hangsúlyt kell fektetni mind az édesanyák, mind a védőnők, mind a szülésznők részéről. Az anyákkal meg kell ismertetni a várandósság és a szülés fiziológiáját. A kórházi szülésre felkészítő tanfolyamok előadásanyagába javasoljuk az alternatív szülésre felkészítő módszereknek, a szülés természetes lefolyásával kapcsolatos ismereteknek, a természetes fájdalomcsillapítás lehetőségeinek beépítését, a gátmetszés szükségességének, hátrányainak, illetve elkerülési lehetőségeinek ismertetését. Lehetőséget kell teremteni arra, hogy a leendő édesanyák az adott kórházban szült nők tapasztalatait megismerjék, meghallgassák. A várandós anyák mellett a társak bevonása és felkészítése is nélkülözhetetlen.

A kórházak szülészeti biztossítsák a szülő nők számára, mind a vajúdás, mind a szülés során a szabad testhelyzet megválasztásának lehetőségét. Alapvető lenne a szülőszoba környezetének barátságosabbá, otthonosabbá tétele, tárgyi feltételeinek fejlesztése, például szülőszék beszerzése és alkalmazása a mindennapi gyakorlatban.

A szülésznőknek tanácsoljuk, hogy már a várandósság elejétől vegyenek részt a várandósság gondozásában, hogy egy bizalmi kapcsolat épüljön ki a szülésznő és a kismama között, ezzel is segítve a biztonság érzetének kialakulását a szülő nőben. Elengedhetetlennek tartjuk, hogy a várandós édesanyáknak egyéni konzultációs lehetőséget is biztosítsanak a szülésznők, ahol személyre szabottan megbeszélhetik a felmerülő kérdéseket, problémákat.

Ajánljuk a kötelező szakmai továbbképzé-

sek előadásanyagába a vajúdas során alkalmazott alternatív módszerekkel kapcsolatos ismeretek beépítését, például: homeopátiás készítmények, aromaterápia és borogatás alkalmazása. Az orvosok, szülésznők csökkentik a beavatkozások, vizsgálatok számát, és csak a szükséges beavatkozásokat végezzék el, ezzel is elősegítve a szülés természetes folyamatát.

Indítványozzuk, hogy az Európai Unióhoz hasonlóan a magyar szülésznői kompetenci-

ákról szóló jogszabály alapján a várhatóan alacsony kockázatú születeket a hazai szülésznők is önállóan kísérhessék/ vezethessék, például szükség esetén végezhessenek gátmetszést, gátvarrást. A szülésznők részére az ezzel kapcsolatos ismeretek elméleti és gyakorlati képzésen való átadását kiemelten meghatározónak tartjuk. Ezek megvalósításához elengedhetetlen a nyitottság és az elszántság, mind az orvosok, mind a szülésznők részéről.

## Irodalomjegyzék

- 14/2000. (V. 12.) EüM rendelet a szülésznőképzés szakmai követelményeiről szóló 20/1994. (XI. 15.) NM rendelet módosítása.
- Allen RE, Hanson RW. (2005). Episiotomy in low-risk vaginal deliveries. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 18:8-12.
- Alperin M, Parviainen K. (2008). Episiotomy and Increase in the Risk of Obstetric Laceration in a Subsequent Vaginal Delivery, *Obstetrics & Gynecology*, Volume 112 - Issue 3. Hozáférhető: [http://journals.lww.com/greenjournal/Citation/2008/09000/Episiotomy\\_and\\_Increase\\_in\\_the\\_Risk\\_of\\_Obstetric.48.aspx](http://journals.lww.com/greenjournal/Citation/2008/09000/Episiotomy_and_Increase_in_the_Risk_of_Obstetric.48.aspx) (Letöltve: 2012. 11. 12.)
- Banta D, Thacker SB. (1982). Benefits and risks of episiotomy. (In: Kitzinger S, Simkin P. (Eds.) (1986). *Episiotomy and the Second Stage of Labor* (2nd ed.). Minneapolis, Minnesota: International Childbirth Education Association.
- Barclay L, Vega, C. (2006). *Practice guidelines issued for use of episiotomy*. Medscape Medical News. Hozáférhető: <http://www.medscape.com/viewarticle/529251> (Letöltve: 2012. 11. 04.)
- Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E. et al. (2006). *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Gátmetszés aránya, Finnország. (2008). Hozáférhető: <http://www.stakes.fi/Fl/tilastot/aiheittain/Lisaantyminen/synnyttajatjasynnytystoimenpiteet.htm> (Letöltve: 2012. 11. 04.)
- Gátmetszés aránya, Finnország. (2010). Hozáférhető: <http://www.stakes.fi/Fl/tilastot/Aiheittain/Lisaantyminen/synnyttajat/index.htm> (Letöltve: 2012. 11. 04.)
- Green JR, Soohoo SL. (1989). Factors associated with rectal injury in spontaneous deliveries. *Obstet Gynecol*;73(5 Pt 1):732-738.
- International Confederation of Midwives. (2010). Hozáférhető: [http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/standards/en/R430\\_ICM\\_2011\\_Essential\\_Compencies\\_2010\\_ENG.pdf](http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/standards/en/R430_ICM_2011_Essential_Compencies_2010_ENG.pdf) (Letöltve: 2011. 08. 27.)
- Kitzinger S. (2008). *A szülés ármékában, Katarzis vagy krízis?* Budapest, Alternatal alapítvány.
- Papp Z. (2009). *A szülészet-nőgyógyászat tankönyve*, Budapest, Semmelweis Kiadó.
- Rákóczi I. (2000) *Gyermekeket várunk*, Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.
- Reynolds JL, Yudkin PL. (1987) Changes in the management of labour: 2. Perineal management. *Can Med Assoc J*, 136(10):1045-1049.
- WHO ajánlása. (1985). Hozáférhető: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/who](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who) (Letöltve: 2012. 11. 04.)
- Wilcox LS. et al., (1989) Episiotomy and its role in the incidence of perineal lacerations in a maternity center and a tertiary hospital obstetric service. *Am J Obstet Gynecol*, 160(5 Pt 1):1047-1052.
- Woolley RJ. (1995). Benefits and risks of episiotomy: A review of the English-language literature since 1980. Part I. and part II. *Obstetrics and Gynecology Survey*, 50:806-820, 821-835.

# Szerepet játszik-e a munkavesztéstől való félelem az egészségügyi szakdolgozók mindennapjaiban?

IRINYI Tamás, NÉMETH Anikó

## Összefoglalás

**Vizsgálat célja:** Felmérni, hogy a Csongrád megyei egészségügyi szakdolgozók mennyire félnek a munkájuk elvesztésétől, és az esetleges félelem milyen hatással van a testi és lelki egészségükre, befolyásolja-e a pályaelhagyás gondolatát.

**Anyag és módszer:** A keresztmetszeti vizsgálat saját szerkesztésű, önkitöltős kérdőívvel történt, melyet a MESZK Csongrád megyében regisztrált tagjai kaptak kézhez.

**Eredmények:** A rosszabb pszichoszomatikus állapotban lévők ( $p=0,003$ ), illetve a nagyobb fokú kiégetéstől szenvedők ( $p<0,000$ ) félnek inkább munkájuk elvesztésétől, és a félelemnek jelentős hatása van a pályaelhagyási szándékra ( $p<0,000$ ) is. Azok, akik nem félnek munkájuk elvesztésétől, úgy érzik, hogy hivatásukat nyugdíjas korukig tudják majd gyakorolni testi és lelki szempontból is.

**Következtetések:** A félelem egy jelen lévő érzés az egészségügyi szakdolgozók mindennapjaiban, ami hatással van a testi és lelki egészségükre egyaránt.

**Kulcsszavak:** egészségügyi szakdolgozó, munkavesztéstől való félelem, egészség

**Does the fear of losing their jobs play any role in the everyday lives of health care workers?**

Tamás IRINYI, Anikó NÉMETH

### Summary

**Aims:** To assess the degree of fear from becoming unemployed among health care workers in Csongrád County, and the impact of this fear on physical and psychic health, or rather the intent to leave the profession.

**Methods:** This is a cross-sectional study carried out through a self-designed self-report questionnaire sent to registered members of MESZK living in Csongrád County.

**Results:** Those with worse psychosomatic status ( $p=0.003$ ) and greater rate of burnout ( $p<0.000$ ) are more afraid of losing their jobs. The fear has a great impact on the intent to leave the profession ( $p<0.000$ ). Who are not afraid of becoming unemployed feel that they would be physically and psychically able to work in their profession till retirement.

