

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A TARTALOMBÓL:

Physical activity as primary prevention of
metabolic syndrome

Tartós ellátást nyújtó intézményben élő, demenciában
szenvedő idősök önellátási képességével kapcsolatos
tényezők

Az ápoló szerepe a klinikai gyógyszerkutatásokban



2016. 29. ÉVFOLYAM 3. SZÁM
<http://www.meszk.hu/nover>

Magyar Egészségügyi



Szakdolgozói Kamara

FELHÍVÁS

A MESZK III. SZAKDOLGOZÓI TUDOMÁNYOS KONGRESSZUSÁRA

**Időpont: 2016. szeptember 8-10.
Helyszín: Hotel Azúr – Siófok**



**Jelentkezni kizárólag elektronikus úton lehet a www.meszk.hu
honlapon keresztül!**

**A kedvezményes jelentkezés határideje: 2016. június 20.;
Késői jelentkezés határideje: 2016. július 20.;**

**További információ: Mátésné Horváth Mónika, MESZK Országos Szervezet
irodavezetőjénél lehetséges, tel.: 1-323-2070,
e-mail: kongresszus@meszk.hu**

NÓVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA/

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével/

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Nóvér, 2016, 29 (3), 1–44.

TARTALOMJEGYZÉK

SZERKESZTŐI LEVÉL	3
ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY Fizikai aktivitás a metabolikus szindróma elsődleges megelőzésként <i>Martinek Lukas, Tothova Valérie, Kovarova Maria, Dusickova Tereza Kimmer David</i>	4
EREDETI KÖZLEMÉNY Tartós ellátást nyújtó intézményben élő, demenciában szenvedő idősök önellátási képességével kapcsolatos tényezők <i>Kovács Éva, Jónásné Sztruhár Izabella, Karóczy Csilla Kata, Vass Zsolt, Farkas Lilla</i>	11
A gyulladáshoz vezető betegségekben szenvedő fiatal felnőttek életminősége <i>Varga Krisztina, Várady Horváth Ágnes, Tóth Marianna, Szunomár Szilvia, Pakai Annamária</i>	17
Az alvászavarok kezelésében részesülő betegek oktatása <i>Varga Miklós Józsefné</i>	27
Az ápoló szerepe a klinikai gyógyszerkutatásokban <i>Nagy Mónika Anita</i>	33
GRATULÁLUNK	42
SZERZŐI ÚTMUTATÓ	43

CONTENTS

LETTER FROM THE EDITOR	3
REVIEW ARTICLES Physical activity as primary prevention of metabolic syndrome <i>Martinek Lukas, Tothova Valérie, Kovarova Maria, Dusickova Tereza Kimmer David</i>	4
ORIGINAL CONTRIBUTION Associated factors of independency in older adults with cognitive impairment living in a long term care institute <i>Éva Kovács, Izabella Jónásné Sztruhár, Csilla Kata Karóczy, Zsolt Vass, Lilla Farkas</i>	11
Young adults with inflammatory bowel disease of quality of life <i>Krisztina Varga, Ágnes Várady Horváth, Marianna Tóth, Szilvia Szunomár, Annamária Pakai</i>	17
Participate patients' education of anticoagulants treatment <i>Miklós Józsefné Varga</i>	27
The role of nurses in the clinical trials <i>Mónika Anita Nagy</i>	33
CONGRATULATIONS	42
AUTHOR'S GUIDE	43

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

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

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

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

LITERATURA MEDICA
KIADÓ KFT.

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

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

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Dr. Csernus Mariann (PhD)

Szerkesztő/Editor

Dr. Hirdi Henriett Éva (PhD)

Szerkesztőbizottság/Editorial BoardDr. Betlehem József (PhD), *egyetemi docens, dékán*Kárpáti Zoltán, *ápolási menedzser*Dr. Oláh András (PhD), *egyetemi docens, dékán-helyettes*Dr. Pápai Tibor (PhD), *centrumvezető ápoló*Szloboda Imréné, *igazgató***Szakértők/Experts**Arany Ida, *megyei vezető ápoló*Jakab Judit, *osztályvezető főnővér*Dr. Papp Katalin (PhD), *főiskolai docens*Dr. Papp László (PhD), *főiskolai docens*Tóth Andrea, *osztályvezető*Dr. Tulkán Ibolya (PhD), *főiskolai docens***Tanácsadó testület/Advisory Board**Boldogné Csurik Magdolna, *osztályvezető,*

Országos Tisztifőorvosi Hivatal

Dr. Helembai Kornélia, *főiskolai tanár*

SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Ápolási Tanszék, Szeged

Mészáros Magdolna, *elnök,* Egészségügyi Szakmai

Kollégium Ápolás Szakmai Tagozat

Prof. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár,* MTA
doktora, a MTA rendes tagja, Pécsi Tudományegyetem
Szentágotthai János KutatóközpontRauh Edit, *elnök-helyettes,* ENKKDr. Velkey György, *elnök*

Magyar Kórházszövetség

Sövényi Ferencné, *szaktanácsadó*Tóth Ibolya, *főtanácsos,*

Emberi Erőforrások Minisztériuma

Prof. PhDr. Valérie Tóthova PhD, *dékán,*
Dél-Csehországi Egyetem, Egészségügyi Szociális Kar,
Cseh Köztársaság**Lapunkat rendszeresen
szemléli a megújult****www.observer.hu**

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

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

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

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

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

A formai szempontból megfelelő kéziratokat névtelenül (esetenként ismételt) szakmai bírálatásnak vetjük alá, melyet független 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 kéziratrészletet.

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

A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.

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

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

Tisztelt Olvasó!

Örömünkre szolgál, hogy újra belelapozott a NŐVÉR folyóiratba!

Higgye el nem fogja megbánni ha időt szán arra, hogy áttekintse, sőt elolvassa a lapban közzétett tudományos jellegű cikkeket. Nézzünk is egy kis tartalmi ajánlót!

Mindjárt az első cikk egy angol nyelven megjelenő közlemény, mely aktuális tartalma mellett kihívást is jelenthet a Tisztelt Olvasó számára, hiszen próbára is teheti az angol nyelvismeretét. Érdekes átolvasni a kéziratot, mely igen széles irodalmi kitekintést ad a fizikai aktivitás és a metabolikus szindróma kialakulásának kapcsolatáról.

A tartós ellátást nyújtó intézményekben történő demens betegek ellátásáról készült kutatás elkészülésekor a szerző még nem is sejtette, hogy milyen aktuális témát feszeget, hiszen a híradásokat követve hallhatjuk az ágazati politika törekvését az egészségügyi és a szociális területek határmezsgyéjén lévő ellátási formák szociális ellátórendszerbe történő integrálásáról. Ez is alátámasztja, hogy a gyakorlati tapasztalat, a kutatásokkal alátámasztott evidenciák fontos szerepet kell, hogy betöltsenek az ágazati fejlesztésben.

A következő publikációk szintén ezeket az evidenciákat adják meg a bélgyulladásos betegségekben szenvedő fiatal felnőttek életminőségének vizsgálatában, az alvadásgátló kezelésben részesülő betegek oktatásában, valamint az ápoló szerepét a gyógyszerkutatás területén bemutató elemzésben.

Tisztelt Olvasó! Reméljük, hogy folyóiratunk ismét tudott nyújtani Önnek érdekes és hasznos információkat, melyeket tud alkalmazni a munkája során, vagy tud használni saját vizsgálatában. Annak is nagyon örülünk, ha a cikkek olvasásakor megszűnik az Önt körülvevő világ, belesüppedt a gondolataiba, vagy vitába szállt a szerzővel, és a téma megbeszélésre készíti a munkatársaival. Ez a célunk, és ha ezt elértük, akkor nyugodtan hátradőlhetünk, mert már megint hasznosat alkottunk és adtunk ki olvasóink felé.

Szeretnénk hasznosak maradni. Kérjük, hogy a NŐVÉR folyóirattal kapcsolatos véleményét, tapasztalatait ossza meg velünk! Szerkesztőségünk on-line elérhetősége: nover@meszk.hu.

Várjuk megkeresését!

További jó egészséget és hasznos munkát kíván a NŐVÉR folyóirat Szerkesztősége nevében

Dr. Csernus Mariann
főszerkesztő

Budapest, 2016. június 16.

Physical activity as primary prevention of metabolic syndrome

MARTINEK Lukas, TOTHOVA Valérie, KOVAROVA Maria, DUSICKOVA Tereza, KIMMER David

Summary

Metabolic syndrome is constantly discussed, together with cancer diseases, as one of the biggest threats to the 21st century. Despite the differing indicators of specific diseases behind the metabolic syndrome, it is to be understood as a very risky aspect of health. Primary prevention through life style modifications, specifically reduction of the sedentary way of life and integration of regular physical activity into daily life of children, adults and seniors is an appropriate tool of prevention of metabolic syndrome. A number of valid studies show that increasing physical motion contributes to improvement of diseases that stand behind the metabolic syndrome. However, healthy adult population of the Czech Republic shows distinctive dislike of physical activity and primary prevention is insufficiently supported both by experts dealing with this issue and at political level while secondary prevention prevails. Therefore we consider it imperative to involve more funding into programs supporting physical activity. It is also necessary to explore forms of education within the physically active life style.

Key words: physical activity, physical motion, prevention, metabolic syndrome

Fizikai aktivitás a metabolikus szindróma elsődleges megelőzésként

MARTINEK Lukas, TOTHOVA Valérie, KOVAROVA Maria, DUSICKOVA Tereza, KIMMER David

Összefoglalás

A metabolikus szindróma folyamatosan vitatott, hogy együtt a rákos megbetegedésekkel az egyik legnagyobb fenyegetést jelentik a 21. században. Annak ellenére, hogy a metabolikus szindróma van a specifikus betegségek különböző mutatói mögött, az egészség nagyon kockázatos befolyásoló tényezőjeként kell értelmezni. Az életmódváltoztatás, különösen a mozgásszegény életmód csökkentése és a gyermekek, felnőttek és idősek mindennapi életébe a rendszeres fizikai aktivitás integrációja a megfelelő eszköz a metabolikus szindróma megelőzésének. Számos tanulmány kimutatta, hogy a növekvő fizikai mozgás hozzájárul a metabolikus szindróma mögött álló betegségek javításához. Ugyanakkor a Cseh Köztársaság egészséges felnőtt lakossága mutatja a fizikai aktivitás és az elsődleges megelőzés iránti ellenszenvét és a témával foglalkozó szakértők és a politika nem kellő támogatását, mely miatt a másodlagos prevenció érvényesül a leginkább. Ezért elengedhetetlennek tartják a fizikai aktivitás több támogatását és a támogató programokat. Az is szükséges, hogy az oktatási formák is foglalkozzanak a fizikailag aktív életmóddal.

Kulcsszavak: fizikai aktivitás, fizikai mozgás, megelőzés, metabolikus szindróma

Beérkezett: 2015. október 16. Elfogadva: 2016. december 14.

Introduction

Metabolic syndrome ranks among the most frequently discussed health problems that can be found all over the population at present. The Report on health of the inhabitants of the Czech Republic (Antošová and Kodl, 2014) states a prevalence of metabolic syndrome in adult population of up to 30 %, reporting that with increasing age of the observed persons, the prevalence of metabolic syndrome rises up to 40 %. Metabolic syndrome is also an essential factor predis-

posing origination of heart and vessel diseases and type 2 diabetes mellitus (Zhu et al., 2015); therefore we consider it important to deal with this topic.

According to harmonized definition (Alberti et al., 2009), metabolic syndrome can be specified as presence of three out of five factors. Increased waistline is the most frequent factor; we speak of increased risk for men of European origin if they have more than 94 cm. High risk arises with waistline over 102 cm. Women of European origin have increased risk if they have waist-

MARTINEK, L. TOTHOVA, V. KOVAROVA, M. DUSICKOVA, T. KIMMER, D. University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Studies, Department of Public and Social Health Care
Levelező szerző (correspondent): MARTINEK Lukas, Faculty of Health and Social Sciences, Institute of Laboratory Diagnostics and Public Health, Boreckeho 1167/27, e-mail: martil02@zsf.jcu.cz

line over 80 cm and high risk over 88 cm. Another aspect consists in increased triglyceride level or specific therapy aimed at such pathological health condition. It is, specifically, a triglyceride level over 1,7 mmol/l of blood. Specific therapy of hypercholesterolaemia is also a risk factor or low level of HDL cholesterol, i.e. a level under 1,0 mmol/l in men and under 1,3 mmol/l in women. The totality of negative factors causing metabolic syndrome includes also arterial hypertension with values over 130/80 mgHg or specific therapy of arterial hypertension. The last, fifth negative factor consists in higher fasting blood sugar than 5,6 mmol/l or type 2 diabetes mellitus. The above stated factors may influence each other; the combination of individual factors predisposes the origination of a new factor. Nevertheless, the opinions on specific values of individual diseases leading to metabolic syndrome differ. A considerable part of experts (Raven, 2005; Oda, 2012; Sucharda, 2014) deal in their reviews with lack of unity and with multiplicity of risk factors behind metabolic syndrome. The above stated authors agree that it cannot be exactly characterized which values of specific diseases show signs of metabolic syndrome and which do not. Even so, the risks resulting from abnormal values must be permanently taken into consideration, as they may indicate aggravated progression of the basic disease (Sucharda, 2014).

Methodology

The information concerning metabolic syndrome and its prevention was searched in available scientific databases. They included specifically the Ebsco, Pub Med, Web of Knowledge and Scopus databases. After entering the key words „metabolic syndrome“, the Ebsco database showed 24 117 links and Pub Med 56 967 links. Web of Knowledge contained 80 978 links. Scopus database showed 87 741 links. For the needs of this article, key words “primary prevention” were added to the basic thesaurus of „metabolic syndrome“. Subsequently, the articles were filtered primarily based on their availability in “fulltext” variant. The time of

article publication was an integral part of the filter of specific articles. We accepted articles published 10 years ago at the maximum, but we preferred articles published 5 and less years ago. Further, we also took into consideration their citation rate, which was either stated in the database or searched with the help of the Scholar Google browser. Funds of the Academic Library of the University of South Bohemia in České Budějovice were used as well; 6 relevant books were found there and they constituted the base for this article. In view of the information sourced from basic literature, the primary prevention for metabolic syndrome was divided into three basic components. Specifically, the articles were searched with the help of the following key word combination: „metabolic syndrome and primary prevention and physical activity“.

Insufficient physical activity was focused in the above stated search. Articles highlighting data on beneficial effects of specific medicines were unacceptable.

Results

Primary prevention seems to be the least cost consuming way; nevertheless, it faces insufficient support both from vertical level of public health, i.e. from involved ministries to regions, municipalities, first-contact physicians and nurses, and from horizontal level. Horizontal level is specified by establishing cooperation among experts dealing with this topic and particularly by education towards correct life style (Hamřík et al., 2015; WHO 2020). Nevertheless, if primary prevention should really prevent diseases, it is extremely important to start education from childhood (Novotný, 2014). As Weiss et al. (2004) state, prevalence of metabolic syndrome is high among obese children and adolescents and rises with increasing obesity. An alarming fact consists in continuously increasing number of obese children, not only in the Czech Republic. (Malátová, Kanásová, Novák, 2014; Aldhoon Hainerová a Zamrazilová, 2015; Babinská et al., 2014; Braunerová et al., 2010) Wilkin and Voss (2004) state that the only key to manage-

ment of metabolic syndrome consists in body weight reduction.

Essential aspects of applied primary prevention include primarily education and modification of life style in context of observance of correct alimentation and sufficient physical motion. According to Svačinová (2005), physical motion includes habitual, working, recreational and sporting physical activities standing behind effects preventing metabolic syndrome from arising and developing. That is one of the motives to highlight studies dealing with targeted physical activity in relation to metabolic syndrome, like Dvořtelová et al., 2014. Physical activities contribute not only to prevention; they play also therapeutic role, as they contribute to restoration of performance, self-sufficiency and even to full recovery of the individual by influencing the morphological and mental characteristics (Válková, 2014).

