



# NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA  
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

Scientific and educational journal  
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

## A TARTALOMBÓL:

Obstruktív alvási apnoe szindróma:  
hogyan szűrjük, hogyan kezeljük

Ápolók táplálkozási szokásainak vizsgálata



2017. 30. ÉVFOLYAM 1. SZÁM  
<http://www.meszk.hu/nover>



## Emlékérme-kibocsátás Kossuth Zsuzsanna születésének 200. évfordulóján

*Budapest, 2017. február 17. – A Magyar Nemzeti Bank Kossuth Zsuzsanna születésének 200. évfordulója alkalmából, a Magyar Ápolók Napja Ünnepségen 10 000 Ft címletű ezüst emlékermét és annak 2000 Ft címletű színesfém változatát bocsátja ki 2017. február 17-én. Kossuth Lajos húga a magyar ápolásügy kiemelkedő alakja, Magyarország első főápolónője, benne tisztelhetjük az első katonai kórházakat létesítő és felügyelő női ápolót.*

A Kossuth Zsuzsanna emlékermék hazánk törvényes fizetőeszközei, de nem forgalmi célokat szolgálnak. Előoldalukon a külső körgyűrűben találhatóak a kötelező érmekepi elemek: felső köriratban a „MAGYARORSZÁG” felirat, alsó köriratban a 10 000 illetve a 2000 forint értékjelzés, bal oldalon a „2017” verési évszám, jobb oldalon a különleges mikroírással készült biztonsági elemet tartalmazó „BP.” verdejel. Az előoldal középmezője egy XIX. századi tábori kórházi jelenetet ábrázol, utalva Kossuth Zsuzsannának az 1848-49-es forradalom és szabadságharc során nyújtott áldozatos munkájára, amelynek eredményeként három hónap alatt 72 tábori kórház létesült, ahol a betegellátás színvonala Európa-szerte egyedülállóan magas volt. Női önkénteseket toborzott a betegek ellátására illetve az ápolást segítő eszközök készítésére. Tapasztalatai alapján felvetődött az ápolók professzionális képzésének igénye, amelynek megvalósulását azonban a szabadságharc leverése megghiúsította.

A hátlap központi motívuma Kossuth Zsuzsanna portréja. Kossuth Zsuzsannát bátyja, Kossuth Lajos nevezte ki 1849-ben „az összes tábori kórházak főápolónőjének”: benne tisztelhetjük a legelső katonai kórházakat létesítő és felügyelő női ápolót, amire az emlékérme hátoldalán megjelenő feliratok („KOSSUTH ZSUZSANNA” és „HAZÁNK ELSŐ FŐÁPOLÓJA”) is utalnak. Itt szerepel a fiatalon elhunyt főápoló születési és halálozási éve: 1817-1854. Az emlékermét Erőss Ildikó szobrászművész tervezte. Mesterjegye b aloldalon található.

A 10 000 forintos címletű emlékérme 925 ‰ finomságú ezüsből készült, súlya 31,46 gramm. A 2000 forintos címletű színesfém változat réz (75%) és nikkel (25%) ötvözetéből készült, súlya 30,8 gramm. A két érmetípus mérete azonos, átmérőjük 38,61 mm. Az emlékermék széle recézett.

Az ezüst emlékpénzből tükörfényes (proof) kivitelben 5000 darab, míg a 2000 forintos címletű színesfém változattól selyemfényes (BU) kivitelben 6000 darab készíthető.

2014-től minden nemesfémből készült emlékermét olcsóbb alapanyagú, színesfém változatban is kibocsát az MNB. Az emlékermék értékközvetítő, ismeretterjesztő szerepének minél szélesebb körű betöltését elősegítendő, a 10 000 forintos ezüst érme a kibocsátási dátumtól, azaz 2017. február 17-től három hónapig, míg a 2000 forintos címletű színesfém emlékérme időkorlát nélkül, a teljes készlet erejéig a rajtuk szereplő névértékkel azonos áron vásárolható meg 2017. február 17-től a Magyar Pénzverő Zrt. érmeboltjában (V. ker. Budapest, Báthory u. 7.), illetve a vállalat honlapján üzemeltetett webáruházban (<http://penzvero.hu/>).



**Magyar Nemzeti Bank**

Magyar Nemzeti Bank  
Kommunikáció

Telefon: + 36 (1) 428-2631, Fax: + 36 (1) 429-8000, Email: [sajto@mn.hu](mailto:sajto@mn.hu), Web: [www.mnb.hu](http://www.mnb.hu)

# NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA/

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével/

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

*Nővér*, 2017, 30 (1), 1–44.

## TARTALOMJEGYZÉK

SZERKESZTŐI LEVÉL	3
ÁPOLÁSTÖRTÉNET Kétszáz éve született Kossuth Zsuzsanna, Magyarország első főápolója Balogh Zoltán	4
TOVÁBBKÉPZÉS – ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY Obstruktív alvási apnoe szindróma: hogyan szűrjük, hogyan kezeljük? Annus János, Csatlós Dalma, Szakács Zoltán	6
EREDETI KÖZLEMÉNY Ápolók táplálkozási szokásainak vizsgálata Németh Anikó	13
Koraszülöttek szüleinek véleménye a hazaadással kapcsolatos információkról és lelki támogatásról Adamik Ágnes, Németh Anikó, Tulkán Ibolya	22
Közzeti ápolók kihívásai és foglalkozás- egészségügyi kockázatai a páciensek otthonában történő ellátások során Hirdi Henriett Éva, Lukács Miklós, Tóthné Bucsek Ildikó, Balogh Zoltán	30
ÁPOLÁS GYAKORLATA A tühegyvel lefelé történő szűrőtechnika előnyei Somosi László, Kiss Szilvia, Ladányi Erzsébet	38
GRATULÁLUNK	42
SZERZŐI ÚTMUTATÓ	44

## CONTENTS

LETTER FROM THE EDITOR	3
HISTORY OF NURSING Zsuzsanna Kossuth, the first head nurse in all of Hungary was born 200 years ago Zoltán Balogh	4
CONTINUING EDUCATION – REVIEW ARTICLE Obstructive sleep apnea syndrome: how we screen and diagnose? János Kristóf Annus, Dalma Csatlós, Zoltán Szakács	6
ORIGINAL CONTRIBUTION Investigation of nurses eating habits Anikó Németh	13
The opinion of parents with premature babies about information regarding homecoming and psychological support Ágnes Adamik, Anikó Németh, Ibolya Tulkán	22
Community nurses' challenges and occupational health hazards associated with home health care Henriett Éva Hirdi Phd, Miklós Lukács, Ildikó Tóthné Bucsek, Zoltán Balogh	30
NURSING IN PRACTICE Advantages of the bevel down puncture technique László Somosi, Szilvia Kiss, Erzsébet Ladányi	38
CONGRATULATIONS	42
AUTHOR'S GUIDE	44

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

## KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

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

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

LITERATURA  MEDICA  
ANNO 1990

LifeTime Media Kft.

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

Terjeszti a Magyar Posta Zrt.

**Postacím:** 1900 Budapest

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

**Főszerkesztő/Editor-in-Chief**

Dr. Hirdi Henriett Éva (PhD)

**Szerkesztők/Editors**

Dr. Németh Anikó (PhD)

Dr. Papp Katalin (PhD)

**Szerkesztőbizottság/Editorial Board**

Dr. Betlehem József (PhD)

Kárpáti Zoltán

Dr. Oláh András (PhD)

Dr. Pápai Tibor (PhD)

Szloboda Imréné

**Szakértők/Experts**

Arany Ida

Jakab Judit

Dr. Papp László (PhD)

Tóth Andrea

Dr. Tulkán Ibolya (PhD)

**Tanácsadó testület/Advisory Board**

Boldogné Csurik Magdolna

Dr. Helembai Kornélia

Mészáros Magdolna

Prof. Dr. Kovács L. Gábor

Rauh Edit

Dr. Velkey György

Sövényi Ferencné

Tóth Ibolya

Prof. PhD. Valérie Tóthova PhD

**Lapunkat rendszeresen  
szemlézi a megújult****www.observer.hu****N Ő V É R****AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.

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

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

# Tisztelt Olvasó!

Az idén 30 éves jubileumát ünneplő, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara gondozásában megjelenő NŐVÉR tudományos és továbbképző szakfolyóirat kiadója, szerkesztőbizottsága, szerkesztősége nevében őszinte tisztelettel és szeretettel köszöntjük olvasóinkat. Folyóiratunk életében különös jelentőségű az a tény, hogy harmadik évtizedét kezdi meg és ezzel egy újabb mérföldkövet ért el.

Az elmúlt évtizedek szerkesztői, szerkesztőbizottságai folyamatosan arra törekedtek, hogy a kéthavonta megjelenő folyóirat a tudományos igényvel készített írások megjelentetésével az elméleti ismeretek átadása mellett a szakemberek gyakorlati tevékenységét elősegítse. A mai szerkesztőség célkitűzése – nem szakadva el a nemes tradícióktól – a NŐVÉR szakmai arculatának frissítése, annak érdekében, hogy a publikálási lehetőség biztosításán, valamint az elméleti ismeretek és gyakorlati tapasztalatok terjesztésén felül hatékonyan járuljon hozzá, segítse elő a pontszerző továbbképzési kötelezettség teljesítését is. Nagy örömünkre szolgál tájékoztatni Önöket arról, hogy célunk részben megvalósult, hiszen a NŐVÉR folyóirat minősítésre került. Most Önökön, előfizetőkön a sor, hogy a már minősített évfolyamok kéziratainak elolvasása után a MESZK honlapján a tesztkérdéseket kitöltsék és a szakdolgozói szabadon választható elméleti pontértékeket megszerezzék! Törekszünk arra, hogy a XXX. évfolyamban megjelenő kéziratok is pontszerzővé váljanak, így e lapszámtól kezdve a tradicionális rovatok mellett újdonságként szerepel a továbbképzési rovat, melyben a szerkesztőség felkérésére egy-egy összefoglaló referátum, vagy eredeti közlemény jelenik meg.

Idén egy másik új kezdeményezést is elindítunk azzal, hogy összehangoljuk a MESZK országos rendezvényeit a NŐVÉR folyóirat egyes lapszámaiban megjelenő kéziratokkal, így segítve elő egy-egy téma mélyebb feldolgozását, illetve a különböző szakterületek bemutatkozását. Tekintettel arra, hogy a folyóirat olvasótábora rendkívül széles körből tevődik össze, szükségesnek tartjuk az olvasói igények időről időre történő felmérését, hogy mind tartalmi, mind formai szempontból hasznos és élvezetes olvasnivalóval tudjunk Önöknek szolgálni. E felmérés sikeres megvalósításához a közel jövőben számítunk az Önök támogatására, együttműködésére!

Ezúton is köszönjük, hogy előfizetésével támogatja e szakfolyóiratot, ezen keresztül az egészségügyi szakdolgozók tudományos közleményeinek megjelenését, szakmánk folyamatos fejlődését.

Munkájukhoz sok sikert, folyóiratunk által pedig hasznos szakmai fejlődést kívánunk!

Dr. Balogh Zoltán PhD  
*felelős kiadó*

Dr. Hirdi Henriett Éva PhD  
*főszerkesztő*

# Kétszáz éve született Kossuth Zsuzsanna, Magyarország első főápolója

*Dr. BALOGH Zoltán*

Kossuth Zsuzsanna 1817. február 19-én született Sátoraljaújhelyen. A „legnagyobb magyar” Kossuth Lajos legkisebb húga volt, aki sokáig egyengette Zsuzsanna sorsát. Együtt dolgoztak a kolerajárvány idején, ahol a vesztegzárban lévő betegek és kolera-gyanús páciensek ügyeit intézte, aminek köszönhetően az ápolás területén rengeteg tapasztalatot szerzett, amit később kamatoztatni is tudott.

Flór Ferenc vezetésével 1849 elején szervezték újjá a honvédség egészségügyi osztályát, és Kossuth Lajos 1849. április 16-án „az összes tábori kórházak főápolónőjének” hűgát nevezte ki. Kossuth Zsuzsanna felismerte, hogy a tábori kórházak száma közel sem lesz elegendő, így pár hónap leforgása alatt 72 ilyen alapított meg. Kiemelt fontosságú kérdéssé vált a személyzet és a felszerelés mennyisége is. A férfiak a fronton harcoltak - kik sokszor mártírhalállal fizettek hazájukért -, ezért a nők betegellátásba való bevonása elengedhetetlenné vált. Ő ismerte fel először, hogy rendkívül kevés az ápolónő a kórházakban, ezért felhívást intézett a magyar nőkhöz, hogy önkéntesként vegyenek részt a sebesültek ellátásában, betegek ápolásában, az ápolást segítő eszközök, kötszerek készítésében. Felhívására sokan mozdultak meg, és rengeteg ápolónő állt munkába. A fizikai segítségnyújtás mellett kiemelkedően fontosnak tartotta a sérültek lelki állapotának gondozását is. A sérült magyar honvédek mellett a kórházi ellátásra, ápolásra

szoruló osztrák és orosz katonákat is feltétel nélkül ápolta.

Tevékenysége során szerzett tapasztalatai alapján felvetődött az ápolók professzionális szakképzésének igénye is, noha erre részletes tervet dolgoztak ki, a szabadságharc elesése miatt ennek bevezetésére már nem kerülhetett sor. A Kossuth Zsuzsanna által lerakott egészségügyi alapokat azonban sikerült megtartani, amelyek jelentős mértékben járultak hozzá a magyar ápolás további fejlődéséhez.

A vesztes háború után Kossuth Zsuzsanna menekülésre kényszerült, először Belgiumban, majd az Amerikai Egyesült Államokban, szegénységben, betegségben, kiszolgáltatottságban töltötte száműzetését 1854. június 29.-án, New York-ban bekövetkezett korai haláláig.

Ami az egészségügyben tett, minden egészségügyi dolgozó számára példa értékű. Munkásságának fénypontját az 1848–49-es forradalom és szabadságharc idején érte el. Olyan színvonalas betegápolási rendszert vezetett be, ami nem csak Magyarországon, hanem egész Európában egyedülálló volt. Néhány évvel később ugyanezt a munkát végezte az angol Florence Nightingale is a krími háború idején, aki világszerte ismert, emblemikus alakja az ápolás ügyének.

Kossuth Zsuzsanna az 1848–49-es szabadságharcban a hadi sérültek ellátása során tanúsított helytállása például szolgálhat a jelen kor ápolóinak is. Ugyanakkor felhív-

ta a figyelmet arra, hogy a tábori kórházak főápolónője munkáját csak úgy tudta sikeresen ellátni, hogy bírta az akkori kormányzat teljes támogatását, valamint az orvos szakma pártfogását. Mindezek mellett meg tudta szólítani a társadalmat annak érdekében, hogy munkájukat anyagilag és erkölcsileg is támogassák.

A jelenkor ápolásügyének is hasonló dolgokra van szüksége. Kiemelten fontos, hogy legyen Nemzet Ápolási Stratégia a hiányszakmák (pl. ápoló, szakápoló) megszüntetésére, komplex program induljon az álláshelyek betöltésére, az ápolás körülményeinek javítását célzó eszközök beszerzésére. Ugyancsak fontos egy országos médiakampány indítása a jövő ápolóinak toborzására, az egészségügyi szakdolgozók megbecsüléséért, az álláshelyek betöltéséért, a szakdolgozói pálya vonzóvá tételéért, a biztonságos betegellátás megteremtéséért.

További halaszthatatlan kormányzati intézkedés meghozatalára van szükség annak érdekében, hogy az egészségügyi tevékenységet végző munkavállalók helyzetének javítása tovább gyorsuljon. A bérfelzárkóztatás megindítása során szerzett tapasztalatok birtokában lényeges változások következzenek be a fekvő- és járóbeteg ellátás mellett az alapellátásban és az otthoni szakápolásban foglalkoztatott szakdolgozók körében.

A Magyar Ápolási Egyesület Kossuth Zsuzsanna emlékének megőrzésére 1998-ban

emlékdíjat alapított. A szervezet küldetésének tekintette Kossuth Zsuzsanna missziójának közvetítését, a hazai ápolásügy rendszerének elismerését. A kitartó törekvések eredményeképpen a Magyar Országgyűlés a 5/2014. (II.7.) számú határozatával február 19-ét - Kossuth Zsuzsanna születésének napját - a Magyar Ápolók Napjának nyilvánította.

A Magyar Nemzeti Bank éves nyilvános konzultáció hirdetett emlékérmék 2017.évi kibocsátás kapcsán. E konzultáció keretében a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara az Emberi Erőforrások Minisztériuma támogatásával emlékérmék kibocsátását indítványozta a Magyar Nemzeti Banknak. A MESZK által kezdeményezett - Kossuth Zsuzsanna születésének 200. évfordulója alkalmából megjelenő - érme méltó emléket állíthat Magyarországon első főápolójának. (Az MNB által kibocsátott emlékérmék a piacon szereplő egyéb érmeiktől abban különböznek, hogy hazánk törvényes fizetőeszközei.)

A Magyar Ápolási Egyesület Kossuth Zsuzsanna születésének 200. évfordulóját emlékérvé nyilvánította. Az Egyesület közreműködve más szakmai szervezetekkel, így a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarával, ápolóképző helyekkel, így például a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karával ünnepi rendezvények, szakmai napok, és versenyek szervezésével emlékezik az egykori főápoló alakjára és tetteire.

## Irodalomjegyzék

1. Kertész Erzsébet: Kossuth Zsuzsanna. Kossuth Könyvkiadó. Budapest, 1983.
2. Mucha M. Katalin, Balogh Zoltán, Bugarszki Miklós: Két évtized - a Magyar Ápolási Egyesület hiteles története. Magyar Ápolási Egyesület. Budapest, 2009.
3. Rabati Magda: Meszlényiné Kossuth Zsuzsanna 1817-1854. Novoprint Bt. Budapest, 2005.
4. Vártokné Fehér Rózsa: Kossuth Zsuzsanna szellemi öröksége. Magyar Ápolási Egyesület. Budapest, 2014.

# Obstruktív alvási apnoe szindróma: hogyan szűrjük, hogyan kezeljük?

DR. ANNUS János Kristóf, DR. CSATLÓS Dalma, DR. SZAKÁCS Zoltán

## Összefoglalás

Az obstruktív alvási apnoe szindróma (OSAS) lényege a felső légutak alvás alatt ismétlődő, részleges, vagy teljes (hypopnoe/apnoe) elzáródása, amelyet többnyire az oxigénszaturáció esése és rövid ébredési reakció követ. Rontja az alváshatékonyságot és a nappali kognitív funkciókat, továbbá növeli a szív-érrendszeri rizikót. Típusos klinikai tünetegyüttese a hangos, légzésszünetekkel megszakított horkolás, ami fokozott nappali aluszékonysággal jár. Előfordulása a teljes népességben 2-4%-ra tehető. Az OSAS kóroki tényezője lehet olyan kórképeknek, mint a terápiarezisztens hipertónia, egyes éjszaka fellépő szívritmuszavarok vagy a stroke, de mentális hanyatlás vagy depresszió is lehet a következménye. A kórkép jelentőségét az is mutatja, hogy kockázatának felmérése része lett a gépjárművezetők egészségi alkalmassági vizsgálatának Magyarországon. **Kulcsszavak:** obstruktív alvási apnoe szindróma, szűrővizsgálat, gépjárművezetők egészségi alkalmassági vizsgálata

### Obstructive sleep apnea syndrome: how we screen and diagnose?

János Kristóf ANNUS DR, Dalma CSATLÓS DR, Zoltán SZAKÁCS DR.

#### Summary

The obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) is known to cause obstructive apneas and hypopneas mostly with desaturations and/or arousals caused by repetitive collapse of the upper airway system during sleep. The disorder negatively affects sleep efficacy and daytime neurocognitive functions as well as increases cardiovascular risks. The typical clinical presentation is excessive daytime sleepiness and loud snoring interrupted by brief pauses of breathing. Its prevalence is 2-4% in the general population. It may be a causative factor in some disorders such as therapy resistant hypertension, nocturnal cardiac arrhythmias, stroke, cognitive decline or depression. Significance of the disorder is highlighted by the fact that its risk must be evaluated by the family doctors during the examination of medical suitability for driving licence in Hungary.

**Keywords:** obstructive sleep apnea syndrome, screening, medical suitability for driving licence

Beérkezett: 2017. január 8. Elfogadva: 2017. február 6.

## Bevezetés

Az obstruktív alvási apnoe szindróma (OSAS) a legelterjedtebb – folyamatosan növekvő prevalenciájú – alvás alatti légzészavar. Az OSAS gyakorisága a teljes népességben 2-4%, míg a 65 év feletti korosztályban eléri a 8-10%-ot, amely hasonló a diabetes mellitus vagy az asthma bronchiale gyakoriságához. Az OSAS az alvás alatti obstruktív (légúti szűkülettel járó) légzési események és a kifejezett nappali álmoság, aluszékonyság együttes fennállását jelenti [1]. Egyre több kutatás támasztja alá, hogy a kórkép számos súlyos kardiovaszkuláris betegség (hipertónia, szívinfarktus, stroke) önálló ri-

zikófaktorának tekinthető, a depresszió fokozott előfordulásával jár és csökkent életminőséggel társul [2-4].

Az alvásbetegségek közül – a következményes nappali aluszékonysággal összefüggő balesetek, neuropszichiátriai szövődmények, továbbá a szociális életet érintő hátrányok miatt is – kiemelt figyelmet érdemelnek az alvásfüggő légzészavarok, hiszen időben felismerve, a rendelkezésre álló kezelési alternatívák valamelyikével kiválóan kezelhetők. Effektív kezelés mellett az egyéni kockázaton túl a betegség társadalmi és gazdasági kihatásai is csökkenthetők, többek között a közlekedésbiztonsági kockázat is.

Az OSAS gyanúját veti fel a légvéte-

DR. ANNUS János Kristóf SomnoCenter Szeged, Alvásdiagnosztikai és Terápiás Központ  
DR. CSATLÓS Dalma Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Családorvosi Tanszék  
DR. SZAKÁCS Zoltán Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Alvásdiagnosztikai és Terápiás Centrum  
Levelező szerző (correspondent): Dr. SZAKÁCS Zoltán e-mail: [alvas@t-online.hu](mailto:alvas@t-online.hu)



li szünetekkel megszakított hangos horkolás, amelyhez kóros nappali aluszékony-ság társul. Jellegzetes társbetegségei közé tartozik az elhízás, a kezelésre nem reagáló hipertónia, a szívelégtelenség, továbbá a nokturnális szívritmuszavarok: pitvarfibrilláció, bradycardia és tachycardia váltakozása, továbbá az alacsony pulzusszámhoz vezető bradyarrhythmia, amilyen az AV-blokk, a szinuszritmus kimaradása (sinus pause) vagy az asszisztolia, illetve a magas pulzusszámhoz vezető ritmuszavarok (tachyarrhythmia). A stroke, a depresszió, az inszomnia vagy a hypothyreosis szintén felveti az OSAS lehetőségét (**I. táblázat**).

Célzott kérdésekkel (van-e horkolás, ennek jellege, fennáll-e nappali aluszékony-ság), és előszűrő teszttel könnyen azonosíthatók azok, akiknél további kivizsgálásra, alvási diagnosztikai központban végzett polyszomnográfias vizsgálatra van szükség. A közepes és súlyos fokú OSAS kezelésének etalonja az nCPAP-kezelés (nasal continuous positive airway pressure), amikor az orron keresztül folyamatos pozitív légúti nyomást biztosítunk. Enyhe OSAS esetén a légszinterápiás kezelés alternatívái az ún. életmód terápiák (testsúlycsökkentés, mozgás, alvóhelyzet módosítása, bizonyos gyógyszerek és az alkohol kerülése) és szájba helyezhető eszközök lehetnek.