**Conclusions:** Fear is present in the everyday lives of health care workers, and affects their physical and psychic health.

**Keywords:** health care worker, fear of becoming unemployed, health

Érkezett: 2012. július 10. Elfogadva: december 11.

## Bevezetés

Egy egészségügyi szakdolgozó munkája során számtalan dologtól félhet: elbocsátás, fizetés csökkenés, továbbtanulás akadályozása, munkatársak elvesztése, vagy éppen áthelyezés másik osztályra, részlegbe. Ezek a félelmek, ha nem is kimondva, de jelen

vannak a szakdolgozók életében, az egészségügyi munkaterületen, és különösen felerősödtek az elmúlt években, hiszen folyamatos változás volt tapasztalható az egészségügyben.

A 2006. CXXXII. törvény hatályba lépése után 2007-ben elkezdődött az egészségügyi ellátórendszer átalakítása. Ez a törvény szabályozta az országos hatáskörű speciális

IRINYI Tamás egyetemi okleveles oktató ápoló, Szegedi Tudományegyetem Pszichiátriai Klinika  
NÉMETH Anikó tanársegéd, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,  
Egészségmagatartás-, és fejlesztés Szakcsoport  
Levelező szerző (correspondent): IRINYI Tamás, elérhetőség: e-mail: tirinyi@gmail.com



intézeteket, valamint súlyponti kórházakat jelölt ki, ahol meghatározta az aktív ágyak számát is (2006. évi CXXXII. törvény). Ennek hatására számos intézmény bezárásra, átszervezésre került, intézményeket, kórházi osztályokat vontak össze, mely jelentősen megváltoztatta az ott dolgozók életét, munkakörülményeit. Az elmúlt években a kórházi ágyszámok tekintetében bekövetkezett változás jelentősen átalakított egyes kórházakat, betegellátó osztályokat. Az aktív kórházi ágyak száma 1990–2008 között majd 30 ezerrel csökkent. A krónikus ágyak száma 2006–2007 között 7000-el (30 százalékkal) növekedett (Vas et al. 2009). Ezeknek a változásoknak, átszervezéseknek az egészségügyi dolgozók is részesei voltak, hiszen naponta szembesülniük kellett a bizonytalansággal, az esetleges elbocsátástól való félelemmel.

Onciul kutatása alapján elmondható, hogy a hosszú ideig tartó, folyamatos stressznek való kitettség a munkahelyen testi tüneteket okozhat, úgy, mint kimerültség, fejfájás, magas vérnyomás. Érzelmi tünetként frusztráltság, depresszió, mentális zavarok jelentkezhetnek, melyek következtében romlik a teljesítőképesség és az ítélőképesség, fokozódik a munkához való negatív hozzáállás és a határozatlanság (Onciul, 1996). A nemzetközi szakirodalomban nincs fellelhető publikáció, ami az egészségügyi szakdolgozók munkavesztéstől való félelmét vizsgálná. A témában alapos tájékozódás történt, mivel egy másik, országos felmérés kapcsán is szükség volt a nemzetközi szakirodalom áttekintésére, mely nagy hiányosságokat mutat a félelem vizsgálatának tekintetében.

Hipotéziseink a következők voltak:

1. Feltételeztük, hogy a Csongrád megyei egészségügyi szakdolgozók minden napjaiban jelen van a munkahely elvesztésétől való félelem.
2. Feltételeztük, hogy a félelem jelenléte negatívan befolyásolja a dolgozók saját egészségének megítélését, a pszichoszomatikus állapotukat, valamint a kiégettség mértékét.
3. Feltételeztük továbbá, hogy a munkahely elvesztésétől való félelem hatással van a pályaelhagyási szándéokra is.

## Anyag és módszer

Vizsgálatunkat egy már 2008-ban alkalmazott saját szerkesztésű, önkitöltős kérdőívvel végeztük, mely hét zárt és egy nyitott kérdést, továbbá hat skálát tartalmazott. A félelem mértékét a következő kérdéssel vizsgáltuk: „Jelenleg fél-e attól, hogy elveszítheti munkáját?”. A lehetséges válaszokat 1-től 5-ig terjedő skálán lehetett bejelölni (1=egyáltalán nem félek, 2=kicsit félek, 3=nem gondolok rá, 4=félek, 5=nagyon félek). A kérdőívet a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád Megyében regisztrált tagjai (4239 fő) postai úton kapták kézhez a 2012 januárjában az előző évre vonatkozó adóigazolásokkal egy borítékban. A Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ dolgozói a kérdőívek mellé egy megcímezett válaszborítékot is kaptak, így lehetőségük volt térítésmentesen visszajuttatni a kérdőívet, de postai úton is érkeztek kitöltött kérdőívek a MESZK szegedi irodájába.

Az egészségi állapot felmérését egy pszichoszomatikus tüneti skála (Piko, B. et al. 1997) alkalmazásával végeztük, mely az alábbi tünetek előfordulásának gyakoriságát mérte a kérdőív kitöltése előtti 12 hónapban: fejfájás, alvási problémák, gyomorégés és gyomorfájás, gyors vagy szabálytalan szívdobogás, hát- és derékfájás, gyengeségerzés és fáradtság, idegességből eredő hasmenés. Az egyes tüneteket 0–3-ig terjedően lehetett pontozni, ahol a számok jelentése: 0=soha, 1=ritkán, 2=időnként, 3=gyakran. A maximálisan elérhető pontszám 21 volt. Az egészségi állapot önértékelését egy tíz fokozatú skálával végeztük, ahol 1=kitűnő és 10=nagyon rossz jelentéssel bírt.

A kiegészítő mértékét a Pines, A. M., és Aronson, E., kérdőíve segítségével vizsgáltuk. (Pines & Aronson 1981) A „Kiegészítő Önértékelési Skála” az alábbi 21 pontot tartalmazta:

Milyen gyakran érzi a következő tüneteket?:

Fáradtság, Depresszió; Jó napja volt; Úgy érzi, kiégett; Érzelmileg kimerült; Boldog; Szorong; Értéktelennek érzi magát; Elkopottnak érzi magát; Úgy érzi, bajban van; Visszatapasztottság érzése; Gyengének és magára hagyatottnak érzi magát; Reménytelenség

érzése; Úgy érzi, elvesztette illúzióit, és neheztel az emberekre; Testileg kimerült; Úgy érzi, „felmorzolták”; Csapdában érzi magát; Úgy érzi, „lejárt a rugó”; Energikusnak érzi magát; Boldogtalanság érzése; Optimistának érzi magát

Az egyes kérdéseket 1-7-ig terjedően lehetett pontozni (1=soha, 2=egyszer vagy kétszer, 3=ritkán, 4=néha, 5=gyakran, 6=általában, 7=mindig). A kiegészítés mértékének meghatározása egy megadott képlet alapján történt. A válaszadókat az elért végző pontszám alapján négy csoportba soroltuk: 0-1,9 pont: örökös eufória, 2-2,9 pont: jól csinálja, 3-3,9 pont: változtatás szükséges, 4 pont felett: súlyos pszichés állapot.

A kérdőívek beérkezése folyamatos volt 2012. február-március hónapban. A 670 darab visszaérkezett kérdőívből 651 volt értékelhető (15,3%). Az adatok feldolgozását SPSS 18.0 statisztikai programmal, Khinégyszet próbával és Spearman-féle rangkorrelációval végeztük.

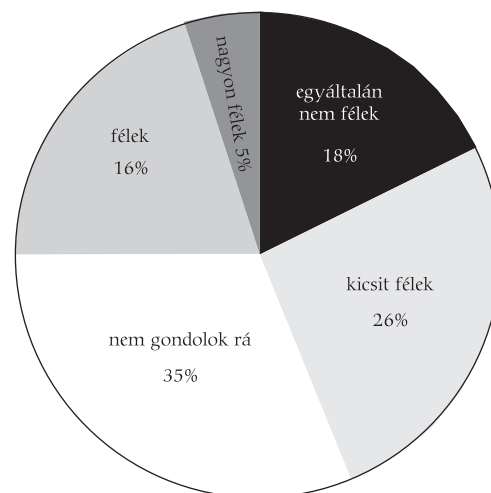
## Eredmények

Az értékelhető kérdőíveket 614 (94,3%) nő és 37 (5,7%) férfi kolléga töltötte ki. A válaszadók átlag életkora 42,35 (SD 9,134) év, 21,35 (SD 10,397) éve dolgoznak az egészségügyben. 50 fő (7,7%) végzett szakiskolát, 377 fő (57,9%) szakközépiskolát/gimnáziumot, 224 fő (34,4%) főiskolát, egyetemet. A kérdőívet kitöltők 17,7%-a dolgozik alapellátásban, 24,1%-a járóbeteg ellátásban és 58,2%-a fekvőbeteg ellátásban. 42,7% dolgozik állandó délelőtt, a többi válaszadó pedig folyamatos munkarendben, tehát 2×12 vagy 3×8 órás műszakban. Többségük (78,3%) Szegeden, 21,7% pedig vidéki városokban vagy falvakban áll alkalmazásban.