Metabolic syndrome is often connected with increased CRP level. If the level of that protein exceeds 10 mg/l, Chang et al., 2013 considers it a sign of high cardiovascular risk or imminent autoimmune disease. Chang et al., 2013 point out the fact that inflammation markers like increased CRP level may correlate with insufficient physical motion. They rely their statements upon a study made on 309 Taiwan seniors aged 74,4 years \pm 6 years. The authors followed their physical activity with the help of IPAQ - short standardized questionnaire. The study found that the respondents who had accumulated physical activity over 181,1 \pm 14,1 METs hours/week showed CRP level of 1,0 \pm 0,3 mg/l. On the other hand, a group with accumulated physical motion with energy output of 167 \pm 38,5 METs hours/week showed 1,6 \pm 0,7 mg/l CRP. It is obvious here that physical activity contributes not only to reduced risk of origination of metabolic syndrome but may influence also other inflammatory diseases. Nevertheless, the intensity and frequency of physical activities may also be influenced by socio-economic status. That is stated by Cia-Huei et al., 2014 in a study carried out on 326 women aged 60,9 years in average. The authors observed a significant association between women without income,

with low education and unemployed with considerably higher risk of metabolic syndrome, as compared to women with higher socio-economic status. Specifically, they had lower level of triglycerides, $p = 0,001$, fasting blood sugar, $p = 0,009$, and reduced level of HDL cholesterol, $p = 0,004$. A similar study was published by Kim et al, (2014) who focused on web motion consulting on one-on-one base under use of SMS messages to support motivation. Their study resulted found statistically significant dependence between the above stated motion consulting and reduced risks of metabolic syndrome. The study was carried out on 48 Korean men whose motion intervention was set for a period of 16 weeks with 150 minutes of regular physical activity/week and with reduction of 250 – 300 kcal/day. The results of the study showed that the men in question, unlike the control group, experienced weight reduction at $p = 0,022$, visceral fat reduction at $p = 0,033$ and waistline reduction at $p = 0,037$. Beneficial character of medium-strain physical activities can be found in two-year study by Salonen et al., 2015 that found out a positive relation between the risks of metabolic syndrome and the above stated physical activities in 991 men and women born in 1985 – 1986. The results of measurement of basal metabolism and body structure suggest that physical activities have significant preventative effect on origination of metabolic syndrome, while sedentary life style of Finnish population contributes to its development. That applies similarly to walking that has causal relation with cardio-respirational fitness (Hellebrandt, 2014). Najafian et al. (2014) point out the relation between walking and risk of origination of metabolic syndrome. The authors primarily tried to determine a physical activity that would contribute most effectively to prevention of metabolic syndrome. The analysis included also aspects like age, gender, socio-economic status and foodstuffs consumed by the respondents. 4151 respondents showed a relationship ($p \leq 0,001$) between lacking physical activity and presence of metabolic syndrome. Additionally, the authors point out that increasing time devoted to walking ($P < 0,05$ and $OR = 0,70$) leads to reduced incidence

of metabolic syndrome in the respondents, under consideration of the above stated socio-demographic indicators. Regular physical activity like yoga may also contribute to reduce the incidence of metabolic syndrome. Siu et al., 2015 demonstrate significant health benefits after having passed a yearly program focused on yoga exercise. A research sample of 84 respondents in average age of 56 years, compared to a control group of 98 respondents, showed a significant shift. It was, specifically, reduced waistline and decreased systolic blood pressure. Mostafavi et al., (2015) brought a very interesting finding in form of beneficial effects of unstructured physical activities in relation to metabolic syndrome in women. He used the trans-theoretical model (Prochaska and DiClemente, 1984), in other words, the process of change in 142 women. Mostafavi et al. did not define any specific physical activity, intensity or frequency but they dealt with the phases in which the women moved according to the trans-theoretical model. The women were recommended motion intervention, specifically, they had the task to go in for physical activities for at least 60 minutes a day, 5 times per week. After three months of duration of that intervention, drop of triglycerides and rise of HDL cholesterol was recorded at $p < 0,05$. On the contrary, the control group showed the opposite result in the course of 3 months of common life, i.e. their HDL cholesterol decreased and their triglyceride level rose, but not with statistical significance. Very similar was the response to increased aerobic physical motion by 49 obese women in the study performed by Větrovská et al. (2008). The probands were divided into two groups according to the body fat amount. The first group included women with BMI of $40,6 \pm 5,1 \text{ kg/m}^2$. The second group included women with average of BMI $31,8 \pm 4,0 \text{ kg/m}^2$. After passing a three-month aerobic motion intervention, a statistically significant drop was achieved in parameters like body weight, body fat and waistline.

Krahulec (2007), a Slovak diabetologist also points out that physical activity is essential within comprehensive approach to obesity therapy. He suggests leaving it out from the therapeutic plan only in case of se-

rious physical limitations that prevent the patient from implementing it.

The serious character of metabolic syndrome related to its worldwide incidence and prevalence is shown also by Chen et al. (2013). The authors present a study carried out on 6 952 men and 8 562 women aged 50 – 70 years. The definition of metabolic syndrome in that study was in compliance with the National Cholesterol Education Program/Adult treatment Panel III methodology and the definition of physical activities according to MET calculation. The activities included dance, walking, tai chi, workout, ball games, swimming, running, cycling and climbing. The study found out that running, tai chi and dance reduce the risk of metabolic syndrome in older Chinese people at 95% level of significance. Nevertheless, the authors point out the low level of the physical activities, similarly to Choi, Yeom and Jung (2013). The authors transform the risk of metabolic syndrome into nursing, but their study was applied on 3 653 seniors in which they diagnosed a 46,84% prevalence of metabolic syndrome through measurement of abdominal obesity, blood sugar, blood pressure and low level of HDL cholesterol. With the help of the relation of physical activities according to the IPAQ - short questionnaire, they came to the conclusion that if the respondents carried out high levels of physical activities, they were endangered by metabolic syndrome significantly less ($OR=0,67$) than the respondents who carried out none or only low-level physical activities ($OR=0,94$).

The last studies point out that lack of motion together with the time spent by sitting have close relation to metabolic syndrome. The Danish study by Peteresen et al. (2014), researching the health condition of the Danish population in 2007 - 2008, examined the relation between sedentary way of life and incidence of metabolic syndrome in 15 235 men and women. The researchers described correlation between increasing time spent by sitting and increasing prevalence of metabolic syndrome, even in physically active individuals. The authors warn against sedentary way of life, in view of the fact that physical activities carried out less than one hour are not sufficient to compen-

sate long lasting everyday sitting. The study by Bankoski et al (2010) observed 1367 men and women aged 60 and more years. The authors examined the relation between sedentary way of life and metabolic syndrome. The time spent by sitting, as well as breaks between sitting, were measured by accelerometer. The authors found out that the observed seniors spent 9,5 hours a day on average by sitting, to the prejudice of persons with metabolic syndrome (67,3 % vs. 62,2 %). The share of time spent by sitting correlated significantly with metabolic risk, independently of physical activity. Therefore the authors recommend older persons to increase the number of physically active breaks during sitting.

The risk of metabolic syndrome affects also younger population (Ahrens et al., 2014). Nitescu et al. (2013) focused their study on 235 medicine students; the risk of metabolic syndrome was specified by waistline measurement and the physical motion with the help of IPAQ short questionnaire. The authors found that 16 % of male medicine students and 28 % of female medicine students from the research sample did not meet the criteria for physical motion defined by WHO. They also found that respondents with waistline over limit were not or very little involved in physical activities. Nevertheless, no correlation between waistline over limit and physical activities was found in male medicine students; on the contrary, female medicine students showed low level of correlation. The authors of the study point out low level of physical activities, attaching high importance to it, in view of the respondents' profession, and they appeal to more intensive spreading of primary prevention through physical activities.

Metabolic syndrome results in pathological condition of coronary arteries, atherosclerosis, involved in the origination of cardiovascular diseases. Janczura et al. (2015) focused on 325 policemen aged 40,97 years on average. The authors focused particularly on demonstrating the causality between stress and metabolic syndrome. Nevertheless, partial results bring findings concerning physical activities and metabolic syndrome. Specifically, increasing physical motion de-

monstrably led to decreasing risk of origination of metabolic syndrome $OR=0,98$ and $p=0,02$. It is thus evident that there is causal relation between physical activities and reduced risk of cardiovascular diseases.

Lack of sleep is considerably involved in the development of metabolic syndrome as well. Countryman et al., 2013 demonstrate that fact on 367 Hispanic people aged 15 – 17 years. Hypertension was diagnosed in 72 % of them, in connection with underlimit physical motion, obesity and short time of sleep. The authors demonstrate that lack of sleep, i.e. less than 6 hours a day, have influence ($p=0,06$) on incidence of risk factors of metabolic syndrome, particularly of abdominal obesity. The authors further refer to studies by Brand et al., 2010 or by Suskin et al., 1998 who presented the finding that regular motion regime improved the quality of sleep, thus strengthening another preventative aspect against metabolic syndrome.

In spite of the fact that this article focuses on physical activities as a part of primary prevention of metabolic syndrome, it would be a mistake to omit another essential aspect that helps to reduce the risks of metabolic syndrome, specifically nutrition. The Medline includes 18 500 scientific articles from recent 5 years dealing with the relation between nutrition and metabolic syndrome. Nazare et al. (2013) referred about the assessment of the effect of physical activities and nutrition of the Lifestyle Intervention Programs on body fat distribution with the help of X-ray absorptiometry. The research set included 144 probands aged 49 years on average, with average waistline of 108 cm. The authors found that physical activity of 160 minutes per week does not have such effect as caloric deficit (-500 kcal/day). Nevertheless, they also point out the logical conclusion that reduced energy intake combined with physical activity has the most effective positive impact. They recommend that every adult should accumulate 30 or more minutes of medium-intensive physical activity at least during 5 days a week. Kimmer a Bártlová (2013) also point out the influence of psychological-social factors related to nutrition in connection with metabolic syndrome in senior population.

Conclusion

The above mentioned studies show that physical activities of basal character, including the structured ones, have significant, but often secondary-preventive effect. Implementation of physical activities into common life style of broad public can change the situation radically. There are of course numerous obstacles, economical, personal, motivational or socio-demographic; but if the problem is not frequently and consistently pointed out, any positive change in the health condition of the population can

be expected. In spite of health support programs in form of physical activities and integration of the WHO program called Health 2020, we still witness increasing incidence and prevalence of obesity. It is therefore extremely important to implement primary prevention in form of physical activities as the most economical means in fight against obesity and thus against metabolic syndrome. Cooperation of all involved political components of health support should be established, maintained and extended, under conditions of high-quality management approach (Nová a Bedřich, 2015).

Irodalomjegyzék

- Ahrens, W., Moreno, L.A., Mårild, S., Molnár, D., Siani, A., Henaauw, S., ...& Pigeot, I. (2014). Metabolic syndrome in young children: definitions and results of the IDEFICS study. *International Journal of Obesity* 38,4.
- Alberti, K.G., Eckel, R.H., Grundy, S.M., Zimmet, P.Z., Cleeman, J.I., Donato, K.A.,...& Smith S.C. Jr.(2009). Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*, 120, 1640–1645.
- Aldhoon Hainerová, I. & Zamrazilová H. (2015). Zdravotní a psychosociální komplikace obezity u dětí a dospívajících. *Pediatric pro praxi*, 16(3), 150–153.
- Antošová, D. & Kodl M. (2014). *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
- Babinská, K., Kovács, L., Jankó, V., Dallos, T., & Feber J. (2014). Vztah mezi obezitou a závažnou hypertenzi u dětí a adolescentov, *Česko-Slovenská pediatrie*, 69 (2), 67–76.
- Bankoski, A., Harris, T. B., McClain, J. J., Brychta, R. J., Caserotti, P., CHEN, K. Y.,...& Koster, A. (2011). Sedentary activity associated with metabolic syndrome independent of physical activity. *Diabetes care*, 34(2), 497–503.
- Brand, S. (2010). High exercise levels are related to favorable sleep patterns and psychological functioning in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 46(2), 133–141.
- Braunerová, R., Kunešová, M., Procházka, B., Vignerová, J., Pařízková, J., Riedlová, J.,... & Šteflová, A. (2010). Současný stav stravování a pohybové aktivity ve vztahu k obezitě u sedmiletých dětí - studie WHO, *Časopis lékařů českých*, 149, 533–536.
- Countryman, A.J., Saab, P.G, Llabre, M.M, Penedo, F.J., McCalla, J.R. & Schneiderman, N. (2013). Risk in Adolescents: Associations with Physical Activity, Fitness, and Sleep. *Annals of Behavioral Medicine*, 45(1), 121–131.
- Dovrtělová, L., Kapounková, K., Knappová, V., Kopřivová, J., Stejskal, P. & Tomášková I. (2014) *Pohybová intervence metabolického syndromu a její rizika (Intervention of Metabolic Syndrome with Physical Activity and its Risks)*. Brno: Masarykova Univerzita.
- Hamřík, P., a kol. (2015). Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí: Akční plán č. 1: Podpora pohybové aktivity na období 2015–2020. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
- Health 2020, (2013). A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO.
- Hellebrandt, V. (2014). *Sportovní trénink*. Brno: Masarykova univerzita.
- Chen, M., He, M., Min, X., Pan, A., Zhang, X., Yao, P., ...& Wu, T. (2013). Different Physical Activity Subtypes and Risk of Metabolic Syndrome in Middle-Aged and Older Chinese People. *PLoS ONE*, 8(1), 1–7.
- Chia-Ling, Ch., Po-Tseng, L., Wei-Ting, Ch., Chin-Sung, Ch., Jyh-Hong, Ch., Liang-Miin, T., ...& Ping Yen, L. (2013). The interplay between inflammation, physical activity and metabolic syndrome in a remote male geriatric community in Southern Taiwan: the Tianliao Old People (TOP) study 03. *Diabetology*, 5(1), 1–19.
- Choi, M., H. Yeom & Jung D. (2013). Association between physical activity and metabolic syndrome in older adults in Korea: Analysis of data from the

- Korean National Health and Nutrition Examination Survey IV. *Nursing*, 15(3), 379-386.
17. Janczura, M., Bochenek, G., Nowobilski, R., Dro-pinski, J., Kotula-Horowitz, K., Laskowicz, B., ...&Domagala, T. (2015). The Relationship of Metabolic Syndrome with Stress, Coronary Heart Disease and Pulmonary Function - An Occupational Cohort-Based Study. *PLoS ONE*,10(8), 1-20.
 18. Kim, Ch., Schlenk, E.A., Kang, S. & Park, J. (2015). Effects of an internet-based lifestyle intervention on cardio-metabolic risks and stress in Korean workers with metabolic syndrome: A controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 98(1), 111-119.
 19. Kimmer, D., Bártlová, S. (2013). Vliv sociálních faktorů na výživu seniorů. *Výživa a potraviny: časopis Společnosti pro výživu*. Praha: Výživaservis s. r. o., 68(4), 109-111.
 20. Krahulec, B., (2007). Možnosti nefarmakologické a farmakologické léčby obezity u pacientov s metabolickým syndrómom. *Via pract.* 4 (S4), 10-12.
 21. Li-Chi, Ch. (2015). Moderate physical activity level as a protective factor against metabolic syndrome in middleaged and older women. *Journal of Clinical Nursing*, 24(9-10), 1234-1245.
 22. Malátová, R., Kanášová, J. & Novák, V. (2014). Výskyt obezity u 10-11 letých dětí v Českých Budějovicích. *Studia Kınanthropologica*, 15(2), 75-80.
 23. Mostafavi, F., Ghofranipour, F., Feizi, A., & Pirzadeh, A. (2015). Improving Physical Activity and Metabolic Syndrome Indicators in Women: A Transtheoretical Model-Based Intervention. *International Journal of Preventive Medicine*, 6, 28.
 24. Najafian, J., Mohammadifard, N., Naeini, F.F. & Nouri, F. (2014). Relation between usual daily walking time and metabolic syndrome. *Nigerian Medical Journal*, 55(1), 29-33.
 25. Nazare, J. A., Smith, J., Borel, A. L., Alméras, N., Tremblay, A., Bergeron, J.,... & Després, J.P. (2013). Changes in Both Global Diet Quality and Physical Activity Level Synergistically Reduce Visceral Adiposity in Men with Features of Metabolic Syndrome. *Journal of Nutrition*, 139(7), 1074-1083.
 26. Nătescu, M., Streinu-Cercel, A., Otelea, M. & Furtunescu F. L. (2013). Physical activity in relation to the risk factors for the metabolic syndrome in a group of medical students. *Acta Medica Transilvanica*, 18(1),283-286.
 27. Nová, J. & Bedřich L. (2015). Znalostní management a vzdělávání jako stimul rozvoje lidských zdrojů ve sportu. In Ferenčíková Soňa; Šestáková Monika. 7th International Research Conference Management Challenges in the 21st Century. Bratislava: Vysoká škola manažmentu v Trenčíne.
 28. Novotný, J. (2014). *Health and Physical Activity*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií.
 29. Oda, E. (2012). Metabolic syndrome: its history, mechanisms, and limitations. *Acta Diabetol*, 49,89-95.
 30. Petersen, C.B., Nielsen, A.J, Bauman, A. & Tolstrup, J.S. (2014) Joint association of physical activity in leisure and total sitting time with metabolic syndrome amongst 15,235 Danish adults: A cross-sectional study. *Prev Med*, 69C, 5-7.
 31. Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Melbourne, Florida: Krieger Publishing Company..
 32. Reaven, G.M. (2005). The metabolic syndrome: requiescat in pace. *Clin Chem* 51,931-938.
 33. Salonen, M.K., Wasenius, N., Kajantie, E., Lano, A., Lahti, J.,Heinonen, K., ...& Eriksson J.G. (2015). Physical Activity, Body Composition and Metabolic Syndrome in Young Adults. *PLoS ONE*,10(5), 1-12.
 34. Sucharda, P. (2014). Metabolický syndrom - kliniku patofyziologií nenahradíš, *Practicus*, 13(4), 14-15.
 35. Sui, P.M., Yu, A.p., Benzie, I.F. & Woo, J. (2015). Effects of 1-year yoga on cardiovascular risk factors in middle-aged and older adults with metabolic syndrome: a randomized trial. *Diabetology*, 7(1), 1-12.
 36. Suskin, N. (1998). Clinicalworkload decreases the level of aerobic fitness in housestaff physicians. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 18(3), 216-220.
 37. Svačinová, H. (2005). Role pohybové léčby a tělesné zdatnosti v prevenci a léčbě metabolického syndromu. *Vnitřní lékařství*, 51(1), 87-92.
 38. Válková, H. (2014). Psychologie sportu. Brno: Masarykova univerzita.
 39. Včelařová, H. (2013). Nadváha a obezita dětí a dospívajících ve Velké Británii – současný stav a přístupy, vycházející z psychosociálních a environmentálních aspektů. *E-psychologie*, 7(2), 1-11.
 40. Větrovská, R., Matounek, M., Vilikus, Z., & Slabý, K. (2008). Složení těla neovlivní výslednou redukci po pohybovém programu u žen s nadváhou a obezitou. *Medicina Sportiva Bohemica & Slovaca*, 17(3), 130-139.
 41. Wilkin, T. J., & Voss, L. D. (2004). Metabolic syndrome: maladaptation to a modern world. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97(11), 511-520.
 42. Zhu, S. (2015). Recurrent vascular events in lacunar stroke patients with metabolic syndrome and/or diabetes. *Neurology*, 85(11), 935-941.