**Rövidítések jegyzéke**

AHI apnoe-hypopnoe index  
 CPAP folyamatos pozitív légúti nyomás  
 OSAS obstruktív alvási apnoe szindróma

**Az obstruktív alvási apnoe definíciója**

Az obstruktív alvási apnoe esetén a felső légutak alvás alatt ismétlődően elzáródnak, vagy részlegesen (hypopnoe), vagy teljesen (apnoe). Emiatt a beteg egyre erőteljesebb légzőmozgásokat végez. Az apnoe-hypopnoét a légzés idegrendszeri szabályozásának zavara, valamint a száj-orr-garat strukturális vagy funkcionális szűkületei okozzák.

Felnőttek esetében apnoéről beszélünk, ha a légutakban a levegőáramlás a légzési eseményt megelőző légzés átlagos amplitúdójához képest legalább 90%-kal csökken (vagy teljesen megszűnik), és ezen epizód időtartama meghaladja a 10 másodpercet. Hypopnoében a definíció szerint a légáramlás legalább 30%-kal csökken, az oxigénszaturáció legalább 3%-os csökkenéssel és/vagy ébredési reakcióval együtt [5].

Tünetmentes egyénnél az OSAS diagnosztikai kritériuma az alvás alatti több mint 15 apnoe és/vagy hypopnoe óránként (apnoe-hypopnoe index = AHI). Amennyiben nap-

**I. táblázat: Obstruktív alvási apnoéhoz gyakran társuló szövődmények, társbetegségek**

Kardiológia	Hypertonia, balkamra-hypertrophia, angina pectoris, szívinfarktus, arrhythmia (pitvarfibrilláció, brady-tachycardia swing, bradyarrhythmia): AV-blokk, sinus pause, asystolia, tachyarrhythmia), szívelégtelenség, cor pulmonale, perifériás ödéma, hirtelen halál
Pulmonológia	Légzési elégtelenség, fulladás, pulmonalis hypertonia
Endokrinológia	Diabetes mellitus, inzulinrezisztencia, metabolikus szindróma, acromegalia, hypothyreosis
Neurológia	Stroke, epilepszia, memóriazavarok, kognitív diszfunkció
Gasztroenterológia	GERD
Hematológia	Polycythaemia
Pszichiátria	Depresszió, szorongás, skizofrénia
Urológia	Nycturia, impotencia
Szülészet-nőgyógyászat	Terhesség, menopauza, policisztás ovárium
Fül-orr-gégészet	Torok- és orrmandula-megnagyobbodás, elongált uvula, gátolt orrlégzés
Szemészet	Glaucoma, ischaemiás opticus neuropathia
Aneszteziológia	Nehezített intubáció, posztoperatív apnoék
Fogászat	Retrognathia, micrognathia

pali panasz (aluszékonyság, krónikus fáradtság, koncentrációzavar) áll fenn, vagy zavart az alvás (horkolás, nyugtalan alvás, alvás alatti légzésszünet), már AHI 5 felett kimondható az OSAS diagnózisa (a légzési eseményeknek dominálónan obstruktív jellegűnek kell lenni). Az OSAS súlyossági besorolásáról két komponens dönt: a nappali álmoság foka és az apnoe-hypopnoe index. Mindig a súlyosabb eltérés alapján határozandó meg a kórkép súlyossága (enyhe – közepes – súlyos fokú nappali aluszékonyság, valamint AHI 5-14,9=enyhe, AHI 15-29,9=közepes, AHI  $\geq 30$  érték pedig súlyos alvási apnoe szindrómát jelent).

## Az alvási apnoe patomechanizmusa

Az OSA-t okozó pharyngealis occlusio patomechanizmusában anatómiai eltérések (a garat lágyrészeinek túltengése, craniofacialis abnormalitások) és funkcionális okok állhatnak. Legtöbbször a beszűkült felső légutak és a garatizmok beidegzésének károsodása együtt idézi elő az alvási apnoét.

## Az alvási apnoe epidemiológiája

Két nagyszabású, poliszomnográfia alkalmazásával végzett vizsgálat hasonló eredményt adott az obstruktív alvási apnoe szindróma előfordulási gyakoriságára vonatkozóan. A középkorú populációban az OSAS prevalenciáját tisztázó, mérföldkőnek tekinthető Wisconsin Sleep Cohort Study eredményei szerint az OSAS (AHI  $> 5$ /óra és jelentős napközbeni álmoság) a nők 2%-át, a férfiak 4%-át érinti. Ebben a széles körű, amerikai lakosok körében végzett vizsgálatban a dolgozó középkorú férfiak 24%-ánál, a dolgozó középkorú nők 9%-ánál mutattak ki óránként legalább 5 apnoés eseményt [6]. Obezitásban és különböző kardiovaszkuláris betegségekben (hipertónia, szívelégtelenség, koszorúér-betegség) még gyakoribb az obstruktív alvási apnoe, a felnőtt férfiak

3-9%-ánál, a nők 3-4%-ánál jelentkeznek [7]. Az OSAS prevalenciája az obezitás terjedésével vélhetően még tovább növekszik [8].

Átfogó hazai adatok nincsenek az OSAS gyakoriságáról. A Hungarostudy során 2002-ben a középkorú népesség 28%-a számolt be hangos, légzésszünetekkel járó horkolásról és hangos, valamint halk horkolás esetén gyakrabban jelentkezett nappali aluszékonyság is (32% és 28%-ban) [9,10].

## Kockázati tényezők

Az 1982 óta végzett vizsgálatok adatai alapján elmondható, hogy az OSAS kor- és nemfüggő prevalenciát mutat. Gyakrabban fordul elő a férfiak körében, illetve idősebb korban.

### Életkor és nemek közötti eltérések

A korfüggő, a felső légutak nagyobb kollapszuskészségéhez vezető anatómiai változások részben magyarázhatják az OSAS prevalenciájának időskori növekedését [16]. Az OSAS gyakrabban alakul ki a férfiaknál [6], 40-60 év közöttieknél jelenik meg egyértelmű klinikai jelekkel [11]. A 40-60 éves férfiak között 6-8%-ban, a 60 év felettek között akár 30-40%-ban fordulhat elő OSAS. A Wisconsin-csoport becslése szerint a közepes és súlyos OSAS-ban szenvedő nők több mint 90%-a esetében nem állítják fel a diagnózist [12]. Az alvási apnoe súlyossága, a BMI és az életkor alapján végzett felmérés azt mutatta, hogy a nők anamnézisében gyakrabban szerepelt depresszió, hypothyreosis, krónikus obstruktív légúti betegség (COPD), fejfájás és insomnia [13], míg a férfiak körében a más által észlelt apnoe, illetve a nagyobb koffein- és alkoholfogyasztás volt gyakoribb [14]. A menopauza előtti nőihormon-státusznak lehet védő szerepe. A menopauza az alvási apnoe ismert kockázati tényezője, a hormonpótló terápia pedig, úgy tűnik, csökkenti ezt a rizikót [15].

A Sleep-Heart-Health Study eredményei szerint a férfi nem és a BMI hatása az OSAS kialakulására az életkor növekedésével egyre kisebb, és az OSAS prevalenciája 65 éves kor fölött érdemben nem nő tovább [7]. Fontos

megjegyezni, hogy idősebb életkorban a nappali tünetek ritkábbá válhatnak [17].

### Obezitás

Az OSAS-ban szenvedők nagy többsége elhízott, az obezitás az OSAS ismert kockázati tényezője [11]. A testtömeg összefügg az AHI-val: a testsúly 10%-os gyarapodása az AHI megközelítőleg 32%-os növekedését vetíti előre, míg 10%-os testsúlyredukciótól az AHI 26%-os csökkenése várható. A 10%-os testsúlynövekedés hatszorosára növeli a közepes vagy súlyos fokú alvásfüggő légzészavar kialakulási esélyét [18]. Férfiaknál 43 cm, nőknél 40 cm feletti nyakkörfogat utal az OSAS lehetőségére. Resta és munkatársai menopauzában lévő obes nőknél a kontroll obes nőkhöz képest nyakkörfogat-növekedést azonosítottak és gyakoribbnak találták az OSAS előfordulását. A nyakkörfogat-növekedést főként a felső testfélen lerakódó zsírszöveti többlet okozta [19].

### Genetikai és egyéb hajlamosító tényezők

A craniofacialis eltérések gyakoriak az OSAS által érintett családokban (20). Az átlagpopulációban az alvásfüggő légzészavarban szenvedők jelentős részében összefüggést találtak az ApoE-epszilon-4-szinttel [21]. Az OSAS klinikai súlyosságát a nem, az életkor és a betegség fennállásának ideje mellett a dohányzás, a rendszeres alkoholfogyasztás és a szedatohipnotikumok alkalmazása is növeli [22]. Az OSAS kockázati tényezőit a **II. táblázat** foglalja össze.

## Az obstruktív alvási apnoe szindróma tünetei

### Horkolás

A horkolás az OSAS-sal összefüggő leggyakoribb panasz, sok betegnél megelőzi a nappali aluszékonyság kialakulását. Rendszeres horkolás az átlagpopulációban a férfiak 35-45, a nők 15-28%-ánál jelentkezik [6]. Sok közlemény nevezi az önmagá-

### II. táblázat: Az OSAS rizikótényezői

1.	Obezitás
2.	Férfi nem
3.	40–65 éves életkor
4.	Férfiaknál 43 cm, nőknél 41 cm feletti nyakkörfogat
5.	Craniofacialis abnormalitások (Prader-Willi-, Down-kór stb.), mandibuláris/maxilláris hypoplasia, retrognathia
6.	Nasalis obstrukció különböző formái
7.	Garat légyrészeinek és lymphoid szöveteinek hyperplasiája
8.	Macroglossia
9.	Teljes foghiány
10.	Endokrin eltérések: hypothyreosis, acromegalia
11.	Családi halmozódás
12.	Nikotin, alkohol abúzus

ban fennálló, más tünetet, szignifikáns obstrukciót nem okozó horkolást benignusnak vagy habituálisnak, ugyanakkor az OSAS kialakulására ez rizikót jelent. Egy hazai vizsgálatban azt találták, hogy a hangos és halk horkolás esetén is gyakrabban jelentkeznek nappali aluszékonyság (32% és 28%-ban) [23]. Jellegzetes társbetegségek esetén indokolt rákérdezni, hogy a betegnél tapasztalnak-e légzésszünetekkel megszakított, hangos horkolást.

### Az apnoe észlelése

Az apnoés epizódok körülbelül 75%-át a pácienssel együtt alvók észlelik [24], akik a horkolás hirtelen, átmeneti megszűnéséről számolnak be. A légzéskimaradás hossza típusos esetben 20-30 másodperc. A csendes periódus hangos horkantással zárul, majd visszatér a horkolás. Néhány beteget felébreszt a légzésleállás érzése, de a legtöbben nem tudnak apnoéjukról.

### Nappali aluszékonyság

A nappali aluszékonyság a legtöbb OSAS-betegre jellemző, de az AHI és a nappali álomosság nem mindig arányos, így akár súlyos OSAS-betegek sem panaszkodnak fokozott nappali aluszékonyságról [25,26]. Az alvásszerkezet fragmentálódása (a ventiláció újraindulását megelőző mikroébredések miatt) okozza a nappali aluszékonyságot és a szellemi és fizikai teljesítményre is kedvezőtlenül hat.

## Kezelés

A közepes és súlyos fokú OSAS kezelésének etalonja az nCPAP terápia, vagyis az orron keresztül alkalmazott, folyamatos pozitív nyomású légszínterápia, amely a légutak átjárhatóságát biztosítja alvás közben. Az OSAS kezelésének egyéb módszerei közt fontos és célszerű az életmódváltás a testsúlycsökkentés, az alkohol és nyugtató-altató fogyasztás mérséklése, a jobb alváshigiéne. Bizonyos esetekben alternatíva lehet szájba helyezhető protézis vagy a fül-orr-gégészeti műtéti megoldás is [27].

### A vezetés közbeni álmoság

A vezetés közbeni álmoság igen gyakori probléma. Egy amerikai egyesült államokbeli felmérés szerint évente átlagosan 83 000 baleset következik be a vezető aluszékony-sága miatt, ebből 1000 eset halálos kimenetelű, míg 71 000 eset sérüléssel jár [28]. Feltehetőleg ez az adat nem a valós gyakoriságot tükrözi, hiszen a kormány mögötti elszunnyadásos esetek egy részére – következmények hiányában – nem derül fény.

A kezelésben nem részesülő OSAS-betegek 4–6-szor valószínűbben okoznak közlekedési balesetet, mint egészséges társaik. Figyelemzavar miatt fokozottan veszélyeztetettek egyéb (háztartási) balesetek szempontjából is. Arbus 18–70 éves gépjárművezetők – 110 fő – súlyos következményekkel járó elalvásos balesetét dolgozta fel, és 31%-uknál talált OSAS-t a baleset hátterében [29].

### A családorvos szerepe, lehetőségei az OSAS szűrésében

A Magyar Alvásdiagnosztikai és Terápiás Társaság az Európai Bizottság által létrehozott Alvási Apnoe Munkacsoport 2013-as szakmai iránymutatásával összhangban a hazai viszonyok között is megvalósítható szűrési módszert ajánlott, amellyel nagy biztonsággal azonosíthatók az OSAS miatt a közlekedésbiztonságra kockázatot jelentő gépjárművezetők [30]. Az érintettek fel-

ismeréséhez egy szűrőkérdőív használata javasolt, amelyet a 2013-as brüsszeli OSAS munkacsoport értekezletén az európai alvástársaságok delegált szakértői konszenzussal hoztak létre. A szűrőkérdőív használata könnyen kivitelezhető a hazai családorvosi praxisban is. A teszt kitöltését és értékelését követően a betegség vázlatos ismertetésével – a potenciális szövődmények fényében – az OSAS-ra gyanús gépjárművezető könnyebben elfogadja a kivizsgálás szükségességét [31]. A kérdőív két részből áll. Az első részében (tíz kérdés) pontozzák az alapadatokat (nem, életkor, testtömeg, magasság, korábbi vezetés közbeni elalvás, aluszékonyosság miatt súlyos – személyi sérüléssel vagy anyagi kárral járó – baleset az elmúlt 3 évben, hangos éjjeli horkolás, alvás közben leálló légzés, pihenten ébredés, hipertónia fennállása és kezelése). Minden válaszhoz tartozik egy érték, amelyet az OSAS-sal való lehetséges összefüggés szerint súlyoznak.

A szűrőkérdőív második része a nappali aluszékonyosság felmérésére szolgáló Epworth-féle 8 kérdésből álló aluszékony-sági teszt (Epworth Sleepiness Scale, EES), amelyet a beteg önmaga tölt ki. A vizsgált személy az elmúlt egy hónap vonatkozásában pontozza annak valószínűségét, hogy elalszik-e bizonyos élethelyzetekben. A 11–14 EES pont közepes nappali aluszékony-ságot jelent, míg a 15 pont vagy e feletti értéket súlyos aluszékony-ságnak kell tekinteni. A teszt végén a páciensnek írásban nyilatkoznia kell arról, hogy a közölt adatok megfelelnek a valóságnak.

Ha a kérdőív két részének összesített eredménye eléri vagy meghaladja a 10 pontot, a szűrés eredménye pozitív. Szintén pozitívnak minősíthető az eredmény (egyedi mérlegelés alapján) abban az esetben, ha a szűrés eredménye nem éri el a 10 pontot, de az ESS aluszékony-sági teszt pontszáma nagyobb 14-nél, vagy a testtömegindex (BMI) nagyobb 35 kg/m<sup>2</sup>-nél; vagy az OSAS-sal gyakorta társuló körképek – magas vérnyomás, szívritmuszavar, elszendvedett stroke vagy szívinfarktus, cukorbetegség – valamelyike fennáll.

Pozitív eredménynél, vagyis az OSAS alapos gyanúja esetén a páciens alvásdiagnosztikai központba kell irányítani ahol az

előszűrést műszeres szűrővizsgálat követi. A páciens saját otthonában (kiadott műszerrel) végzett szűrővizsgálat elkülöníti a nem, vagy csak enyhén érintetteket azoktól, akiknél a betegség közepes vagy súlyos formában jelentkezik. Utóbbiaknál alvásdiagnosztikai központban elvégzett polyszomnográfias vizsgálattal történik az OSAS diagnózisának felállítása, súlyosságának precíz megítélése, majd ezt követi a terápia megválasztása és beállítása.

### Mikor állapítható meg az egészségi alkalmasság?

Annál a gépjárművezetőnél, akinek szakvizsgálata során OSAS gyanúja merült fel, vagy akinél a vizsgálatok kezelést igénylő OSAS-t állapítottak meg és még nem áll kezelés alatt - a Magyar Alvásdiagnosztikai és Terápiás Társaság javaslata alapján, harmonizálva a 13/1992. NM 5. §. (3) bekezdéssel - csak akkor állapítható meg az egészségi alkalmasság a kivizsgálás és terápia beállításához szükséges időtartamra, ha:

- ⇒ a gépjárművezető nem szenved súlyos nappali aluszékonyságban (ESS érték 15 alatti),
- ⇒ nem volt a közelmúltban aluszékonysághoz köthető gépjárműbalesete,
- ⇒ BMI értéke 35 kg/m<sup>2</sup> alatti és
- ⇒ nyilatkozatban elismeri, hogy tudatában van az állapotával járó lehetséges közlekedésbiztonsági kockázatnak és tüneteitől függően tartózkodik a gépjárművezetésétől.

A kezelésben részesülő OSAS-páciensek akkor kaphatják meg járművezetői engedé-

lyüket, ha együttműködésük megfelelő és szomnológus által igazolt hatékony kezelésben részesülnek. A kontrollok esedékessége az 1. csoportba sorolt gépjárművezetők esetében három, a 2. csoportba soroltaknál egy év, melyet az alkalmassági igazolást kiállító orvosnak ellenőriznie kell.

### Összefoglalás

Az alapellátásban dolgozók fontos feladata, hogy praxisukban felismerjék azokat az egyéneket, akiknél felmerül az alvási apnoe szindróma gyanúja, elősegítve, hogy betegek mielőbbi diagnózishoz juszanak és egyénre szabott terápiában részesülhessenek. 2015 áprilisától életbe lépett az a jogszabály, amely a gépjárművezetők esetében kötelezővé teszi az OSAS szűrését, szem előtt tartva mind a betegek, mind a közlekedésben részt vevők érdekét. A betegség jellegzetes klinikuma, valamint a rendelkezésre álló előszűrő vizsgálat jelentősen megkönnyíti a kórkép felismerését a háziorvosi ellátásban. Az alapellátásban dolgozók, valamint az alvásdiagnosztikai egységekben tevékenykedők munkája egymásra épül (előszűrés – műszeres szűrővizsgálat – polyszomnográfia). Jó együttműködéssel jelentősen lerövidülhet a betegség diagnózisához szükséges idő, így az érintettek idejekorán részesülhetnek a számukra leginkább megfelelő kezelésben. Amellett hogy ezáltal hosszú távú életkilátásaik javulnak, jelentősen csökken az a közlekedésbiztonsági rizikó is, amely mindannyiunkat érint. A kezelt és gondozott betegek életminősége teljesebb lesz, a gépjárművezetés lehetőségével együtt.

### Irodalomjegyzék

1. Sleep-related breathing disorders in adults: recommendations for syndrome definition and measurement techniques in clinical research. The Report of an American Academy of Sleep Medicine Task Force. *Sleep* 1999, 22:667-689.
2. Parati, G., Lombardi, C., Narkiewicz, K.: Sleep Apnea: Epidemiology, Pathophysiology and Relation to Cardiovascular Risk. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol* 2007.
3. Dunai A., Mucsi I., Juhasz J. és mtsa: Obstructive sleep apnea and cardiovascular disease. *Orv Hetil* 2006, 147:1559-1564.
4. Ejaz SM, Khawaja IS, Bhatia S, Hurwitz TD. Obstructive Sleep Apnea and Depression: A Review. *Innovations in Clinical Neuroscience*. 2011;8 (8):17-25.
5. Berry RB, Budhiraja R, Gottlieb DJ, Gozal D, Iber C, Kapur VK, Marcus CL, Mehra R, Parthasarathy S,

- Quan SF, Redline S, Strohl KP, Davidson Ward SL, Tangredi MM: Rules for scoring respiratory events in sleep: update of the 2007 AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events. *J Clin Sleep Med* 2012, 8(5):597-619.
6. Young, T., Palta, M., Dempsey, J. és mtsai: The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med* 1993, 328:1230-1235.
  7. Banno, K., Walld, R., Kryger, M. H.: Increasing obesity trends in patients with sleep-disordered breathing referred to a sleep disorders center. *J Clin Sleep Med* 2005, 1:364-366.
  8. Ohayon, M. M., Guilleminault, C., Priest, R. G. és mtsai: Is sleep-disordered breathing an independent risk factor for hypertension in the general population (13,057 subjects)? *J Psychosom Res* 2000, 48:593-601.
  9. Zoller, R., Novák, M., Dunai, A. és mtsai: Correlates of snoring in a large representative population sample. *J Sleep Res* 2004, 26:826.
  10. Torzsa, P., Kalabay, L., Ádám, Á. et al: Az obstruktív alvási apnoe klinikai jelentősége, a családorvos szerepe a betegek kezelésében, valamint gondozásában. *Orvosi Hetilap*, 2010, 42: 1725-1733.
  11. Young, T., Peppard, P. E., Gottlieb, D. J.: Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective. *Am J Respir Crit Care Med* 2002, 165:1217-1239.
  12. Young, T., Evans, L., Finn, L. és mtsai: Estimation of the clinically diagnosed proportion of sleep apnea syndrome in middle-aged men and women. *Sleep* 1997, 20:705-706.
  13. Smith, R., Ronald, J., Delaive, K. és mtsai: What are obstructive sleep apnea patients being treated for prior to this diagnosis? *Chest* 2002, 121:164-172.
  14. Shepertycky, M. R. B.K., Kryger, M. H.: Gender differences in clinical presentation of patients diagnosed with obstructive sleep apnea syndrome. *Sleep* 2005, 28:309-324.
  15. Bixler, E. O., Vgontzas, A. N., Lin, H. M. és mtsai: Prevalence of sleep-disordered breathing in women: effects of gender. *Am J Respir Crit Care Med* 2001, 163:608-613.
  16. Malhortra, A. C. S., Pillar, G., Kikinis, R. és mtsai: Aging related changes in the pharyngeal structure and function in normal subjects. *Sleep* 2000, 23: A42.
  17. Young, T.: Sleep-disordered breathing in older adults: is it a condition distinct from that in middle-aged adults? *Sleep* 1996, 19:529-530.
  18. Peppard, P. E., Young, T., Palta, M. és mtsai: Longitudinal study of moderate weight change and sleep-disordered breathing. *Jama* 2000, 284:3015-3021.
  19. Resta, O., Bonfitto, P., Sabato, R. és mtsai: Prevalence of obstructive sleep apnoea in a sample of obese women: effect of menopause. *Diabetes Nutr Metab* 2004, 17:296-303.
  20. Torzsa, P., Novák, M., Mucsi, I. és mtsai: A családorvos szerepe az obstruktív alvási apnoe kiszűrésében, felismerésében. *Orvosi Hetilap* 2008, 48:2283-2290.
  21. Kadotani, H. K. T., Young, T., Peppard, P. E. és mtsai: Association between apolipoprotein E epsilon4 and sleep-disordered breathing in adults. *JAMA* 2001, 285:2888-2890.
  22. Szakács Z.: Alvási apnoe szindróma, mint stroke és CV-rizikófaktor. *Háziorvos Továbbképző Szemle* 2007, 12:250-256.
  23. Torzsa, P., Kalabay, L., Mucsi, I.; Vamos, E.; Zoller, R.; Keszei, A.; Kopp, M. S.; Novak, M.: Socio-demographic characteristics, health behaviour, comorbidity and acidities in snorers. *Sleep and Breathing* 2011, 15:809-818.
  24. Hoffstein, V., Szalai, J. P.: Predictive value of clinical features in diagnosing obstructive sleep apnea. *Sleep* 1993, 16:118-122.
  25. Engleman, H. M., Hirst, W. S., Douglas, N. J.: Under reporting of sleepiness and driving impairment in patients with sleep apnoea/hypopnoea syndrome. *J Sleep Res* 1997, 6:272-275.
  26. Banno, K., Kryger, M. H.: Sleep apnea: clinical investigations in humans. *Sleep Med* 2007, 8:400-426.
  27. Torzsa, P., Kalabay, L., Ádám, Á., Novák, M. és mtsai: Az obstruktív alvási apnoe klinikai jelentősége, a családorvos szerepe a betegek kezelésében, valamint gondozásában. *Orvosi Hetilap* 2010, 42:1725-1733.
  28. National Highway Traffic Safety Administration. Traffic safety facts: Drowsy driving. US Department of Transportation, Washington, DC, 2011. <https://crashstats.nhtsa.dot.gov/Api/Public/ViewPublication/811449>. Letöltve: 2016.06.30.
  29. Arbus, L., Tiberge, M., Serres, A. és mtsai: Drowsiness and traffic accidents. Importance of diagnosis. *Neurophysiol Clin* 1991, 21:39-43.
  30. Szakács, Z., Ádám, Á., Annus, J. K. és mtsai: A Magyar Alvásdiagnosztikai és Terápiás Társaság módszertani ajánlása a közúti járművezetők egészségi alkalmasságának vizsgálatához az obstruktív alvási apnoe szindróma vonatkozásában *Orvosi Hetilap* 2016; 23:892-900.
  31. Csatlós, D., Szakács, Z., Ádám, Á. és mtsai: Hogyan kivitelezhető az Obstruktív Alvási Apnoe Szindróma szűrése az alapellátásban? *Háziorvos Továbbképző Szemle* 2016; 3: 191-195.