A válaszadók 17,7%-a egyáltalán nem fél a munkahely elvesztésétől, 35,6% pedig nem gondol rá. A többiek életében valamilyen mértékben jelen van ez az érzés. (1. ábra)

Az életkor nem mutatott szignifikáns összefüggést ( $p=0,286$ ) a munkahely elvesztésétől való félelemmel. Az I. táblázat alapján elmondható, hogy a „kicsit félek”, „félek” és „nagyon félek” kategóriákat összehasonlítva, arányaiban a 30 év alatti korosztályt

1. ábra: Munkavesztéstől való félelem alakulása a válaszadók körében (n=651)



sújtja leginkább a munkahely elvesztésétől való félelem, bár ők csak a válaszadók 8,3%-át teszik ki. A 30-39 éves korosztály 47,5%-a érintett valamilyen mértékben a munkahely elvesztésétől való félelemben, a 40-49 éves korosztály 45,3%-a, az 50-59 éves korosztály 45,5%-a. (I. táblázat)

Az egészségügyben eltöltött évek sem befolyásolják jelentősen a munkahely elvesztésétől való félelmet ( $p=0,572$ ). A II. táblázat szürkével jelölt oszlopai tartalmazzák azon válaszadókat, akik életében valamilyen mértékben jelen van a munkahely elvesztésétől való félelem. A kevesebb, mint 10 éve a pályán dolgozók félnek a leginkább munkájuk elvesztésétől (51,1%), a legkevésbé a több mint 30 éve az egészségügyben dolgozók félnek (43,4%). A 10-19 éve itt dolgozók 46,1%-a, a 20-29 éve itt dolgozók 47,7%-a érintett valamilyen mértékben a félelem által. (II. táblázat)

Az iskolai végzettség szoros összefüggést mutat a munkahely elvesztésétől való félelemmel ( $p=0,011$ ). A magasabb iskolai végzettség gyakoribb félelemérzettel társul. A szakiskolát végzettek 36%-a, a szakközépiskolát/gimnáziumot végzettek 48%-a, a főiskolát/egyetemet végzettek 46,9%-a fél valamilyen mértékben a munkahely elvesztésétől. (2. ábra)

Az ellátási terület típusa nem mutat összefüggést a félelemmel ( $p=0,416$ ). Az alapellátásban dolgozók 49,6%-a, a járóbeteg el-

I. táblázat: A munkahely elvesztésétől való félelem alakulása a válaszadók életkori megoszlása szerint (n=651)

		Munkavesztés					Összes	
		egyáltalán nem félek	kicsit félek	nem gondolok rá	félek	nagyon félek		
életkor	20-29	fő	12	18	11	12	1	54
		% életkoron belül	22,2%	33,3%	20,4%	22,2%	1,9%	100,0%
		% összes	1,8%	2,8%	1,7%	1,8%	,2%	8,3%
	30-39	fő	26	55	79	33	7	200
		% életkoron belül	13,0%	27,5%	39,5%	16,5%	3,5%	100,0%
		% összes	4,0%	8,4%	12,1%	5,1%	1,1%	30,7%
	40-49	fő	47	61	83	32	15	238
		% életkoron belül	19,7%	25,6%	34,9%	13,4%	6,3%	100,0%
		% összes	7,2%	9,4%	12,7%	4,9%	2,3%	36,6%
	50-59	fő	26	34	54	24	9	147
		% életkoron belül	17,7%	23,1%	36,7%	16,3%	6,1%	100,0%
		% összes	4,0%	5,2%	8,3%	3,7%	1,4%	22,6%
60-	fő	4	2	5	1	0	12	
	% életkoron belül	33,3%	16,7%	41,7%	8,3%	,0%	100,0%	
	% összes	,6%	,3%	,8%	,2%	,0%	1,8%	
Összes	fő	115	170	232	102	32	651	
	% életkoron belül	17,7%	26,1%	35,6%	15,7%	4,9%	100,0%	
	% összes	17,7%	26,1%	35,6%	15,7%	4,9%	100,0%	

II. táblázat: A munkahely elvesztésétől való félelem megoszlása az egészségügyben eltöltött évek számával összefüggésben (n=651)

		Munkavesztés					
		egyáltalán nem félek	kicsit félek	nem gondolok rá	félek	nagyon félek	
Egészségügyben eltöltött évek	-9	fő	18	31	27	13	3
		% Egészségügyben eltöltött évek	19,6%	33,7%	29,3%	14,1%	3,3%
		% Összes válaszadón belül	2,8%	4,8%	4,1%	2,0%	0,5%
	10-19	fő	23	47	73	27	8
		% Egészségügyben eltöltött évek	12,9%	26,4%	41,0%	15,2%	4,5%
		% Összes válaszadón belül	3,5%	7,2%	11,2%	4,1%	1,2%
	20-29	fő	40	56	76	38	12
		% Egészségügyben eltöltött évek	18,0%	25,2%	34,2%	17,1%	5,4%
		% Összes válaszadón belül	6,1%	8,6%	11,7%	5,8%	1,8%
	30-	fő	34	36	56	24	9
		% Egészségügyben eltöltött évek	21,4%	22,6%	35,2%	15,1%	5,7%
		% Összes válaszadón belül	5,2%	5,5%	8,6%	3,7%	1,4%
Összes	fő	115	170	232	102	32	
	% Egészségügyben eltöltött évek	17,7%	26,1%	35,6%	15,7%	4,9%	
	% Összes válaszadón belül	17,7%	26,1%	35,6%	15,7%	4,9%	

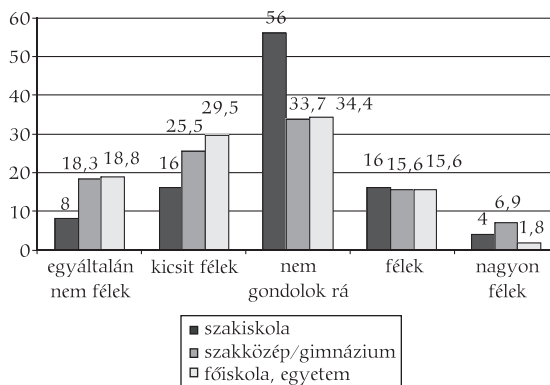
látásban dolgozók 51%-a, a fekvőbeteg el-  
látásban dolgozók 44,9%-a fél valamilyen  
mértékben a munkahely elvesztésétől.

A válaszadók átlag 10,36 (SD 4,409) pon-  
tot értek el a pszichoszomatikus tüneti ská-  
lán. Minél rosszabb pszichoszomatikus ál-

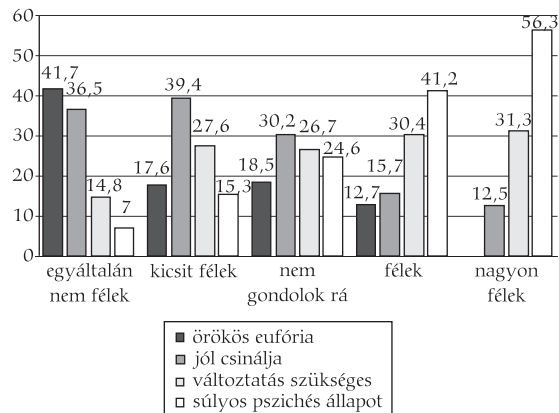
lapotban van valaki (több pontszám rossz-  
szabb pszichoszomatikus állapotot jelent),  
annál inkább fél a munkahely elvesztésétől  
( $p=0,003$ ).