Tartós ellátást nyújtó intézményben élő, demenciában szenvedő idősök önellátási képességével kapcsolatos tényezők

DR. KOVÁCS Éva, JÓNÁSNÉ SZTRUHÁR Izabella, KARÓCZI Csilla Kata, VASS Zsolt, FARKAS Lilla

Összefoglalás

A vizsgálat célja: Az időskori egészséget, és az életminőséget meghatározza a funkcionális függetlenség. Keresztmetszeti kutatásukban a szerzők azt vizsgálták, összefüggnek-e demens idősök önellátási képességével az idős funkcionális képességei (egyensúly, járásminőség, funkcionális mobilitás, kognitív képességek), az életkora, a tápláltsági állapota és a társbetegségek száma.

Vizsgálati módszer és minta: A kutatásban 110 idős vett részt. A szerzők az önellátási képességet a Katz-indexszel, az egyensúlyt és a járásminőséget a Tinetti teszttel, a funkcionális mobilitást a Timed Up and Go teszttel mérték. A változók közti összefüggéseket Spearman-rho számításával elemezték.

Eredmények: Az egyensúly ($r=0,557$), a járásminőség ($r=0,515$), a funkcionális mobilitás ($r=-0,647$) erős kapcsolatot mutatott az önellátási képességgel, azaz minél jobb az idős ember egyensúlya, járása és funkcionális mobilitása, annál magasabb az önellátási képessége. Az életkor, a tápláltsági állapot, a kognitív képesség, valamint a társbetegségek számának gyenge hatását tudtak kimutatni.

Következtetés: Az eredmények azt mutatják, hogy a demens idősök funkcionális önállóságának megőrzése multidiszciplináris feladat: az ápoló és a gyógytornász együttműködve tudja a krónikus betegségeket kezelő orvos munkáját kiegészíteni.

Kulcsszavak: funkcionális függetlenség, demencia, ápolás, fizioterápia

Associated factors of independency in older adults with cognitive impairment living in a long term care institute
Éva KOVÁCS PhD, Izabella JÓNÁSNÉ SZTRUHÁR, Csilla Kata KARÓCZI, Zsolt VASS, Lilla FARKAS

Summary

Aim of the research: Functional independence determines the elderly's health and quality of life. In them cross-sectional study the authors analysed the associations between functional abilities (balance, gait, functional mobility, cognitive abilities), age, BMI and comorbidities and independency in older adults with cognitive impairment.

Research and sampling methods: 110 elderly people were measured. Self-sufficiency was measured by the Katz-index, balance, and gait by the Tinetti Test and functional mobility by the Timed Up and Go Test. Correlations between variables were analysed with the Spearman's rank-order correlation.

Results: There was strong association between balance ($r=0,557$), gait ($r=0,515$), functional mobility ($r=-0,647$), and independency. It means the better the balance, gait, and functional mobility is, the higher the independency is. There was weak association between age, BMI, cognitive abilities, comorbidities and independency.

Conclusion: Results show that preserving of the functional independence in older adults with cognitive impairment is a multidisciplinary task: physiotherapists and nurses should work together to complete doctors' curative work of chronic diseases.

Keywords: functional independency, dementia, nursing, physiotherapy

Beérkezett: 2016. február 12. Elfogadva: 2016. április 14.

DR. KOVÁCS Éva adjunktus, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Alapozó Egészségtudományi Intézet Morfológiai és Fiziológiai Tanszék

JÓNÁSNÉ SZTRUHÁR Izabella vezető gyógytornász, Fővárosi Önkormányzat Pesti úti Idősök Otthona és Regionális Módszertani Osztály óraadó tanár, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Alkalmazott Egészségtudományi Intézet Fizioterápia Tanszék

KARÓCZI Csilla Kata egyetemi hallgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar MSc Fizioterápia szak I. évfolyam

VASS Zsolt főiskolai hallgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar BSc Ápoló szakirány III. évfolyam

FARKAS Lilla főiskolai hallgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar BSc Gyógytornász szakirány IV. évfolyam

Levelező szerző (correspondent): DR. KOVÁCS Éva, elérhetőség: e-mail: kovacse@se-etk.hu

Bevezetés

A funkcionális függetlenség azt jelenti, hogy a személy önálló a napi életvitel leg-
alapvetőbb tevékenységeiben, mint pl. tisztálkodás, öltözködés, WC használat, helyváltoztatás, kontinencia, táplálkozás (Mattos et al., 2014). A geriátria akkor beszél a funkcionális önállóság elvesztéséről, azaz funkcionális függőségről, ha az idős ember egy vagy több fenti alaptevékenységben külső személy segítségére szorul (Semsey, 2008).

A funkcionális önállóság elvesztése rosszabb életminőséggel (Samus, et al., 2006), magasabb mortalitással társul (Millán-Calenti, et al., 2010), ami végül emeli az egészségügyi ellátási költségeket.

A funkcionális függőség prevalenciája a különböző felmérésekben eltérő, mely az eltérő mérőskálákkal és a minta eltérő átlagéletkorával magyarázható: 16,2 % (Nascimento, et al., 2012), 19,8 % (Aris, et al., 2009), 34,6% (Millán-Calenti, et al., 2010). A saját otthonukban élő 70 év felettiek 20%-a valamilyen mértékű segítségre szorul a mindennapi élet alapvető tevékenységeiben: étkezés, öltözködés, higiénia (Rubenstein és Josephson, 2006).

Hasonló tendenciát tükröznek a hazai adatok. Egy magyarországi felmérésben a 65 év feletti idősök 43%-a vallotta azt, hogy sík terepen segédeszköz vagy segítség nélkül nehezen vagy alig tud megtenni 500 m távolságot. A magyar 64 évnél idősebb férfiak 22%-a, a nők 25%-a vallja azt, hogy korlátozott a mindennapi tevékenységében, pl. ágyból felkelés, székről felállás, öltözködés, mosakodás, WC-használat (Statisztikai Tükör, 2014).

A gyógytornász feladata minden korosztályban, így az idősök körében is az, hogy képessé tegye páciensét a lehető legteljesebb funkcionális önállóságra (Semsey, 2008).

Ezért fontos, hogy tisztában legyünk azal, hogy milyen tényezők állnak kapcsolatban a geriátriai intézményekben élő idős személyek önellátási képességét, hiszen akkor tudunk határos intézkedéseket tervezni, ha ismerjük ezeket a tényezőket.

Az eddigi kutatások többségét otthonélő idősök körében folytatták, akiknek funkcionális önállóságában a szociokulturális té-

nyezők (Arias-Merino, et al., 2012) mellett a kognitív képességeknek (Arias-Merino, et al., 2012, Figueiredo, et al., 2013, Freitas, et al., 2012, Millán-Calenti, et al., 2010, Steen, et al., 2001), a krónikus betegségeknek (Arias-Merino, et al., 2012, Freitas, et al., 2012, Millán-Calenti, et al., 2010, Yeom, et al., 2007), a korábbi eleséseknek (Freitas, et al., 2012), a testsúlynak (Freitas, et al., 2012, Yeom, et al., 2007), a mobilitásnak (Arias-Merino, et al., 2012, Steen, et al., 2001) és az életkornak (Arias-Merino, et al., 2012, Figueiredo, et al., 2013, Freitas, et al., 2012) van meghatározó szerepe.

Időskorúak ellátásával foglalkozó intézményben eddig csak ép kognitív funkcióval rendelkező idősök körében végeztek kutatást, és körükben is csak a szociokulturális tényezőket (Mattos, et al., 2014, Rodriguez-Blazquez, et al., 2012), valamint a depresszió hatását vizsgálták (Rodriguez-Blazquez, et al., 2012). Azonban intézményben élő, kognitív funkciózavarral rendelkező idősök körében nem ismerjük azt, hogy az egészségi állapot valamint a fizikális tényezők hogyan vannak összefüggésben az önellátási képességgel. Ezek hatásának vizsgálata adta keresztmetszeti kutatásunk célját.

Feltételeztük, hogy az önellátási szint összefüggésben van a funkcionális képességekkel (kognitív funkció, statikus és dinamikus poszturális kontroll, funkcionális mobilitás), az életkorról, a BMI-vel, és a krónikus betegségek számával tartós ellátást nyújtó intézményben élő enyhe és közepes súlyos demenciában szenvedő idősök körében.

Vizsgálati módszer

Résztvevők

Kutatásunkat egy tartós ellátást nyújtó szociális módszertani intézményben végeztük az intézmény vezetőségének jóváhagyásával. A részvétel önkéntes alapon, az anonimitás biztosításával történt. Először az intézmény lakóinak orvosi adatait szűrtük Mini Mentál teszten teljesített 24 alatti érték szempontjából. Kizártuk a részvételből azt, aki 2 hónagnál kevesebb ideje élt az otthonban, 60 évesnél fiatalabb volt, nem volt képes jár-

si segédeszközzel vagy személyi segítséggel legalább 6 métert megtenni, súlyos demencia (MMSE 10 pont alatt) (azaz nem képes az egyensúlytesztek és járástesztek végrehajtásához szükséges verbális instrukciókat követni) továbbá, ha ő vagy törvényes képviselője nem járult hozzá a részvételhez. Az 544 lakóból 237-en szenvedtek demenciában, közülük, a fenti szempontok alapján, 110 személyt tudtunk bevonni a kutatásba.

Mérések

A demográfiai, és az egészségi állapotra vonatkozó adatokat (testsúly, testmagasság, ismert krónikus betegségek: kardiopulmonális betegségek, diabetesz, mozgásszervi betegségek, neurológiai betegségek, szédülés, járási segédeszköz-használat) az egészségügyi dokumentációból gyűjtöttük.

A résztvevők önellátási képességét a Katz-féle napi tevékenységet értékelő skálával mértük fel (Székács, 2005). A vizsgálat során értékeltük, hogy a következő 6 tevékenységet (tisztálkodás, öltözködés, WC használat, helyváltoztatás, kontinencia, táplálkozás) az idős személy felügyelet nélkül és önállóan (= 1 pont) képes-e elvégezni, vagy verbális irányítást, személyes segítséget, felügyeletet, esetleg teljes körű segítséget igényel (= 0 pont). Tökéletes önellátási képességet a 6 pontos összpontszám mutat. A poszturális kontroll vizsgálatára a Tinetti tesztet (Performance Oriented Mobility Assessment: POMA) alkalmaztuk, amit gyenge képességű idősök egyensúlyának megítélésére fejlesztettek ki (Fábián, 2014). A teszt két részből áll. A teszt egyensúlyrészének (Tinetti egyensúly teszt) feladatai a következő aktivitásokat pontozza: ülés egyensúly, ülésből felállás és visszaülés, állás egyensúly nyitott és csukott szemmel, egyensúly megfordulás közben. A teszt járást vizsgáló része (Tinetti járásteszt) a járás elindítását, a lépéshosszt, a lépésmagasságát, a lépésszimmetriát, a lépések folyamatosságát, a járás iránytartását és a törzs kompenzáló mozgásait vizsgálja. Minden feladatot két- vagy háromfokozatú skálán értékel. Az egyensúlyfeladatokat és a járásfeladatokat külön értékeltük. Az egyensúlyvizsgáló részben 16 pontot, a járást vizsgáló részben 12 pontot lehet elér-

ni, a maximális pontszám a tökéletes egyensúlyt jelzi. A szakirodalom szerint a teszt jó reliabilitással (85% agreement) rendelkezik (VanSwearingen et Brach, 2001).

A Timed Up and Go tesztet használtuk a funkcionális mobilitás vizsgálatára, amit széleskörűen alkalmaznak az egyensúlyproblémával küzdő idősök mérésére (Fábián, 2014). A teszt során másodpercben mértük azt az időtartamot, amely alatt a vizsgált személy feláll egy 46 cm magas (65 cm magasságban karfás) székről, biztonságos tempóban, valamint a megszokott lábbeliben el sétál egy 3 m távolságban lévő jelzésig, azt megkerüli, visszasétál és ismét leül a székre. Szükség esetén a résztvevők használhatták a korábban is megszokott járási segédeszközüket, kezükre támaszkodhattak a felállásnál, de más fizikális segítségben nem részesülhettek. Két egymást követő kivitelezés átlagát számítottuk, melyek között 30 másodperces pihenőt tartottunk. A méréshez stopperórát használtunk, melyet a „rajt” jelzés elhangzása után indítottunk, és akkor állítottunk meg, mikor a személy a tökéletes ülőhelyzetet elérte, azaz a háta nekitámaszkodott a háttámlának. A feladathoz szükséges hosszabb tesztidő rosszabb teljesítményt jelez. A tesztnek kiváló az ismételt mérések (ICC = 0,99) és a megfigyelők közti reliabilitása (ICC = 0,99) (VanSwearingen et Brach, 2001).

Statisztikai elemzés

A mintát leíró statisztikai adatokat folyamatos adatok esetén átlagban (\pm szórás), a kategorikus adatok esetén pedig abszolút és relatív gyakoriságban adtuk meg. Az adatok normalitásáról a Kolmogorov-Smirnov teszt eredménye alapján döntöttünk.

A függő változó és a független változó közötti összefüggések irányát és erejét Spearman-rhó számításával elemeztük. A kapcsolat szorosságát Cohen határértékei alapján értelmeztük.

Eredmények

A minta átlagéletkora 73 év volt. A nők aránya magas volt. A minta leíró adatait az **I. táblázat** foglalja össze.

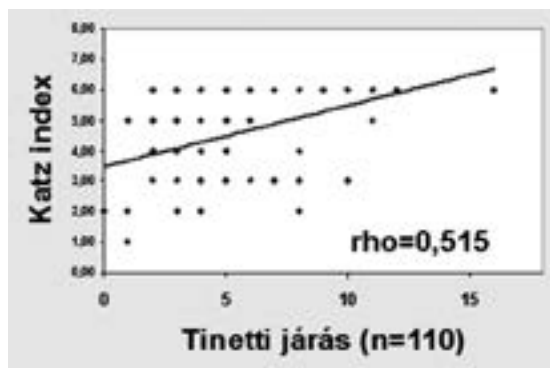
I. táblázat: A demográfiai adatok, az egészségi állapotot és funkcionális képességeket tükröző adatok a mintában

Változók	Minta (n=110)
Életkor (év)	73,3 ±12,6
Nők száma, n (%)	92 (84 %)
Férfiak száma, n (%)	18 (16%)
BMI (kg/m ²)	26,3 (±5,1)
MMSE (pontszám)	20,8 (±5,1)
Krónikus betegségek	
Mozgásszervi betegségek, n (%)	49 (45 %)
Kardiopulmonális betegségek, n (%)	56 (51 %)
Cukorbetegség, n (%)	24 (21 %)
Neurológiai betegségek, n (%)	18 (16 %)
Járási segédeszközhasználat, n (%)	51 (46 %)

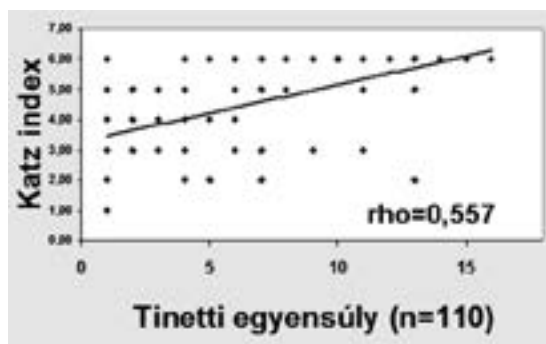
Funkcionális függőséget összesen 52 személynél, a minta 47%-ánál tudtunk megállapítani, azaz ennyi idős személy a napi életvitel egy vagy több alapvetékenységében külső személy segítségére szorul.