## SZABADON VÁLASZTHATÓ ELMÉLETI TOVÁBBKÉPZÉSI PONT SZERZÉSI LEHETŐSÉG

Előfizetőink számára jelen kéziratához tartozó tesztkérdések kitöltésére - a Nővér 30. évfolyam mind a hat lapszámának megjelenését követően - 2017. decemberében a MESZK honlapján keresztül online módon nyílik lehetőség. Ezt a kéziratot őrizze meg, mert a teszt kitöltéséhez a későbbiekben még szüksége lesz rá!

# Ápolók táplálkozási szokásainak vizsgálata

DR. NÉMETH Anikó

## Összefoglalás

**A vizsgálat célja:** felmérni az ápolók táplálkozási szokásait, összefüggésben különböző szociodemográfiai és munkahelyi tényezőkkel.

**Anyag és módszer:** Az adatfelvétel 2015. október-december hónapokban történt egy saját szerkesztésű on-line kérdőívvel. Az adatelemzés SPSS 22.0 program segítségével készült, Khi<sup>2</sup>-, Mann-Whitney-, Kruskal-Wallis-teszt alkalmazásával ( $p < 0,05$ ).

**Eredmények:** A felmérésben szereplő 548 ápoló 60%-a rendelkezik súlyfelesleggel. A havi túlora negatívan befolyásolja a napi étkezésszámot ( $p=0,003$ ) és a főtt étel fogyasztását ( $p=0,022$ ) és a táplálkozási szokások megítélését ( $p=0,001$ ). A kívánatos lassú, nyugodt étkezés alig 30%-ra, a napi többszöri zöldség, gyümölcs és teljes kiőrlésű pékáru fogyasztása alig 20%-ra, a napi legalább 2 liter folyadék fogyasztása csupán 24,3%-ra jellemző. A gyermeknevelés pozitív irányban befolyásolja az étkezési szokásokat (gyakoribb főtt étel és gyümölcs fogyasztás, nyugodtabb étkezési körülmények, táplálkozási szokások jobb megítélése).

**Következtetések:** Összességében megállapítható, hogy a megkérdezett ápolók többségére jellemző a túlsúly, illetve a helytelen táplálkozás, melynek okai a munka jellegében, illetve a magyar táplálkozási szokásokban keresendők.

**Kulcsszavak:** ápolók, táplálkozás, túlora, munkarend

### Investigation of nurses eating habits

Anikó NÉMETH PhD

#### Summary

**The aim of the study:** was to assess the characteristics of diet among nurses in relation to socio-demographic and workplace related factors.

**Methods:** The survey was conducted in 2015 through a self-constructed online questionnaire. Data were analyzed with SPSS 22.0 using chi square, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests.

**Results:** Sixty percent of the 548 involved nurses are overweight. Monthly overtime correlates negatively with the number of daily meals ( $p=0.003$ ) with having hot meals ( $p=0.022$ ) and with the opinion about dietary habits ( $p=0.001$ ). Calm meals are typical for 30%, eating vegetables, fruits and whole grain bakery products for 20% and only 24.3% drinks two litres per day. Having children has beneficial effects on dietary habits.

**Conclusions:** It can be concluded that the majority of the nurses included are overweight and they have dissatisfactory diet. The reasons for these might be rooted in the characteristics of the job and the Hungarian eating habits.

**Keywords:** nurses, diet, overtime, work schedule

Beérkezett: 2017. január 1. Elfogadva: 2017. február 6.

## Bevezetés

Napjainkban egyre több szó esik az egészségtelen táplálkozás betegségekhez vezető szerepéről, ennek következtében, különböző ajánlások születnek, hogy naponta hány-szor, mit, milyen arányban lenne szükséges fogyasztani. Az egészséges táplálkozás irányelvei között szerepel többek között a

napi 4-5 étkezés (többször keveset), növényi olajok használata, a hetente maximum 1-2 alkalommal történő édességfogyasztás, napi fél liter tej-, tejtermék fogyasztás. Szükséges naponta többször nyers zöldséget és gyümölcsöt, valamint teljes kiőrlésű lisztből készült pékárut is fogyasztani. (Tóthné, 2015) Hetente legalább 150 gramm halra valamint napi egy tojásra (jó koleszterinszint mellett)

DR. NÉMETH Anikó főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar  
Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport  
Levelező szerző (correspondent): DR. NÉMETH Anikó; e-mail: nemetha@etszk.u-szeged.hu

is szüksége lenne a szervezetnek. Naponta 2,5-3 liter folyadék fogyasztása kívánatos, erre legmegfelelőbb a csapvíz vagy a szén-savmentes ásványvíz. (Figler, 2012) Ajánlott továbbá naponta húst, húskészítményt fogyasztani, azok közül is főként a szárnyasokat válasszuk. (Rodler, 2004) A nyugodt körülményekre minden étkezés esetén gondolt kell fordítani. (Figler, 2012)

Mindezen ajánlások, „kívánatos” táplálkozási szokások egy normál bioritmusba viszonylag könnyen beilleszthetők, de vajon hogyan tudják ezt megoldani a több műszakban dolgozó ápolók? A mindennapi gyakorlatból tudjuk, hogy a rendszeres, nyugodt étkezés a legtöbb ápoló esetében nem tud megvalósulni a munkavégzés sajátosságai miatt. Ezzel a témával kapcsolatos hazai és nemzetközi kutatások nagy hiányosságot mutatnak. A táplálkozási szokásokat nagymértékben befolyásolja a rossz munkaidőbeosztás és a túlterheltség. (Gánóczy et al., 2009; Nahm et al., 2012) Az éjszakai munkavégzés és a 12 órás műszakbeosztás megnehezíti az étkezési szünetek beiktatását. (Nahm, et al., 2012) Az is előfordul, hogy az ápolók gyakran elhanyagolják az étkezést munkavégzés közben azért, hogy a távolmaradásukkal ne terheljék túl munkatársaikat. (Scott, et al., 2010) Gyakran a hosszú és fárasztó munka után már nincs energiájuk egészséges ételeket készíteni. (Phiri, et al., 2014) Gánóczy és mtsai járóbeteg-ellátásban dolgozókat vizsgálva azt az eredményt kapták, hogy a válaszadók csupán 15,5%-a étkezik naponta négy, 13,2%-a öt alkalommal. (Gánóczy, et al., 2009) Vannak olyan ápolók, akik az evést stresszlevezető módszerként használják. (Nahm, et al., 2012) Hazai és külföldi kutatások is az ápolók 50-60%-ának túlsúlyáról számolnak be (Hirdi et al. 2014; Gál-Ingés & Németh, 2015; Zapka et al., 2009; Nahm et al., 2012)

### Vizsgálat célja

Vizsgálat célja volt felmérni az ápolók táplálkozási szokásait, különös tekintettel az elfogyasztott ételféleségekre, azok fogyasztási gyakoriságára. Célom volt továbbá felmérni a folyadékfogyasztás mennyiségét, és az elfogyasztott folyadékok típusát. Az

egyed táplálkozással kapcsolatos kérdések vizsgálatánál független változóként az életkort tíz éves korcsoportonkénti bontásban, a gyermekek számát, a munkarendet, a havi túlóra mennyiségét, az egészségügyi ellátás szintjét, a végzettség szintjét, és a gyermekek számát szerepeltettem.

## Anyag és módszer

Az online adatfelvétel 2015. október-december hónapokban történt egy saját szerkesztésű kérdőívvel, melyet a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara segítségével terjesztettem. A kérdőív az egészségmagatartásra vonatkozó kérdéseken túl tartalmazott kiégést, jól-létet, étellel való elégedettséget vizsgáló validált kérdéscsomagokat és egészségi állapotra vonatkozó kérdéseket is, de jelen írásomban csak a táplálkozásra vonatkozó eredményeket mutatom be. Az 1175 beérkezett válaszból 590-et ápolók küldtek be. Az ápolói mintából kizártam azokat, akik nem teljes állásban, illetve kevesebb, mint egy éve dolgoznak, így 548 kérdőívet elemeztem. Az adatfeldolgozás és -elemzés IBM SPSS 22.0 for Windows statisztikai program segítségével készült, Khi<sup>2</sup>-, Mann-Whitney-, Kruskal-Wallis-teszt alkalmazásával. A szignifikancia kritériumának az 5%-ot tekintettem ( $p < 0,05$ ).

## Eredmények

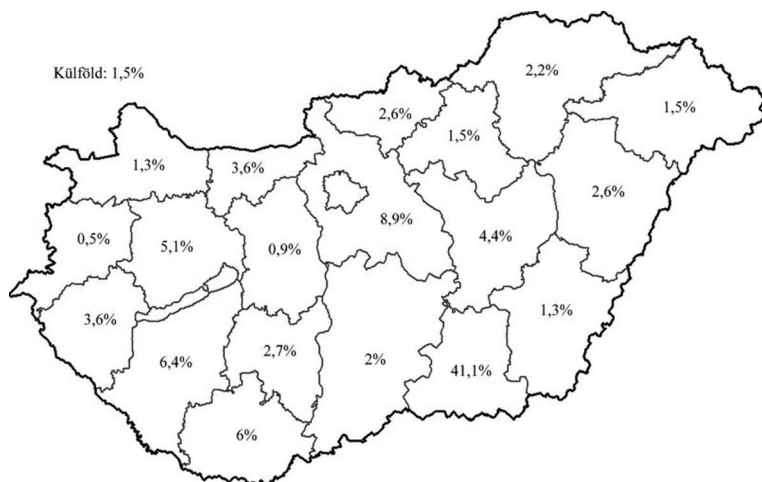
A válaszadók átlag életkora 43,62 év (SD=8,15; Min=22; Max=67), 6% férfi, 94% nő, az egészségügyben átlag 22,4 éve dolgoznak (SD=10,01; Min=1; Max=48). Minden megyéből érkeztek válaszok, de Csongrád megye felülreprezentált a mintában a maga 41,1%-ával (két fő nem adta meg, hogy melyik megyében dolgozik). (1. ábra) A családi állapotot tekintve 7,8% egyedülálló, 10,9% kapcsolatban, 52,9% házas, 12,2% elvált, 2,7% özvegy, 13,3% pedig élettársi kapcsolatban él.

### Független változók bemutatása

A felmérésben résztvevők 6,9%-a 30 év alatti, 21,5%-a 30-39 év közötti, 45,4%-a



1. ábra: Válaszadók megyék szerinti megoszlása (N=546)



40-49 éves, 26,1%-a 50 év feletti korcsoportba tartozik. 18,8%-nak nincs gyermeke, 29,9%-nak egy, 41,4%-nak kettő, 8,6%-nak három, 1,3%-nak négy gyermeke van (az elemzések során a 3-4 gyermekeseket egy csoportba soroltam a négy gyermekek alacsony elemszáma miatt). Fontosnak tartottam a gyermekek száma alapján is elemezni az eredményeket, mivel feltételezhetően egy egészségtudatos családban a gyermeknevelés gyakran együtt jár a táplálkozási szokások megváltozásával, egészségesebbé válásával. 70,1%-uk nem rendelkezik diplomával, 29,9%-nak van főiskolai vagy egyetemi szintű ápolói képesítése (három fő PhD fokozattal is rendelkezik). Folyamatos munkarendben, 8 és 12 óras műszakbeosztásban dolgozik a válaszadók 54,2%-a (ők éjszakáznak is), a nem éjszakai csoportjába 45,8%-a került a válaszadóknak (ők vagy állandó délelőttiök, nappalosok, vagy csak délelőtti és délutános műszakban dolgoznak). Az egészségügyi ellátás szintjét tekintve 22,3% dolgozik az alapellátásban, 12,4% a járóbeteg-ellátásban és 65,3% a fekvőbeteg-ellátásban. A havi túlóra mennyiségét vizsgáló kérdésre egy fő nem válaszolt. 28,5% nem túlórázik egyáltalán, havonta 10 óra, vagy annál kevesebb túlórája van 27,4%-nak, 11-20 óra között 20,3%-nak, 21-30 óra között 12,6%-nak, 30 óra felett 11,2%-nak. A túlórázó havi túlóra átlaga 20,07 óra (SD=19,81; Min=1; Max=220).

## Táplálkozási szokások vizsgálata

A táplálkozási szokások felmérésének első lépéseként a BMI-t vizsgáltam. A megkérdezettek átlag BMI értéke 26,97 kg/m<sup>2</sup> (SD=5,46; Min=14,7; Max=45,2). 2% tartozik a sovány (BMI 18,49 alatt), 38% a normál (BMI 18,5-24,99), 37% a túlsúlyos (BMI 25-29,99), 12,6% az I fokú elhízás (BMI 30-34,99), 7,3% a II. fokú elhízás (BMI 35-39,99), és 3,1% a III. fokú elhízás (BMI 40 felett) kategóriába. Az egyes életkori csoportok és a gyermekszám

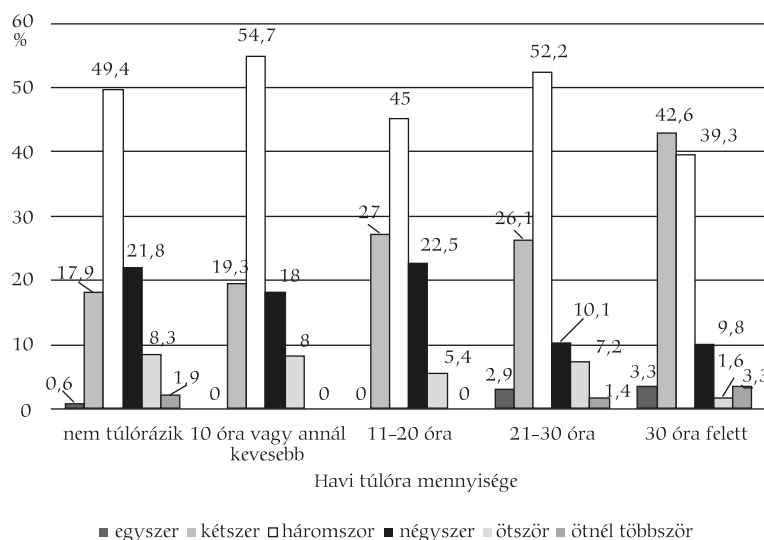
alapján kialakított csoportok között jelentős különbség van a BMI tekintetében (p<0,001). A 30 év alattiak 60,5%-a tartozik a normál kategóriába, és az életkor előrehaladtával egyre csökken az ebbe a kategóriába tartozó válaszadók aránya. A gyermektelenek 48,5%-a tartozik a normál kategóriába, a legtöbb elhízott a 3-4 gyermekesek köréből kerül ki. (I. táblázat) Az ápolói végzettség szintje nem függ össze jelentős mértékben a BMI értékkel (p=0,268). A diplomával nem rendelkezők 37,5%-a, a diplomások 39%-a sorolható a normál tartományba. Az alapellátásban dolgozók 36,1%-a, a járóbeteg-ellátásban dolgozók 35,3%-a, a fekvőbeteg-ellátásban dolgozók 39,1%-a tartozik a normál kategóriába, a különbség nem jelentős (p=0,291). A munkarend és a BMI érték között sem találtam összefüggést (p=0,124), a folyamatos munkarendben dolgozók 40,8%-a, az éjszaka nem dolgozók 33,7%-a tartozik a normál kategóriába. A havi túlóra mennyisége sem függ össze a BMI értékkel (p=0,228).

A megkérdezettek 0,9%-a egyszer, 23,9%-a kétszer, 49,1%-a háromszor, 18,2%-a négyszer, 6,8%-a ötször, 1,1%-a pedig ötnél többször étkezik naponta. Az életkor (p=0,929), a gyermekek száma (p=0,423), az iskolai végzettség szintje (p=0,749), az egészségügyi ellátás szintje (p=0,123), a munkarend (p=0,861) nem függ össze a napi étkezésszámmal. Az adatelemzés során jelentős összefüggést találtam vizont a havi

I. táblázat: BMI az életkor és a gyermekszám függvényében (N=548)

életkor 10 éves bontásban	BMI kategória					
	sovány	normál	túlsúlyos	I. fokú elhízás	II. fokú elhízás	III. fokú elhízás
30 év alatti	2,6%	60,5%	23,7%	7,9%	0,0%	5,3%
30-39 év	3,4%	46,6%	29,7%	8,5%	10,2%	1,6%
40-49 év	1,2%	39,8%	39,4%	9,6%	7,2%	2,8%
50 év feletti	2,1%	21,7%	42,7%	22,4%	7,0%	4,2%
gyermekszám	BMI kategória					
0	5,8%	48,5%	26,2%	9,7%	4,9%	4,9%
1	1,8%	36,6%	40,9%	6,1%	11,0%	3,6%
2	0,9%	36,6%	40,5%	16,7%	4,0%	1,3%
3-4	0,0%	27,8%	31,5%	20,4%	14,8%	5,6%

2. ábra: Havi túlóra mennyiségének összefüggése a BMI-vel (N=547)



túlóra mennyisége és a napi étkezésszám között ( $p=0,003$ ). Akik nem túlóráznak, azok közül 32% étkezik naponta négy vagy annál több alkalommal, a többi, túlórázó csoportban ez az arány lényegesen kisebb. (2. ábra)

A főtt étel fogyasztását vizsgáló kérdésre („Eszik-e meleg, főtt ételt minden nap?”) 71% válaszolt igennel. Az életkor előrehaladtával nő a naponta főtt ételt fogyasztók aránya ( $p=0,001$ ), illetve a gyermekszám is jelentős összefüggést mutat ( $p<0,001$ ) ezzel a kérdéssel. Minél több a havonta végzett túlóra, annál kevesebb a főtt ételt fogyasztók aránya ( $p=0,022$ ). (II. táblázat) Az ápolói végzettség szintje nem függ össze ezzel a kérdéssel ( $p=0,364$ ), a diplomások 68,3%-a, a diplo-

mával nem rendelkezők 72,1%-a fogyaszt naponta meleg ételt. Az egészségügyi ellátás szintje sem függ össze a fenti kérdéssel ( $p=0,869$ ), az alapellátásban dolgozók 71,3%-a, a járóbeteg-ellátásban dolgozók 73,5%-a, a fekvőbeteg-ellátásban dolgozók 70,4%-a válaszolt igennel. A folyamatos munkarendben dolgozók 67,7%-a, az éjszakai műszakban nem dolgozók 75,3%-a fogyaszt főtt ételt minden nap, de a különbség a két csoport között nem szignifikáns ( $p=0,051$ ).

Az étkezés körülményeit vizsgáló kérdésre 29,4% felelte, hogy nyugodtan, lassan étkezik; 26,3% válaszolta, hogy „kapkodva eszem, hogy minél hamarabb végezzek”; 40% jelölte a „csak hétvégén nyugodtan étkezem” lehetőséget, és 4,4% egyéb lehetőségeként a következő válaszokat adta: „reggeli, vacsora nyugodt, napközben bekapok valamit”, „a körülmények időfüggők”, „este, otthon nyugodtan étkezem”, „csak otthon tudok nyugodtan enni”, „több részletben, mert munka közben eszem”, „nem figyelek az étkezésemre”, rendszertelen, „reggelente, és a munkában gyorsabban eszem”. Az iskolai végzettség szintje nem függ össze az étkezés körülményeivel ( $p=0,908$ ), a diplomával nem rendelkezők 28,6%-a válaszolta a lassú, nyugodt étkezést, a diplomások

**II. táblázat: Napi főtt étel fogyasztás az életkor, a gyermekszám és a túlóra függvényében (N=548)**

életkor 10 éves bontásban	Főtt étel fogyasztása minden nap	
	igen	nem
30 év alatti	42,1%	57,9%
30-39 év	69,5%	30,5%
40-49 év	73,5%	26,5%
50 év feletti	75,5%	24,5%
gyermekszám	igen	nem
0	49,5%	50,5%
1	76,2%	23,8%
2	75,3%	24,7%
3-4	77,8%	22,2%
havi túlóra mennyisége	igen	nem
nem túlórázik	78,8%	21,2%
10 óra, vagy annál kevesebb	72,0%	28,0%
11-20 óra	70,3%	29,7%
21-30 óra	65,2%	34,8%
30 óra felett	57,4%	42,6%

körében ez az arány 31,1%. Az egészségügyi ellátás szintje sem függ össze az étkezés körülményeivel ( $p=0,184$ ). Az alapellátásban dolgozók 27,9%-a, a járóbeteg-ellátásban dolgozók 29,4%-a, a fekvőbeteg-ellátásban dolgozók 29,9%-a jelölte a lassú, nyugodt étkezést. A **III. táblázat** a táplálkozás körülményeinek összefüggését mutatja az életkorral, gyermekszámmal, munkarenddel és a havi túlóra mennyiségével. Látható, hogy a kapkodó étkezés inkább a 30 év alattiakra és a gyermektelenekre jellemző, míg a nyugodt étkezés a 30-39 éves és az 50 év feletti korosztályra, az 1-2 gyermekes és a nem túlórázó válaszadókra jellemző inkább. A nem éjszakázók közül 49% jelölte, hogy csak hétvégén tud nyugodtan étkezni.