Az egészségi állapot önértékelésére egy  
1-10-ig terjedő skálát is alkalmaztunk, ahol

2. ábra: Félelem megoszlása az iskolai végzettséggel összefüggésben (n=651) %



3. ábra: A kiégés összefüggése a munkahely elvesztésétől való félelemmel (n=651) %



1=kitűnő és 10=nagyon rossz jelentéssel bírt. A válaszadók átlag 6,53 pontot (SD 1,857) értek el ezen a skálán. Minél jobbnak értékeli valaki saját egészségi állapotát, annál kevésbé fél a munkája elvesztésétől ( $p < 0,000$ ). Az egészségüket legjobbra értékelők egyáltalán nem félnek a munkahely elvesztésétől.

A válaszadók 3,069 pontot értek el a kiégés önértékelési skálán, 20,6% tartozik az örökös eufória, 30,6% a jól csinálja, 25,7% a változtatás szükséges és 23,2% a súlyos pszichés állapot csoportba.

Spearman-féle rangkorrelációval vizsgálva szignifikáns kapcsolat volt kimutatható a kiégés mértéke és a munkahely elvesztésétől való félelem között ( $p < 0,000$ ): minél több pontszámot ért el valaki a kiégés önértékelési skálán, annál rosszabb pszichés állapotban van, és annál inkább fél a munkahely elvesztésétől. Ezen eredmények tipizálhatóak is: akik egyáltalán nem féltek a munkavesztéstől, azoknál tipikusan az eufória fordult elő legnagyobb mértékben (41,7%), akik „kicsit félnek” a munkavesztéstől, ott tipikusan (39,4%) a „jól csinálja” kategóriába tartoznak többen, a „változtatás szükséges” csoportban van valamilyen fokú félelem a munkavesztéstől, de ez nem tipikus. A súlyos pszichés állapotban lévők pedig tipikusan nagyon félnék a munkavesztéstől (56,3%). (3. ábra)

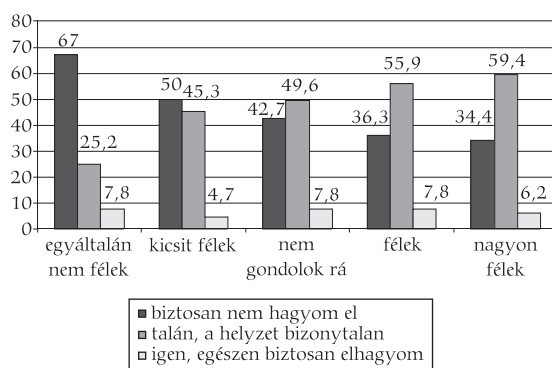
Vizsgálatunkban felmérésre került, hogy a válaszadók képesnek érzik-e magukat mind testi, mind lelki szempontból, hogy

hivatásukat nyugdíjas korukig gyakorolják („Ön megítélése szerint képes lesz-e maradéktalanul ellátni hivatásának gyakorlásával összefüggő feladatait nyugdíjas koráig?”). A válaszokat tíz fokozatú skálán lehetett bejelölni, ahol 1=egyéltalán nem, 10=maradéktalanul. A szomatikus skálán a válaszadók átlag 5,40 (SD 2,602) pontot értek el, a pszichés skálán pedig átlag 5,66 (SD 2,563) pontot. Khi-négyzet próbával elemezve, mindkét skálán szignifikáns ( $p < 0,000$ ) összefüggést találtunk. Azok, akik nem félnek a munkavesztéstől, vagy nem gondolnak rá, sokkal inkább úgy érzik, hogy mind szomatikusan, mind pszichésen képesek lesznek hivatásukat nyugdíjas korukig gyakorolni.

Végezetül felmértük a pályaelhagyási szándékot is. A válaszadók 47,5%-a biztosan nem hagyja el az egészségügyet, 45,6%-a bizonytalan, 6,9%-a biztosan elhagyja. 16,7% szeretne külföldön egészségügyben dolgozni, 8,9% szeretne külföldön nem egészségügyben, 15,7% itthon, de nem egészségügyben dolgozni. A munkavesztéssel kapcsolatos félelemmel összefüggésben is szignifikáns kapcsolat volt kimutatható ( $p < 0,000$ ). Akik nem félnek a munkahely elvesztésétől, azok 67%-a biztosan nem hagyja el az egészségügyet, a kicsit félők 50%-a biztosan nem hagyja el az egészségügyet, a munkavesztésre nem gondolók 49,6%-a bizonytalan, a munkavesztéstől félők 55,9%-a bizonytalan, és a munkavesztéstől nagyon félők 59,4%-a bizonytalan a pálya elhagyásában. (4. ábra)



4. ábra: Félelem megoszlása a pályaelhagyással összefüggésben (n=651) %



## Következtetések, javaslatok

A válaszadók 17,7%-a egyáltalán nem fél munkája elvesztésétől, 35,6% pedig nem is gondol rá. A többiek mindennapjaiban valamilyen mértékben szerepet játszik ez az érzés. Az első hipotézisünk, mely szerint „A Csongrád megyei egészségügyi szakdolgozók mindennapjaiban jelen van a munkahely elvesztésétől való félelem” beigazolódott, hiszen a válaszadók több, mint fele (53,3%) valamilyen mértékben fél munkája elvesztésétől. A 30 év alattiak és a 60 év felettiak esetében erősebb a félelem érzése, mint a többi korosztály esetében. A kevesebb, mint 30 éve a pályán dolgozók félnék leginkább, ebből arra következtethetünk, hogy a fiatal, pályakezdő szakdolgozók érzik bizonytalanabbnak a munkájukat.

Az iskolai végzettség szoros összefüggést mutatott a munka elvesztésétől való félelemmel, a diplomával rendelkezőkre igaz ez, hiszen sokszor a betegellátó osztályon végzett munka nem követeli meg a felsőfokú végzettséget, és ebből kifolyólag bizonytalanannak érezhetik munkájukat az ott dolgozó diplomások. Ehhez hozzájárulhat még az is, hogy még nem kerültek meghatározásra a kompetencia körök (Betlehem et al. 2009), és gyakran előfordul, hogy diplomával rendelkező ápolónak kell alapápolási feladatokat is ellátni, és ezt még tovább fokozza az alacsony dolgozói létszám (Marton-Simora et al. 2008). Felmérésünkéből kiderül, hogy legkevésbé a fekvőbeteg ellátásban dolgozók félnek munkájuk elvesztésétől.

A pszichoszomatikus állapot szoros összefüggést mutat a munka elvesztésétől való félelemmel, a rosszabb pszichoszomatikus állapotban lévők jobban félnék, mint azok, akik alacsony pontszámot értek el ezen a skálán, tehát jobb állapotban vannak. Bár jelen felmérés eredményei javulást mutatnak a négy évvel ezelőtti vizsgálatunk eredményeihez képest ezen a skálán elért átlag pontszámot tekintve (Németh & Irinyi, 2009), elmondható, hogy a félelem jelentősen képes befolyásolni a válaszadók pszichoszomatikus állapotát. Az egészségi állapot önértékelésénél is ugyan ez mondható el, azok, akik jobbnak értékelik saját egészségüket, kevésbé félnék a munkavesztéstől.

A kiégéssel összefüggésben is hasonló eredményeket kaptunk. A súlyos pszichés állapotban lévők tipikusan nagyon félnék a munka elvesztésétől, tehát nemcsak a kiégés okozta tünetekkel és lelkiállapottal kell megküzdeniük, hanem még a munka elvesztésétől való félelemmel is. Ezzel a második hipotézisünk („Feltételeztük, hogy a félelem jelenléte negatívan befolyásolja a dolgozók saját egészségének megítélését, a pszichoszomatikus állapotukat, valamint a kiégettség mértékét.”) is igazolást nyert. Előző, 2008-as vizsgálatunkhoz képest (Irinyi & Németh, 2010) emelkedett (az utóbbi 10 évet megnézve 1,4 szeresére nőtt) a súlyos kiégettségben szenvedők aránya, és ha ez a tendencia így folytatódik, akkor számuk, és ezzel együtt a mindennapos félelemben élő szakdolgozók aránya még tovább fog emelkedni.

Azon szakdolgozók, akik mindennapjaiban nem játszik szerepet a munkahely elvesztésétől való félelem, azok sokkal inkább úgy érzik, hogy hivatásukat képesek lesznek nyugdíjas korukig gyakorolni, mind testi, mind lelki szempontból éreznek hozzá elég erőt.