Az egyensúly ($r=0,557$; $p<0,0001$) és a járásminőség ($r=0,515$; $p<0,0001$) szoros pozitív kapcsolatot mutatott az önellátási képességgel, azaz minél jobb az idős ember egyensúlya és járása, annál magasabb az önellátási képessége. (1. és 2. ábra) A funkcionális mobilitást mérő TUG testben a hosszabb tesztidő jelzi a hanyatlást. A funkcionális mobilitással szoros inverz kapcsolatot ($r=-0,647$; $p<0,0001$) mutattunk ki: minél kevesebb idő szükséges a feladathoz, annál

1. ábra: Az önellátás szintje és a járásminőség közti összefüggés

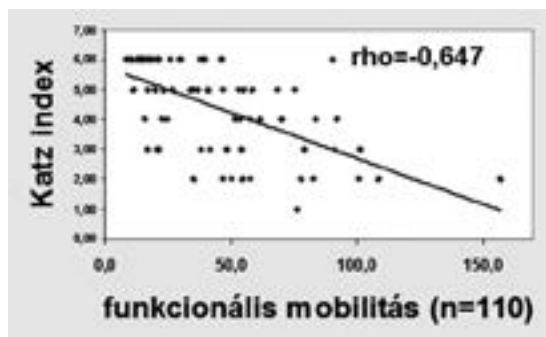


2. ábra: Az önellátás szintje és az egyensúly közti összefüggés



jobb a személy önellátási szintje. (3. ábra) Az életkor ($r=-0,157$; $p=0,008$), a tápláltsági állapot ($r=0,138$; $p=0,002$), a társbetegségek száma ($r=-0,183$; $p=0,047$) valamint a kognitív képességek ($r=0,179$; $p=0,044$) gyenge szignifikáns összefüggését tudtuk kimutatni az önellátási szinttel.

3. ábra: Az önellátás szintje és funkcionális mobilitás közti összefüggés



Megbeszélés

Kutatásunkban azt vizsgáltuk, milyen összefüggés van enyhe és közepesúlyos demens idősök önellátási képessége valamint az idős életszakaszt jellemző funkcionális képességek (egyensúly, járásminőség, funkcionális mobilitás, kognitív képességek), az életkor, a tápláltsági állapot, és a társbetegségek száma között. Az egyensúly, a járásminőség, és a funkcionális mobilitás szoros összefüggésben van az önellátással: azaz minél jobb teljesítményt mutat a vizsgált funkciókban, annál teljesebb önellátásra képes az idős személy.

Ugyanakkor a kognitív funkciózavar mértéke, az életkor, a tápláltsági állapot és a krónikus betegségek száma ebben a populációban gyenge mértékben vannak összefüggésben az önellátási szinttel: enyhébb demencia, fiatalabb életkor, magasabb BMI és kevesebb krónikus betegség kevésbé érinti a funkcionális önállóságot.

Saját kutatásunk eredménye számos tekintetben, összhangban van a nemzetközi kutatások eredményeivel:

Otthonéló időseknél Freitas bizonyította az egyensúlyzavar, kognitív funkciózavar mértéke, krónikus betegségek, életkor és a tápláltság hatását, az alkoholfogyasztás és a dohányzás hatása mellett (Freitas et al., 2012). A kognitív képességek, krónikus betegségek és az életkor szerepét más kutatások is igazolták, amellet, hogy rámutattak a szenzoros funkciózavarok befolyásoló szerepére (Mattos et al., 2014). A krónikus betegségeknek a funkcionális képességek hanyatlásában betöltött szerepét Yeom és mtsai is vizsgálták, vizsgálatukban a szívbetegségek, alsó végtagi artrózisok, és metabolikus szindróma hatását igazolták (Yeom et al., 2008). A dohányzás szignifikáns hatását két amerikai tanulmány kimutatta, de az alkohollal való összefüggést nem tudták igazolni (Santos, et al., 2008, Mattos, et al., 2014). A fizikai aktivitás hatását otthonéló idősekből álló mintán három kutatás szignifikánsnak találta (Figueiredo, et al., 2013, Nascimento, et al., 2012, Santos, et al., 2008). A korábban elszendvedett elesés szerepét két amerikai kutatócsoport vizsgálta, mindkét kutatócsoport szignifikáns összefüggést igazolt (Figueiredo, et al., 2013, Freitas, et al., 2012). A mobilitás hatását otthonéló idősök körében három kutatás vizsgálta, és hozzánk hasonlóan szignifikánsnak találta (Arias-Merino, et al., 2012, Mattos, et al., 2014, Steen, et al., 2001).

Kutatásunk korlátjaként kell megemlíteni, hogy a keresztmetszeti elrendezés nem teszi lehetővé az ok-okozati viszony feltárását, amit további, retrospektív vagy prospektív kutatások fognak bizonyítani.

Összefoglalásképpen elmondhatjuk, hogy a mentálisan sérült idősök közül azok vannak kitéve annak, hogy elvesztik funkcionális önállóságukat, akik hanyatló egyensúlyozó- és járásképeséggel, rossz funkcionális mobilitással rendelkeztek. Eredményeink alapján ebben a populációban is van, de gyenge szerepe a demencia súlyosságának, tápláltsági állapotnak, valamint annak, hogy hány krónikus betegségben szenved az idős ember.

Eredményeink azt mutatják, hogy a funkcionális önállóság megőrzése multidiszciplináris feladat: a gyógytornász az egyensúly, és a járás fejlesztésével, az ápoló és a gyógytornász együttműködve a mobilitás támogatásával tudja a krónikus betegségeket kezelő orvos munkáját kiegészíteni. Bízunk benne, hogy vizsgálatunk eredményei segítik a demenciában szenvedő idősök funkcionális függetlenségét megőrző hatékony módszerek kidolgozását.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnénk megköszönni a Fővárosi Önkormányzat Pesti úti Idősök Otthona és Regionális Módszertani Osztály Igazgatójának, Bakonyi László Úrnak, hogy lehetővé tette és támogatta az Intézetben folyó kutatást. Továbbá, köszönetünket fejezzük ki az Intézmény munkatársainak, hogy segítettek az adatgyűjtésben, valamint a kutatásban résztvevőknek, hogy vállalták a mérésekkel járó fáradságokat, hogy az eredményekkel segíthessük társaik, valamint a következő nemzedék egészségét.

Irodalomjegyzék

1. Arias-Merino, E.D., Mendoza-Ruvalcaba, N.M., Ortiz, G.G., Velázquez-Brizuela, I.E., Meda-Lara, R.M., Cueva-Contreras, J. (2012): Physical function and associated factors in community-dwelling elderly people in Jalisco, Mexico. *Arch Gerontol Geriatr*, 54, 271-278.
2. Aris, M.A.B., Draman, S.B., Rahman, J.B.A., Shamsuddin, N.B. (2009): Functional disabilities

- and its associated factors among elderly patients in primary care clinics. *Int Med J*, 16, 251-256.
3. Fábrián G. (2014): Állapotfelmérő eszközök az idősgondozásban. Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen, pp. 22-27.
 4. Figueiredo, C.S., Assis, M.G., Silva, S.L.A., Dias, R.C., Mancini, M.C. (2013): Functional and cognitive changes in community-dwelling elderly: Longitudinal study. *Braz J Phys Ther*, 17, 297-306.
 5. Freitas, R.S., Fernandes, M.H., Coqueiro, R.S., Reis Júnior, W.M., Rocha, S.V., Brito, T.A. (2012): Functional capacity and associated factors in the elderly: a population study. *Acta Paul Enferm*, 25, 933-939.
 6. Mattos, I.E., do Carmo, C.N., Santiago, L.M., Luz, L.L. (2014): Factors associated with functional incapacity in elders living in long stay institutions in Brazil: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*, 15, 47.
 7. Millán-Calenti, C., Tubío, J., Pita-Fernández, S., González-Abraldes, I., Lorenzo, T., Fernández-Arruty, T., Maseda, A. (2010): Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Arch Gerontol Geriatr*, 50, 306-310.
 8. Nascimento, C.deM., Ribeiro, A.Q., Cotta, R.M., Acurcio, F.de A., Peixoto, S.V., Priore, S.E., Franceschini, S.doC. (2012): Factors associated with functional ability in Brazilian elderly. *Arch Gerontol Geriatr*, 54, 89-94.
 9. Rodriguez-Blazquez, C., Forjaz, M.J., Prieto-Flores, M.E., Rojo-Perez, F., Fernandez-Mayoralas, G., Martinez-Martin, P., Spanish Research Group on Quality of Life and Ageing. (2012): Health status and well-being of older adults living in the community and in residential care settings: are differences influenced by age? *Aging Ment Health*, 16, 884-891.
 10. Rubenstein, L.Z., Josephson, K.R. (2006): Falls and their prevention in elderly people: What does the evidence show? *Med. Clin. N. Am*, 90, 807-824.
 11. Samus, Q.M., Rosenblatt, A., Onyike, C., Steele, C., Baker, A., Harper, M., Brandt, J., Mayer, L., Rabins, P.V., Lyketsos, C.G. (2006). Correlates of caregiver-rated quality of life in assisted living: the Maryland Assisted Living study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 61, 311-314.
 12. Santos, J.L., Lebrão, M.L., Duarte, Y.A., Lima, F.D. (2008): Functional performance of the elderly in instrumental activities of daily living: an analysis in the municipality of São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica*, 24, 879-886.
 13. Semsey, I. (szerk) (2008): Gerontológia. Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Nyíregyháza, pp. 445-449.
 14. Statisztikai Tükör (2014): Egészségfelmérés (ELEF) 2014. Központi Statisztikai Hivatal http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/Egeszsegjelentés_2015.pdf, letöltés: 2015. november
 15. Steen, G., Sonn, U., Hanson, A.B., Steen, B. (2001): Cognitive function and functional ability. A cross-sectional and longitudinal study at ages 85 and 95 in a non-demented population. *Aging (Milano)*, 13, 68-77.
 16. Székács, B. (szerk) (2005): Geriátria az időskor gyógyászata. Semmelweis Kiadó, Budapest, pp. 480.
 17. VanSwearingen, J.M., Brach, J.S. (2001): Making geriatric assessment work: selecting useful measures. *Phys. Ther*, 81, 1233-1252.
 18. Yeom, H.A., Fleury, J., Keller, C. (2007): Risk factors for mobility limitation in community-dwelling older adults: a social ecological perspective. *Geriatr Nurs*, 29, 133-140.

A gyulladássos bélbetegségben szenvedő fiatal felnőttek életminősége

VARGA Krisztina, DR. VÁRADYNÉ HORVÁTH Ágnes, TÓTH Marianna, SZUNOMÁR Szilvia,
Dr. PAKAI Annamária PhD

Összefoglalás

A vizsgálat célja: A nem fertőzőes eredetű gyulladássos bélbetegségben szenvedő egyének száma az utóbbi években jelentős emelkedést mutat. Cél rávilágítani azokra a tényezőkre, amelyek negatívan befolyásolják a gyulladássos bélbetegségben szenvedő fiatal felnőttek életminőségét.

Vizsgálati módszerek és minta: A keresztmetszeti, kvantitatív vizsgálat a PTE KK-ban 2014.07.15.–2014.12.31. között történt. Nem véletlenszerű, kényelmi mintavétel során a célcsoportba 18–46 év közötti Crohn - betegségben vagy Colitis ulcerosában szenvedő betegek kerültek. Az adatgyűjtés standard kérdőívek felhasználásával (Betegségteher Index, IBDQ, Coloplast életminőség kérdőív) és a demográfiai adatok kiegészítésével történt (N=103). Microsoft Excel 2013 program segítségével a leíró statisztika mellett kétmintás t-próbát alkalmaztunk ($p < 0,05$).

Eredmények: A Betegségteher Index átlagpontszáma $55,34 \pm 17,06$, az alapbetegség és a szocio-demográfiai mutatók tükrében nem mutat szignifikáns különbséget ($p > 0,05$). Az IBDQ átlagpontszáma $51,92 \pm 18,54$, a lakóhely függvényében szignifikáns különbség található ($p < 0,001$).

Következtetés: A gyulladássos bélbetegségben szenvedő fiatal felnőttek életminőségét javítani kell, törekedni kell a betegségterhük csökkentésére. Fontos a betegség multidiszciplináris kezelése.

Kulcsszavak: Crohn betegség, Colitis ulcerosa, életminőség

Young adults with inflammatory bowel disease of quality of life

Krisztina VARGA, Ágnes VÁRADYNÉ HORVÁTH, Marianna TÓTH, Szilvia SZUNOMÁR, Annamária PAKAI PhD

Summary

Aim of the research: In the recent years the number of individuals with inflammatory bowel disease shows a significant increase. The aim was to highlight those factors that negatively affect the quality of life of young adults with inflammatory bowel disease.

Research and sampling methods: The authors made a cross-sectional, quantitative research at PTE KK between July 15, 2014 and December 31, 2014. During the non-random, convenience sampling, patients with Crohn's disease or Ulcerative Colitis, aged between 18 and 46 years were included in the target audience. The data collection tools were standard questionnaires (Illness Intrusiveness Ratings Scale, IBDQ, Stoma Quality of Life Scale) and also demographic information (N=103). Beside the descriptive statistics we also used two-sample t-test with the help of the Microsoft Excel 2013 program ($p < 0,05$).

Results: The Illness Intrusiveness Ratings Scale mean score was $55,34 \pm 17,06$ and in the context of the basic disease and socio-demographic indicators show no significant difference ($p > 0,05$). The average score of the IBDQ was $51,92 \pm 18,54$, as regard the residence we found significant difference ($p < 0,001$).

Conclusions: The quality of life of young adults with inflammatory bowel disease must be improved and should be pursued to reduce the disease burden. The multidisciplinary treatment of the disease is important.

Keywords: Crohn disease, Colitis, Ulcerative, Quality of life

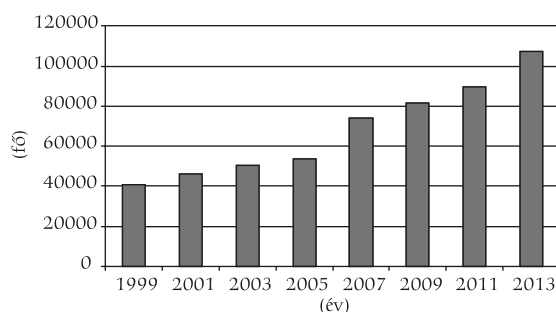
Beérkezett: 2016. február 3. Elfogadva: 2016. március 10.

VARGA Krisztina ápoló BSc levelező hallgató, PTE Klinikai Központ Sebészeti Klinika
DR. VÁRADYNÉ HORVÁTH Ágnes címzetes egyetemi docens, PTE Egészségtudományi Kar, Pécsi Képzési Központ, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet
TÓTH Marianna ápolás-szakmai igazgatóhelyettes, PTE Klinikai Központ Sebészeti Klinika
SZUNOMÁR Szilvia szakoktató, PTE Egészségtudományi Kar, Pécsi Képzési Központ, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet
Dr. PAKAI Annamária PhD egyetemi adjunktus, tanszékvezető, PTE ETK, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet, Védőnő és Prevenció Tanszék.
Levelező szerző (correspondent): Dr. Pakai Annamária, elérhetőség: Tel.: +36/92-311-115, e-mail: annamaria.pakai@etk.pte.hu

Bevezetés

Az idiopathias, krónikus gyulladásoos bélbetegségek (inflammatory bowel disease, IBD), mint a Colitis ulcerosa és a Crohn-betegség incidencia és prevalencia mutatói az elmúlt évtizedben drasztikus növekedést mutat. Népegészségügyi jelentőségüket alátámasztja, hogy a fejlettebb országokban a rheumatoid arthritist követően a második leggyakoribb idült gyulladásoos betegségcsoport közé sorolják (OEP, 2009). Hazánkban a 19 éves és idősebb felnőtt lakosság körében a házi orvoshoz bejelentkezett nem fertőző eredetű gyulladásoos bélbetegségben szenvedők száma 2013-ban 107.578 fő volt (KSH 2015). (1. ábra)

1. ábra: A házi orvosokhoz bejelentkezett 19 éves és idősebb egének főbb betegségei (fő)



Az IBD kialakulásában a külső kockázati tényezők, mint pl.: gyógyszerek, fertőzés, mérgező anyagok, dohányzás, belső folyamatok, mint a bélbaktériumok szerkezeti megváltozása, de az egyéni eltérések (pl.: genetikai tényezők, lelki folyamatok) is szerepet játszanak (Magyari, L. & Melegh 2009). A kórkép lefolyását tekintve különböző súlyosságú fellángolásokból (relapszus) és változó időtartamú nyugalmi időszakokból (remisszió) tevődik össze, amely igen gyakran csak nagy dózisú szteroid kezelésre reagál, produkálva annak összes ismert mellékhatását. A betegség első évében a szövödmények megviselik a klienseket, ennek következtében csökkenhet a terápiás compliance is. Hosszú távon nem elhanyagolható szempont az érintett bélszakasz malignitás veszélye sem. A progresszió időbeni késleltetése komoly kihívást jelent nem csak a szakmai, de a gazdasági és szociális ellátórendszer számára is (Kiss & Lakatos, 2010).