A táplálkozási szokások megítélésére a következő kérdést alkalmaztam: „Milyennek ítéli táplálkozási szokásait?” (1= nagyon rossz; 2=rossz; 3=jó; 4=kiváló). (Gál-Inges & Németh, 2015) 4,9% jelölte a nagyon rossz, 36,5% a rossz, 54,4% a jó, és 4,2% a kiváló lehetőséget. Ordinalis változó révén nem paraméteres elemzéseket végeztem a független

változókkal való esetleges kapcsolat feltárására. Mann-Whitney próbát alkalmaztam az iskolai végzettséggel és a munkarenddel való összefüggés elemzésére, mivel ezek kétértékű, dichotom változók voltak. A diplomával nem rendelkezők kicsivel jobbnak ítélték meg táplálkozási szokásaikat, mint a diplomások, de a különbség a két csoport között nem jelentős ( $p=0,217$ ;  $U=29623,5$ ). A diplomával nem rendelkezők rangpontoszám átlaga 279,36; a diplomásoké 263,13. Azok, akik nem éjszakáznak, picivel jobbnak ítélik meg táplálkozási szokásaikat (rangpontoszám átlag – továbbiakban  $MR=268,88$ ) mint azok, akik éjszakáznak ( $MR=262,64$ ), de a különbség a két csoport között nem jelentős ( $p=0,599$ ;  $U=34049,0$ ). Kruskal-Wallis próbával elemeztem a táplálkozási szokások megítélésére vonatkozó kérdést a kétónél több kategóriát tartalmazó független változók esetében. Az egyes életkori csoportok esetében nem találtam jelentős különbséget a táplálkozási szokások megítélésében ( $p=0,102$ ;  $\text{Chi-square}=6,208$ ). A legjobbnak a 40-49 éves korosztály ítélte meg táplálkozási szokásait ( $MR=284,93$ ), utána következett az 50 év feletti ( $MR=278,12$ ) és a 30-39 éves ( $MR=262,64$ ) korosztály, majd a 30 év alattiak ( $MR=229,36$ ). A gyermekszám alapján kialakított csoportok között jelentős különbséget találtam ezen kérdés megítélésében ( $p=0,040$ ;  $\text{Chi-square}=8,331$ ). A legjobbnak a két gyermekesek ( $MR=290,65$ ), majd a 3-4 gyermekesek ( $MR=276,8$ ), az egy gyermekesek ( $MR=271,35$ ) ítélték saját táplálkozási szokásukat, a legrosszabbnak pedig a gyermektelenek ( $MR=242,73$ ). Az egészségügyi ellátás szintje alapján kialakított csoportok között nincs jelentős különbség ennek a kérdésnek a megítélésében ( $p=0,863$ ;  $\text{Chi-square}=0,295$ ). Azt azonban szükséges megjegyezni, hogy a járóbeteg-ellátásban dolgozók adták a legjobb értékelést erre a kérdésre. A havi túlóra mennyisége alapján kialakított csoportok között szintén jelentős különbséget találtam ezen kérdés megítélésében ( $p=0,001$ ;  $\text{Chi-square}=18,415$ ). A legjobbnak a nem túlórázók ítélték meg táplálkozási szokásaikat ( $MR=296,55$ ), majd a 10 órát vagy annál kevesebbet túlórázók ( $MR=289,16$ ), vagyis ahogy növekszik

III. táblázat: Étkezés körülményeinek összefüggése az életkorral, gyermekszámmal, munkarenddel és a túlórával (N=548)

életkor 10 éves bontásban	Étkezés körülményei (p=0,014)			
	nyugodtan, lassan eszem	kapkodva eszem, hogy minél gyorsabban végezzek	csak hétvégén nyugodtak az étkezés körülményei, amikor otthon vagyok	egyéb
30 év alatti	23,7%	44,7%	23,7%	7,9%
30-39 év	33,1%	27,1%	32,2%	7,6%
40-49 év	26,9%	26,5%	44,2%	2,4%
50 év feletti	32,2%	20,3%	43,4%	4,2%
gyermekszám	Étkezés körülményei (p=0,001)			
0	25,2%	40,8%	25,2%	8,7%
1	29,9%	23,2%	45,1%	1,8%
2	32,2%	20,7%	42,7%	4,4%
3-4	24,1%	31,5%	40,7%	3,7%
munkarend	Étkezés körülményei (p<0,001)			
folyamatos munkarend	29,6%	32,4%	31,4%	6,6%
nem éjszakázik	30,5%	18,9%	49,0%	1,6%
havi túlóra mennyisége	Étkezés körülményei (p=0,036)			
nem túlórázik	39,1%	23,1%	33,3%	4,5%
10 óra vagy annál kevesebb	31,3%	20,7%	45,3%	2,7%
11-20 óra	22,1%	28,8%	43,2%	5,4%
21-30 óra	23,2%	33,3%	36,2%	7,2%
30 óra felett	19,7%	36,1%	41,0%	3,3%

a havi túlóra mennyisége, úgy romlik ezen kérdés megítélése: 11-20 óra között túlórázók (MR=272,87), 21-30 óra között túlórázók (MR=234,88), 30 óra felett túlórázók (MR=225,36).

Az egyes ételféleségek fogyasztásának gyakoriságát a IV. táblázat szemlélteti. A válaszadók 57%-a fogyaszt naponta zöldséget és 58%-a gyümölcsöt, 69,5%-a tejterméket. Jelentős a fehér lisztből készült pékáruk (45,6%) és az édesség (26,1%) naponta történő fogyasztása. Chips-et (p<0,001) a 30-39 évesek, gyorséttermi ételeket (p<0,001) pedig a 30 év alattiak fogyasztják gyakrabban, míg gyümölcsöt az 50 év feletti válaszadók (p=0,014). Ugyancsak ez a korosztály az, aki jelentősen ritkábban fogyasztja a fehér kenyert és a fehér lisztből készült pékárukat (p=0,015). A gyermeket nem nevelők ritkábban fogyasztanak gyümölcsöt (p=0,011) és tojást (p=0,009), gyakrabban fogyasztanak viszont chips-et (p<0,001) és

gyorséttermi ételeket (p=0,022) a gyermeket nevelő ápolóknál. Az éjszakai műszakban nem dolgozók a folyamatos munkarendben dolgozóknál jelentősen gyakrabban fogyasztanak teljes kiőrlésű pékárukat (p=0,029) és halat (p=0,001). A végzettség és az egészségügyi ellátás szintje nem függ össze egyik ételféleség fogyasztásának gyakoriságával sem.

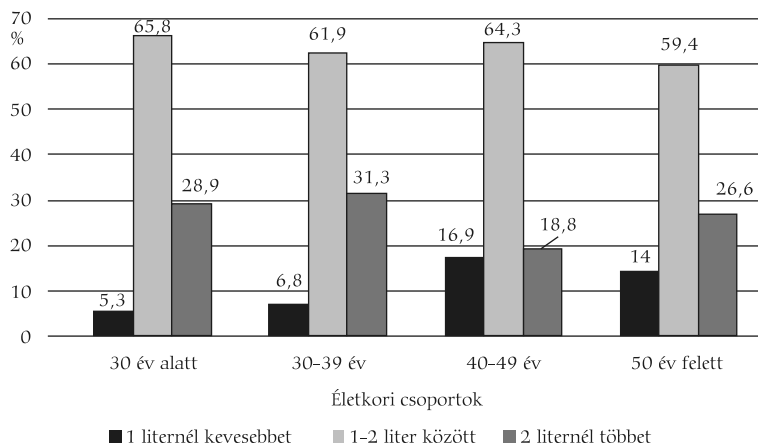
#### Folyadékfogyasztás vizsgálata

A felmérésben résztvevők 13,1%-a fogyaszt naponta egy liternél kevesebb folyadékot, 62,6% 1-2 liter között, 24,3% pedig két liternél többet. Az életkori csoportok között jelentős különbséget találtam a napi folyadékfogyasztás mennyiségében (p=0,023). A 40-49 évesek 16,9%-a, az 50 év felettek 14%-a jelezte, hogy kevesebb, mint egy liter folyadékot fogyaszt naponta, a fiatalabb korcsoportokban erre a válaszlehe-

IV. táblázat: Különböző ételféleségek fogyasztásának gyakorisága (N=548)

Ételféleség	Fogyasztás gyakorisága (%)					
	naponta többször	naponta egyszer	hetente 1-2-szer	havonta párszor	ritkábban, mint havonta	soha
zöldség	17,2	39,8	36,3	6	0,7	-
gyümölcs	19,7	38,3	31,2	9,1	1,6	-
édesség (cukor, csokoládé)	3,8	22,3	37,4	22,6	10,9	2,9
sütemény, keksz	1,6	4,9	30,8	40,1	19,5	2,9
chips	0,5	0,5	2,9	16,8	45,8	33,4
teljes kiőrlésű pékáru, kenyér	16,8	26,1	24,8	13,3	13,9	5,1
tej/tejtermék	29,2	40,3	19,3	5,8	3,3	2
gyorséttermi ételek	0,4	0,7	4,6	9,9	50	34,5
tésztafélék	0,9	3,6	51,5	36,3	5,7	2
szárnyas húsok	4,9	15,1	66,4	10,4	0,9	2,2
vörös húsok	0,5	4,4	31,9	28,8	25	9,3
olajos magvak	3,1	12,4	27,9	29,9	21,7	4,9
hal	0,5	2,4	18,1	30,7	36,5	11,9
fehér lisztből készült pékáruk/kenyér	22,8	22,8	21,4	12,8	11,9	8,4
tojás	2,2	13,9	58,2	19,5	5,7	0,5

3. ábra: Napi folyadékfogyasztás mennyiségének megoszlása az egyes életkori csoportok között (N=548)



tősségre lényegesen kevesebb jelölés érkezett. (3. ábra) A gyermekek száma ( $p=0,591$ ), az iskolai végzettség ( $p=0,367$ ) és az egészségügyi ellátás szintje ( $p=0,580$ ), a munkarend ( $p=0,348$ ) és a havi túlóra mennyisége ( $p=0,924$ ) nem függ össze a napi folyadékfogyasztás mennyiségével.

Az elfogyasztott folyadék minőségét tekintve, a többség a csapvizet és az ásványvi-

zet részesíti előnyben, de 11,3% naponta fogyaszt szénsavas üdítőt. (V. táblázat) Az életkor előrehaladtával csökken a szénsavas ( $p=0,002$ ) és a bolti rostos ( $p<0,001$ ) üdítőt naponta fogyasztók aránya, a 30 év alattiak jelentősen gyakrabban fogyasztják ezeket az italfeleségeket napi rendszerességgel, mint a többi korosztály válaszadói. Az energiatartalmú fogyasztására is ugyan ez a tendencia jellemző. A 30 év alatti válaszadók 7,9%-a fogyasztja egyszer naponta, míg a többi korosztályban maximum 2,5%-os a napi fogyasztási arány ( $p<0,001$ ). Szénsavas üdítőt az egy és a 3-4 gyermekesek közül többen fogyasztják naponta (14-15%) ( $p=0,005$ ), a bolti rostos üdítőt pedig a 3-4 gyermekesek fogyasztják a legritkábban ( $p=0,013$ ). Házi gyümölcslevet a 3-4 gyermekesek 13%-a fogyaszt naponta, az ennél kevesebb gyermeket nevelők közül ez az arány jóval alacsonyabb, 4,8-8,7% ( $p=0,017$ ). Házi gyümölcslevet a

V. táblázat: Különböző italféleségek fogyasztásának gyakorisága (N=548)

Italféleség	Fogyasztás gyakorisága (%)					
	naponta többször	naponta egyszer	hetente 1-2-szer	havonta párszor	ritkábban, mint havonta	soha
ásványvíz	53,5	10,4	12,2	7,7	10	6,2
csapvíz	62,2	10,6	4,9	3,1	4,9	14,2
szénsavas üdítő	5,5	5,8	14,2	19	28,3	27,2
bolti rostos üdítő	1,3	4	14,8	25,5	36,1	18,2
házi gyümölcs/zöldség lé	2,9	3,8	14,2	13,3	30,5	35,2
energiaital	0,9	1,5	4,2	4,9	12,4	76,1
alkoholos ital	0,5	1,6	6,2	15	44,3	32,3

járóbeteg-ellátásban dolgozók 14,7%-a fogyaszt naponta, az alapellátásban dolgozók közül 6,6%, a fekvőbeteg-ellátásban dolgozók közül pedig 5,3%, a különbség jelentős ( $p=0,030$ ). Az iskolai végzettség szintje, a munkarend és a havi túlóra mennyisége alapján nincs különbség egyik italféleség fogyasztásának gyakoriságában sem.

## Következtetések

Kutatásom során arra kerestem a választ, hogy mi jellemzi az ápolók táplálkozási szokásait, illetve az milyen összefüggést mutat különböző szociodemográfiai (életkor, gyermekek száma) és munkahelyi tényezőkkel. A kapott eredmények birtokában megállapítható, hogy a válaszadó ápolók 60%-a rendelkezik valamilyen mértékű súlyfelesleggel. Ez az eredmény alig marad el egy korábbi, hazai kutatás eredményétől, ahol 64,4%-os arányban fordult elő a válaszadó ápolók körében a túlsúly (Gál-Inges & Németh, 2015), viszont meghaladja két korábbi felmérés eredményeit, ahol a válaszadók 52,2-55,6%-a volt túlsúlyos. (Hirdi et al., 2014; Németh & Irinyi, 2009) Ezen eredmények alapján látszik, hogy a hazai ápolók egyre inkább küzdenek a túlsúly problémájával, szemben például a brit ápolókkal, ahol a válaszadók csupán 28,6%-a tartozott a 25 kg/m<sup>2</sup> feletti BMI kategóriába. (Hankey et al., 2003) Figyelemre méltó eredmény, hogy a válaszadók 92,1%-a nem étkezik naponta öt alkalommal, mely kívánatos lenne. (Tóthné, 2015) Feltételezhető, hogy ez az ápolói munka jellegéből, a rendszertelen

életvitelből adódik. Megállapítható továbbá az is, hogy az általam megkérdezett, havonta valamennyi túlórárt végzők kevesebbszer étkeznek naponta, főtt ételt is ritkábban fogyasztanak, mint a túlórárt nem végző kollégáik. A lassú, nyugodt étkezés is, mely szintén kívánatos lenne, csupán a minta alig 1/3-ára jellemző. A túlóra negatív hatással van a saját táplálkozási szokások megítélésére is. Szintén figyelemre méltó eredmény, hogy a válaszadók kevesebb mint 25%-a jelezte a napi legalább két liter folyadék fogyasztását, mely a szervezet számára elengedhetetlen lenne (Figler, 2012), bár pozitív eredménynek könyvelhető el, hogy a folyadék minőségét tekintve az ajánlott csapvíz és az ásványvíz szerepel fő folyadékbeviteli forrásként. A fiatalabb (30 év alatti) korosztályra jellemző inkább az egészségtelen szénsavas üdítő és energiaital fogyasztás. Naponta többször is ajánlatos lenne zöldséget, gyümölcsöt és teljes kiőrlésű pékárut fogyasztani (Tóthné, 2015), ezzel szemben a megkérdezettek kevesebb mint 20%-a teszi ezt, illetve a hetente kívánatos halfogyasztás is alig jellemzi az ápolókat.

Felmérésemből levonható az a következtetés is, hogy a gyermeknevelés pozitív irányban befolyásolja az étkezési szokásokat, mely megnyilvánul a főtt étel és a gyümölcsök gyakoribb fogyasztásában, a nyugodtabb étkezési körülményekben, a táplálkozási szokások jobb megítélésében, és a házi készítésű gyümölcslevek fogyasztásában.

Összességében megállapítható, hogy az általam megkérdezett ápolók többségére jellemző a túlsúly, illetve a helytelen táplálkozás. Ennek okainak felderítésére azonban

további felmérésekre lenne szükség, mivel az nem állapítható meg, hogy milyen tényezők vezettek ezen anomáliákhoz. Feltételezhető, hogy egyrészt az ápolói hivatás jellegéből (rendszerű munkavégzés, túlóra, éjszakai műszakban elfogyasztott ételek), másrészt a magyar étkezési kultúrából eredő-

en maradnak el a kívánatostól az általam vizsgált ápolók étkezési szokásai, az azonban bizonyos, hogy a rossz táplálkozási szokásokból eredően számos szív- és érrendszeri megbetegedés alakulhat ki, a túlsúly pedig mindezek mellett a vázizomrendszert is megterheli.

## Irodalomjegyzék

1. Figler, M. (szerk.) (2012). A táplálkozástudomány alapjai. Pécs: Pécsi Tudományegyetem
2. Gál-Ingés, D., Németh, A. (2015). Észlelt munkahelyi stressz hatása az ápolók életmódjára, egészségére, alvására. *Nővér*, 28(5), 3-10.
3. Gánóczy, G., Szente, Zs., Tóth, A. (2009). A járóbetegeket ellátók táplálkozási szokásai. *Nővér*, 22(1), 24-28.
4. Hankey, C. R., Eley, S., Leslie, W. S., Hunter, C. M., Lean, M. E. J. (2003). Eating habits, beliefs, attitudes and knowledge among health professionals regarding the links between obesity, nutrition and health. *Public Health Nutrition*, 7(2), 337-343. doi:10.1079/PHN2003526
5. Hirdi, H. É.; Balogh, Z., Mészáros, J. (2014). A foglalkozás-egészségügyi ápolók egészségmagatartásának, egészségi állapotának vizsgálata. *Egészségtudomány*, 58(1), 88-103.
6. Nahm, E-S., Warren, J., Zhu, S., An, M., Brown, J. (2012). Nurses' self-care behaviors related to weight and stress. *Nursing Outlook*, 60, 23-31. doi:10.1016/j.outlook.2012.04.005
7. Németh, A., Irinyi, T. (2009). Egészségügyi dolgozók szomatikus állapota Csongrád megyében – egy felmérés tükrében. *Nővér*, 22(3), 33-38.
8. Phiri, L.P., Draper, C.E., Lambert, E.V., Kolbe-Alexander, T.L. (2014). Nurses' lifestyle behaviours, health priorities and barriers to living a healthy lifestyle: a qualitative descriptive study. *BMC Nursing*, 13(1), 38-48. doi:10.1186/s12912-014-0038-6
9. Rodler, I. (szerk.) (2004). Táplálkozási ajánlások a magyarországi felnőtt lakosság számára. Budapest: Országos Egészségfejlesztési Intézet. <http://www.fao.org/3/a-as684o.pdf> Hozzáférhető 2016. február 19.
10. Scott, L.D., Hofmeister, N., Rogness, N., Rogers, A.E. (2010). Implementing a fatigue countermeasures program for nurses: A focus group analysis. *Journal of Nursing Administration*, 40(5), 233-240. doi:10.1097/NNA.0b013e3181da4078
11. Tóthné, R.T. (2015). Az egészséges táplálkozás irányelvei. In Németh, A., Ujhelyiné, P.T., Irinyi, T. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád Megyei Területi Szervezet első évtizede (pp. 239-241). Szeged: MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet
12. Zapka, J. M., Lemon, S. C., Magner, R. P., Hale, J. (2009). Lifestyle behaviours and weight among hospital-based nurses. *Journal of Nursing Management*, 17(7), 853-860. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00923.x

# Koraszülöttek szüleinek véleménye a hazaadással kapcsolatos információkról és lelki támogatásról

ADAMIK Ágnes, DR. NÉMETH Anikó, DR. TULKÁN Ibolya

## Összefoglalás

A vizsgálat célja volt felmérni a gesztációs hetekkel és a születési súllyal összefüggésben, hogy a szülők milyen jellegű, mennyiségű és minőségű információt kaptak a szakemberektől koraszülött gyermekük otthoni ellátásával kapcsolatban, mennyire érzik magukat felkészültnek a csecsemő otthoni ellátására, illetve mennyire érzik szükségét a lelki támogatásnak.

**Anyag és módszer:** Az adatfelvétel 2016. július–november hónapokban történt egy saját szerkesztésű kérdőívvel. Az adat-elemzés SPSS 22.0 program segítségével készült, Khi<sup>2</sup>-, Fisher Exact-, Mann-Whitney-, Kruskal-Wallis-teszt alkalmazásával ( $p < 0,05$ ).

**Eredmények:** A gesztációs hét és a születési súly alapján nincs különbség az átadott információk mennyiségében és minőségében. Leggyakrabban a táplálás, higiéné és a pelenkázás témakörében kapnak szóbeli tájékoztatást a szülők, illetve a védőoltásokról, gyógyszerbeadásról, újraélesztésről és a tornáztatásról szeretnének még többet hallani. Az ápolók lelki támogatásban nyújtott szerepe kiemelkedő.

**Következtetések:** A nagyobb születési súlyú, illetve gesztációs korú koraszülöttek szülei magabiztosabbak, felkészültebbnek érzik magukat gyermekük otthoni ellátásával kapcsolatban, de ez nem függ össze az átadott információk mennyiségével és minőségével.

**Kulcsszavak:** koraszülött, hazaadás, felkészültség, lelki támogatás

## The opinion of parents with premature babies about information regarding homecoming and psychological support

Ágnes ADAMIK, Anikó NÉMETH PhD, Ibolya TULKÁN PhD

### Summary

The aim of the study was to assess the nature of information given by the health care staff to parents regarding the care at home of their premature infant in relation with the gestational age and weight at birth. Self-perceived preparation and their need for psychological support were also investigated.

**Sample and methods:** The survey was conducted between July and December of 2016 through a self-constructed questionnaire. Data were analyzed with SPSS 22.0 using chi square, Fisher exact, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests.

**Results:** No differences were found in information provided based on gestational age and weight at birth. Parents are usually informed regarding feeding, hygiene and diapering. They want to hear more about vaccination, medication, CPR and exercising. The role of nurses in psychological support is high.

**Conclusions:** Parents of babies born with higher weight and gestational age feel more confident and prepared, but this doesn't correlate with the provided information.

**Keywords:** premature birth, transition home care, preparedness, psychological support

Beérkezett: 2017. január 8. Elfogadva: 2017. február 6.

---

ADAMIK Ágnes ápoló hallgató (BSc), Szegedi Tudományegyetem SZAKK Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ, Koraszülött Intenzív Osztály  
DR. NÉMETH Anikó főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport  
DR. TULKÁN Ibolya tanszékvezető főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék  
Levelező szerző (correspondent): ADAMIK Ágnes; e-mail: adamikagi@gmail.com



## Bevezetés

A koraszülöttség tényének megállapításánál a gesztációs kort veszik figyelembe. Eszerint „*koraszülött minden újszülött (tekintet nélkül a születési súlyra), aki a betöltött 37. terhességi hét előtt születik*”. 1998-tól hazánkban a 24. gesztációs hetet határozzák meg alsó határként (Magyar Nőorvos Társaság, 2008). A koraszülöttség még ma is jelentős problémát jelent a társadalom számára. Statisztikai adatok szerint Magyarországon az újszülött gyermekek 8-9%-a koraszülöttként jön a világra (Balla et al., 2003). A világon mindenhol komoly gondot jelent a koraszülöttség. 184 ország adatait feldolgozva azt az eredményt kapták, hogy 2010-ben átlagban 11,1% volt a koraszülések aránya, ami világszerte 14,9 millió gyermeket érint. Az alacsony jövedelmű országokban volt a legmagasabb az arányszám (11,8%), ezt követik az alsó-közepes jövedelmű országok adatai (11,3%), a felső-közepes jövedelmű országok (9,4%), majd a magasabb jövedelmű országok (9,3%) (Blencowe et al., 2012).