Végezetül azt is elmondhatjuk, hogy a munkahelyen átélt félelem hatással van a dolgozók pályaelhagyási szándékára, minél jobban fél valaki állása elvesztésétől, annál inkább fokozódik a bizonytalansága az egészségügy elhagyásával kapcsolatban. A munkahely elvesztésétől nagyon félők a legbizonytalanabbak a pályaelhagyással kapcsolatban. Ezzel a harmadik hipotézisünk is igazolást nyert. Aki mégis ezt a hivatást választja, gyakran megy külföldre a magasabb



fizetés reményében, ahol a szakmai kompetenciakörök tisztázottak, és a fizetés többszöröse a hazainak (Kovácsné et al. 2004; Betlehem et al. 2007). Európán belül megfigyelhető egy kelet-nyugati áramlás az ápolók körében (Hasselhorn et al. 2005). Ha a félelem miatti elvándorlás tendenciája fokozódik, akkor rövidesen a magyar egészségügyi intézmények betegekkel tele ugyan, de dolgozói hiánytól küzdve próbálják meg fenntartani a működő egészségügy látszatát. Az eredmények tekintetében a javaslataink a következők: Mivel évről-évre egyre kevesebb ember választja hivatásának az egészségügyi szakmákat, különösen fontos lenne a már meglévő dolgozók védelme, és ebbe beletartozik a biztonságos, félelmet nélkülöző munkahelyi légkör kialakítása, valamint a megfelelő stresszkezelő technikák elsajátítása. Már a képzés során nagy hangsúlyt kellene fektetni a kiégés megelőzésére, a stressz

csökkentő technikák elsajátítására, hiszen a pályakezdő ápolók nagy stressznek vannak kitéve, ami egyrészt az új, ismeretlen környezetből, másrészt a váratlan szituációkból fakad, és ez közvetett módon szerepet játszhat a korai pályaelhagyásban. A már dolgozó kollégák esetében nagy szükség lenne a kiégés elleni tréningek rendszeresítésének, mivel ezeknek bizonyítottan kiégés csökkentő szerepük van (Irinyi & Németh, 2011). Szükségesnek tartjuk továbbá olyan szabadságolási rend kialakítását, ahol a dolgozónak lehetőségük nyílik egybefüggően 2–3 hét szabadság kivételére, de a saját tapasztalataink azt mutatják, hogy ez még jónéhány helyen nem tud megvalósulni a szakdolgozói létszámhiány miatt. Ezen beavatkozásokkal, valamint a fizetések nyugati színvonalra történő emelésével talán megállítható lenne az elvándorlás, és csökkenne a félelem, az állandó létbizonytalanság.

## Irodalomjegyzék

2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi el-látórendszer fejlesztéséről. Magyar Közlöny, 2006/160. (XII. 22.)
- Betlehem, J., Tahin, T., Warne, T., Oláh, A., Kriszbacher, I., Boncz, I., Bódis, J., (2007). A munka hatása a kórházi ápolók jóllétére Magyarországon az EU csatlakozáskor. *Nővér*, 20 (6), 3–13.
- Betlehem, J., Kukla, A., Deutsch, K., Marton-Simora, J., Nagy, G., (2009). The changing face of European healthcare education: The Hungarian experience. *Nurse Education Today*, 29 (2), 240–245. doi:10.1016/j.nedt.2008.08.015
- Hasselhorn, M. H., Tackenberg, P., Buescher, A., (2005). Work and health of nurses in Europe: results from the NEXT-Study. Hozzáférhető 2012. augusztus <http://www.next-study.net>
- Irinyi, T., Németh, A. (2010). Az egészségügyet ért kedvezőtlen külső hatások következménye a szakdolgozók lelki egészségére. *Nővér*, 23 (5), 23–31.
- Irinyi, T., Németh, A. (2011). Egy burnout egészségfelmérés és az azt követő beavatkozás eredményei IME X. évfolyam 1. szám, 25–28.
- Kovácsné, T.Á., Feith, H.J., Balázs, P., (2004). A diplomás ápoló hallgatók pályaválasztási motivációja és pályaelhagyás. *Nővér*, 17 (6), 9–13.
- Marton-Simora, J., Gyermán, O., Nagy, G., Deutsch, K., Göndöcs, Zs., Betlehem, J., (2008). Poszttraumás stressz a budapesti mentődolgozók körében. *Nővér*, 21 (4), 10–21.
- Németh, A., Irinyi, T. (2009). Egészségügyi szakdolgozók szomatikus állapota Csongrád megyében-egy felmérés tükrében. *Nővér*, 22 (3), 33–38.
- Onciul, J.V., (1996). ABC of work related disorders: stress at work. *British Medical Journal*, 313, 745–748. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.313.7059.745>
- Piko, B., Barabás, K., Boda, K. (1997). Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population. *European Journal of Public Health*, 7 (3), 243–247. doi: 10.1093/eurpub/7.3.243
- Pines, A. M., Aronson, E. (1981). Burnout: from Tedium to personal growth. *New York City, The Free Press*, 17–20.
- Vas, G., Kóti, Cs., Imhof, G., Ágoston, I., Vas, B., Betlehem, J., Kresák, G., Boncz, I., (2009). A kórházi ágyszámok alakulása Magyarországon 1990–2008. között. *Nővér*, 22 (2), 31–37.

# A kontaktlencse viselés szövődményes esetei

MÉSZÁROSNÉ PINTÉR Katalin

## Összefoglalás

**Vizsgálat célja:** A szerző azokat az okokat keresi, amelyek a kontaktlencse viselők szaruhártya gyulladásához vezetnek. Vizsgálja továbbá, hogy megelőzhető-e a súlyos állapot kialakulása.

**Anyag és módszer:** A vizsgálat a Szent Pantaleon Kórház – Rendelőintézet Szemészeti Osztályán fekvő kontaktlencsét viselő betegek körében történt. A saját készítésű, zárt kérdéseket tartalmazó kérdőív, 18 beteg körében került kiosztásra.

**Eredmények:** Minden beteg 18 fő havi viseletű lágy kontaktlencse használó volt. 10 fő 2 héttel, 5 fő 1 héttel hordta túl a lencsét. 5 fő elmulasztotta a kézmosást a lencse behelyezése, illetve kivétele előtt. 5 fő nem szokta letisztítani a lencsét a szennyeződésektől, 7 fő nem használt naponta friss tároló folyadékot. 4 fő csapvizet használt a lencse ápolásához. 5 fő éjszakára sem vette ki a lencsét, 4 fő piros, gyulladt szemre is felhelyezte a lencsét. 1 fő kivételével nem tartottak viselési szünetet, 3 fő rendelkezett szemüveggel. 14 fő nem volt megelégedve az optikában kapott felvilágosítással.

**Következtetés:** Minden elváltozás hátterében a kontaktlencse nem megfelelő tisztán tartására visszavezethető bakteriális szövődmény állt.

**Kulcsszavak:** kontaktlencse, szaruhártya, szövődmény

### Complications of wearing contact lenses

Katalin MÉSZÁROSNÉ PINTÉR

### Summary

**Aim of the study:** The author seeks to identify the reasons why contact lenses can cause wearers to develop inflammation of the cornea. She also examines whether the development of this severe condition can be avoided.

**Sample and method:** The study was conducted among contact lens-wearing inpatients at the Ophthalmology Department of the Szent Pantaleon Hospital and Clinic. A questionnaire designed by the author, consisting of closed-ended questions, was distributed to 18 patients.

**Results:** All 18 of the patients used soft, monthly-replacement contact lenses. Ten persons wore the lenses for two weeks longer, and five persons for one week longer than prescribed. Five persons neglected to wash their hands before inserting and removing the lenses. Five persons were not in the habit of cleaning contaminants from the lens, and seven persons did not use fresh storage solution every day. Four persons used tap water for the care of the lenses. Five persons did not remove the lenses at night, and four inserted the lenses into red, inflamed eyes. With the exception of one person they did not take a break from wearing the lenses, and three persons possessed spectacles. Fourteen persons were not satisfied with the information received from the optician.

**Conclusions:** All of the changes were due to bacterial complications that were attributable to unsatisfactory cleaning of the contact lenses.

**Key words:** contact lens, cornea, complication

Érkezett: 2012. szeptember 15. Elfogadva: 2013. január 28.

## Bevezetés

A lágy kontaktlencse, a szem fénytörési hibáinak korrigálására használt olyan eszköz, amely a szemüveg használatának hátrányát kiküszöbölve, jobb látóélességet, nagyobb látóteret biztosít és nem vehető észre. Alkalmazása a fiatalabb generáció körében

elterjedt. A mai kontaktlencsék mind anyagukban (szilikon-hidrogél), mind oxigén át-eresztő képességükben kiváló paraméterekkel rendelkeznek. (Tönköl 2011)

Hordási idejük alapján: havi, két hetes, és napi viseletű lencsék lehetnek. Ezeket a lencsét naponta 12–14 órán át lehet használni.