A colitis ulcerosa kezdete általában a 20–35. életév, Crohn-betegségben pedig ennél öt-tíz évvel korábbra tehető, így az érintett fiatal felnőtteknek is meg kell birkóznuk a krónikus állapot terhével, az őket érintő esetleges hátrányos megkülönböztetéssel, a test-sémájuk negatív irányú változásával, a felmerülő szexuális diszfunkciókkal, a különböző szerepvállalások nehézségével (Nagy & Laczkóné, 2012). Emellett a mindennapi életünk során számos olyan tényezővel is találkozhatnak, melyek stresszkeltők lehetnek (Karamánné Pakai A, 2014; Müller et al 2015.) Ezek a stresszhatások sok esetben a betegség kiújulásához, fellángolásához vagy egy újabb kórházi kezeléshez és hospitalizáláshoz vezethet. További problémát jelent, hogy kevés az aktív keresettel rendelkezők száma, mert a relapszus okozta munkaidő kiesés, táppénz miatt a munkáltatók valószínűsíthetően nem szívesen foglalkoztatják tovább őket. A bélbetegek számára beszűkül a munkaerő-piaci kínálat, gyakran szociális ellátásra kényszerülnek (EFCCA, 2014). A felmerülő problémák mind befolyásolják a fiatal felnőttek pszichés állapotát, negatív tényezőként hatnak az életminőségükre, a családi és társadalmi szerepvállalásukra meghatározó és/vagy determinált tényezőként jelenik meg.

A vizsgálat célja

A vizsgálatunk célkitűzése a gyulladásoos bélbetegségben szenvedő fiatal felnőttek életminőségének feltárása, megismerni a kliensek nehézségeit az élethelyzeteik alkalmával, összefüggést keresni a társadalmi szerepvállalás és a betegség teher mértéke között. További cél, hogy képet kapjunk a bélbetegség hatásairól a fiatal felnőttek párkapcsolatának, szexualitásának kontextusában. Szeretnénk feltárni a kialakított enterosztómával a szerepvállalás alakulását, ezáltal az életminőségre gyakorolt hatását.

A vizsgálati módszer és minta

A retrospektív, kvantitatív, keresztmetszeti vizsgálat a PTE Klinikai Központ Sebészeti

Klinikáján és a PTE KK Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai osztályán történt 2014. július 15. és 2014. december 31. között. A nem véletlenszerű, kényelmi mintavétel során a célcsoportba azok az együttműködő 18 évnél idősebb és 46 évnél fiatalabb egyedek kerültek, akiknél gyulladásoos bélbetegséget (Morbus Crohn vagy Colitis ulcerosa) diagnosztizáltak és önkéntes alapon vállalta a vizsgálatban való részvételt. Kizárási kritériumnak tekintettük, ha szövettani eredmény nem érkezett vissza, a klinikai kép nem volt egyértelmű, emiatt csak valószínűsítették az IBD-t vagy nem felelt meg a beválasztási kritériumoknak a felállított diagnózis, valamint, ha a kliens nem egyezett bele a vizsgálatba. A vizsgálat során 120 darab kérdőív került kiosztásra, melyből 112 érkezett vissza. A visszaérkezett kérdőívekből 9 kérdőívet a hiányos kitöltés miatt ki kellett zárni a vizsgálatból, ezért a kutató munkánk során 103 db kérdőívet értékeltünk.

Az adatgyűjtés kérdőíves módszerrel történt, mely 4 részből állt. Az *első része* saját szerkesztés és a szocio – demográfiai adatokra vonatkozott. A *második rész* 13 kérdésből álló Betegségteher Indexet (Illnes Intrusiveness Rating Scale, IIRS) tartalmazta, melynek segítségével képet kaptunk arról, hogy a betegség és annak kezelése mennyire befolyásolja az élet különböző területeit. Minimálisan 13 pont, maximálisan 91 pont volt adható, ez a betegség / kezelés teljes mértékű befolyásoló hatását jelenti. A kérdőív az értékelés szempontjából 3 faktor köré csoportosította a kérdéseket. A *kapcsolatok és személyes fejlődés tényező kérdései* a passzív pihenésre, a családi kapcsolatokra, az egyéb társas kapcsolatokra, az önkifejezésre, a válásos életre és a közösségi és állampolgári tevékenységre, míg az *intimitás faktor kérdései* a házastársához, párhoz fűződő viszonyra és nemi életre vonatkoztak. A *mindennapos tevékenység (eszköz) faktor kérdései* pedig az egészségre, a táplálkozásra, a munkára, az aktív pihenésre és az anyagi helyzet befolyásolására tértek ki. A magyar nyelvű skála belső konzisztenciája az összpontszámot tekintve a Cronbach-alfa = 0,79, alsóskálák esetében 0,73–0,85. (Devins et al, 1993; Novak, et al 2005). A kérdőív *harmadik része* a gyulladásoos bélbetegégek életminőségének vizsgá-

latára irányult (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ)). A kérdések a kitöltést megelőző 2 hétre vonatkoznak. A kérdésekre minimum 14 pont, maximálisan 98 pontot lehet adni, ez a legjobb életminőséget jelezte (Guyatt, et al 1989a; Guyatt, et al 1989b). A kérdőív negyedik része azon betegek részére szólt, akik enterosztómával élnek. Ezt a 20 kérdésből álló kérdőívet a Coloplast gyógyászati segédeszkögyártó cég állította össze a sztómavisezők életminőségének vizsgálata céljából. Minimálisan 20 pont, maximálisan 80 pont volt adható, mely a magasabb életminőséget jelezte (Prieto et al 2005).

A kapott adatok Microsoft Office Excel 2013 program segítségével kerültek feldolgozásra. Az adatok elemzése leíró statisztikával (átlag, szórás, medián, módusz, abszolút- és relatív gyakoriság) és matematikai statisztikával (2-próba, kétmintás t-próba) történt. Az eredmények akkor tekinthetőek szignifikánsnak, ha a $p < 0,05$ volt (Pakai & Kívés 2013, Ács et al, 2014).

Eredmények

Szocio-demográfiai adatok

A szocio-demográfiai mutatók alapján a 103 beteg közül 61 nő (59%) és 42 férfi (41%). A megkérdezettek átlag életkora 31,03 év (SD = 8,18). A legfiatalabb beteg 18 éves, a legidősebb 45 éves volt. A nők átlag életkora 32,20 év (SD = 7,66), a férfiaké 29,33 év (SD = 8,71). Kétmintás t-próba eredményei alapján nincs szignifikáns különbség a két nem képviselőinek átlag életkora között ($p > 0,05$). A kórkép felállításának ideje az átlag életkor tekintetében 22,85 év (SD = 7,70, min=7, max=45). A nemek vonatkozásában a férfiaknál néhány évvel korábban került felismerésre (mean=20,52, SD=6,84, min=7, max=37), mint a nőknél (mean=24,46, SD=7,89, min=10, max=45) ($p=0,01$).

Az alapbetegség tekintetében közel kétszer nagyobb arányban - 65 főnél (63%) - fordult elő a Crohn- betegség. Colitis ulcerosában 38 fő szenved, ez a megkérdezettek 37%-a. A Crohn - betegségben 41 nő (63%) és 24 férfi (37%), ellentétben a Colitis ulcerosában 20 nő (53%) és 18 férfi (47%) érintett.

I. táblázat: Betegségteher Index átlagpontszámái a betegség típusa és a szocio-demográfiai adatok tükrében

	minimum	maximum	átlag±szórás	p
nem				
férfi	13	91	54,52±16,76	p >0,05
nő	21	91	55,90±17,38	
családi állapot				
egyedülálló	13	91	56,60±19,39	p >0,05
házasságban vagy élettársi kapcsolatban élő	25	78	53,58 ± 13,16	
munkaviszony				
aktív	21	74	53,25 ± 13,44	p >0,05
passzív	13	91	56,67± 18,99	
lakóhely				
város	13	91	52,69± 17,39	p >0,05
falu, község	31	91	62,10 ± 14,35	
gyulladásos bélbetegség típusa				
Colitis ulcerosa	28	91	58,55 ± 17,79	p >0,05
Crohn – betegség	13	91	53,46± 16,46	

A vizsgált egyének jelentős része (74 fő, 72%) városban, 28 % (29 fő) más településen él. A városokban élők közt jelentős a különbség az alapbetegség szerinti megoszlásban. Colitis ulcerosában 25 fő (34%), míg Crohn – betegségben ennek közel kétszerese (49 fő, 66%) szenved. Az egyéb településen élők közt kiegyenlítettebb a kép. A Crohn – betegségben 16 fő (55%), Colitis ulcerosában 13 fő (45%) szenved.

A családi állapot szerint a vizsgálatban résztvevők körében nagyobb arányban fordulnak elő az egyedülállók, mint a házasságban vagy élettársi kapcsolatban élők. A 103 főből 60 fő (58%) egyedülálló, míg házasságban vagy élettársi kapcsolatban 43 fő (42%) él.

A válaszadók között 31 főnek (30%) alkalmazotti jogviszonya van, ők szakmunkásként, szellemi/fizikai alkalmazottként és közalkalmazottként dolgoznak. A megkérdezettek között 9 személy (9%) egyéni vállalkozást működtet.

Sztómaviselés

A vizsgálatban résztvevők egyharmadának (33 fő, 32%) alakítottak ki a sebészeti beavatkozások során enterosztómát. A

sztómával élők közel kétharmada (21 fő, 64%) női nem képviselői. A sztómaviselők jelentős része (61%) városban él. Az alapbetegség szerint vizsgált minta tagjai közül Colitis ulcerosával diagnosztizált egyének fele (50%, 19 fő) sztómával él. Crohn- betegek esetében ez az arány 22% (14 fő). Családi állapotot tekintve a sztómával élő fiatal felnőtt közül 21 fő (64%) egyedülálló, házasságban vagy élettársi kapcsolatban mindössze egyharmada él (12 fő). A foglalkozás függvényében 70%-a (23 fő) nem rendelkezik aktív keresettel. Közülük 19 fő szociális ellátásban részesül, 4 fő tanulói jogviszonnyal rendelkezik. A sztómával élők közül a munkahellyel, keresettel rendelkezők aránya nem éri el az egy harmadot (10 fő, 30%).

Betegségteher Index

A Betegségteher Index átlagpontszáma a vizsgált mintában 55,34 pont (SD=17,06, min=13, max=91). Az **I. táblázat** szemlélteti a Betegségteher Index átlagpontszámait az alapbetegség és a szocio-demográfiai mutatók tükrében. A vizsgált változók tekintetében kétmintás t-próbával nem mutatható ki szignifikáns különbség (p>0,05).

A Betegségteher Index adatait a 3 meg-

II. táblázat: Kapcsolatok és személyes fejlődés (Betegségteher Index) átlagpontszámai a betegség típusa és a szocio-demográfiai adatok tükrében

	minimum	maximum	átlag±szórás	p
nem				
férfi	6	42	19,10±8,04	p>0,05
nő	6	42	19,18±9,25	
családi állapot				
egyedülálló	6	42	19,85±10,13	p>0,05
házasságban vagy élettársi kapcsolatban élő	6	32	18,16±6,29	
munkaviszony				
aktív	6	32	18,10±6,50	p>0,05
passzív	6	42	19,81±9,89	
lakóhely				
város	6	42	17,84±8,57	p<0,05
falu, község	6	42	22,48±8,40	
gyulladásos bélbetegség típusa				
Colitis ulcerosa	6	42	21,16±10,06	p<0,05
Crohn – betegség	6	42	17,97±7,70	

határozott faktor szerint is megvizsgáltuk. A Betegségteher Index *Kapcsolatok és személyes fejlődés faktor* átlagpontszáma a kutatásban résztvevőknél 19,15 pont (SD=8,74, min=6, max=42) volt. A vizsgált változók tekintetében kétmintás t-próbával szignifikáns különbség a lakóhely és a gyulladásos bélbetegség típusa között található, a vidéken élők és a Colitis ulcerosában szenvedők alacsonyabb eredményt értek el (p<0,05). **(II. táblázat)**

Az Intimitás faktor átlagpontszáma 9,35 pont (SD=4,02, min=2, max=14) volt. Az *intimitás faktor* eredményei alapján a városokban élőknek kisebb a negatív hatás az intimitásra, mint ez egyéb településen élők esetében. A városokban élők esetében 8,77 (SD = 4,14), az egyéb településen élőknek 10,83 (SD = 3,34) az átlag pontszám. Az elvégzett kétmintás t-próba alapján az egyéb településen élők intimitás faktora kifejezetten alulmaradt a városokban élők pontszámával szemben, az eltérés szignifikáns (p = 0,02). **(III. táblázat)**

Az Eszköz vagy Mindennapos tevékenység faktor átlagpontszáma 26,71 pont (SD=7,13, min=5, max=35) volt. A pontszámokat tekintve a városokban élők kedvezőbben ítélték meg a mindennapi tevé-

kenységeiket, mint az egyéb településen élők. A városiak átlag pontszáma 26,08 (SD = 7,20), ezzel szemben a falun, községben élők 28,79 (SD = 4,59) átlagpontszámot értek el. Kétmintás t- próbával megállapítható, hogy a különbség szignifikáns (p=0,03). A foglalkozás tükrében végzett mindennapos tevékenység faktor elemzés során a keresettel nem rendelkezők eredménye jelentősen alulmaradt a dolgozó egyének eredményével szemben. A keresettel rendelkezők átlaga 25,30 (SD = 6,08), a keresettel nem rendelkezők átlaga 27,83 (SD 6,88). Kétmintás t-próbával a különbség tendenciaszintűnek tekinthető (p= 0,06). **(IV. táblázat)**

A gyulladásos bélbetegek életminőségének vizsgálata

A gyulladásos bélbetegeknek szóló életminőség kérdőív adatelemzése során a megkérdezettek 51,92 (SD=18,54, min=18 max=98) átlag pontszámot értek el. Statisztikai elemzés során az életminőség pontszámait tekintve csak a lakóhely függvényében található szignifikáns különbség (p<0,001). Az eredmények jól prezentálják, hogy a városban élők magasabb pontszámot értek el, mint a vidéken élők. **(V. táblázat)**

III. táblázat: Intimitás faktor (Betegségteher Index) átlagpontszámai a betegség típusa és a szocio-demográfiai adatok tükrében

	minimum	maximum	átlag±szórás	p
nem				
férfi	2	14	8,71±3,94	p>0,05
nő	2	14	9,79±4,05	
családi állapot				
egyedülálló	2	14	9,33±4,46	p>0,05
házasságban vagy élettársi kapcsolatban élő	2	14	9,37±3,38	
munkaviszony				
aktív	2	14	9,85±3,56	p>0,05
passzív	2	14	9,03±4,29	
lakóhely				
város	2	14	8,77±4,14	p<0,05
falu, község	2	14	10,83±3,34	
gyulladásos bélbetegség típusa				
Colitis ulcerosa	2	14	10,26±3,80	p>0,05
Crohn – betegség	2	14	8,82±4,08	

IV. táblázat: Mindennapos tevékenység (Betegségteher Index) átlagpontszámai a betegség típusa és a szocio-demográfiai adatok tükrében

	minimum	maximum	átlag±szórás	p
nem				
férfi	5	35	26,71±7,13	p>0,05
nő	11	35	26,93±6,38	
családi állapot				
egyedülálló	5	35	27,42±7,17	p>0,05
házasságban vagy élettársi kapcsolatban élő	12	35	26,05±5,87	
munkaviszony				
aktív	12	34	25,30±6,08	p>0,05
passzív	5	35	27,83±6,88	
lakóhely				
város	5	35	26,08±7,20	p<0,05
falu, község	20	35	28,79±4,59	
gyulladásos bélbetegség típusa				
Colitis ulcerosa	12	35	27,13±6,39	p>0,05
Crohn – betegség	5	35	26,68±6,86	

Megbeszélés

Napjainkban a nem fertőzőes eredetű gyulladásos bélbetegségek prevalenciája emelkedő tendenciát mutat. A gyulladásos

bélbetegségben szenvedő egyéneknek számos olyan tényezővel kell megküzdeniük, melyek negatívan befolyásolják a mindennapjaikat. A hazai és nemzetközi kutatások különböző aspektusból vizsgálják meg az

V. táblázat. Életminőség vizsgálata a betegség típusa és a szocio-demográfiai adatok tükrében

	minimum	maximum	átlag±szórás	p
nem				
férfi	18	98	54,67±18,54	p>0,05
nő	24	96	50,03±18,45	
családi állapot				
egyedülálló	18	98	51,43±20,12	p>0,05
házasságban vagy élettársi kapcsolatban élő	24	96	52,60±16,29	
munkaviszony				
aktív	24	96	52,65±17,98	p>0,05
passzív	18	98	51,46±19,01	
lakóhely				
város	18	98	56,00±19,30	p<0,001
falu, község	26	68	41,52±11,16	
gyulladásos bélbetegség típusa				
Colitis ulcerosa	18	85	50,84±18,05	p>0,05
Crohn – betegség	24	95	52,55±18,93	
enterosztóma				
igen	18	98	51,85±18,82	p>0,05
nem	18	82	51,92±18,54	

életminőséget befolyásoló faktorokat. Jelen vizsgálat is azokra a tényezőkre kíván rávilágítani, amelyek megnehezítik és negatívan befolyásolják a gyulladásos bélbetegségben szenvedő fiatal felnőttek életminőségét, mindennapi életét.