A fejlett Perinatális Intenzív Centrumoknak (PIC), a modern orvosi műszereknek és a jól képzett személyzetnek köszönhetően az 1500 gramm születési súlyt el nem érő koraszülöttek 80%-a életben marad, bár számos betegség nehezíti meg életüket (közpon-ti idegrendszeri károsodás, tüdőkárosodás, szemészeti problémák) (Balla et al., 2003).

A szülővé válás izgalmat és örömet jelent, koraszülött gyermek szülőjévé válni azonban a bizonytalanság és szorongás érzését hozza el a szülők számára (Lopez et al., 2012). Az egészségügyi intézményben és otthon is sok kihívással kell szembenézni a koraszülött csecsemők szüleinek, melyek hatással lehetnek gyermekük későbbi ellátására: stressz és szorongás, depresszió és gyász, csökkent magabiztosság a szülői szerep hatékony gyakorlásában, károsodott szülő-gyermek kölcsönhatás és szerep fejlődés, további ismeretekre és gondozási jártasságra való igény. Amennyiben nem oldódnak meg azok az első negatív benyomások és kihívások, amelyekkel a szülők találkoztak a kórházban koraszülött gyermekük születése után, akkor ezek folytatódni fog-

nak akkor is, ha a gyermek hazaadásra kerül (Boykova, 2016).

A koraszülött a megfelelő körülmények, jól képzett személyzet és a szülők támogató részvétele mellett szépen gyarapodik, erősödik, de hetekig - igen kis súlyú koraszülöttnél akár hónapokig is - igényelheti a kórházi ellátást. Az átlag ápolási napok száma a pécsi PIC-en 2008-ban 25,5 nap (3,6 hét) volt (Bódis, 2009). Egy, az USA-ban végzett tanulmány szerint, a PIC-en tartózkodás idejét átlagosan 2,9 hétnek (20,3 nap) jelelték meg (Smith et al., 2009). A koraszülött állapotának rendeződésével felmerül a hazaadás gondolata. A hosszú ápolási időszak alatt a koraszülött speciális igényeihez igazodva megkezdődik egy újabb kritikus pontja az ellátásnak, a szülők felkészítése a baba otthoni gondozására, ápolására, mely nagy szakértelmet és körültekintést igényel a szakemberek, és odafigyelést, együttműködést a szülők részéről. Egy külföldi tanulmány szerint a teljes team látja el információval a szülőket, viszont a felmérés eredménye azt mutatta, hogy a legtöbb segítséget és információt a nővértől kapták a szülők a hazaadással és az otthoni teendőikkel kapcsolatban (Kowalski et al., 2006). Vannak olyan szülők, akik idegességet és stresszt éreznek az új, otthoni élet megkezdése miatt (Broedsgaard & Wagner, 2005).

A nem kellően megtervezett hazaadás számos otthoni problémát eredményez, valamint a koraszülött életminőségére negatív hatással van, és növeli a veszélyét annak, hogy a csecsemő újra kórházi ellátást igényeljen. Akkor áll készen a hazaadásra a koraszülött, ha a szülő és a klinikai személyzet is erre a döntésre jut. Azonban egy tanulmány igazolta azt is, hogy az oktatás ellenére a szülők egy része nem érzi megfelelően felkészültnek magát gyermeke otthoni ellátására (Smith és mtsai, 2009).

### Vizsgálat célja

A vizsgálat célja volt felmérni azt, hogy a szülők milyen jellegű, mennyiségű és minőségű információt kaptak a szakemberektől gyermekük otthoni ellátásával kapcsolatban, mennyire érzik magukat felkészültnek koraszülött gyermekük otthoni ellá-

tására, illetve mennyire érzik szükségét a lelki támogatásnak az intézményi ellátás során. Mindezeket összefüggésben elemeztük a gesztációs hetekkel, és a születési súllyal. Feltételeztük, hogy minél kisebb a születési súly, illetve a gesztációs hét, annál több információt és lelki támogatást igényelnek és kapnak a szülők.

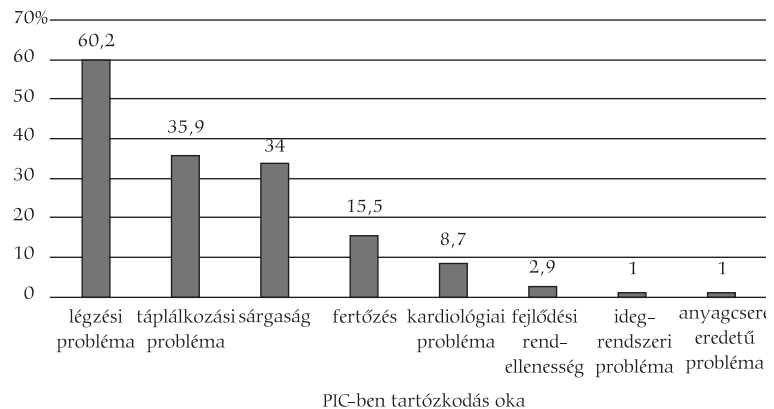
## Anyag és módszer

Az adatfelvétel 2016. július–november hónapokban történt egy saját szerkesztésű kérdőívvel, melyet a Szegedi Tudományegyetem Perinatális Intenzív Centrumában éppen ápolt, hazaadás előtt álló, illetve a koraszülött utógondozóba visszarendelt koraszülöttek szülei (édesanya) töltöttek ki. A felméréshez az intézmény vezetője írásbeli hozzájárulását adta. A 107 kitöltött kérdőívből 103 volt értékelhető. Azon édesanyák válaszait vettük figyelembe, akik gyermeke a 37. terhességi hét előtt jött a világra, és a koraszülött osztályon eltöltött valamennyi időt. Az adatfeldolgozás és -elemzés IBM SPSS 22.0 for Windows statisztikai program segítségével készült, Khi<sup>2</sup>-, Fisher Exact-, Mann-Whitney-, Kruskal-Wallis-teszt alkalmazásával. A szignifikancia kritériumának az 5%-ot tekintettük ( $p < 0,05$ ).

## Eredmények

A válaszadó édesanyák átlag életkora 31,4 év (SD=5,823; Median:32; Min:18; Max:46), gyermekük átlag a 32,03. gesztációs héten született (SD=2,905; Median:33; Min:25; Max:36), átlag 1837,74 gramm (SD=666,554; Median:1860; Min:645; Max:4000) születési súllyal (A 4000 gramm születési súlyú koraszülött hydrops foetus universalisban szenvedett). A csecsemők 45,6%-a lány, 53,4%-a fiú, egy fő nem adta meg gyermeke nemét. Az édesanyák 7,8%-a tanyán, 27,2%-a faluban, 65%-a pedig városban él. 12,6% rendelkezik általános isko-

1. ábra: Koraszülött osztályon tartózkodás oka (n=103)



lai, 22,3%-a szakmunkásképző/szakiskolai, 37,9% szakközépiskolai/gimnáziumi, 27,9% pedig főiskolai/egyetemi végzettséggel.

Egy hétnél rövidebb ideig ápolták a koraszülött osztályon a csecsemők 7,8%-át, 1–3 hét között 40,8%-át, 4–6 hét között 29,1%-át, 6 hétnél tovább 22,3%-át. Az osztályon való tartózkodás fő okának a koraszülöttség mellett leggyakrabban a légszervi, táplálási problémát, sárgaságot és fertőzést jelölték meg az édesanyák. (1. ábra)

A vizsgálat céljának megfelelően a gesztációs kor alapján két csoportot alakítottunk ki: a csecsemők 28,4%-a született a 25–30. gesztációs hét, 71,6%-a 31–36. hét között. A születési súly alapján pedig öt csoportba osztottuk a koraszülötteket: 9,8% 1000 gramm, vagy az alatti, 25,5% 1001–1500 gramm közötti, 25,5% 1501–2000 gramm közötti, 26,5% 2001–2500 gramm közötti, 12,7% 2501 gramm feletti súllyal született. A továbbiakban az összehasonlításokat ezen csoportok között végezzük el.

Megkérdeztük a szülőket, hogy milyen területet érintő információkat kaptak az osztályon való tartózkodás alatt gyermekük el látásával kapcsolatban (több választ is megjelölhettek az édesanyák). Az I. táblázatban látható, hogy a 30. hét gesztációs korú, vagy annál fiatalabb koraszülöttek szülei minden területet gyakrabban jelölték meg, de azt nem sikerült bizonyítanunk, hogy bármelyik területen is jelentős lenne ez a különbség a két csoport között. A legtöbben a táplálást, a higiénét és a pelenkázást jelölték meg azon területként mindkét csoportban, amiről in-

**I. táblázat: Információs területek a gyermek ellátásával kapcsolatban a gesztációs kor alapján (n=103)**

Információs területek	Gesztációs kor	
	25-30 hét	31-36 hét
Táplálás, etetés, szoptatás (p=0,356)	96,6%	91,8%
Testhigiéne, fürdetés, bőrápolás (p=0,079)	93,1%	79,5%
Pelenkázás, széklet és vizeletürítés (p=0,223)	89,7%	79,5%
Öltöztetés (p=0,266)	65,5%	53,4%
Levegőztetés (p=0,262)	65,5%	56,2%
Gyógyszerbeadás (p=0,074)	62,1%	43,8%
Védőoltások (p=0,244)	62,1%	52,1%
Újraélesztés (p=0,088)	82,8%	67,1%
Tornáztatás (p=0,116)	62,1%	46,6%
Fektetés, alvás (p=0,187)	65,5%	53,4%
Biztonság, helyes tartás, fogás (p=0,475)	62,1%	58,9%

**II. táblázat: Információs területek a gyermek ellátásával kapcsolatban a születési súly alapján (n=103)**

Információs területek	Születési súly				
	< 1000 g	1001-1500 g	1501-2000 g	2001-2500 g	>2501 g
Táplálás, etetés, szoptatás (p=0,277)	<b>100%</b>	92,3%	84,6%	96,3%	<b>100%</b>
Testhigiéne, fürdetés, bőrápolás (p=0,214)	100%	84,6%	88,5%	70,4%	84,6%
Pelenkázás, széklet és vizeletürítés (p=0,838)	<b>90%</b>	84,6%	76,9%	85,2%	76,9%
Öltöztetés (p=0,903)	<b>70%</b>	57,7%	57,7%	51,9%	53,8%
Levegőztetés (p=0,271)	<b>80%</b>	57,7%	53,8%	48,1%	76,9%
Gyógyszerbeadás (p=0,399)	<b>60%</b>	57,7%	50%	33,3%	53,8%
Védőoltások (p=0,450)	60%	65,4%	53,8%	40,7%	<b>61,5%</b>
Újraélesztés (p=0,862)	60%	<b>76,9%</b>	69,2%	70,4%	<b>76,9%</b>
Tornáztatás (p=0,209)	70%	50%	57,7%	33,3%	<b>71,5%</b>
Fektetés, alvás (p=0,480)	50%	61,5%	53,8%	48,1%	<b>76,9%</b>
Biztonság, helyes tartás, fogás (p=0,915)	50%	61,5%	<b>65,4%</b>	59,3%	53,8%

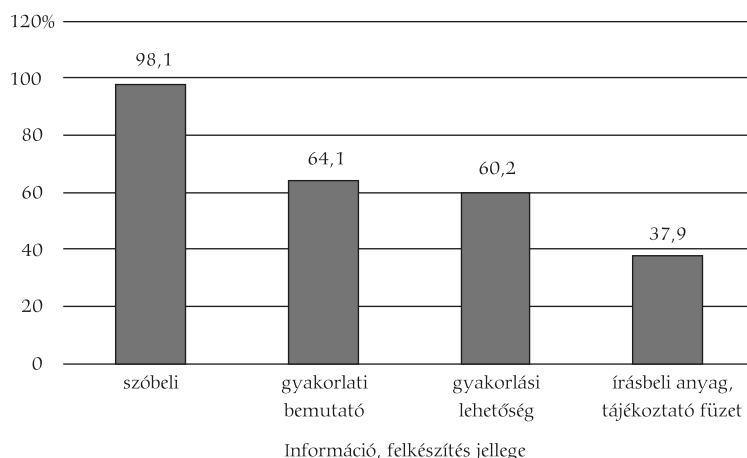
formálták őket. A gyógyszerbeadás, újraélesztés és tornáztatás közel 20%-kal gyakrabban jelent meg információs területként a fiatalabb gesztációs korú csoportban, de a különbség itt sem szignifikáns.

Ugyanezt a kérdést a születési súly alapján elemezve is megállapítható, hogy egyik területen sem volt jelentős eltérés az informálás témájával kapcsolatban. Táplálással kapcsolatos információt az 1000 gramm alatti, és a 2501 gramm feletti koraszülöttek 100%-ának szülei kaptak. Higiéné (100%), pelenkázás (90%), levegőztetés (80%), öltöztetés (70%), gyógyszerbeadás (60%) témakörében

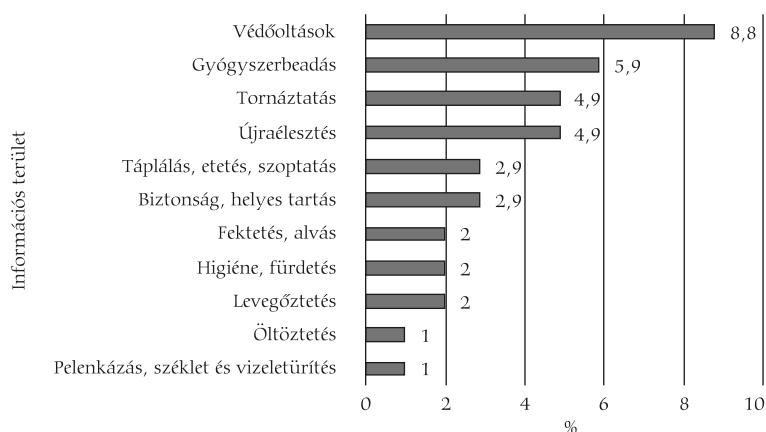
az 1000 gramm alatti koraszülöttek szülei közül többen kaptak információt, mint az ennél magasabb születési súlyú csecsemők szülei. A védőoltásokról, (61,5%) a tornáztatásról (71,5%) és a fektetés/altatásról (76,9%) a 2501 gramm feletti születési súlyú koraszülöttek, míg érdekes módon az újraélesztésről az 1001-1500 és 2501 gramm feletti születési súlyú csecsemők szülei kaptak gyakrabban tájékoztatást. A biztonság témakörét pedig az 1501-2000 gramm születési súlyú koraszülöttek édesanyjai jelölték meg leginkább. (II. táblázat)

A szülők többsége (98,1%) a szóbeli tájé-

2. ábra: Az osztályon kapott információ, felkészítés jellege (n=102)



3. ábra: Területek, melyekről több információt szeretnének az édesanyák (n=102)



koztatást jelölte meg leggyakrabban informálási, felkészítési módnak, gyakorlati bemutatót vagy gyakorlási lehetőséget csupán 2/3-uk kapott (több választ is megjelölhettek az édesanyák). (2. ábra)

A koraszülött gyermek ápolására/gondozására vonatkozó leghasznosabb információt az édesanyák 58,3%-a szerint a védőnők, 8,7%-a szerint az ápolók, 3,9% szerint az orvosok adták (29,1% nem válaszolt a kérdésre).

Feltettük azt a kérdést is az édesanyáknak, hogy milyen területről szeretnének több információt kapni gyermekük ellátásával kapcsolatban. Leginkább a védőoltások (8,8%), gyógyszerbeadás (5,9%), tornáztatás (4,9%) és újraélesztés (4,9%) területei azok, amelyekről úgy érzik, hogy kevés informá-

ciót kaptak, és többre lenne igényük. (3. ábra) A gesztációs hetek és a születési súly alapján kialakított csoportok között egyik terület esetében sem találtunk jelentős különbséget.

Négyfokozatú Likert-skálán vizsgáltuk, hogy az információk mennyiségét (1=kevés információt kaptam; 4=maximális mennyiségű információt kaptam) és minőségét (1=nem volt megfelelő; 4=maximálisan megfelelő volt) elegendőnek találták-e a szülők. A gesztációs hetek alapján kialakított csoportok esetében nem találtunk szignifikáns különbséget egyik kérdés megítélésében sem. Az információk mennyiségét a 31-36. hét között született csecsemők szülei picivel jobbnak ítélték (rangpontszám átlag-MR: 52,14), mint a 25-30. hét között született koraszülöttek szülei (MR=49,88), de a különbség nem szignifikáns ( $p=0,637$ ;  $U=1011,500$ ). Az információk minőségét a kevesebb gesztációs hétre született koraszülöttek szülei ítélték jobbnak, de a különbség itt sem jelentős ( $MR_{25-30 \text{ hét}}=52,88$ ;  $MR_{31-36 \text{ hét}}=50,24$ ;  $p=0,538$ ;  $U=989,500$ ).

A születési súly alapján kialakított csoportok esetében sem találtunk jelentős különbséget a két kérdés megítélésében. Az információk mennyiségét leginkább az 1000 gramm születési súly alatti koraszülöttek szülei találták elegendőnek (MR=58,7), majd a 2501 gramm feletti (MR=56,12), 1501-2000 gramm közötti (MR=55,58), 2001-2500 gramm (MR=52,02) és az 1001-1500 gramm (MR=41,81) születési súlyú koraszülöttek szülei ( $p=0,104$ ;  $\text{Chi-square}=7,674$ ). Az információk minőségét a legjobbnak a 2501 gramm születési súly feletti (MR=60), majd az 1501-2000 gramm (MR=56,04), 1000 gramm alatti (MR=50,1), 1001-1500 gramm (MR=47,88) és a 2001-2500 gramm (MR=45,33) születési súlyú

III. táblázat: Lelki támogatás iránti igény a gesztációs idő függvényében (n=103)

Lelki támogatás iránti igény	Gesztációs idő	
	25-30. hét	31-36. hét
Igen (p=0,558)	6,7%	8,5%
Nem (p=0,318)	36,7%	29,6%
Nem tudom, nem gondolkodtam rajta (p=0,452)	13,3%	16,9%
Támogattak lelkileg az osztályon dolgozó ápolók (p=0,235)	46,7%	36,6%
Támogattak lelkileg az osztályon dolgozó orvosok (p=0,330)	16,7%	11,3%
Csak a családom lelki támogatására számíthattam (p=0,244)	6,7%	14,1%

koraszülöttek hozzátartozói ítélték, de a különbség itt sem szignifikáns (p=0,115; Chi-square=7,435). Összességében a kapott információk mennyiségét a szülők átlag 3,69-re (SD=0,645), a minőségét átlag 3,79-re (SD=0,496) értékelték.

A koraszülött gyermek otthoni ellátására való felkészültséget két kérdéssel mértük. Az egyik egy egyszerű igen-nem választási lehetőség volt (*Felkészültnék érzi-e magát koraszülött gyermeke otthoni ellátására?*), a másik egy négyfokozatú Likert-skála. A 25-30. gesztációs hét között született mindegyik koraszülött édesanyja felkészültnék érzi magát gyermeke otthoni ellátására, a 31-36. hét gesztációs korú koraszülöttek esetében ez az arány 97,3%, de a különbség a két csoport között nem szignifikáns (p=0,510). A születési súllyal összefüggésben vizsgálva ugyanezt a kérdést megállapítottuk, hogy az 1001-1500 gramm születési súlyú koraszülöttek édesanyjai közül csupán 92,3% érzi magát felkészültnék gyermeke otthoni ellátására, míg a többi csoportban ez az arány 100%, de a különbség itt sem jelentős (p=0,202). A felkészültséget mérő négyfokozatú Likert-skálán 1=nem érzem magam felkészültnék; 4=maximálisan felkészültnék érzem magam jelentéssel bírt. A 31-36. gesztációs hét között született koraszülöttek édesanyjai egy kicsivel felkészültebbnek érzik magukat (MR=51,92), mint az ennél kevesebb gesztációs korú koraszülöttek édesanyjai (MR=50,48), de a különbség a két csoport között nem jelentős (p=0,786; U=1049,500). A születési súly alapján vizsgálva ugyanezt a kérdést megállapíthatjuk, hogy szintén nincs különbség a felkészültség megítélésében (p=0,666; Chi-square=2,383). A legfelkészültebbnek a 2501 gramm felet-

ti (MR=57,35), majd az 1000 gramm alatti (MR=55,23), 1501-2000 gramm közötti (MR=54,16), a 2001-2500 gramm közötti (MR=48,43) és az 1001-1500 gramm közötti (MR=47,63) születési súlyú koraszülöttek édesanyjai érzik magukat.

A lelki támogatás szükségességét vizsgáló kérdés (*Lenne-e igénye arra, hogy lelki támogatást kaphasson?*) eredményei az alábbiak szerint alakultak (több választ is megjelölhettek az édesanyák). A gesztációs idő alapján kialakított két csoport válaszainak megoszlásában nem találtunk jelentős különbséget. Mindkét csoportban a leggyakrabban arról számoltak be az édesanyák, hogy az osztályon dolgozó ápolóktól kaptak lelki támogatást (46,7% és 36,6%), ami igen pozitív eredménynek mondható. Mindkét csoportból megközelítőleg a válaszadók 1/3-a jelölte meg, hogy nincs szüksége lelki támogatásra. (III. táblázat)

A születési súly alapján kialakított öt csoport esetében sem találtunk jelentős különbséget egyik válaszlehetőség megoszlási gyakoriságában sem. Az azonban szembetűnő eredmény, hogy a legalább 2501 gramm születési súlyú koraszülöttet világra hozó édesanyák 53,8%-a nem is igényelne lelki támogatást. Az is figyelemre méltó eredmény, hogy mindegyik súlycsoportban az osztályon dolgozó ápolókat viszonylag magas arányban megjelölték, mint lelki támogatást nyújtó személyt. Az 1000 gramm, vagy annál kisebb súlyú koraszülöttet világra hozó édesanyák 36,4%-a az osztályon dolgozó orvosokat is megjelölte lelki támogatást nyújtó személyként. Az is érdekes eredmény, hogy csak a családot viszonylag kevesen jelölték meg lelki támasz forrásként. (IV. táblázat)

IV. táblázat: Lelki támogatás iránti igény a születési súly függvényében (n=103)

Lelki támogatás iránti igény	Születési súly				
	<1000 g	1001-1500 g	1501-2000 g	2001-2500 g	>2501 g
Igen (p=0,484)	0%	15,4%	4%	7,7%	7,7%
Nem (p=0,390)	36,4%	30,8%	28%	23,1%	53,8%
Nem tudom, nem gondolkodtam rajta (p=0,780)	9,1%	11,5%	16%	23,1%	15,4%
Támogattak lelkileg az osztályon dolgozó ápolók (p=0,547)	54,5%	42,3%	44%	34,6%	23,1%
Támogattak lelkileg az osztályon dolgozó orvosok (p=0,096)	36,4%	3,8%	16%	11,5%	7,7%
Csak a családom lelki támogatására számíthattam (p=0,735)	9,1%	11,5%	8%	19,2%	7,7%

## Következtetések

Felmérésünkben levonható az a következtetés, hogy az általunk vizsgált osztályon a hazaadással kapcsolatos tájékoztatás pozitív megítélést kapott a megkérdezett édesanyák részéről. Sem a születési súly, sem a koraszülött gesztációs ideje nem függ össze jelentős mértékben a kapott információ mennyiségével és minőségével. Ebből az eredményből arra lehet következtetni, hogy az osztályon mindenkit egyformán informálnak, mindenkire egyforma figyelmet fordítanak, függetlenül a születési súlytól vagy a gesztációs időtől. Kissé kritikusan szemlélve az előző eredményt, ez jelezheti a rutin ápolási gyakorlat megvalósulását is, az egyéni szükségletekre való fókuszálással szemben. Leggyakrabban a táplálással, higiéniával és pelenkázással kapcsolatban informálják hazaadás előtt a szülőket, illetve a fiatalabb (25-30. hét) gesztációs korú koraszülöttek szüleit a gyógyszerbeadással, az újraélesztéssel és a tornáztatással kapcsolatban is körültekintően tájékoztatják. Egy több mint tíz évvel ezelőtti, szintén Szegeden készült felmérésben ugyancsak a táplálás és a higiéné volt az a terület, amivel kapcsolatban leggyakrabban informálták a szülőket (Németh, 2005). Az információátadás módját tekintve első helyen a szóbeli tájékoztatás áll, az ismeretek készség szintű átadását biztosító gyakorlati bemutatás vagy gyakorlati lehetőség jóval elmarad a kívánatostól. Az információ átadás módjában sajnos nem történt változás, fejlődés az elmúlt tíz évben, mivel az akkori vizsgálatban is, szóban kap-

ták a legtöbb információt a szülők (Németh, 2005). A válaszadó édesanyák több mint fele a védőnőt jelölte meg azon személyként, aki a leghasznosabb információt adta a koraszülött ápolásával, gondozásával kapcsolatban. Ennek az lehet az oka, hogy a szoptatásnál, etetésnél a védőnők folyamatosan az anyukák mellett tartózkodnak, így az édesanyáknak bármikor lehetőségük nyílik kérdések feltevésére. Ezzel szemben az ápolók idejük jelentős részében a még intenzív ellátásra szoruló koraszülöttek ápolásával vannak elfoglalva, és emiatt kevés időt tudnak tölteni a már jó állapotban lévő koraszülöttek szüleinek. Külföldön kevésbé jellemző a védőnők koraszülött osztályos jelenléte, így fordulhat az elő, hogy az ápolót tekintik a szülők a leghasznosabb információforrásnak (Kowalski et al., 2006).