A kontaktlencsét közvetlenül a szaruhár-

MÉSZÁROSNÉ PINTÉR Katalin osztályos főnővér, Szent Pantaleon Kórház – Rendelőintézet, Dunaújváros  
Levelező szerző (correspondent): MÉSZÁROSNÉ PINTÉR Katalin, elérhetőség: Tel.: 06/30-821-0645,  
e-mail: pinter.katalinka@gmail.com

tyára (cornea) kell felhelyezni. A szaruhártya az ínhártyával együtt a szemgolyó (bulbus oculi) rostos burkát alkotja. Fiziológiás körülmények között a cornea átlátszó, vékony könnyréteg borítja, amely az elülső felszínét még simábbá teszi. (Süveges 2010) A cornea legfontosabb tulajdonsága így, hogy átlátszó törőfelszín képez. Törőereje kb. 42 D. Szaruhártyában sok érző idegvégződés van, ereket viszont nem tartalmaz. A mintegy 70-80 érző idegrost radiálisan hatol a szaruhártyába és többé-kevésbé annak centruma felé halad. (Tönköl 2011) Tápanyagellátása a szem belsejében keringő csarnokvízből, oxigénellátása diffúzió útján a légkörből biztosított. A szaruhártya öt anatómiai rétegből épül fel. (Tarsoly 1997)

2007. 09. 01. és 2012. 09. 01. között 196 szaruhártya infiltrátumban (beszűrődés) szenvedő beteget kezeltünk szakrendelésünkön. Közülük 53-an kontaktlencse viselők voltak. (1. ábra) 35 esetben a bakteriális szaruhártya infiltrátumok antibiotikum szemcsepp hatására ambuláns gyógyultak. 18 esetben sürgős felvételre volt szükség az elváltozás nagy kiterjedése, a folyamat gyors progressziója, valamint a kifejezett látásromlás miatt. Az utolsó 2 évben 13 esetet vettünk fel osztályunkra, akik néhány

napja jelentkező szemvörösségre, szemfájdalomra, homályos látásra panaszkodtak.

A gondos orvosi kezelés és a körültekintő ápolás ellenére öt esetben a centrális szaruhártya gyulladás után visszamaradt heg maradandó látásromláshoz vezetett. Egy esetben olyan kiterjedt volt a hegesedés, hogy szaruhártya átültetést tett szükségessé. Két páciensnél a gyulladás csökkent, de a szaruhártya nem hámosodott be, ezért amnion fedést alkalmaztunk. Két főnél Acanthamoeba tenyésztett ki, őket a Semmelweis Egyetem Szemklinikájára utaltuk. Egy betegünk jelenleg szaruhártya átültetésre vár. Egy páciensünkönél a viszonylag jó látás mellett a centrumban visszamaradt heg zavaró a napi életvitelben.

A szaruhártya fekélyek kiterjedésüktől és mélységüktől függően kisebb-nagyobb hegekkel gyógyulnak, ezért a szaruhártya elveszti átlátszóságát, ami maradandó látáscsökkenést eredményez.

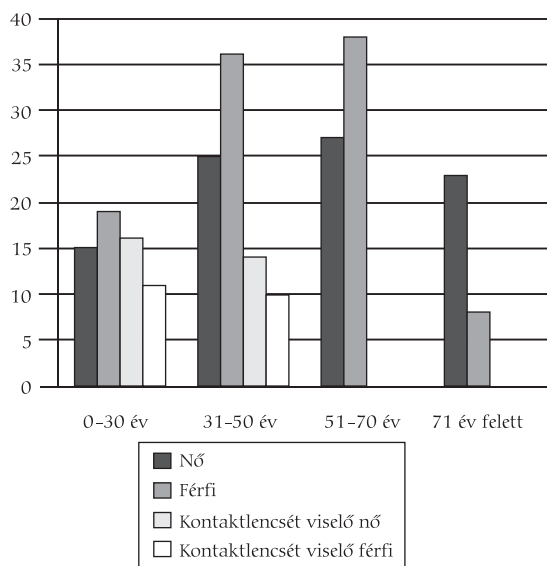
Az acanthamoeba keratitis a szaruhártya ritka, de súlyos fertőzése, amely a diagnózis és kezelési lehetőségek bővülése ellenére még mindig egy elhúzódó, a látásélesség jelentős csökkenésével vagy teljes elvesztésével járó megbetegedés. (Kettesy et al. 2008) Tipikusan kontaktlencse viselőknél fordul elő, akik a kontaktlencsét csapvíz alatt leöblítik, abban tárolják, illetve a lencsetároló tokot vízzel kiöblítik. Az Acanthamoeba az egyik leggyakoribb protozoon a légkörben, hosszú ideig életképes marad a talajban, természetes és uszoda vizekben, szeret megtelepedni a hidegvíz elvezető rendszerekben, ezért a kontaktlencse ápolására csapvizet használni tilos. (Bruce & Brennan 1990)

Pseudomonas fertőzés miatt teljesen beolvadt szaruhártya. A 1. képet a felvétel napján készítettük. Az 2. kép az amnion fedést követően közvetlenül, a 3. kép pedig a megbetegedést követő 3. hónapban készültek.

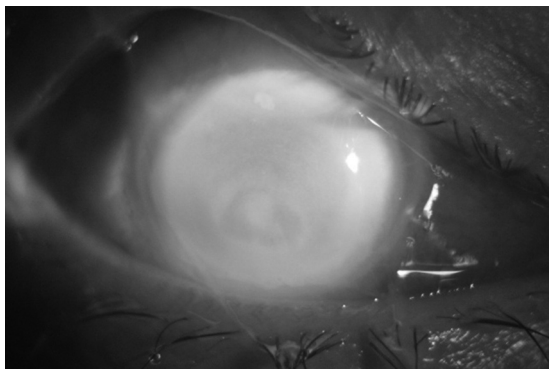
### A vizsgálat célja

Ezen esetek előfordulása készítetett arra, hogy megkeressem azokat az okokat, amelyek a súlyos állapot kialakulásához vezethetnek. Továbbá ezen ismeretek birtokában vizsgáljam, hogy megelőzhető-e a súlyos állapot kialakulása.

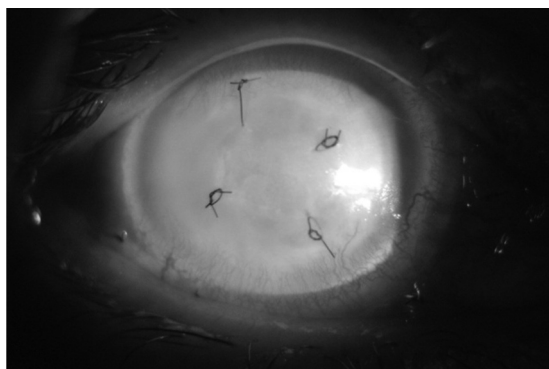
**1. ábra: A szemészeti szakrendeléseken megjelentek száma 2007. 09. 01. és 2012. 09. 01. között, fő**



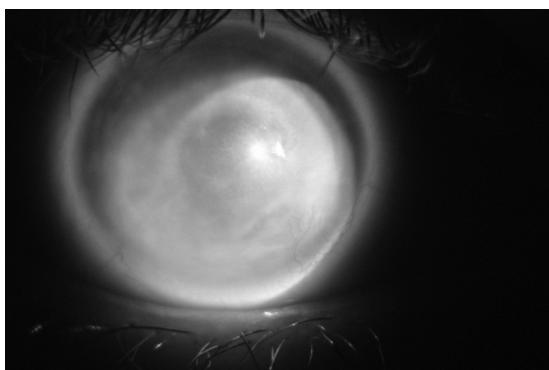
1. kép: Pseudomonas keratitis (a beteg felvétele napján készült) (saját készítés)



2. kép: Amnion fedés (saját készítés)



3. kép: A megbetegedést követő harmadik hónap (saját készítés)



### Hipotézisek:

1. Feltételezem, hogy az alapvető higiéniai szabályok elmulasztása nagymértékben hozzájárul a súlyos állapot kialakulásához.
2. Feltételezem továbbá, hogy a túlhordott kontaktlencse gyulladós folyamat elindítója lehet.