Szocio-demográfiai háttér

A vizsgált mintában a nők aránya nagyobb volt, mint a férfiaké. Az átlagéletkor tekintetében nem volt jelentős eltérés a két nem képviselői között ($p>0,05$). Férfiak esetében átlagosan néhány évvel korábban diagnosztizálták a gyulladásos bélbetegséget ($p<0,05$). A diagnózis tekintetében a Crohn – betegek száma közel kétszerese a Colitis ulcerosában szenvedő betegek számánál. A vizsgálatban résztvevők közel $\frac{3}{4}$ -e városokban él, mindössze $\frac{1}{4}$ -ük él falvakban, községekben. A családi állapot tekintetében magasabb az egyedülállók száma. A vizsgálatban résztvevők egyének közül nagy arányban (61%) nem rendelkezik munkaviszonnyal, közülük 40% szociális ellátásban részesül. Valószínűsíthető, hogy ez a tény is a krónikus betegség terhére írható, a munkál-

tatók nem szívesen alkalmaznak olyan egyéneket, akik rendszeresen kiesnek a munkából, táppénzre szorulnak.

Betegségteher Index

Vizsgálatunkban arra kerestük a választ, hogy a gyulladásos bélbetegségben szenvedő fiatal felnőttek életminőség alakulását milyen tényezők befolyásolják. Az gyulladásos bélbetegségben szenvedő betegek életminőségét vizsgáló (IBDQ és az SIBDQ) nemzetközi kutatások eredményeit tekintve saját megfigyeléseinkhez hasonló eredményeket mutattak. Az összpontszám tekintetében a mintánkban talált 47,8 és 50,6-es átlag egyezik a nemzetközi irodalomban közzétett összpontszámokkal (Reinisch et al, 2012; Bassaganya-Riera et al, 2012). Az egyes alfaktorok eredményei is a nemzetközi közleményekben ismertettek átlagnak feleltek meg (Hoivik et al 2012; Iglesias-Rey et al, 2012).

Hazánkban Nagy Beáta munkatársával (2012) végzett kutatásában szintén a gyulladásos bélbetegségben szenvedők életminőségének vizsgálatát helyezte górcső alá.

Az eredményeket összevetve megállapítható a leíró statisztikai számítások alapján a Betegségteher Index összesített pontszáma jelen vizsgálatban 55,34 pont, a 2012- ben végzett vizsgálatban 48,7 pont. A faktorok szerinti értékelésnél is hasonló eredmények születtek. A kapcsolatok és személyes fejlődés faktor esetén 19,15 pontot értek el a vizsgálatban résztvevők a korábbi 18,4 ponttal szemben. Az intimitás faktor jelen tanulmányban magasabb (9,35), tehát kedvezőtlenebb a párjukhoz fűződő viszony, valamint a nemi élet megítélése, mint a Nagy és kollégája által végzett vizsgálatban (7,6 pont). A mindennapos tevékenység (eszköz) faktor esetén is alulmaradt a jelen minta eredménye (26,8 pont).

A két vizsgálat összehasonlítása alapján megállapítható, hogy a jelen minta betegségterhe magasabb, de mindkét vizsgálat jelentős életminőség csökkenést tárt fel a gyulladásos bélbetegek körében (Nagy & Laczkóné 2012).

Ezen eredmények felhívják a figyelmet arra, hogy a gyulladásos bélbetegségben érintettek mindennapjait jelentősen befolyásolja a betegségük. A negatív hatások az élet minden területére kiterjednek, erősen csökkentve a fiatal felnőttek életminőségét.

Életminőség

Számos hazai és külföldi kutatás foglalkozik a gyulladásos bélbetegségben szenvedők életminőségével. (Szepes et al 2010; Lakatos et al 2010; Taft et al 2009; Marin et al 2013). A gyulladásos bélbetegségben szenvedők részére készített kérdőív adatainak elemzése alapján a vizsgálatban résztvevők (N=103) 51,92 ponttal értékelték az életminőségüket a maximális 98 pontból. Az eredmények alapján az életminőség megítélésében egyedül a lakóhely szerinti adatelemzés során kaptunk szignifikáns különbséget ($p < 0,001$). A falun, községekben élők jelentősen rosszabbnak minősítették az életminőségüket, vagy ez irányú kérdéskört, mint a városokban élők. A nem, a családi állapot, az alapbetegség, a foglalkoztatottság nem befolyásolja az életminőséget ($p < 0,05$). Az enterosztómával élők életminősége is csökkent. Knowles (2013) vizsgálta a betegségfelfogás és megküzdés kapcsos-

latát az enterosztómával élő bélbetegek körében (Knowles et al 2013). Tanulmányában a sztómaképzés többnyire Colitis ulcerosa miatt történt. Jelen tanulmányban vizsgált alapbetegség és a kialakított enterosztómák kapcsolatában a 2-próba eredménye alapján megállapítható, hogy Colitis ulcerosa miatt szignifikánsan több egyénnek kellett sztómát kialakítani, mint Crohn – betegség miatt ($p = 0,003$). A sztómavivő (N=33) betegek 42,33 pontra értékelték az életminőségüket a maximális 80 pontból. Eredményként megegyező értéket kaptunk a nemek tekintetében. A házasságban vagy élettársi kapcsolatban élők jobbnak minősítették a kérdéskört, ők 44 pontot, ezzel ellentétben az egyedülállók 41,38 pontot értek el. szociodemográfiai egyéb tényezőinek vizsgálata szintén pozitív eredményeket mutattak a vizsgált tárgy körben. Ezekben a tényezőkön kívül számos okra derült fény, melyek tovább rontják az enterosztómával élő fiatalok életminőségét. A mindennapjaikat befolyásolja a testképzavar, a szexuális lehetőségek és az öltözködés megváltozása. A fiatalok 36%-a mindig tehernek érzi önmagát, az állapotát a saját családjában. Az érintettek közel fele (42%) sosem érzi magát szexuálisan vonzónak, 58%-uk folyamatosan küzd testkép zavarral, 58%-uknak még a ruhaválasztását is állandóan befolyásolja a kialakított sztóma. Az eredmények alapján az enterosztómával élő fiatal felnőttek mindennapjaikat befolyásolja a testképzavar, mely valószínűsíthetően korlátozó tényező a szerepvállalásukban.

Következtetés

Jelen tanulmány célja volt feltárni a kialakított enterosztómával élő fiatal felnőttek szerepvállalás alakulását, ezáltal az életminőségre gyakorolt hatását, továbbá rávilágítani azokra a tényezőkre, amelyek negatívan befolyásolják a gyulladásos bélbetegségben szenvedő fiatal felnőttek életminőségét. A kutatásunk eredményei alapján megállapítható, hogy a gyulladásos bélbetegségben szenvedő fiatal felnőttek életminősége jelentősen csökkent, a krónikus betegségük nagy terhet jelent a mindennapjaikban. A kliensek

jelentős hányada nem rendelkezik párkapcsolattal, és folyamatosan küzd testkép zavarral, a szexuális vonzerő hiányával, mely negatívan hat az önbecsülésre. A fiatal felnőttek nagy része nem képes dolgozni, minimális ellátásban részesül. Az eredményeink bebizonyították, hogy a lakóhely jelentősen befolyásolja mind a betegségterhet, mind az életminőséget. Az eredmények szerint a kialakított enterosztóma tovább rontja, az egyébként is nehézségekkel küzdő bélbeteggek életét, jelentősen rontva az életminőségüket. Az eredmények alapján megállapítható, hogy a gyulladásos bélbetegségek közül a Colitis ulcerosában szenvedők nagyobb betegségterherrel küzdenek, betegségük kedvezőtlenebb életminőséget eredményez, mint a Crohn – betegség.

A saját kutatásunk és a szakirodalmi adatok igazolják, hogy indokolt a gyulladásos bélbetegségben szenvedő fiatal felnőttek életminőségén javítani, törekedni kell a betegségterhük csökkentésére. Fontosnak tartjuk a betegség multidiszciplináris megközelítését. A folyamatos, megfelelő kezelés a betegség remisszióban tartását segíti elő, ezáltal a szövődmények kialakulásának minimalizálását lehet megcélozni. A betegkövetés lehetséges módja kezelési centrumok kialakítása, ahol a gyógyító team tagjai a holisztikus individuális szemléletben a szükséges intervenciókat elvégzi, és támogató mechanizmussal menedzselve késlelteti és/ vagy elősegíti a remissziós időszakokat, ezzel is befolyásolja az életminőség kedvező alakulását, szinten tartását. A több dimenziójú állapot monitorizáláshoz kívánatos az egészségügyi team szakmai továbbképzése, ismereteinek folyamatos bővítése.

Az egészségügy területén elismert, bizonyítékokon alapuló ápolói kutatások készülnek (Oláh et al 2007; Oláh et al 2008, Oláh et al 2012), ezért ebben a témában is nélkülözhetetlen az ápolói oldalról történő kliensoktatás, szakdolgozói továbbképzés, a rendszeres, releváns szakirodalomra épülő kutatás és publikálás.

A támogató mechanizmusokban jelentős szerepet tölthetnek be az önszorgító csoportok, -IBD- klubok, ahol sorstárs minták kedvezően befolyásolhatják a napi élethelyzetek megoldásának lehetőségeit. Személyes kapcsolatok, alakulását pozitívan segíti, ezzel a társadalomban betöltött szerepvállalás nehézségeit feloldja/ feloldhatja.

Jelen kutatás korlátainak kell megemlíteni, hogy meghatározott korú egyéneket vizsgáltunk, a gyermekek vizsgálatára nem terjedt ki a kutatás, indokolt lehet a kórkép egyre fiatalabb korban történő megjelenése miatt is.

A vizsgálatban résztvevőket Pécssett kezelték, ez csak a betegek egy kevés szeletét jelent. Korlátként említhető a változó állapot, a remissziós és relapszus időszakában eltérő megítélés az életminőség különböző dimenzióinak területén.

A vizsgált minta elemszáma és a kapott eredmények betekintést adhatnak egy átfogó reprezentatív vizsgálatához. Talán a bizonyítékokon alapuló tudományos eredmények hozzájárulnak a kedvezőbb kezelési alternatívák választásához, ezáltal hozzájárulnak a gyulladásos bélbetegségben szenvedők életminőségének javításához, a betegségterhük csökkentéséhez.

Irodalomjegyzék

1. Ács, P., Oláh, A., Karamánné Pakai, A., Raposa, LB.(szerk.)(2014). Gyakorlati adatelemzés. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar
2. Bassaganya-Riera, J., Hontecillas, R., Horne, W. T., Sandridge, M., Herfarth, H.H., Bloomfeld, R., Isaacs K.L. (2012). Conjugated linoleic acid modulates immune responses in patients with mild to moderately active Crohn's disease. *Clinical Nutrition*, 31(5), 721-727.
3. Devins, G.M., Edworthy, S.M., Seland, TP., Klein, G., Paul, L.C., Mandin, H. (1993). Differences in illness intrusiveness across rheumatoid arthritis, end-stage renal disease, and multiple sclerosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(6), 377-81.
4. European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations (EFCCA) (2014). Inflammatory bowel disease and employment. Retrieved from

- http://www.worldibdday.org/IMPACT-STUDIE_online.pdf (2015.12.15.)
5. Guyatt, G., Mitchell, A., Irvine, E.J. (1989a). A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*, 96(3), 804-10.
 6. Guyatt, G.H., Deyo, R.A., Charlson, M. (1989b). Responsiveness and validity in health status measurement: a clarification. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(5), 403-8.
 7. Hoivik M.L., Berklev, T., Solberg, I.C., Cvancarova, M., Lygren, I., Jahnsen, J., Moum, B. (2012) Patients with Crohn's disease experience reduced general health and vitality in the chronic stage: ten-year results from the IBSEN study. *Journal of Crohn's and Colitis*, 6(4), 441-53.
 8. Iglesias-Rey, M., Barreiro-de Acosta, M., Caamaño-Isorna, F., Vázquez Rodríguez, I., Lorenzo González, A., Bello-Paderne, X., Domínguez-Muñoz, J.E. (2012). Influence of alexithymia on health-related quality of life in inflammatory bowel disease: are there any related factors? *Scandinavian Journal Gastroenterology*, 47(4), 445-53.
 9. Karamánné Pakai, A. (2014) A stressz, szűrés, mérési lehetőségek. In: Szabó, J. (szerk.) Munkahelyi lelki egészségvédelem: Képzési és tanácsadási kézikönyv (pp. 75-103). Pécs: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar
 10. Kiss, L.S., Lakatos, P.L. (2010) A betegség lefolyásának előrejelzése gyulladásos bélbetegségekben. *Orvosi Hetilap*, 151 (8), 293-301.
 11. Központi Statisztikai Hivatal (2015). Tájékoztatósi adatbázis. Szakstatisztikák témák szerint. <http://statinfo.ksh.hu/Stainfo/haViewer.jsp> (2015.09.01)
 12. Knowles, S.R., Cook, S.I., Tribbick, D. (2013). Relationship between health status, illness perceptions, coping strategies and psychological morbidity: A preliminary study with IBD stoma patients. *Journal of Crohn's and Colitis*, 7(10), 471-8.
 13. Lakatos, L. (2003) Epidemiológiai és genetikai megfigyelések gyulladásos bélbetegségben. Doktori értekezés tézisei. Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Doktori Iskola, Budapest
 14. Lakatos, L., Mester, G., Erdélyi Z. (2004). Striking elevation in the incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in a province of Western Hungary between 1977-2001. *World Journal of Gastroenterology*, 10(3), 404-9.
 15. Lakatos, L., Czeglédi, Zs., Dávid, Gy. (2010). A terápiás adherencia, valamint a komplementer és alternatív gyógymódok használata gyulladásos bélbetegségek kezelésében *Orvosi Hetilap*, 151(7), 250-258.
 16. Magyar, L., Melegh, B. (2009). Hajlamosító gének vizsgálata magyar morbus Crohn- és colitis ulcerosás betegpopulációban. *Orvosi Hetilap*, 150 (2) 81-88.
 17. Marín, L., Mañosa, M., Garcia-Planella, E., Gorrillo, J., Zabana, Y, Cabré, E., Domènech, E. (2013). Sexual function and patients' perceptions in inflammatory bowel disease: a case-control survey. *Journal of Gastroenterology*, 48(6), 713-20.
 18. Müller, A., Gál, N., Betlehem, J., Fullér, N., Ács, P., Kovács, L.G., ... Oláh, A. (2015). Examination of the interaction of different lighting conditions and chronic mild stress in animal model. *Acta Physiologica Hungarica*, 102(3), 301-310.
 19. Nagy, B., Laczkóné, MR. (2012). Specifikus életminőség-jellemzők egészségpszichológiai szempontú vizsgálata gyulladásos bélbetegségben szenvedő betegek körében *Orvosi Hetilap*, 153(38), 1511-1519.
 20. Novak, M., Mah, K., Molnar, M.Z., Ambrus, C., Csepányi, G., Kovacs, A., ... Devins, GM. (2005). Factor structure and reliability of the Hungarian version of the Illness Intrusiveness Scale: invariance across North American and Hungarian dialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(1), 103-10.
 21. Oláh, A, Betlehem, J, Kriszbacher, I, Boncz, I, Bódis, J. (2007). Re: the clinical nursing competences and their complexity in Belgian general hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 58(3),301-302.
 22. Oláh, A., Józsa, R., Csernus, V., Sándor, J., Müller, Á., Zeman, M., Hoogerwerf ... Halberg, F. (2008). Stress, Geomagnetic Disturbance, Infradian and Circadian Sampling for Circulating Corticosterone and Models of Human Depression? *Neurotoxicity Research*, 13(2), 85-96.
 23. Országos Egészségbiztosítási Pénztár Elemzési, Orvosszakértői és Szakmai Ellenőrzési Főosztály (2009) A Crohn-betegség diagnosztikája és kezelése. Retrieved from: http://site.oep.hu/prot/A_Crohn-betegseg_finanszirozasi_protokoll_hatteranyaga3.pdf (2015.09.25)
 24. Pakai, A., Kívés, Zs.(2013). Kutatásról ápolóknak, Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészség-tudományi kutatásokban. *Nővér*, 26(3), 20-43.
 25. Reinisch, W., Knobler, R., Rutgeerts, P. J., Ochsenkühn, T., Anderson, F, von Tirpitz, C. ...Mannon, P.J. (2013). Extracorporeal photopheresis (ECP) in patients with steroid-dependent Crohn's disease: an open-label, multicenter, prospective trial. *Inflammatory Bowel Diseases*, 19(2), 293-300.
 26. Prieto, L., Thorsen, H., Juul, K.(2005). Development and validation of a quality of life questionnaire for patients with colostomy or ileostomy. *Health Qual Life Outcomes*, 12, 3:62.
 27. Szepes, Z., Molnár, T., Farkas, K. (2010). Javuló életminőség konzervatív kezelésre nem reagáló colitis ulcerosa sebészeti ellátását követően: milyen áron? *Orvosi Hetilap*, 151(31), 1264-1269.
 28. Taft, TH., Keefer, L., Leonhard, C. (2009). Impact of perceived stigma on inflammatory bowel disease patient outcomes. *Inflammatory Bowel Disease*, 15(8), 1224-32.