Van néhány terület, melyekkel kapcsolatban a megkérdezettek úgy vélekedtek, hogy szükségük lenne még több információra, ezek a védőoltások, a gyógyszerbeadás, a tornáztatás és az újraélesztés. Ezen területekre a későbbiekben szükséges lenne nagyobb hangsúlyt fektetni. Az osztályon dolgozó ápolók lelki támogatásban való részvétele eredményeink alapján megkérdőjelezhetetlen. Fontos eredmény ez, mivel az ápolók a nap 24 órájában figyelemmel kísérik a csecsemők állapotát, illetve látják a szülők reakcióit is, így képesek empátiával fordulni a szülők felé, meghallgatni félelmüket.

Levonhatjuk azt a következtetést is, hogy a nagyobb születési súlyú, illetve idősebb gesztációs korú koraszülöttek szülei magabiztosabbak gyermekük ellátásával kapcsolo-

latban, mivel felkészültebbnek ítélték meg magukat, mint a kisebb születési súlyú illetve gesztációs korú koraszülöttek édesanyái, de ezek az eltérések nem szignifikánsak. Mégis van jelentőségük, további teendőket indukálnak a kisebb születési súlyú és gesztációs korú koraszülöttek szüleinek irányába, hogy ők is felkészültnék, magabiztosabbnak érezzék magukat, amikor gyermeküket hazaviszik.

Javaslataink között szerepel, hogy a szülők ne csak szóbeli tájékoztatást kapjanak gyermekük hazaadása előtt az otthoni teendővel kapcsolatban, hanem amikor csak lehet, legyen lehetőségük még az intézményben gyakorolni az alapápolási feladatokat, esetleg az újraélesztést egy arra alkalmas gyakorlóban. Szükség lenne a koraszülött

ellátásában résztvevő team által összeállított tájékoztató füzet/ek kiadására, oktató filmek készítésére is, hogy legyen olyan szakmai ajánlás a szülők kezében, amelyet hazaadás után is bármikor megnézhetnek, és így hiteles információkhoz juthatnak gyermekük otthoni ellátásával kapcsolatban. Ezt mindenki megkaphatná a hazaadás pillanatában. A hazaadást követően a területi védőnő és családi gyermekorvos segíti tanácsaival a koraszülött gyermek gondozását, ápolását, fejlődését, de érdemes lenne az egészségügyi intézmény koraszülöttet ellátó team tagjaival való szervezett kapcsolattartás megteremtésére is nagyobb gondot fordítani (email, telefon, személyes látogatás lehetőségének biztosítása) a hazaadást követő intervallum akadálymentesítése érdekében.

## Irodalomjegyzék

1. Balla, Gy., Nobilis, A., Adamovich, K. (2003). Kis súlyú koraszülöttek kórházi ellátása. *Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle*, 8, 137-144.
2. Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M. Z., Chou, D., Moller, A. B., Narwal, R., Adler, A., Vera Garcia, C., ... Lawn, J. E. (2012). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*, 379(9832), 2162-2172. doi:10.1016/S0140-6736(12)60820-4.
3. Bódis, J. (2009). Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika betegforgalma - 2008. évi jelentés. *Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar*. [http://kk.pte.hu/docs/szuleszet/file/2008\\_evi\\_adatok/2008\\_jelentes.doc](http://kk.pte.hu/docs/szuleszet/file/2008_evi_adatok/2008_jelentes.doc) Hozzáférhető 2016. december 03.
4. Boykova, M. (2016). Transition from hospital to home for parents of preterm infants, *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 26(1), 327-348.
5. Broedsgaard, A., Wagner, L. (2005). How to facilitate parents and their premature infant for the transition home. *International Nursing Review*, 52(3), 196-203. doi:10.1111/j.1466-7657.2005.00414.x
6. Koraszülöttek neonatális ellátása. *Magyar Nőorvos Társaság*, (2008). <http://www.iranyelvek.hu/iranyelvek/old/all/nogyogyszat/Koraszulottek%20neonatalis%20ellatasa.pdf> Hozzáférhető 2016. december 20.
7. Kowalski, W. J., Leef, K. H., Mackley, A., Spear, M. L., Paul, D. A. (2006). Communicating with parents of premature infants: who is the informant? *Journal of Perinatology*, 26(1), 44-48. doi:10.1038/sj.jp.7211409
8. Lopez, G. L., Anderson, K. H., Feutchinger, J. (2012). Transition of premature infants from hospital to home life. *Neonatal Network*, 31(4), 207-214.
9. Németh, A. (2005). Az ápoló lehetőségei a koraszülött csecsemők otthoni ellátásában. *Nővér*, 18(3), 27-35.
10. Smith, W. C., Young, S., Pursley, D. M., McCormick, M. C., Zupancic, J. A. F. (2009). Are families prepared for discharge from the NICU? *Journal of Perinatology*, 29(9), 623-629. doi:10.1038/jp.2009.58

# Körzeti ápolók kihívásai és foglalkozás-egészségügyi kockázatai a páciensek otthonában történő ellátások során

DR. HIRDI Henriett Éva, LUKÁCS Miklós, TÓTHNÉ BUCSEK Ildikó,  
Dr. BALOGH Zoltán

## Összefoglalás

**A vizsgálat célja:** felmérni a háziorvosi szolgálatokban alkalmazott ápolókat, a páciensek otthonában nyújtott egészségügyi ellátások során érő mindennapos foglalkozás-egészségügyi kockázatokat.

**Anyag és módszer:** A keresztmetszeti vizsgálat 2016. január 20. és április 15. között történt Magyarországon a háziorvosi, házi gyermekorvosi, illetve vegyes praxisokban dolgozó egészségügyi szakdolgozók körében, egyszerű véletlen mintavételi technikával (N=983). Az adatgyűjtés web-alapú anonim, önkitöltős kérdőív alkalmazásával történt. A szerzők az összegyűjtött adatokat Microsoft Excel 2013 szoftver segítségével, leíró statisztikai módszerrel elemezték.

**Eredmények:** A felmérésben résztvevő ápolók 99,59%-a nő, átlagosan 27,34 év szakmai tapasztalattal. A leggyakoribb kockázati tényezőként a következőket jelölték meg a páciensek otthonában: 71,4% éles vagy hegyes munkaeszköz használata, 54,9% az emberi testből származó mintákkal való érintkezés, 29,51% lakásban való dohányzás, 13,7% betegmozgatás egyedül, segédeszköz nélküli végzése, 8,9% agresszív háziállat a lakásban, 7,5% rossz közbiztonság.

**Következtetések:** Az eredmények az ápolók fokozott biológiai foglalkozás-egészségügyi kockázataira hívják fel a figyelmet. Az eredmények alapján a szerzők fontosnak tartják foglalkozás-egészségügyi kockázatokkal kapcsolatos szakmai továbbképzési programok létrehozását, megszervezését a körzeti ápolók számára.

**Kulcsszavak:** közösségi ápolás, otthoni ellátás, foglalkozás-egészségügyi kockázatok

### Community nurses' challenges and occupational health hazards associated with home health care

Henriett Éva HIRDI PhD, Miklós LUKÁCS, Ildikó TÓTHNÉ BUCSEK, Zoltán BALOGH PhD

#### Summary

The aim of the study was to assess the occupational health hazards associated with the delivery of home health care among nurses in family practices.

**Methods:** The cross-sectional survey was conducted between 20 January 2016 and 15 April among nurses working in general, child and family practices, selected using a random, sampling method (N=983). The data gathering took place using a web-based, anonymous, self-completion questionnaire. The authors analysed the gathered data with Microsoft Excel 2013 software, employing a descriptive statistical methods.

**Results:** 99,59% of nurses were female with an average of 27,34 years experience. Nurses reported the following frequently health risks at their client's homes: 71,4% handling sharp devices or equipment, 54,9% contact with human body fluids, 29,51% smoking in home, 13,7% patient handling without slings or handling devices, 8,9% aggressive pets, 7,5% neighborhood violence/crime.

**Conclusions:** Results demonstrated an increased biological health risk among nurses. Based on the results, the authors stress the importance of developing and conducting training programs concerning occupational health hazard issues for nurses working in family practices.

**Keywords:** community nursing, home visit, occupational health hazards

Beérkezett: 2017. január 10. Elfogadva: 2017. február 15.

DR. HIRDI Henriett Éva alapellátásért felelős országos alelnök, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara elnök, Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetsége

LUKÁCS Miklós alapellátásért felelős területi alelnök, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, Baranya Megyei Területi Szervezete

TÓTHNÉ BUCSEK Ildikó tagozatvezető, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara

Dr. BALOGH Zoltán elnök, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara

tanszékvezető főiskolai tanár, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Budapest

Levelező szerző (correspondent): DR. HIRDI Henriett; levelezési cím: MESZK OSZ; 1450 Budapest, Pf.: 214.;

e-mail: hirdi.henriett@gmail.com



## Bevezetés

Kutatások igazolják, hogy az egészségügyi tevékenységet végzők a foglalkozás-egészségügyi kockázatok szempontjából a magas kockázatú gazdasági ágazatba tartoznak, mivel maga a végzett tevékenység rendkívül összetett, melyet speciális munkakörnyezetben, egyidejűleg többféle egészségkárosító kóroki tényező jelenléte és megterhelés mellett kell ellátni. (TÁMOP-2.4.8-12/1, 2012) Éppen ezért az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) és az Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség (European Agency for Safety and Health at Work, EU-OSHA) is már számos olyan felmérést, kiadványt készített az elmúlt évek során, mely az egészségügyi ágazatban megjelenő biológiai, fizikai, kémiai, ergonómiai, pszichoszociális kóroki tényezők kockázatértékelésével, illetve az azonosított veszélyek elhárításával foglalkozik. (WHO, 2017; EU-OSHA, 2002, 2007, 2008)

Magyarországon a hatályos jogszabályok a munkáltatók számára kötelező módon írják elő az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés személyi, tárgyi és szervezeti feltételeinek megteremtését, az egészségkárosító kóroki tényezők rendszeres monitorizálását, illetve a kockázatértékelést. (1993. évi XCIII. törvény) Ezek kivitelezése a fekvő-, és járóbeteg szakellátást nyújtó intézményekben szinte maradéktalanul megvalósul, ugyanakkor az alapellátás területén ma még nem foglalkoznak tudatosan a szakdolgozók egészségét és biztonságát veszélyeztető kockázatokkal, a veszélyeztetettség mértékével. Különösen igaz ez a háziorvosi praxisokban alkalmazott ápolók tekintetében, akik az otthonukban ápolt, nehezen mobilizálható betegek esetében nem az orvosi rendelőben, hanem egy kevésbé ideális, előzetesen nehezen ellenőrizhető munkakörnyezetben végzik mindennapi tevékenységeiket. Erre a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet is lehetőséget biztosít, mely kimondja, hogy indokolt esetben a beteg otthonában láthatják el a háziorvosi praxis keretében végezhető feladatokat. Leggyakoribb ilyen feladat az orvos által

előírt vizsgálatokhoz a vér- és vialadékvétel, melyet az ápolók összegyűjtve saját maguk juttatnak be a helyi laboratóriumokba. Ezenfelül jellemző még a gyógyszerek különböző módon – leginkább injekció formájában – történő bevitele, sebek kötözése, a beteg testi higiénéjének biztosítása. (Hirdi és mtsai, 2012)

A nemzetközi szakirodalomban már több publikáció is foglalkozik a páciensek otthoni ellátása során az egészségügyi személyzetre leselkedő veszélyekről. Egy New York és környékén végzett kutatás során azt találták, hogy az egészségügyi szakdolgozók 33%-a csótányok, 30%-a dohányfüst, 23%-a férgek, 17%-a irritáló vegyi anyagok, 15%-a lemálló festék, 17%-a rendetlenség, 9%-a szélsőséges hőmérséklet, 12%-a egészségtelen környezet, 6% nem biztonságos környezet, 11%-a erőszak, bűnözés, míg 6%-a agresszív háziállatok jelenlétét jelezték az otthoni ellátási körülményeket illetően. (Gershon és mtsai, 2008) Szintén az Egyesült Államokban állapították meg azt is, hogy az otthoni ellátás során a leggyakoribb kockázati tényező a váz-, és izomrendszer túlzott terhelése a betegmozgatások kapcsán, illetve a beteg vagy családtagok verbális agressziója. (Markkanen és mtsai., 2014) Az Amerikai Munkavédelmi és Foglalkozás-egészségvédelmi Intézet (The National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH) e témában külön kiadványt is megjelentetett, mely egyrészt részletesen bemutatja a leggyakoribb kockázati tényezőket, másrészt gyakorlati tanácsokkal látja el mind a munkavállalókat, mind pedig a munkáltatókat a megelőzési lehetőségekkel összefüggésben. (NIOSH, 2010.)

Fenti témával kapcsolatos hazai kutatások még nagy hiányosságot mutatnak, ezért a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) a 2016. évben az alapellátás területén végzett egészségügyi szakdolgozók aktuális helyzetét feltáró kutatásai keretében célul tűzte ki – az ápolók munkakörülményeinek javítása érdekében – a foglalkozás-egészségügyi kockázatok feltérképezését. A magyarországi otthoni szakápolás és hospice ellátás területén dolgozók élet- és munkakörülményeinek felmérése során megállapítást nyert, hogy a biológiai kockázati tényezők közül a

leggyakoribb az emberi váladékkal (pl. széklet, vizelet, nyál) való érintkezés (mindig: 37,4%, esetenként: 48,9%), továbbá az éles vagy hegyes munkaeszköz (pl. injekciós tű) használata (mindig: 32,3%, esetenként: 34%). Míg a fizikai és kémiai kockázati tényezők közül kiemelésre került, hogy az ápolóknak a betegmozgatást egyedül, segédeszköz nélkül kell végezni (mindig: 28%, esetenként: 58,2%). (Hirdi és mtsai, 2016.)

### Vizsgálat célja

Az országos felmérés célja az volt, hogy megismerjük a háziorvosi szolgálatokban dolgozó ápolók foglalkoztatásának jelenlegi körülményeit, feltárjuk aktuális problémáikat, illetve felvázoljuk szakmai-fejlődési útjaik lehetséges irányait. Ezen belül célunk volt felmérni az ápolókat a páciensek otthonában nyújtott egészségügyi ellátások során érő mindennapos foglalkozás-egészségügyi kockázatokat.

## Anyag és módszer

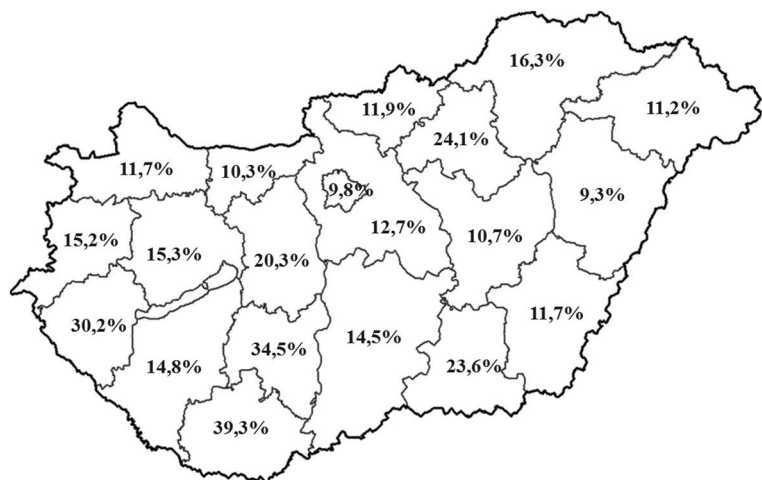
A keresztmetszeti, kvantitatív vizsgálatra 2016. január 20. és 2016. április 15. között került sor, nem véletlenszerű, kényelmi mintavételi technikával Magyarországon, a háziorvosi, házi gyermekorvosi, illetve vegyes praxisokban dolgozó egészségügyi szakdolgozók körében. Az adatgyűjtés a MESZK honlapján elhelyezett web-alapú, anonim, önkitöltős kérdőív alkalmazásával történt. A kérdőívre mutató link, illetve a részvételi felhívás eljuttatása a célcsoporthoz egyrészt elektronikus hírlevél útján a kamarai levelezőlisták felhasználásával, másrészt közösségi oldal felhasználásával történt. Az alkalmazott saját készítésű kérdőív alapjául a MESZK 2012. évi ugyanezen területen folytatott felmérésnél alkalmazott kérdőív szolgált, mely további kérdésekkel kiegészítésre került. A kérdőív kitöltése kb. 20 percet vett igénybe. A kérdőív-

ben nyitott és zárt kérdéseket egyaránt alkalmaztunk. A kérdőív az alábbi kérdéskörök köré csoportosult:

1. Szocio-demográfiai adatok (nem, életkor, szakmai végzettség, munkavégzés helye, jellege)
2. Képzettségre, továbbképzésre, szakmai kompetenciák kiterjesztésének igényére vonatkozó kérdések
3. A páciensek otthonában történő munkavégzés, egészségügyi tevékenység körülményeire vonatkozó kérdések
4. A tevékenység tartalmára vonatkozó kérdések
5. Bérrendszerrel, elismeréssel, munkakörülményekkel való elégedettség

Jelen tanulmányunkban nem kerül bemutatásra valamennyi kérdéskörre vonatkozó eredmény, csak a páciensek otthonában történő munkavégzés, egészségügyi tevékenység körülményeire vonatkozó eredményeket mutatjuk be. Elektronikus kérdőívünket 983 ápoló töltötte ki, mely országos szinten 15,5%-os válaszadói arányt jelentett. A válaszadói arány megoszlását a megyei alapsokasághoz viszonyítva az **1. ábra** tartalmazza. A megoszlás nagyjából egyenletes, de vannak olyan területek, amelyek a mintában felülreprezentáltak (például Baranya, Csongrád, Heves, Tolna, Zala). A kutatás során gyűjtött adatok feldolgozása Microsoft Excel 2013 szoftver és **SPSS 20.0 program** felhasználásával történt. Az elemzés során leíró statisztikai módszereket használtunk.

**1. ábra: A válaszadói arány megoszlása megyei bontásban (N=983)**



Az alapstatisztikaként gyakorisági eloszlást, átlagértékeket és szóródást vizsgáltunk.

## Eredmények

### Szocio-demográfiai adatok

A válaszadók átlag életkora 47,78 év (SD=8,52; Min=23; Max=70), 0,41% férfi, 99,59% nő, az egészségügyben átlag 27,34 éve dolgoznak (SD=11,21; Min=0,5; Max=54). A válaszadók több mint fele (56,97%) felnőtt háziiorvosi ellátásban dolgozik, több mint egynegyede (26,96%) vegyes praxisban, 16,07% pedig házi gyermekorvosi ellátásban. A válaszadók átlagosan 17,95 éve (Min: 0,1; Max: 46, SD: 12,77) dolgoznak háziiorvosi ellátási szakterületen. A kérdezettek aktivitási státuszát tekintve jelenleg 5,69%-uk dolgozik nyugdíj folyósítása mellett. A minta további szocio-demográfiai jellemzőit az I. számú táblázat tartalmazza.

### Kockázati tényezőknek való kitettség önértékelése

Felmérésünk során a páciensek lakó-, vagy tartózkodási helyén lévő munkakörülményeket, az egyes biológiai, kémiai, fizikai és pszichoszociális kockázati tényezőtérképeztük fel az ott egészségügyi ellátást nyújtó ápolók saját becslései alapján.