3. Végszül feltételezem, hogy a kontaktlencse viselők nem rendelkeznek megfelelő ismeretekkel a lencse ápolásához.

## Anyag és módszer

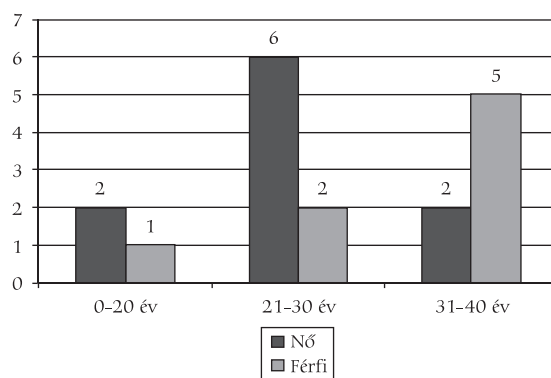
Vizsgálatomat a Szent Pantaleon Kórház - Rendelőintézet Szemészeti osztályán végeztem az osztályunkon, 2007. szeptember 1. és 2012. szeptember 1. közötti időszakban ápolott összes kontaktlencses betegeink körében. (N=18)

A felmérés módszereként választott kérdőíves felmérés során a betegek saját szerkesztésű kérdőívet töltöttek ki, amely zárt kérdéseket tartalmazott. A kiosztott 18 db kérdőív leíró elemzésére került sor.

## Eredmények

A válaszadó betegek életkora 15 és 40 év között volt. Ebből 8 fő volt a 21 és 30 év közötti beteg. (2. ábra)

2. ábra: A vizsgált betegek életkor és nem szerinti megoszlása, fő (N=18)

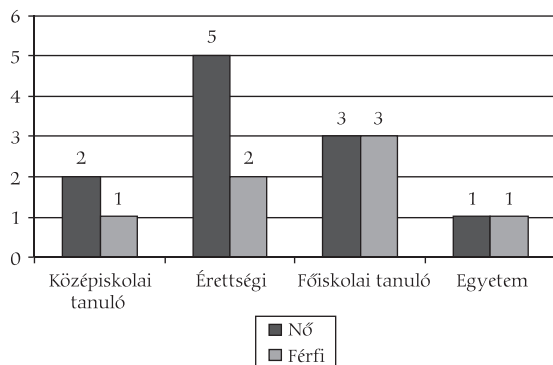


A legmagasabb iskolai végzettséget tekintve érettségivel 7 fő rendelkezett, jelenleg főiskolai hallgató 6 fő volt. (3. ábra)

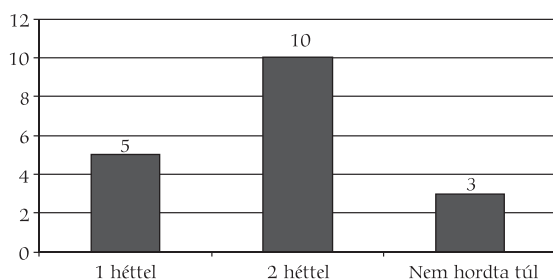
Mindegyik betegünk havi viseletű kontaktlencse használó volt. 5 fő egy héttel, 10 fő két héttel hordta túl a havi viseletű lencsét. (4. ábra)

A betegek az alapvető higiéniai szabályokat nem tartották be: 5 fő nem szokott kezét mosni a lencse behelyezése és kivétele előtt. 5 fő nem tisztította meg a lencsét a szenny-

3. ábra: A betegek legmagasabb iskolai végzettség szerinti megoszlása, fő (N=18)

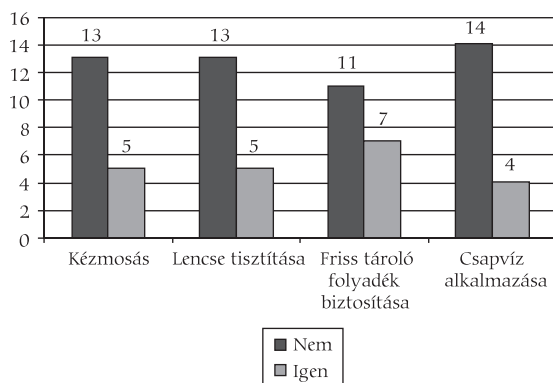


4. ábra: A lencse „túlhordásának” aránya a megkérdezett betegek körében, fő (N=18)



zódésektől, csak tároló folyadékba helyezték és azt sem cserélték ki naponta. 1 fő csapvíz alatt öblítette le a lencsét, hárman a tároló tokot naponta csapvíz alatt kiöblítette. (5. ábra)

5. ábra: A higiénés szabályok betartásának megoszlása, fő (N=18)

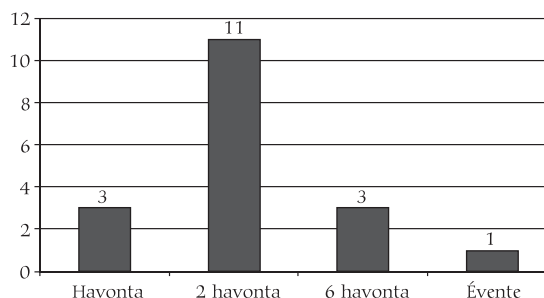


5 beteg a lencsében aludt, 3 beteg gyulladt szemre, egy pedig a már kialakult szaruhártya fekélyre is felhelyezte a lencsét. Viselési

szünetet 1 betegünk szokott tartani, 3 fő kivételével szemüvegük sem volt.

Kontaktlencse tokot csupán 3 beteg cserélt havonta, a legtöbben 11 fő két havonta, de akadt olyan beteg is, aki évente vásárolt új tokot. (6. ábra)

6. ábra: A kontaktlencsék cseréjének aránya, fő (N=18)



14 beteg nem kapott kellő felvilágosítást az optikában a lencse megfelelő tisztán tartásáról és a lehetséges szövődményekről.

## Következtetés

Az osztályunkon sürgős felvétellel került kontaktlencsét viselő betegek körében készült felmérés során kimutatásra került, hogy a betegek nem tartották be az alapvető higiénés szabályokat, mely a kézmosás elhanyagolásában, a lencse tisztításában és helytelen tárolásában nyilvánult meg.

A súlyos gyulladás kialakulásához emellett hozzájárult, hogy a megkérdezett betegek közül 15 fő a havi kihordású kontaktlencsét túlhordta.

A betegek közül 14 fő gondolta úgy, hogy megfelelő tájékoztatást kapott a kontaktlencse helyes viselésével kapcsolatban. A higiénés szabályok be nem tartása, illetve a gyulladáshoz tünetek jelentkezése, azonban megkérdőjelezi annak hatékonyságát, valamint a betegek együttműködési hajlandóságát.

Arra a következtetésre jutottam, hogy hipotéziseim igaznak bizonyultak és néhány szabály betartásával a súlyos állapot elkerülhető.

A betegoktatás jelentősége kiemelt fontosságú, mely a higiénés feltételek biztosítására helyezi a hangsúlyt. Saját magam 20 éve viselek kontaktlencsét, így saját tapasztalata-



im, valamint az irodalmi standardok alapján javaslom az alábbiak betartását:

- ⇒ Gondos kézmosás.
- ⇒ Szárítsuk meg alaposan a kezünket mielőtt szemünkhöz, lencsénkhez nyúlunk.
- ⇒ Fontos a lencse tisztán tartása, levétel után lemosás tiszta tároló folyadékba helyezés.
- ⇒ Használat után a tokot ki kell üríteni.
- ⇒ Ajánlatos a lencsetartó tokot tároló folyadékkal átdörzsölni, és hagyni, hogy megszáradjon.
- ⇒ Minél rövidebb idejű lencsét viseljünk.
- ⇒ Éjszakára vegyük ki a lencsét.
- ⇒ **Csapvíz alatt leöblíteni, tokot átmosni, illetve abban lencsét tárolni tilos! Sose nyálazzuk be, hiszen a nyál tele van baktériummal! (Bruce 2000.)**
- ⇒ Hetente egy nap viselési szünetet tartunk.
- ⇒ Minden hónapban vásároljunk új tokot, legyen szemüvegünk is.
- ⇒ Ha víz mellett nyaralunk, akkor vegyük ki a lencsét mielőtt a vízbe megyünk. Ha ez nem megoldható, akkor viseljünk 1 napos lencsét és úszószemüveget. Ha szemünk természetes vagy uszodavízzel érintkezik,

ki kell venni a lencsét és másnap újat felhelyezni. (Tönköl 2011)

- ⇒ Viselési időn túl nem szabad a lencsét felhelyezni, hiszen a túlhordott lencse oxigén áteresztő képessége sokkal kevesebb, mint amennyire a szemnek szüksége van, ezért a szaruhártyán komoly elváltozásokat okozhat. (Tönköl 2011)
- ⇒ Rendszeres kontroll vizsgálat.
- ⇒ Piros, gyulladt szemre tilos kontaktlencsét felhelyezni.
- ⇒ Influenza vagy megfázás esetén ne viseljünk lencsét.
- ⇒ Bármilyen panasz esetén forduljunk szemészhez.
- ⇒ Használjunk műkönnyet. (Tönköl 2011)
- ⇒ Hordjunk magunknál a tokot tároló folyadékot.