Az alvadásgátló kezelésben részesülő betegek edukációja

VARGA Miklós Józsefné

Összefoglalás

A vizsgálat célja: Az alvadásgátló kezelésben részesült betegek oktatásakor felmerülő hiányosságok feltárása.
Vizsgálati módszer és minta: Személyes interjú strukturált kérdések alapján, az osztályon fekvő betegeknél, akik alvadásgátló gyógyszert szednek. A feldolgozás leíró statisztika módszerrel SPSS rendszer használatával készült.
Eredmények: Az alvadásgátló gyógyszert szedő betegek tájékoztatása a gyógyszerről csak a kezelés kezdetén történik és akkor sem teljes körű.
Következtetés: Az orális alvadásgátló oktatása és tájékoztatása nem megfelelő.
Kulcsszavak: alvadásgátló, betegoktatás

Participate patients' education of anticoagulans treatment

Miklós Józsefné VARGA

Summary

Aim of the research: The exploration of deficiencies arising of patients' education about the anticoagulans treatment.
Research and sampling methods: The research happened at the lying patients on the class, all those who take the anticoagulans medication.
Results: The patients' information is inapposite. This information happened only on the beginning of the treatment, and sometimes they did not receive suitable information about this problem.
Conclusions: The information and the education are inapposite of oral anticoagulans treatment.
Key words: Anticoagulans, Patient's education

Béerkezett: 2016. március 30. Elfogadva: 2016. május 29.

Bevezetés

A XXI. században az európai országokban a szív- és érrendszeri megbetegedések számítanak vezető halálokoknak. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) jelentése alapján a globális halálozási okokat a szív- és érrendszeri megbetegedések vezetik. Becslések szerint 17,5 millió ember hal meg évente ennek következtében. Az előrejelzések szerint ez a szám 2015-re 20 millióra emelkedhet.

Magyarországon a KSH adatai alapján a halálozások 50%-ért az említett betegség a felelős. Ezek a betegségek vezető helyen szerepelnek a mortalitási és morbiditási statisztikákban, valamint jelentős financiai terhet rónak az egészségügyre és a betegekre. (Domján, Gadó & Kicsi 2009).

Rövidítések jegyzéke

INR: International Normalised Ratio
(Nemzetközi Normalizált Ráta)
VKA: K- vitamin antagonistá

Népegészségügyi jelentősége van azon betegségeknek (daganat, szív-és érrendszeri, elhízás betegségek), melyek hajlamosítanak a trombózisra. Ezzel egyenes arányban nő, vagy nőni fog az alvadásgátló kezelésben részesülők száma. Az orális alvadásgátló készítmények a kumarin hatóanyag tartalmú gyógyszerek használata terjedt el Magyarországon. Az elmúlt években engedélyezték az orális antikoagulánsok új generációjának képviselőit, amelyek igazolt hatásosságuk mellett

VARGA Miklós Józsefné Koordináló osztályvezető ápoló, Péterfy Sándor Utcai Kórház Rendelőintézet és Baleseti Központ

Levelező szerző (correspondent): VARGA Miklós Józsefné, Péterfy Sándor Utcai Kórház Rendelőintézet és Baleseti Központ

nem igényelnek folyamatos labor ellenőrzést (Simonyi, 2012), azonban elterjedésük hátráltató tényezője a gyógyszer magas ára, nincs antidotuma, és a labor kontroll lehetőségének hiánya. (Berencsi, 2014) Az első vonalbeli alvadásgátlóknál ismertek az adagolásukkor felmerülő problémák, mint az étel és gyógyszer interakciók, szűk terápiás ablak, emiatt szoros laboratóriumi ellenőrzés szükséges. Az előbb említettek, a beteg compliance hiánya és az orvos vérvétéstől való féltelme miatt nehezen elérhető a terápiás tartományi szint. (Berencsi 2014), azonban ezek ismerete segíti a törekvést, hogy a beteg a legmegfelelőbb kezelést kapja.

A tartós orális antikoaguláns terápia laboratóriumi monitorozására általánosan elterjedt a protrombin idő (PI) használata. Nemzetközi kifejezési formája, az INR (International Normalized Ratio), ami nem más, mint a protrombinráta az ISI hatványán. A protrombinráta a laboratóriumok által használt trombolasztin biológia jellemzője, optimálisan 1,0 körüli érték". (Boda, 2014, pp. 63.). Az INR terápiás tartományi értéke 2-3 között van. Ennek elérése biztosítja a beteg számára a hatékony és biztonságos kezelést. A szűk terápiás tartomány és az INR ellenőrzés miatt gyakori az adherencia csökkenése, ami éppen az elkerülni kívánt szövődmények gyakoriságának növekedését idézi elő. (Simonyi, 2012). A beteg rendszeres laboratóriumi és klinikai kontrollja történhet családorvoshoz való folyamatos visszatéréssel, antikoaguláns szakambulancián, vagy a beteg önkontrollt is végezhet (POC = point of care) mérőműszerrel. (Kappelmayer & Ajzner, 2013) A hatékony és biztonságos kezelést segíti a betegoktatás, amelybe beletartozik a terápiás tájékoztatás, melyet az orvos végez szóban és írásbeli felvilágosítás formában. A beteg oktatásnak fontos szerepe van a betegségek megelőzésében és gyógyításában egyaránt. Az oktatás lehetővé teszi a szükséges információk átadását. Nagyon nagy jelentősége van az elsődleges megelőzésnek, amely tartalmazza az életmóddal, táplálkozással kapcsolatos információkat, a betegségek tüneteinek ismertetését. A másodlagos és harmadlagos megelőzésként, a szakmai irányelvek alkalmazásával, a lehető legjobb gyógyulás érhe-

tő el. A kezelés és a megelőzés alapvető szabálya, hogy az általuk remélt előny (benefit) lehetőleg nagyobb legyen az esetleges károsodásnál, illetve veszélennél (risk). A trombózis kezelésében és megelőzésében használt gyógyszerek hatásosságát „a bizonyítékon alapuló orvostudomány” is alátámasztja, azonban alkalmazásuk körülméteit és orvosi megítélését igényel, mivel a kezelés nem valósítható meg súlyos veszélyeztettség esetén sem a beteg személyes körülményei miatt (intelligencia hiány, alkoholizmus).

A kutatás célja

A kutatásom célja, hogy feltárjam azokat a hiányosságokat, melyek az információk átadásakor az egészségügyi személyzet, vagy a beteg részéről történnek, a véralvadásgátló gyógyszereszedéssel kapcsolatban, amelyek a terápiás hatékonyságot csökkentik és növelik a gyógyszer okozta mellékhatások előfordulását.

Vizsgálati módszer

A kutatás a véralvadásgátló gyógyszert szedők körében történt. A személyek, olyan fekvőbetegekből lettek kiválasztva, akik véralvadásgátló kezelés alatt állnak. A személyes interjú strukturált kérdések alapján, a feldolgozás leíró statisztika módszerével, SPSS rendszerben történt. Gyakorisági értéken alapuló próbát alkalmaztam, azaz Khi-négyzetet számoltam, és kereszttáblát hoztam létre. A fekvő beteg megkérdezéséhez, a beteg dokumentációjába való betekintéséhez az előzetes engedélyek beszerzése után került sor. Két hónapos intervallumban olyan 40 beteg kikérdezésére került sor, akik orális véralvadásgátlót szednek és beleegyeztek a személyes interjúba. Az adatok használatánál a betegek anonimitását megőriztem. A megkérdezettek átlag életkora 65 év. A nembeli különbség elhanyagolható (nő 55%, férfi 45%). Az iskolai végzettség megoszlása: általános iskola 45%, középiskola 42,5%, felsőfokú 12,5%. Lakhely szerint városban lakik 62%-a, falun 38%-a.

Eredmények

Az interjúban résztvevők demográfiai adatait már korábban rögzítettem.

Vizsgáltam, hogy mennyire szoros kapcsolat van, a vérzéssel kapcsolatos tájékoztatás és a vérzés között, mint mellékhatás közötti összefüggést.

A próba értékei alapján nem szignifikáns mértékű különbség adódott (Khi-négyzet érték = 1,414, $p = 0,493$). (I. táblázat) A Kereszt táblában látszik, hogy abból a 24 főből, akik kaptak tájékoztatást, 8 esetben volt mellékhatásként vérzés, és 16 fő esetében nem volt. Vagyis az arány 1/3- 2/3, ami jelentős eltérés. Megállapítható, hogy a tájékoztatásban részesülők között kisebb arányban jelentkezett mellékhatásként vérzés.

I. táblázat Mennyire szoros kapcsolat van, a vérzéssel kapcsolatos tájékoztatás és a vérzés között, mint mellékhatás közötti összefüggést. (n=40)

		Volt vérzés		Fő
		volt	nem volt	
Vérzés	Tájékozott	8	16	24
	Részben tájékozott	3	2	5
	Nem tájékozott	5	6	11
Fő		16	24	40

Továbbá azt feltételeztem, hogy azok, akik kaptak tájékoztatást a diéta betartásával kapcsolatban, azok nagyobb arányban tartják is be.

Az arányosságra vonatkozó hipotézis vizsgálat során a valószínűség értéke közelebb van a szignifikancia határhoz, mint az előzőekben, ennél a vizsgálatnál sem beszél-

hetünk mindenre kiterjedő szignifikáns különbségről, hiszen a kapott értékből megállapítható, hogy nagyon gyenge, alig észrevehető kapcsolat van a diéta betartása és a kapott tájékoztatás között. (Khi-négyzet = 9,680, $p = 0,139$). Az elemzésből kiderült, hogy 14 fő cukorbeteg közül, 4 fő tartotta be mind a két diétát. Következtetésképpen megállapítható, hogy kevés a hajlandóság arra, hogy a véralvadást gátló szerrel kapcsolatos előírásokra is odafigyeljenek. Van azonban olyan gyakoriságbeli eltérés, amit érdemes kiemelni. A mintában 19 személy van, aki kapott tájékoztatást, és abból csak 4 személy van, aki semmilyen szükséges diétát nem tartott meg. Vagyis a csoport 78%-a megtartotta a diétát, ha kapott tájékoztatást. Ez az eredmény önmagában igazolja azt a feltevésemet, miszerint a tanácsadás javítja a kezelés biztonságosságát és hatékonyságát. (II. táblázat)

Arányra vonatkozó hipotézis vizsgálatával, elemeztem azt az állítást, hogy hányan és milyen formában kaptak tájékoztatást, akár szóban akár írásban esetleg mind a két formában, valamint, hogy a tájékoztatás után milyen arányban tartják be a diétát, vagyis, mennyire hatásosak az egyes információközlési formák.

Alapvető tapasztalat, hogy a szóbeli tájékoztatás a diéta megtartása szempontjából kevésbé hatékony. A hatékonyságot csökkenteni, hogy a megkérdezettek 90%-a, a kezelés kezdetén csak egyszer kapott felvilágosítást. A szóbeli tájékoztatásban részesülő betegek majdnem fele, (19 személy) közül, 8 olyan ember volt, aki nem tartott megfelelő diétát. Az írásbeli tájékoztatás esetében másképp alakul az arány. Írásbeli felvilágosításban a betegek 65%-a részesült. A 26 fő-

II. táblázat: A betegoktatás hogyan befolyásolja a diéta betartását (n=40)

		Diétát_betartja				Fő
		nem tartja egyiket sem	véralvadás	cukorbeteg	mindkettő	
Diéta	Tájékozott	4	9	4	2	19
	Részben tájékozott	4	0	1	1	6
	Nem tájékozott	7	2	5	1	15
Fő		15	11	10	4	40

ből, akik kaptak tájékoztatást, 10 nem tartja csak meg a diétát. Az írásbeli oktatás hatékonyabbnak bizonyult, mivel e betegek körében 61 % körül mozog a diétát betartók aránya.

Feltételezem, hogy a falun élő betegek és orvosaik között történő vérvétel eredményének átvételi időtartama hosszabb, mint a városban élő betegek és orvosaik között.

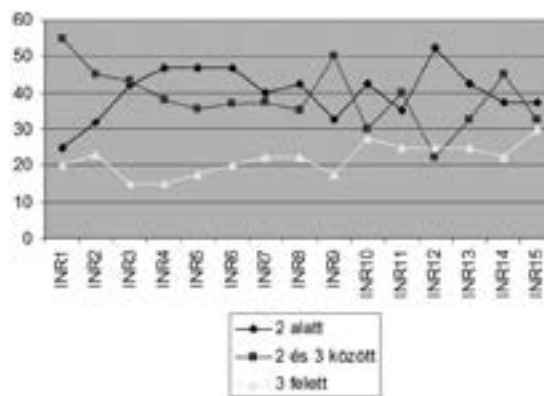
A különbség ezúttal szignifikáns eredményt mutatott, mivel a valószínűség értéke 0,05 alatt volt (Khi-négyzet = 12,715, p= 0,00). Mind a városban, mind a faluban élő embereknek megvan az a lehetősége, hogy még a vizsgálat napján készhez kapják eredményüket. A keresztábla elemzésből kiderül, hogy a vidéken élők között kisebb azoknak az aránya, akik még aznap vissza tudnak menni az elkészült leletükért. A megkérdezettek többsége csak 1-2 napos csúszással tud visszamenni. Ezzel szemben a városban élő betegeknél, majdnem 100%-os az az arány, aki még aznap át tudja venni elkészült leletét. A csoport döntő többsége városban lakik. Az eredményt igazolja, hogy a 15 falun lakó személy közül 6 ember volt, aki aznap megkapta az eredményét, és 9, aki ettől eltérő időben vette át a leletét. Az átvételi nehézségek között szerepet játszik, a tömegközlekedés is, hiszen a városban hamarabb el tudunk jutni A-ból B pontba, míg kisebb községekben, falukban, ritkábban járnak, vagy szinte alig fellelhető a tömegközlekedés nagysága. (III. táblázat)

A terápia hatékonyságának szempontjából is, feldolgoztam a labor eredményekkel kapott adatokat.