A **biológiai kockázati tényezők** közül a leggyakoribb veszélyforrás e területen az éles vagy hegyes munkaeszköz (pl. injekciós tű) használata (mindig: 17,20%, gyakran: 54,17%). Második legjellemzőbb biológiai kockázat az emberi testből származó mintákkal (pl. vérrel) való érintkezés (mindig: 11,84%, gyakran: 43,11%), harmadik pedig a különböző emberi váladékokkal (pl. széklet, vizelet, nyál) (mindig: 9,2%, gyakran: 33,55%). Ezen adatokkal szorosan összefügg, hogy az ápolók 52,9%-a válaszolta azt, hogy rendszeresen végez vérvételt, míg 20,9%-uk néha vesz vért, 26,2%-uk pedig soha nem vesz. Vizeletvizsgálatot tesztcsíkkal 66%-uk végez rendszeresen, 17,8%-uk néha, 16,2% pedig sosem. A válaszadók 8,35%-a ítéli meg úgy, hogy gyakran fordul elő fertőző betegségben szenvedő páciens (pl. Hepatitis, TBC, MRSA, HIV, Calici fertőzés) az otthoni ellátás során. A mintában nem volt jellemző, hogy

I. táblázat: A minta szocio-demográfiai jellemzői (N=983)

		Összesen
Nem, fő (%)		
	nő	979 (99,59)
	férfi	4 (0,41)
Életkor, év		
	átlag	47,78
	szórás	8,52
	st.error	0,27
	medián	48
	min	23
	max	70
Munkaviszony egészségügyi szakterületen, év		
	átlag	27,34
	szórás	11,21
	st.error	0,6
	medián	28
	min	0,5
	max	54
Munkaviszony háziiorvosi ellátási szakterületen, év		
	átlag	17,95
	szórás	12,77
	st.error	0,41
	medián	18
	min	0,1
	max	46
Szakterület, fő (%)		
	felnőtt háziiorvosi ellátás	560 (56,97)
	házi gyermekorvosi ellátás	158 (16,07)
	vegyes praxis	265 (26,96)
Milyen praxisban dolgozik? fő (%)		
	területi ellátási kötelezettséggel rendelkező	922 (93,79)
	területi ellátási kötelezettséggel NEM rendelkező (TEK nélküli)	61 (6,21)
Munkavégzés helyének településtípusa		
	község, tanya	319 (32,45)
	város	403 (41,0)
	megyeszékhely	147 (14,95)
	főváros	114 (11,6)

I. táblázat: Folytatás

Foglalkoztatás jellege, fő (%)		
	munkaviszony	880 (89,52)
	szabadfoglalkoztatás	5 (0,51)
	közalkalmazott	66 (6,71)
	szolgálati jogviszony	3 (0,31)
	egyéni egészségügyi vállalkozó	15 (1,53)
	közszolgálati jogviszony	3 (0,31)
	társas vállalkozás	11 (1,12)
Állásidő, fő (%)		
	főállású	921 (93,69)
	részmunkaidős	62 (6,31)
Jogviszony időtartama, fő (%)		
	határozatlan idejű	932 (94,81)
	határozott idejű	51 (5,19)
Nyugdíjas, fő (%)		
	igen	56 (5,69)
	nem	927 (94,31)

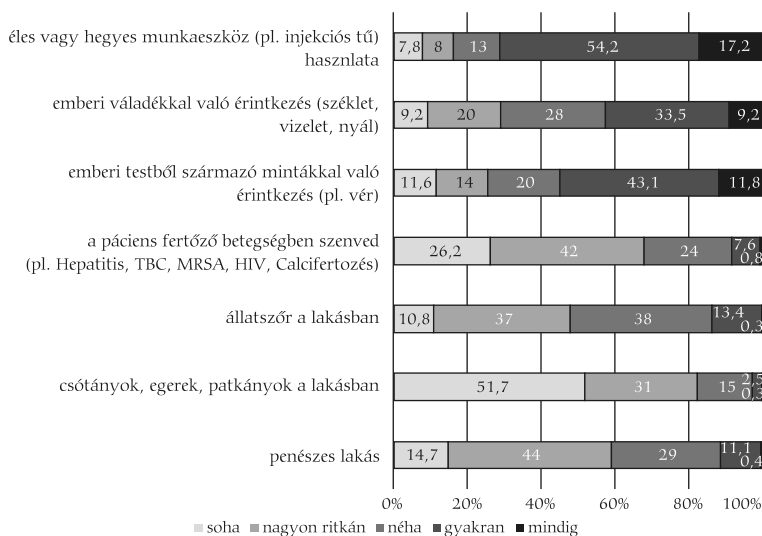
csótányok, egerek, vagy patkányok vannak a páciens lakásában, csupán 2,72% jelezte ennek gyakori előfordulását. (2. ábra) A biológiai kockázati tényezőkkel kapcsolatos megelőzési intézkedési lehetőségek miatt fontos kiemelni, hogy az ápolóknak csupán 82,6%-a jelezte azt, hogy mindig rendelkezésre áll az otthoni ellátás során gumikesztyű, ezzel szemben 7,2%-uknak sosem. Veszélyes hulladék tárolására alkalmas edény is csak 73,4%-uknak biztosított mindig, 11,6%-uknak néha, 15%-nak pedig soha. A páciensek felénél (54,8%) van lehetőség a szappanos kézmosásra. Az ápolók 70,9%-ának mindig van alkoholos kézbedörzsölője, 51,7%-uknak fertőtlenítő hatású folyékony szappanja is, 13,5%-uknak semelyik sincs. A felmérésben résztvevők 67,7%-ának mindig rendelkezésre áll szájmaszk. A munkáltató mindössze 35,6%-uknak biztosít munkaruha juttatást a jövedelmen felül, 64,4%-uknak saját illetményükből kell biz-

tosítani a munkaruházatot. A munkavégzés tárgyi feltételeivel az ápolók 30,8%-a elégedetlen.

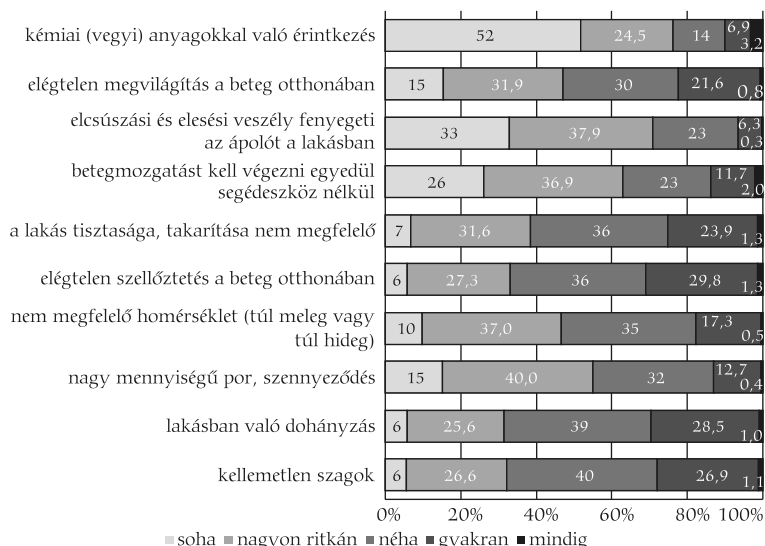
A **fizikai és kémiai kockázati tényezők** közül legkellemetlenebbnek, leggyakrabban az elégtelen szellőztetés problémáját jelölték meg a betegek otthonában (mindig: 1,3%, gyakran: 29,79%), ezt követte a páciensek, illetve hozzátartozóik lakásban való dohányzása (mindig: 1,03%, gyakran: 28,48%), illetve a kellemetlen szagok (mindig: 1,06%, gyakran: 26,85%). A lakás tisztaságának hiányosságai, a takarítás nem megfelelő szintje (mindig: 1,29%; gyakran: 23,87%) szintén olyan tényező, mely mellett nem biztosított az ideális munkakörülmény a beteg ellátásra. A betegmozgatást egyedül, segédeszköz nélkül kell végeznie gyakran 13,78%-nak. Legkevésbé kockázatosnak a lakásban való elcsúszási és elesési veszélyt, illetve a kémiai (vegyi) anyagokkal való érintkezést jelölték meg az ápolók. (3. ábra)

A **pszichoszociális kockázati tényezők** közül legtöbbször (8,89%) a páciens agresszív háziállatát jelölték meg. Aggodalomra ad még okot a páciens otthonának környékén a nagyon rossz közbiztonság, ezt a válszadók 7,55%-a jelezte gyakori kockázatnak. Az ápolók 6,47%-a gyakran nem tud bejutni az adott beteg lakásába, illetve 6,31% számára a helyszín nehezen megközelíthető. Előzőekhez kapcsolódik, hogy a felmérés-

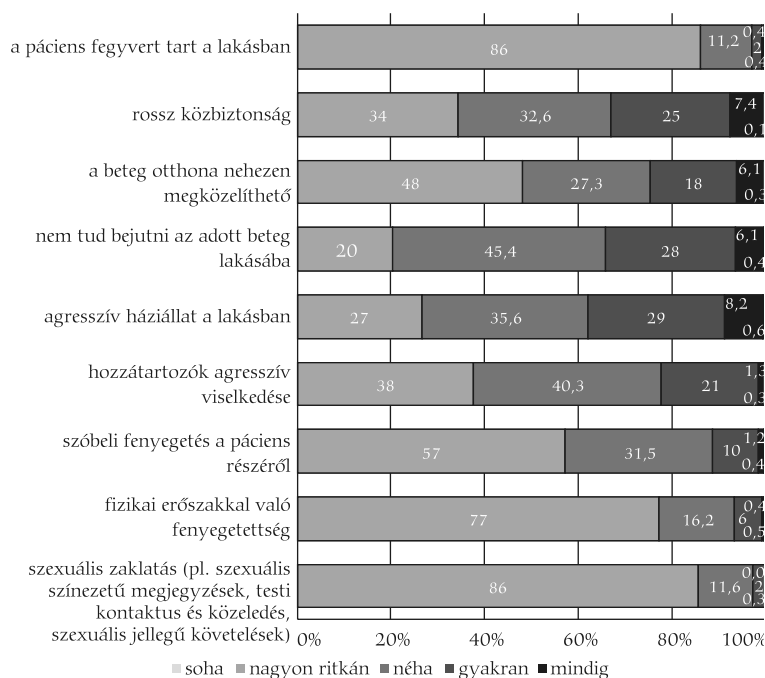
2. ábra: Biológiai kockázati tényezőknek való kitettség a munkavégzés során (önértékelés) (N=983)



**3. ábra: Kémiai és fizikai kockázati tényezőknek való kitettség a munkavégzés során (önértékelés) (N=983)**



**4. ábra: Pszichoszociális kockázati tényezőknek való kitettség a munkavégzés során (önértékelés) (N=983)**



ben résztvevő ápolók 29,5%-a elégedetlen a személyes biztonságának biztosítottásával. Ugyanakkor nem jelezték gyakorinak a betegek és hozzátartozók részéről sem a szóbeli, sem pedig a fizikai fenyegetést. Tekintettel azonban arra, hogy az ápolók a pácienseket otthonukban egyedül keresik fel, ahol

kiszolgáltatottabb helyzetbe kerülnek, mintha intézményi környezetben lennének, nagyon fontos a néha előforduló fenyegetettség gyakoriságát is megvizsgálni. Ennek megfelelően 22,19% jelezte a hozzátartozók agresszív viselkedését, 11,23%-uk a szóbeli fenyegetést a páciens részéről, 6,6% a fizikai erőszakkal való fenyegetettséget, és 2,69% a szexuális zaklatást. (4. ábra)

### Következtetés, javaslatok

Kutatásunk során többek között arra kerestük a választ, hogy biztosítottak-e a házi orvosi praxisokban dolgozó ápolók egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzési feltételei miközben a különböző páciensek lakó- vagy tartózkodási helyén nyújtanak egészségügyi ellátást. A kutatás során alkalmazott kérdésekkel az ápolók saját maguk értékelték a felsorolt biológiai, kémiai, fizikai és pszichoszociális kockázati tényezőknek való kitettségük gyakoriságát. A kérdőívben kitértünk a beteg otthonában rendelkezésre álló kézmosási, fertőtlenítési, veszélyes hulladéktárolási lehetőségekre, illetve az egyéni védőeszközökkel (gumikesztyű, szájmascsk) való ellátottságra is. Kutatásaink eredményei alapján megállapíthatjuk a körzeti ápolók fokozott biológiai kockázatnak vannak kitéve mindennapi munkavégzésük során, elsősorban (71,37%-ban) az éles vagy hegyes munkaeszköz (pl. vérvételi és injekciós tű) használata, továbbá az emberi testből származó mintákkal (pl. vérrel) való érintkezés (54,95%) miatt. A munkáltatónak minden olyan biológiai tényezővel kapcsola-

tos tevékenységnél, amely kockázatot jelent a munkavállaló biztonságára és egészségére biztosítania kell a bőrfertőtlenítés lehetőségét, a szükséges védőeszközöket, a veszélyes hulladék elkülönített tárolását. Ennek ellenére az ápolók 70-80%-a jelezte csak azt, hogy mindig rendelkezésére áll a gumikesztyű, szájmaszk és fertőtlenítőszer.

A környezeti tényezők elemzése alapján megállapítható, hogy a nemzetközi kutatási eredményekhez hasonlóak egyes kockázati jellemzők (pl. dohányfüst, takarítás hiánya, háziállatok jelenléte), melyek nemcsak az ápolók egészségére, biztonságára vannak hatással, hanem a betegellátás minőségét, hatékonyságát is negatív irányba befolyásolhatják. Az agresszív háziállat jelenléte, vagy a „rossz, veszélyes” környék, a hozzátartozók, illetve a páciens erőszakos szóbeli megnyilvánulása szintén gyakori pszichoszociális kockázatnak tekinthető. (Gershon és mtsai, 2008) Felmérésünkből levonható az a következtetés is, hogy a körzeti ápolók habár hasonló munkakörnyezetben végzik tevékenységüket, mint a hazai otthoni szakápolást, hospice ellátást nyújtó ápolók, azonban alapfeladataik, tevékenységi körük, az egyes páciensekkel való kapcsolatuk időtartama eltérő, mely tényezők miatt az egyes kockázati tényezőknek való kitettség gyakorisága nem azonos. Legjellemzőbb adat például az egyedül, segédeszköz nélkül végzett betegmozgatás

miatti kockázat, mely az otthoni szakápolást, hospice ellátást nyújtó ápolók körében gyakoribb (mindig: 28%), mint a körzeti ápolók körében (mindig 2,04%, gyakran: 11,73%). Ezzel szemben a körzeti ápolók esetében sokkal jellemzőbb hegyes eszközök használata és így tűszúrás kockázata (mindig 17,2%, gyakran: 54,17%), mint az otthoni szakápolást nyújtók körében. (Hirdi és mtsai, 2016.)

Eredményeink arra hívják fel a figyelmet, hogy fontos lenne hazánkban is egy olyan szakmai továbbképzés megszervezése, mely bővíti a körzeti ápolók ismereteit egyrészt a beteg otthonában felmerülő, őket fenyegető foglalkozás-egészségügyi kockázatokkal kapcsolatban, másrészt azok elhárítását, megelőzését szolgáló intézkedési lehetőségek terén. Ezenfelül, elengedhetetlen a higiéniére vonatkozó előírások betartásához, az egyéni védőeszközök rendelkezésre állásához a szükséges tárgyi feltételek munkáltató általi biztosításának fokozottabb ellenőrzése.

### Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetet mondanak az adatgyűjtés lebonyolításában nyújtott segítségért a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Területi Szervezetei elnökségeinek, illetve mindazoknak, akik válaszolva a felhívásra megosztották velük gondolataikat, elképzeléseiket, véleményüket.

## Irodalomjegyzék

1. 1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről. Hozzáférhető: [https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99300093.TV](https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99300093.TV) Szövegben hivatkozásként: (1993. évi XCIII. törvény) (Letöltve. 2017. január 9.)
2. 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről. Hozzáférhető: <http://net.jogtar.hu/jr/gen/getdoc2.cgi?dbnum=1&docid=A0000004.EUM> Szövegben hivatkozásként: (4/2000. (II. 25.) EüM rendelet) (Letöltve. 2017. január 9.)
3. Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség. Facts 29. Munkavédelmi helyes gyakorlat online az egészségügyi ágazat számára. Hozzáférhető: <https://osha.europa.eu/hu/tools-and-publications/publications/factsheets/29> Szövegben hivatkozásként: (EU-OSHA, 2007) (Letöltve. 2017. január 9.)
4. Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség. Facts 24. Erőszak a munkahelyen. Hozzáférhető: <https://osha.europa.eu/hu/tools-and-publications/publications/factsheets/24/>

- view Szövegben hivatkozásként: (EU-OSHA, 2002) (Letöltve. 2017. január 9.)
5. Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség. E-Facts 40. Kockázatértékelés és a tűszúrásos sérülések. Hozzáférhető: <https://osha.europa.eu/hu/tools-and-publications/publications/e-facts/efact40> Szövegben hivatkozásként: (EU-OSHA, 2008) (Letöltve. 2017. január 9.)
  6. Gershon R.M R, et al. (2008) Home Health Care Patients and Safety Hazards in the Home: Preliminary Findings. Hozzáférhető: [https://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol1/advances-gershon\\_88.pdf](https://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol1/advances-gershon_88.pdf) Szövegben hivatkozásként: (Gershon és mtsai, 2012) (Letöltve. 2017. január 9.)
  7. Hirdi H, Kálmánné SM, Balogh Z. (2012) A háziorsvosi, házi gyermekorvosi, illetve vegyes praxisokban dolgozó egészségügyi szakdolgozók munkakörülményei Magyarországon. *Nővér* 4 (25): 11-27.
  8. Hirdi H, Lukács M, Tóthné B. I, Schaffer J, Majerné H. A, Balogh Z. (2017) Az otthoni szakápolás és hospice ellátás területén dolgozók élet- és munkakörülményei egy országos felmérés alapján. *Kharón Thanatológiai Szemle* 1 (21).
  9. Markkanen P. et al. (2014) Characterizing the nature of home care work and occupational hazards: a developmental intervention study. *Am J Ind Med* 2014;57:445-57. doi:10.1002/ajim.22287
  10. TÁMOP-2.4.8-12/1-2012-0001 azonosító számú, „A munkahelyi egészség és biztonság fejlesztése, a munkaügyi ellenőrzés fejlesztése” című kiemelt projekt tájékoztató kiadványa. Az egészségügyi ágazatban dolgozó munkavállalók egészségét és biztonságát veszélyeztető munkahelyi kockázatok. Hozzáférhető: <http://munkavedelem.unideb.hu/intenziv%20szakapolo/eu-agazat.pdf> Szövegben hivatkozásként: (TÁMOP-2.4.8-12/1, 2012) (Letöltve. 2017. január 9.)
  11. The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Occupational Hazards in Home Healthcare. Hozzáférhető: <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2010-125/pdfs/2010-125.pdf> Szövegben hivatkozásként: (NIOSH, 2010) (Letöltve. 2017. január 9.)
  12. World Health Organization. Health worker occupational health. Hozzáférhető: [http://www.who.int/occupational\\_health/topics/hcworkers/en/](http://www.who.int/occupational_health/topics/hcworkers/en/) Szövegben hivatkozásként: (WHO, 2017) (Letöltve. 2017. január 9.)

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

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

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

Absztrakt beküldési határidő: 2017. május 15.

A rendezvényre vonatkozó bővebb információ hamarosan a [www.meszk.hu](http://www.meszk.hu)  
honlapon keresztül érhető el.

# A tűheggyel lefelé történő szúrástechnika előnyei

SOMOSI László, KISS Szilvia, DR. LADÁNYI Erzsébet

## Összefoglalás

A veseelégtelen hemodializált beteg életvonala az arteriovenózus fisztula. Az életvonal elnevezés a beteg és a dialízis készülék közötti alapvető kapcsolatra utal. A fisztulák megfelelő állapotban tartása rendkívül fontos, mert kulcsszerepet játszanak a sikeres dialízis kezelésben. A fisztula védelme elengedhetetlen mind az ápoló mind a beteg szempontjából. A személyzet részéről fontos a punkció helyes kivitelezése, a fisztula kímélete és védelme. Az arteriovenózus sönt kíméletére vezettük be 2011. novemberében a tűheggyel lefelé történő punkciós technikát. Ápolóinkat oktatásban részesítettük, ahol bemutattuk magát a technikát, a fisztulatű helyes tartását. Hangsúlyoztuk ezen punkciós technika előnyeit és hosszú távú hatását a fisztulára. Az új fisztulák első punkcióit kivéve, betegeink jelentős hányadánál ezt a technikát alkalmazzuk. A tűheggyel lefelé történő szúrás során betegeinknek kevésbé fájdalmas a punkció, csökkent a szúrástól való félelmük. A tű eltávolítása után a vérzési idő 6-7 percről kevesebb, mint 5 percre csökkent és a vérzés mennyisége is kevesebb lett. Csökkent a pörk mérete és az aneurizmák kialakulásának kockázata. Nefrológiai központunkban jó tapasztalatokat szereztünk a tűheggyel lefelé történő szúrással. Betegeink fisztulái jó állapotban tarthatóak, így élettartamuk is várhatóan javul.

**Kulcsszavak:** arteriovenózus fisztula, dialízis, tűheggyel lefelé történő fisztula punkció

### Advantages of the bevel down puncture technique

László SOMOSI, Szilvia KISS, Erzsébet LADÁNYI DR

### Summary

The arterio-venous fistula is also called the dialysis patient's lifeline. The name lifeline stands for the essential connection between the body and the dialysis machine. Keeping it in good condition is very important, because fistulas play a keyrole in the successful dialysis treatment. Fistula care is indispensable both from the nurse and patient side. The dialysis team is responsible for the fistula puncture and care. We introduced the bevel down puncture technique in November of 2011 for better arterio-venous shunt care. Our dialysis nurses were trained on the correct position of the fistula needle. We emphasised the benefits and long-term effects. We use this technique for all patients, except for the first fistula puncture. The bevel down puncture technique reduces the patient's fear of fistula puncture as it causes less pain. After removal of the needle, the bleeding time decreased from the approximate 6-7 minutes to less than 5 minutes and bleeding volume is also decreased. It also reduces the size of the scab and the aneurysm formation. In our dialysis unit we have had good experiences with the bevel down puncturing technique, as it kept our patients' fistulas in good condition, this may prolong vascular accesses lifetime.

**Keywords:** arterio-venous fistula, dialysis, bevel down fistula puncture

Beérkezett: 2016. június 28. Elfogadva: 2017. január 5.

## Bevezetés

A veseelégtelen hemodializált beteg életvonala az arteriovenózus fisztula. A fisztulát a beteg saját ereinek (egy artéria és egy véna) sebészi úton történő összeköttetésével hozzák létre. Ezt az összeköttetést anasztomózisnak hívjuk. Ezen anasztomózis hatására a vénában megnő a nyomás, amely így feltágul, fala megerősödik, „arterializálódik”. Az érett

fisztula alkalmassá válik a dialízis kezeléshez szükséges térfogat biztosítására.

Napjainkban az érbehatolások és a velük kapcsolatos szövődmények jelentik a hospitalizációk fő okát a végstádiumú veseelégtelenségben szenvedő betegek körében. Az érbehatolások jelentik a mindennapok egyik fő kihívását is, mert a betegeknek olyan dialízis vényerési helyre van szükségük, amely jól működik, tovább tart, emel-

SOMOSI László hálózati főápoló, Fresenius Medical Care Nefrológiai Központ, Miskolc  
KISS Szilvia sales oktatási referens, Fresenius Medical Care Magyarország Kft., Budapest  
DR. LADÁNYI Erzsébet orvos-igazgató, Fresenius Medical Care Nefrológiai Központ, Miskolc  
Levelező szerző (correspondent): SOMOSI László, e-mail: laszlo.somosi@fmc-ag.com



lett kevésbé fájdalmas. Ezért elengedhetetlen, hogy az érbehatalási helyre mind a beteg, mind az ápoló különös gondot fordítson.

Betegeinkkel a műtétet követően megbeszéljük a fisztula ellenőrzését. Szemrevételezéskor figyeljen a bőrpír és a duzzadás jeleire. Felhívjuk figyelmüket, hogy naponta többször ellenőrizték a fisztula működését - a surranást. Tartsák tisztán, a dialízis megkezdése előtt szappannal mossák meg a fisztulájukat, védjék a sérülésektől, ne emeljenek nehéz tárgyakat. Érbehatalásuk fejlődését elősegíthetik azzal, ha arra alkalmas gyakorlatokat végeznek. Ezek közé tartozik a puha labda összenyomása és az ujjbegyek összeérintése.

A személyzet részéről rendkívül fontos a fisztula punkció helyes kivitelezése, a fisztula kímélete és védelme. Punkció előtt elengedhetetlen a megfelelő és alapos fertőtlenítés. Az előírásoknak megfelelően a szűrési helytől kifelé haladva körkörös mozdulatokkal törölünk, minden törüléshez külön törölt használva. Az első fisztula punkciókat csak gyakorlott ápoló végezheti, aki lehet főápoló, műszakvezető ápoló, vagy akár a szűrásban nagyon jártas rutinos ápoló.

## Punkciós technikák

Az arteriovenózus fisztula punkciója során három technika alkalmazása terjedt el a mindennapi gyakorlatban. Ez a kötélletra (rope ladder), a terület meghatározásos (area) és a gomblyuk technika (buttonhole).

A kötélletra technika alkalmazása során minden alkalommal más - más helyen - a fisztula teljes szakaszán vándorolva - történik a punkció.