Kutatásom bizonyította, hogy a kontaktlencse viselők nem megfelelően tájékozottak a lencse használatáról, ápolásáról. Megoldás lenne egy tájékoztató füzet szerkesztése, amit a kontaktlencse vásárláskor az optikában kapnának meg. Fontos lenne az optometristák és szemészorvosok kapcsolattartása, továbbá a média révén az ismeretterjesztés forszírozása.

## Irodalomjegyzék

1. Brennan N.A., Coles M.L. (2000) Proposed performance criteria for extended wear contact lenses. *Cont Lens Anterior Eye*, 23(4); 135-139.
2. Bruce A.S. & Brennan N.A. (1990) Corneal pathophysiology with contact lens wear. *Surv Ophthalmol*, 35(1); 25-58.
3. Kettesy B., Komár T., Berta A., Módos L. (2008) Az acanthamoeba keratitisről. *Orvosi Hetilap*, 149(43); 2037-2045.
4. Süveges I. (2010) *Szemészet*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 127.
5. Tarsoly E. (1997) *Funkcionális anatómia*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 209-210.
6. Tönköl T. (2011) *A lány kontaktlencse illesztése*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 15-16, 22, 75-76, 99-100, 119-120.

# Gratulálunk!

A Magyar Ápolási Egyesület 2013. február 19-én immár harmadik alkalommal ünnepelte meg a Magyar Ápolók Napját, mely Kossuth Zsuzsanna, az első magyar főápoló születésnapjához kötődik. Balog Zoltán az emberi erőforrások minisztere ez alkalomból szakmai kitüntetéseket adományozott.

*Kiemelkedő szakmai tevékenysége elismeréseként Pro Sanitate díjban részesült:*

**Dr. Kellner M. Barnabásné, Kulcsár Istvánné, Rolof Orsolya, Tóth Gizella, Veres Zsuzsanna.**

*Az Emberi Erőforrások Miniszterének Elismerő Oklevele elismerésben részesült eredményes, példamutató tevékenysége elismeréseként:*

**Böröcz Józsefné, Erdős Erzsébet, Hamar Zsuzsanna, Józsi Sándorné, Juhászné Turschl Paula, Karacs Magdolna, Kiss Magdolna Gréta, Kószó Andrásné, Leidgeb Lászlóné, Magyar Mónika, Minya Tünde, Nagy Ottóné, Palóczné Hornyák Margit, Trajter Ferencné.**

*Az Emberi Erőforrások Miniszterének Elismerő Oklevele elismerésben részesült felelősségteljes, példamutató munkájuk elismeréseként:*

**a Toldy Ferenc Kórház – Rendelőintézet Egyszemélyes Nonprofit Közhasznú Kft. Gasztroenterológiai Részlegének dolgozó,**

**a Felső-Szabolcsi Kórház Sebészeti Osztályának dolgozó,**

**a Nagykovács Város Önkormányzat Rehabilitációs Szakkórháza és Rendelőintézetének Kardiológiai Rehabilitációs Osztály dolgozó.**

A miniszteri kitüntetések átadását követően Bugarszki Miklós a Magyar Ápolási Egyesület elnöke az Egyesület keretében az ápolás és az ápolók, valamint ápolói közösségek létrehozása érdekében kifejtett, kiemelkedő tevékenysége elismeréseként **Kossuth Zsuzsanna-díj** kitüntetésben részesítette:

**Kovács Erzsébet** ápolási igazgatót,

**Szegedi Judit** szakmai igazgatót,

**Tóth Anna** intézeti vezető szakoktatót.

Az ünnepségen a Magyar Ápolási Egyesület **Dr. Kovács Józsefet**, az Országgyűlés Egészségügyi Bizottságának elnökét **tiszteletbeli ápolóvá** fogadta.



2013. március 15-e, nemzeti ünnepünk alkalmából Balog Zoltán miniszter úr szakmai kitüntetéseket adományozott. A díjakat Szócska Miklós, egészségügyért felelős államtitkár és Páva Hanna az EMMI helyettes államtitkára adta át az Emberi Erőforrások Minisztériumában.

*Batthyány-Strattmann László díjban részesült kimagasló szakmai munkásságának elismeréseként:*

**Molnár Gabriella**, a Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekórháza ápolási igazgatója,

**Dr. Zékányné Rimár Ilona**, a Kenézy Kórház Rendelőintézet nyugalmazott ápolási igazgatója.

*Kiemelkedő szakmai tevékenysége elismeréseként Pro Sanitate díjban részesült:*

**Gacsályi Lászlóné**, a Szabolcs-Szatmár-Beregi Kórház és Gyógyfürdő Nonprofit Kft. gyermekápolónője.

*Az Emberi Erőforrások Miniszterének Elismerő Oklevele elismerésben részesült eredményes, példamutató munkájuk elismeréseként:*

**Barna Edit**, a Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Kórház Hetényi Géza Kórház-Rendelő-intézet, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztályának diplomás ápolója,

**Gyűszű Katalin**, a Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekórháza szociális és oktatási szervezője,

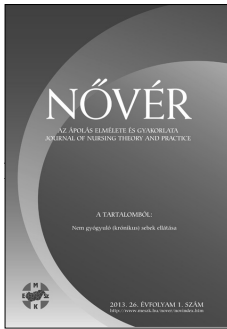
**Juhász Sándorné**, a Mezőkövesdi Városi Önkormányzat Rendelőintézete iskolai védőnője,

**Müller Ágnes**, a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Ápolás és Betegellátás Intézetének szakoktatója,

**Váradí Károlyné**, a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet szakápolója, főnövére.

*Az Emberi Erőforrások Miniszterének Elismerő Oklevele elismerésben részesült felelősségteljes, példamutató munkájuk elismeréseként:*

**a Mátrai Gyógyintézet Intenzív Osztályának nővérgárdája.**



## F E L H Í V Á S

Tisztelt Főiskolát és Egyetemet Végzett Ápoló,  
Hallgató Munkatársam!

Mit csinál akkor, ha:

- munkatársai tanácsot kérnek Öntől, de nem tud azonnal válaszolni a fel-tett kérdésre?
- felkérlik egy kutatási folyamatban való részvételre, de nem tudja, hogy ho-gyan induljon el?
- meg szeretne oldani egy szakmai problémát, de nem tudja, hogyan kezd-jen hozzá?
- szeretne többet tudni az ápoló, valamint az Ön feladatköréről?
- nem ismerik el erkölcsileg a végzettségét a munkahelyén?
- megszólják a kollégái, mert főiskolára vagy egyetemre jár? ...

Ez csak néhány kérdés, melyek megoldására egy lehetőséget kínálunk Önnek:

### **Olvassa és fizesse elő a NŐVÉR folyóiratot!**

Folyóiratunk az egyetlen olyan hazai orgánus, amely az ápolás nemzet-közi szinten is elismert képviselője. Lehetőséget teremt az ápolóknak az ön-képzésre, ajánlott irodalomként szolgál a továbbképzések témáihoz, javas-latokat kínál az ápolásszakmai problémák megoldására, továbbá kitekintést nyújt a nemzetközi ápolástudomány eredményeire.

Lehetőséget kínál a hazai ápoláskutatási eredmények publikálásához, illetve segítséget és támogatást nyújt ennek megvalósításához.

Olvassa és fizessen elő a NŐVÉR folyóiratot, ha lépést kíván tartani a mo-dern ápolástudománnyal!

Csináljon presztízs-kérdést abból, hogy rendszeres olvasója, és előfizetője le-gyen a NŐVÉR folyóiratnak!

További információkat a [www.meszk.hu](http://www.meszk.hu) címen talál.

A Szerkesztőség és a Kiadó nevében bízom abban, hogy érveimmel sikerül egy új előfizetőt köszöntenem az Ön személyében.

Tisztelettel és üdvözlettel:

Csernus Mariann  
*főszerkesztő*