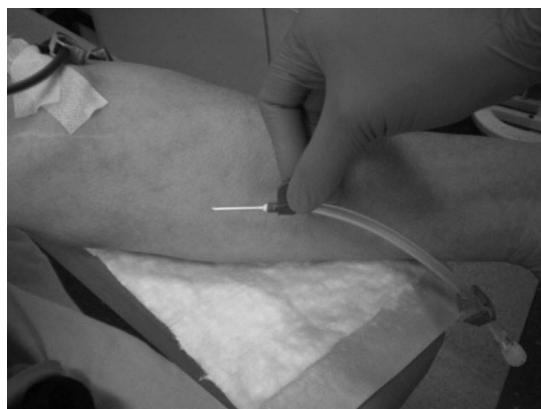
A terület meghatározásos technika esetén mindig az egymáshoz közel eső, jól behatárolható területeken kell szűrni, a gomblyuk technika alkalmazása során pedig mindig ugyanabban a pontban történik a punkció.

## Bevel down technika

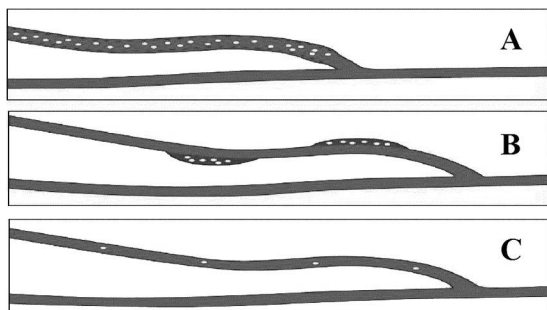
A dializált beteg fisztuláját évente mintegy 312 alkalommal szűrjük meg. Minden egyes szűrás kisebb sérülést, károsodást okoz az érfalban. A fisztula kímélete és a károsodás csökkentése céljából vezettük be az FMC Miskolci Nefrológiai Központban 2011. novemberében a bevel down punkciós technikát. A fentebb említett három technika közül bármelyiket is alkalmazzuk, a tű hegye szúrás közben felfelé irányul. Egyre több helyen felmerült a gondolat a tűheggyel lefelé történő szúrásról. Külföldön a gyermekgyógyászatban, az onkológiában és a hematológiai ellátás során már széles körben használják ezt a technikát. A hemodialízisben is, pl. Angliában alkalmazzák, de ott csak az artériás punkciót végzik így, míg a vénás szúrás változatlanul tűheggyel felfelé történik.

Ilyen előzmények után gondoltuk úgy, hogy mi is kipróbáljuk ezt a szűrástechnikát. 2011. novemberében megtartottuk ápolóink számára az idevonatkozó oktatást. Részletesen beszámoltunk a tű helyes tartásáról, a punkció kivitelezéséről és vázoltuk használatának előnyeit, hosszútávú hatását a fisztula élettartamára is.

2.ábra: A fisztulatű helyes tartása

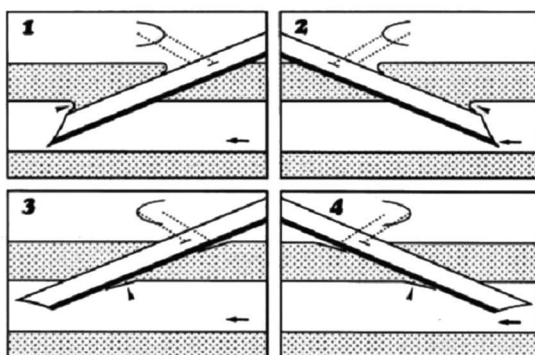


1.ábra: Fisztula punkciós technikák -  
A: kötélletra, B: terület meghatározás,  
C: gomblyuk



Külön felhívtuk minden ápoló figyelmét arra, hogy mivel új módszerről van szó, ezért rendkívül fontos a biztonságos tűhasználat. Nem mindegy az sem, hogy melyik punkciós technikát alkalmazzuk.

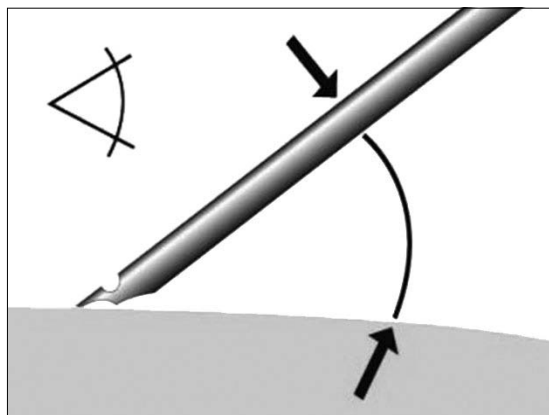
3.ábra: Punkciós módszerek



A 3. ábra 1-2. kép a tűhegy felé történő szűrési módszert, míg a 3-4. képek a tűhegy lefelé módszerrel történő punkciót mutatják. Az 1. és a 3. kép az anterográd punkciót mutatja (a véráram irányával azonos), míg a 2. és 4. kép a retrográd punkciót ábrázolja (a véráram irányával ellentétes szűrési irány).

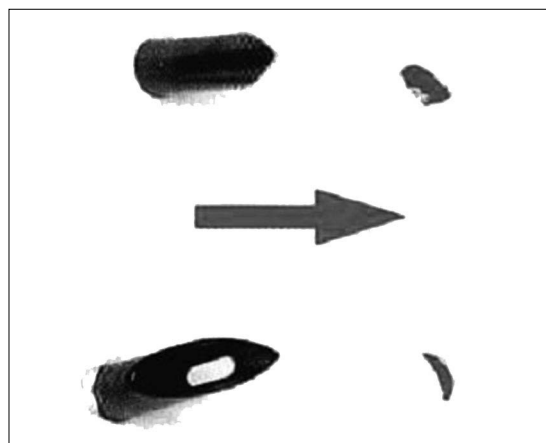
A Fresenius Medical Care magyarországi hálózatában szabályozásra került a punkció iránya is. Előírás szerint mindkét szűrést az áramlás irányába végezzük. A megfelelő eredmény eléréséhez ennél a technikánál a megszokottól meredekebb szögben kell szűrni, majd az érpályába érve, csökkenteni kell a szöveget és úgy továbbhaladni az érben. A gomblyuk technika kivitelezésére a bevel down technika nem alkalmazható, mert ez esetben kisebb szögben kell a tűt az érpályába juttatni.

4.ábra: A szűrés szöge



A 45°-os punkciós szöveget alkalmazva egy kis lebeny képződik, amely a tű kihúzása után visszacsapódik, elzárva ezzel a vér útját kifelé.

5.ábra: A szűrások endoszkópos nézete



Ha a tűhegy felfelé irányításával punga-lunk egy graftot - kép felső része mutatja -, azt láthatjuk, hogy a tű hegye sokkal nagyobb lyukat vág az érbejárásban. Ha az eret a tű hegyével lefelé szűrjük, a lyuk sokkal kisebb, melynek következtében a kezelés utáni vérzési idő lerövidül. Ezzel a technikával sokkal kisebb, egyenletesebb a sebészlet, emiatt a terület hamarabb gyógyul. A technika alkalmazása során megfigyeltük, hogy a fisztula punkciója kevésbé volt fájdalmas, a szűréstől félt betegeinknek is csökkent a félelmük. A kis lebenyke miatt a vérzés mennyisége és ideje is csökkent, így 15% -kal csökkent a vérzéscsillapítás során felhasznált anyagmennyiség és az ezzel járó költségvonzat. A punkció során képződött egyenletes szélű, kisméretű seb gyógyulása után a pörk mérete is kisebb lett. A kisebb seb miatt az aneurizma kialakulásának kockázata csökken, amely esztétikailag is jól hat a krónikus betegségben szenvedő páciensekre. Észrevehetően csökkent a fisztula infekciók száma is, köszönhetően a kisebb sebzésnek és a rövidebb vérzési időnek.

E technika alkalmazása során kíméljük a fisztulát, ezzel javul az élettartama, betegek életkilátásai pedig megnövekednek. A felsorolt előnyök miatt érdemes a tűhegy lefelé történő szűrési technikát rutinszerűen alkalmazni az AV fisztulák punkciója során.

## Irodalomjegyzék

1. Lim, T., Ryu, H.G., Jung, C. W., Jeon, Y., Bahk, J. H.,(2012). Effect of the bevel direction of puncture needle on success rate and complications during internal jugular vein catheterization, Crit Care Med, hozzáférhető: 2012.február <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21983370>
2. Allnurses.com internetes topik,2006.12.12, <http://allnurses.com/dialysis-renal-urology/bevel-up-or-195071.html>
3. Allnurses.com internetes topik, 2004.01.22, <http://allnurses.com/dialysis-renal-urology/bevel-up-bevel-55139.html>
4. Grayson,K., The bevel-down technique - Get more comfortable treating sick kids with this IV insertion technique, EMS Topic(2010.04.06) <https://www.ems1.com/ems-training/articles/804343-The-bevel-down-technique/>

## Aktuális jogszabályváltozások

Jelen tájékoztató a tárgyidőszakban az egészségügyi szakdolgozókat közvetlenül vagy közvetve érintő egyes jogszabályi változásokat foglalja össze.

- **18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet** a felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről, valamint a tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelményeiről szóló 8/2013. (I. 30.) EMMI rendelet módosításáról (Megjelent: MK 2016. évi 116. szám) *A rendelet részletesen meghatározza többek között az ápolás és betegellátás alapképzési szak, illetve az ápolás mesterképzési szak képzési és kimeneti követelményeit. Újdonságként jelenik a mesterképzési szakon választható specializációk széles köre: intenzív szakápoló, sürgősségi szakápoló, aneszteziológiai szakápoló, geriatriai szakápoló, közösségi szakápoló, perioperatív szakápoló. A képzés célja olyan ápoló egészségügyi szakemberek képzése, akik speciális, szakértői tudásuk birtokában komplex döntési képességekkel és bővebb kompetenciakörrel rendelkeznek a klinikai gyakorlatban.*
- **430/2016. (XII. 15.) Korm. rendelet** a kötelező legkisebb munkabér (minimálbér) és a garantált bérminimum megállapításáról (Megjelent: MK 2016. évi 204. szám) *Minden munkáltatóra és munkavállalóra kiterjedően emelkedett a minimálbér és a garantált bérminimum összege. A rendelet értelmében a legalább középfokú iskolai végzettséget, illetve középfokú szakképzettséget igénylő munkakörben foglalkoztatott munkavállaló garantált bérminimuma a teljes munkaidő teljesítése esetén*
  - 2017. január 1-jétől havibér alkalmazása esetén 161 000 forint, hetibér alkalmazása esetén 37 020 forint, napibér alkalmazása esetén 7410 forint, órabér alkalmazása esetén 926 forint,
  - 2018. január 1-jétől havibér alkalmazása esetén 180 500 forint, hetibér alkalmazása esetén 41 500 forint, napibér alkalmazása esetén 8300 forint, órabér alkalmazása esetén 1038 forint.

*Amennyiben a munkavállaló részmunkaidőben dolgozik, részarányosan jár a megemelt illetmény.*

Referáló: Dr. Hirdi Henriett

# Gratulálunk!

A Magyar Országgyűlés, a Magyar Ápolási Egyesület kezdeményezését követően 2014-ben február 19-ét, Kossuth Zsuzsanna születésének évfordulóját a Magyar Ápolók Napjának nyilvánította. Hagyományosan e napon kerül sor a kiemelkedő szakmai teljesítményt nyújtó szakdolgozók kitüntetésére. Az idei alkalom különlegessége, hogy születésének 200. évfordulója apropóján 2017 egyben Kossuth Zsuzsanna emlékév is.

A miniszteri kitüntetésekre az Magyar Ápolási Egyesület terjesztette fel a díjazottakat, az elismeréseket **Dr. Ónodi-Szűcs Zoltán** egészségügyért felelős államtitkártól vehették át a díjazottak.

*Kiemelkedő szakmai tevékenysége elismeréseként **Pro Sanitate díjban** részesült:*

**Barti Péterné**, a Markusovszky Egyetemi Oktatókórház osztályvezető ápolónője,

**Bodáné Gyürü Vanda Mária**, a Soproni Szociális Intézmény Idősek Otthona megbízott vezetője,

**Deák Gyuláné**, a Békés Megyei Központi Kórház sztomaterápiás ápolója,

**Kóczyán Éva Erzsébet**, a Komlói Egységcentrum Bányászati Utókezelő és Éjjeli Szanatórium Egészségügyi Központ ápolási igazgatója

**Molnár Jenőné**, a Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház osztályvezető főnővére,

**Nyilas Judit**, Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház ápolási igazgatója,

**Dr. Ocskóné Molnár Rita**, a PTE KK I. sz. Belgyógyászati Klinika Kardiológiai Prevenció és Rehabilitációs Tanszék tanszékvezető ápolója,

**Sugárné Dudás Ildikó**, a Nagykőrösi Rehabilitációs Szakkórház és Rendelőintézet fül-orr-gégészeti szakasszisztense, audiológiai szakasszisztense.

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

**Bárányné Koncz Katalin**, a Dr. Kenessey Albert Kórház- Rendelőintézet Sebészeti osztályának főnővér helyettese,

**Baráth Ágnes**, a Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet Csecsemő- és Gyermeosztályának részlegvezető ápolója,

**Benczik-Tóth Eszter Éva**, a Markusovszky Egyetemi Oktatókórház Rehabilitációs osztályának részlegvezető ápolója,

**Berkiné Kossuth Anett Ilona**, Miskolc Megyei Jogú Város Önkormányzata Őszi Napsugár Otthonának gondozási részlegvezetője,

**Boros Istvánné**, a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház Gasztroenterológiai II. Belgyógyászati Osztály ápolója,

**Kalcsó Péterné**, a Dr. Kenessey Albert Kórház- Rendelőintézet Fertőző osztályának főnővére,

**Kókai-Nagy Ferencné**, a ceglédi Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet szülésznője,

**Lőrincz Katalin**, a Mezőtúri Kórház és Rendelőintézet Szülészeti- nőgyógyászat osztálya osztályvezető ápolója,

**Mészáros Tibor**, a budapesti Szent Rókus Kórház és Intézményei ápolási igazgatóhelyettese, a Mozgásszervi rehabilitációs osztály osztályvezető ápolója,

**Oroszi Zsuzsanna**, a váci Jávorszky Ödön Kórház KAITO főápolója,

**Papp Lászlóné**, a Pest Megyei Flór Ferenc Kórház Anaesthesiológia és Intenzív Terápiás Osztálya anaesthesiológiai szakasszisztense,

**Rácz Sára Izabella**, a Bács-Kiskun megyei Kórház Tüdő-belgyógyászati osztályának vezetőápoló helyettese,

**Szabó Gergelyné**, Ágnes PTE KK Neurológiai Klinika ápolásszakmai igazgatóhelyettese,

**Szalóczi Istvánné**, a Szegedi Tudományegyetem ÁOK Szent- Györgyi Albert Klinikai Központ Sebészeti Klinika ambulanciavezető nővére, intézetvezető főnővér-helyettese,

**Wéber György**, a PTE KK Szívgyógyászati Klinika kardiotechnikusa,

**Zsiga Imréné**, a berettyóújfalui Gróf Tisza István Kórház részlegvezetője.

A miniszteri kitüntetések átadását követően Bugarszki Miklós a Magyar Ápolási Egyesület elnöke Kossuth Zsuzsanna-díjakat adott át. A Kossuth Zsuzsanna-díjat a Magyar Ápolási Egyesület 1998-ban a szabadságharc 150. évfordulójának évében alapította. Odaítélésének fő szempontjai a kiváló szakmai munkán túl az ápolás és az ápolók, valamint ápolói közösségek létrehozása érdekében kifejtett, az egyesület keretében végzett kiemelkedő tevékenység. A Kossuth Zsuzsanna-díjat idén az alábbi személyek vehették át:

**Bognár Márta**, ápolási koordinátor,

**Kosztai Julianna**, osztályvezető főnővér,

**Lukács Lászlóné**, nyugalmazott ápolási igazgató.

# Szerzői útmutató

A NŐVÉR c. szakmai folyóirat 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, hallgatók írásait. Szívesen fogadunk még az egészségügy más területeiről is írásokat, de ezen kéziratok elbírálásának és elfogadásának joga a szerkesztőséget illeti meg.

A megjelenés kritériumai: eredetiség, minőség és a szélesebb olvasóközönség érdeklődése a téma iránt.

A kiadó szívesen fogad az ápolás és határterületei tárgy köréből eredeti közleményeket (összefoglaló közleményeket, összegző elemzéseket, esettanulmányokat, egyéb elméleti közleményeket), előzetes-, valamint sürgős közleményeket, továbbá tudományos leveleket, olvasói hozzászólásokat is. A közlemények végső elfogadása csak abban az esetben történik meg, ha azok formailag teljes egészében megfelelnek a szerzői útmutatóban leírtaknak.

## Formai szempontok

A kézirat formai követelményei és szerkezeti felépítése, az ábrák és táblázatok szerkesztésének általános elvárásai, valamint az irodalomjegyzék és a hivatkozások szabályai részletesen megtalálható a [www.meszk.hu](http://www.meszk.hu) Kiadványaink menüpontjában belül a NŐVÉR cím alatt.

Kérjük, hogy olvassa el figyelmesen a leírást és készítse el kéziratát a megadott szempontoknak megfelelően!

## Hova küldje kéziratát?

- Az írást szerkesztőségünkbe e-mail útján juttassa el a [nover@meszk.hu](mailto:nover@meszk.hu) címre.
- Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomatásban, aláírva, postai úton) „Szerzői nyilatkozat”-ot is, melyben a szerző(k) nyilatkoznak az összeférhetetlenségről, a vizsgálat és a publikálás etikai megfelelőségéről, valamint tartalmazza a megjelenéshez szükséges hivatalos beleegyezést. Ennek két változata van (egyszerűsített kézirat és többszerzős kézirat), honlapunkon mindkettő megtalálható ([www.meszk.hu](http://www.meszk.hu) NŐVÉR menüpontjában).

A beküldött kézirattal kapcsolatban tájékoztatást kérhet a [nover@meszk.hu](mailto:nover@meszk.hu) címen, vagy a (06-1) 323-2070-es telefonszámon a szerkesztőségi titkártól.

## Mi történik a kézirattal?

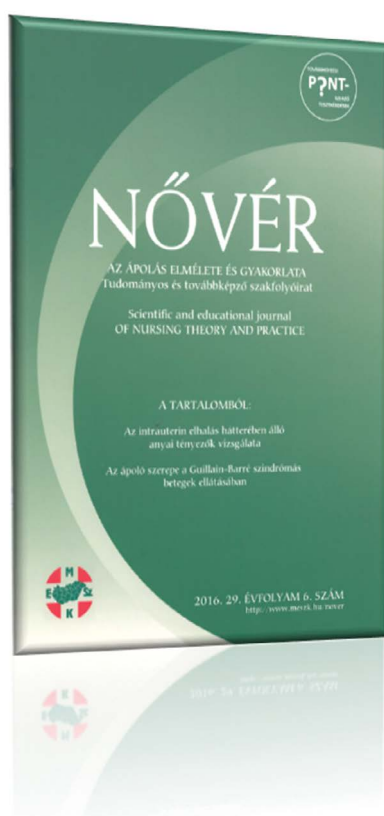
- A formai követelményeknek nem megfelelő írást (tartalmi értékelés nélkül) visszaküldjük a szerzőnek átdolgozásra.
- A formai szempontból megfelelő kéziratokat névtelenül (esetenként ismételt) szakmai bírálatnak vetjük alá, melyet független szakértők végeznek.
- A kéziratról a szakértők véleményének figyelembe vételével a Szerkesztőbizottság dönt az alábbiak szerint:
  - elfogadja közlésre,
  - javításokat, korrekciókat javasol, és ezek megtörténte esetén elfogadja közlésre,
  - a javítások, korrekciók után megismételi a bírálati eljárást,
  - nem fogadja el közlésre.
- Ismételt bírálat esetén, ha a véleményezést további szakértő végzi, akkor az elsőként bírálok véleményeit névtelenül kapja meg.
  - A szerzőt a szerkesztőség értesíti a Szerkesztőbizottság döntéséről, de nem indokolja azt.
  - Az elfogadott cikk felhasználója a NŐVÉR című folyóirat lesz.
  - A szerkesztőség a beérkezett kéziratokkal (elfogadott vagy nem elfogadott) kapcsolatosan biztosítja az érintetteknek vonatkozóan a titkosság elvét: a szerzői jog védelmét, valamint ha a szakértő(k) – ha másként nem rendelkeznek – személyének titkosságát.

## Szerkesztőségi és kiadói kitételek

- A szerkesztőség fenntartja a kéziratok megjelentetésének idejére, illetve a folyóirat stílusának megfelelő módosítások végrehajtására vonatkozó döntés jogát.
- A benyújtott kézirat nem tartalmazhat korábban már megjelent, vagy korábban benyújtott, de elbírálás alatt lévő, vagy elfogadott, de megjelenés előtt álló kéziratrészt.
- A cikkekben megfogalmazott vélemény a szerző sajátja, és nem feltétlenül esik egybe a szerkesztőség/kiadó álláspontjával.

## Szerzői jog és másolás

- Minden jog fenntartva. 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.
- A cikket más lapban leközölni, ismételt megjelentetni csak a kiadó engedélyével, a lapra történő hivatkozással lehet („Megjelent a NŐVÉR ... év., ... számban. Utánközlés a kiadó engedélyével.”)



A NŐVÉR folyóirat minősítésre került, azaz beleszámít a szakdolgozók szabadon választható elméleti pontértékének megszerzésében. 2016. december 1-je óta a folyóirat **a felnőtt ápolás és gondozás, a gyermekápolás és gondozás, a sürgősségi ellátás, az általános és elektrofiziológiai asszisztencia, valamint az egészségügyi menedzsment szakmacsoportba tartozó előfizetők** a 2015. és 2016. évi lapszámokban megjelent cikkekhez tartozó 15-15 darab tesztkérdés megválaszolásával már **összesen 32 (2×16) szabadon választható elméleti továbbképzési pontot szerezhetnek**. A 2017. évi lapszámokban megjelenő továbbképzési célú cikkek pontszerzővé történő minősítése folyamatban van. Az előfizetési díjakat és kedvezményeket az alábbi táblázat részletezi.

Papír alapú előfizetés	4 500 Ft	6 darab lapszám/év
Online formátumú előfizetés	3 500 Ft	6 darab lapszám/év
Kedvezmények	további 1 darab egyedi azonosító a teszt eléréséhez	6–10 darab előfizetés között
Kedvezmények	–5 % az árból + további 2 egyedi azonosító a teszt eléréséhez	11–15 darab előfizetés között
Kedvezmények	–5 % az árból + további 3 egyedi azonosító a teszt eléréséhez	16–20 darab előfizetés között
Kedvezmények	–10 % az árból + további 4 egyedi azonosító a teszt eléréséhez	21–25 darab előfizetés között
Kedvezmények	–10 % az árból + további 5 egyedi azonosító a teszt eléréséhez	26–30 darab előfizetés között
Kedvezmények	–15 % az árból + további 6 egyedi azonosító a teszt eléréséhez	31–35 darab előfizetés között
Kedvezmények	–15 % az árból + további 7 egyedi azonosító a teszt eléréséhez	36–40 darab előfizetés között
Kedvezmények	–15 % az árból + további 8 egyedi azonosító a teszt eléréséhez	41–45 darab előfizetés között
Kedvezmények	–15 % az árból + további 9 egyedi azonosító a teszt eléréséhez	46–50 darab előfizetés között