A mérési időszakban átlagosan 38% volt a szűk terápiás tartományba eső betegek ará-

nya (INR érték 2-3 közötti). A páciensek 40%-a aluldozírozott volt (INR értéke 2 alatti). A vizsgált személyek 22 %-ánál a terápiás tartomány feletti INR értéket találtam (INR 3 feletti). Eszerint az értékek főleg a normális, vagy az annál kisebb tartományban mozognak, kis mértékben esnek csak a normális érték fölé. (1. ábra)

1. ábra: A terápia hatékonysága szempontjából a vérvétel eredmény értékek aránya (%-ban)



Megbeszélés

A beteg tájékoztatása orvos által történik, aki felvilágosítást nyújt a véralvadásgátló kezelés szükségességéről (a betegségről és további következményekről). A vizsgálatban résztvevő megkérdezettek elmondása alapján bizonyítható, alátámasztható, hogy nagyobb részben a betegek oktatását orvos végzi (szakdolgozótól ketten kaptak tájékoztatást). Az orvosnak tájékoztatási kötelezettsége alapján informálnia kell a beteget a véralvadásgátló szedésével kapcsolatban és a szükséges információkkal kell ellátni szóban és/vagy írásban, azonban ez nagyon sokszor elmarad, vagy csak részben valósul meg. Időhiány, túlterheltség miatt nincsen lehetőség a felmerült kérdések megbeszélésére. A hiányos tájékoztatás miatt megtörténhet a gyógyszer bevételeinek elfelejtése, illetve helytelen használata. A betegek egy része igényelne további tájékoztatást. A legtöbben az orvostól kapott tájékoztató lapból, és a gyógyszerdobozokban található tájékoztatóból, mások pedig

III. táblázat: A városban és falun élők, mikor mennek el vérvétel eredményért (n= 40)

	Eredmény		fő
	aznap	később	
Város	23	2	25
Falu	6	9	15
Fő	29	11	40

betegtársuktól próbálnak még több információt gyűjteni. Kérdéses, hogy ezek elegendőek-e a megfelelő tudás abszolválásához? A válasz egyértelműen nem. Az orvosi kommunikáció gyakran érthetetlen, vagy félreérthető a beteg számára. Nem kielégítő a mellékhatások és a szövődmények magyarázata, ezért lehetséges, hogy a gyógyszerterápiák 40-50%-a nem megfelelő. A gyógyszert a betegek nem szedik, vagy nem az előírt módon, illetve nem megfelelő ideig alkalmazzák. (Simonyi, 2012) Külföldi tanulmányokban is fellelhető a beteg tájékoztatás fontossága, hogy a nem megfelelő, illetve elegendő információk miatt nem eredményes a terápia. A korábbi kutatások kimutatták, hogy a komplex felvilágosítás következtében csökkent a szövődmény előfordulása. A betegek nagyobb arányban a háziorvoshoz járnak kontroll vizsgálatra. A rendszeres laboratóriumi vérvételre viszont a területi járóbeteg-ellátó intézménybe kell menniük, ami gondot okoz az idősebb betegeknek, ide értve az időjárás, illetve a falusi körülmények okozta hátrányos helyzetet. A megkérdezettek kisebb százaléka faluban él, ahol az ügyintézésre fordított idő, egyenesen arányos a főváros falutól lévő távolságával. A faluban élők helyzetét még az is nehezíti, hogy helyben nincs lehetőségük elvégeztenni a vizsgálatot, ezért a szomszéd város járóbeteg-ellátó intézményébe kell kettyszer – mikor elmegy a vizsgálatra, és mikor visszamegy az eredményért – is átutazniuk. Nagyon rossz eredmény esetén, a laboratórium telefonon értesíti az orvost. Az orvos ezután, a betegével telefonon felveszi a kapcsolatot, ahol tájékoztatja jelenlegi állapotáról, illetve, gyógyszer adagolási teendőiről. De az esetek többségében, amikor optimális eredményt kapunk, csak a betegnek kell visszamennie a leletéért, ebben az esetben, viszont a beteg hívja fel az orvosát, és tájékoztatja a kapott eredményről. A terápiás hatékonyság az INR szinttel mérhető, ideális értéke 2-3 között található. A feldolgozott eredmények azt mutatják, hogy kevés érték esik a terápiás tartományba, ami a mellékhatások előfordulását, a másodlagos trombozishajlamot, vagyis a tüdőembólia esélyét növeli. „ Fontos praktikus kérdés, hogy mennyire kell az INR értékének emelkednie

vagy csökkennie ahhoz, hogy a VKA dózist változtatni kelljen.” (Kappelmayer & Ajzner, 2013)

Következtetés

A kutatás eredményeiből valószínűsíthető, hogy a betegek tájékoztatása nem elegendő színvonalú és a betegek részéről sincs meg a megfelelő közreműködés. A beteg tudása nem elegendő ahhoz, hogy együttműködjön az orvossal, figyeljen a diétájára, és megjelenjen az ellenőrzésen.

A kutatásból kiderülnek a beteg-tájékoztatás hiányosságai: a beteg csak az első alkalommal van tájékoztatva vagy ekkor sem. A páciens nem rendelkezik kellő ismeretanyaggal a véralvadást gátló kezelés fontosságáról, ezáltal a beteg nem kooperál az orvossal, a kezelés hiányában vénás keringési elégtelenség, tüdőembólia alakulhat ki. A beteg tájékoztatásnak alap esetben folyamatosnak kellene lennie, időt kellene szánni a képzésekre, lehetőséget kellene adni későbbi időpontban a kérdések feltevésére. A kezelés sokszor élethosszig tartó, ezáltal előfordulhat, hogy az ismeretek feledésbe merülnek, pedig azok felelevenítése és elmélyítése nagyon fontos. Különösen életkorilag idős betegeknél a laboratóriumi vérvétel komoly kihívást jelent a mindennapi életükben. Egy laboratóriumi vérvétel, a mai egészségügyi beutalási rendszer szerint több lépcsőből áll: először is szükséges egy beutaló, melyet a háziorvos állít ki, amellyel a beteg elmegy a vérvételre, ezt követően aznap vagy másnap pedig visszamegy az eredményéért, később elviszi azt a háziorvosnak. Ez négy utat jelent egy idős betegnek, aki nehezen mozog, ráadásul a helyi tömegközlekedési járat sűrűsége merőben alacsonyabb a fővárosi viszonylathoz képest. Legalább havonta egyszer szükséges megtennie a páciensnek ezt a megerőltető távot, hogy a terápiakövetés biztosítva legyen. Az INR eredményt nem mindig a vizsgálat napján kapja meg az orvos. A korszerűtlen informatikai rendszer nagymértékben rontja a véralvadást gátló gyógyszer megfelelő terápiás szint beállítását. Közvetlen információs hálózat kiépítésével, a laboratórium és a háziorvosi rendelő között, már egy útvonal feleslegessé válna. Telefon segítségével kö-

vethető a beteg, gyógyszer szedése, illetve a labor eredmények megbeszélése, ezáltal a terápia beállítása és módosítása megkönnyíthető, kevesebb közvetlen találkozásra van szükség. A beteg számára biztonságérzetet nyújt, hogy telefonon is bármikor elérheti orvosát. A kommunikáció fejlesztésével javí-

tani lehetne a tájékoztatás eredményességét, mellyel a beteg bizalma és együttműködési készsége fokozható. Ahol megfelelő az elkötelezettség és a kooperáló képesség az orvos és beteg között ott működhet a self-management, vagyis a beteg bevonása saját kezelési folyamatába.

Irodalomjegyzék

- Berencsi, A. (2014). Véralvadásgátlás ma. Magyar Családorvosok Lapja. 5(5), 5-8.
- Blaskó, Gy. (2010). XARELTO (RIVAROXABAN): egy új antikoaguláns bemutatása. Metabolizmus. 8(3), 147-150.
- Boda, Z. (2014). Vénás tromboembóliák - antikoaguláns terápia. Budapest: Medicina kiadó.
- Christensen, T. D. (2011). Self-management of oral anticoagulation therapy - Methodological and clinical aspect. Dan. Med. Bull. 58(5), B4284. PMID:21535992
- Domján, Gy., Gadó, K. & Kicsi, D. (2009). A vénás tromboembóliás betegségek prevenciója és népegészségügyi jelentősége. IME, 8(7), 40-44.
- Gödölle, Z. (2010). Helyezzük új alapokra a beteg-oktatást! Cardiologia Hungarica. 40(2), 93-98.
- Holbrook, A., Schulman, S., Witt, D. M., Vandvik, P. O., Fish, J., Kovacs, M. J. ... American College of Chest Physicians. (2012). Evidence-based management of anticoagulant therapy. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 141(2 Suppl), e152S-184S. doi:10.1378/chest.11-2295
- Hua, T. D., Vormfelde, S. V., Abu Abed, M., Schneider-Rudt, H., Sobotta, P., Friede, T. & Chenot, J. F. (2011). Practice nurse-based, individual and video-assisted patient education in oral anticoagulation - Protocol of a cluster-randomized controlled trial. BMC Fam. Pract. 12,17. doi:10.1186/1471-2296-12-17
- Kappelmayer, J. & Ajzner, É. (2013). Vegyes rendszerű gondozás. Az orális antikoaguláns-terápia monitorozása. Medical Tribune. 11(8-9), 10.
- Magyar Thrombosis és Haemostasis Társaság (2005). Az Egészségügyi Minisztérium Szakmai Irányelve. A thromboembóliák megelőzése és kezelése. Hozzáférhető 2015-03-16 http://www.kk.pte.hu/docs/protokollok/HEMATHromboembolia_IE.pdf
- Mavrakanas, T. A., Samer, C., Fontana, P. & Perrier, A. (2015). Direct oral anticoagulants: efficacy and safety in patient subgroups. Swiss Med. Wkly. 145:w14081. doi: 10.4414/smw.2015.14081
- Pfliegler, Gy. (2010). A tromboembóliák kockázatának csökkentése és kezelése. Antikoaguláns megelőzés és kezelés kardiovaszkuláris kórképekben. Metabolizmus. 8(Suppl. A), 70-73.
- Simonyi, G. (2012). Betegadherencia az antikoaguláns terápiaiban. Cardiologia Hungarica. 42(4), 199-201.
- Tóth, T. & Dinya, E. (2013). A személyre szabott betegoktatás lehetőségei. Orvosi Hetilap. 154(11), 403-408.
- Wu, J. Y. F., Leung, W. Y. S., Chang, S., Lee, B., Zee, B., Tong, P. C. Y. & Chan, J. C. N. (2006). Effectiveness of telephone counselling by a pharmacist in reducing mortality in patients receiving polypharmacy: randomised controlled trial. BMJ. 333, 522. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38905.447118.2F>

HELYREIGAZÍTÁS

A Nővér folyóirat előző számában (2016, 29. évfolyam 2. szám) megjelent „Colorectalis carcinoma betegek betegség felismerésének körülményei, tájékoztatása, sztóma terápia-ára való felkészítése” című eredeti közlemény első szerzőjének vezetéknevében sajnálatos névelírás található. A közlemény első szerzője nem Tusóczki Evelin, hanem **Tisóczki Evelin**.

A szerkesztőség elnézést kér a Szerzőtől és az olvasóktól.

Az ápoló szerepe a klinikai gyógyszerkutatásokban

NAGY Mónika Anita

Összefoglalás

A vizsgálat célja: Felmérni az ápolók munkakörét, illetve feladatkeretét a Magyarországon végzett klinikai gyógyszervizsgálatok kapcsán.

Vizsgálati módszer és minta: A felmérés során önkitöltős kérdőív került kitöltésre a klinikai vizsgálati munkatársak körében. Az eredmények értékelése IBM SPSS 22.0 program felhasználásával, leíró statisztikai módszerekkel történt.

Eredmények: A vizsgálat során megállapításra került, hogy a magyarországi ápolók többsége egy személyben látja el mind a vizsgálati koordinátor, mind a vizsgálati nővér feladatkeretét. A klinikai vizsgálatok lebonyolítása során a beteg körüli teendőkben, illetve a papír alapú dokumentáció vezetésében vesznek részt. Az ápolók csökkent feladatkeretének okaként 59 esetben az angol nyelv ismeretének hiányát jelölték meg.

Következtetés: A klinikai vizsgálatok területén dolgozó ápolók feladatkerete összetett, eleget tesznek a szakmai feladatoknak, illetve a dokumentációs kötelezettségeknek, azonban a nagyobb szakmai kihívásokat jelentő feladatok területén elmarad a szakirodalomban leírtaktól, ennek egyik legjelentősebb oka az angol nyelv ismeretének hiánya.

Kulcsszavak: ápoló, klinikai gyógyszervizsgálat, vizsgálati nővér, vizsgálati koordinátor

The role of nurses in the clinical trials

Mónika Anita NAGY

Summary

Aim of the research: To assess the occupational duties and responsibilities of nurses in relation to clinical trials in Hungary.

Research and sampling methods: Self-administered questionnaire was used among the colleagues working in the field of clinical trial and IBM SPSS 22.0 software using descriptive statistical methods was performed.

Results: It was found that the majority of nurses complete the duties of a study coordinator and the task of a study nurse simultaneously. They were involved in everyday activities that characterise the assistance of patients and in the management of paper-based documentation during clinical trials. Lack of knowledge in English language was identified for the reason of reduced-functionality of nurses in 59 cases.

Conclusions: nurses have complex responsibilities, although they meet the requirements when it comes to the professional tasks and documentation obligations, but in the case of more complicated professional challenges nurses get fewer opportunities, mainly because of their poor English skills.

Key words: nurse, clinical study, study nurse, study coordinator

Beérkezett: 2015. október 15. **Elfogadva:** 2016. március 28.

Bevezetés

A hazai egészségügy évek óta forráshiánnyal és likviditási problémákkal küzd, így minden olyan bevétel, ami egy egészségügyi intézménybe folyik be – az állami finanszírozáson kívül – fontos eszköz lehet az akut pénzügyi problémák megoldásában. Az így befolyt összegek felhasználhatósága előre nem szabályozott, így azok felhasználásáról az adott intézmény „szabadon” dönthet.

A nemzetközi klinikai vizsgálatok évente mintegy 50 milliárd forint bevételt jelentenek a magyar gazdaság számára. Ebből körülbelül 20 milliárd forint az, ami a kórházaknak és a vizsgálatban résztvevő orvosoknak, ápolóknak jut. (Antal, 2013) A vizsgálatban résztvevő egészségügyi szakembereknek azonban csak akkor éri meg a napi megterhelő munka mellett eme plusz munkát felvállalni, ha megfelelő anyagi juttatásban részesülnek. Egy 2011. január 1-e és 2012.

NAGY Mónika Anita vezető ápoló, TaNa Med Kft Mosonmagyaróvár

Levelező szerző (correspondent): NAGY Mónika Anita, elérhetőség: 9200. Mosonmagyaróvár, Hunyadi János utca 14., Tel.: +3670/425 2420; e-mail: tanamed.mona@gmail.com

június 30-a között végzett felmérés alapján a megvizsgált klinikai kutatási szerződések kevesebb, mint felében történt vizsgálati nővérrel, vagy koordinátorral szerződés kötés. Az ápolók jelenléte a klinikai vizsgálatokban mindennapos. A vizsgálatok jelentős részében történik vérvétel, vitális paraméterek mérése. Sok esetben az ápoló végzi a betegoktatást, életmódi tanácsadást és az adminisztráció jelentős részét. Ezen mindennapi gyakorlati munkavégzés ellentmond a fenti felmérésben leírtakkal. Elgondolkodtató, hogy az ápolók mindennapos munkája mennyire háttérbe szorul ezen, speciális egészségügyi, tudományos kutatási területen. (Fazekas, 2015)

A klinikai vizsgálatok szakszerű és pontos kivitelezése egyre nehezebb feladattá válik, ezért a jól képzett ápolók szerepe egyre meghatározóbb lehet a klinikai vizsgálatokban. A klinikai vizsgálati adatok jelentős részét egy képzett ápoló be tudja gyűjteni, például a megfelelő vizsgálati alany jelöltek keresése az osztály adatbázisából, egyszerűbb egészségügyi adatok felvétele (vérnyomás), továbbá az adminisztratív és operatív tennivalók jelentős részét végre tudja hajtani. Ezen munkatársaknak a klinikai vizsgálatokba történő bevonása, képzése az egyik fontos eleme annak, hogy a közeljövőben hatékonyan és jó minőségben tudjanak a hazai vizsgálati helyszínek közreműködni a vizsgálatok nemzetközi versenyében. (Adorjáni, 2014)

A nemzetközi klinikai vizsgálatokban való részvételt illetően egyre kiélezettebb a verseny az országok között. A megbízók, a gyógyszer gyártók folyamatosan értékelik a vizsgálatok kivitelezésének mennyiségét, minőségét és időbeliségi mutatóit, továbbá a vizsgálatok költséghatékony megvalósíthatóságát és ezek alapján döntenek arról, hogy a vizsgálatokat mely országban indítsák el. Magyarország jelenleg az elismert országok csoportjába tartozik, elsősorban a tapasztalt és felkészült szakembergárda, az itt végzett jó minőségű munka a megbízható adatok, a többszintű betegellátás, és a gyors és gördülékeny hatósági folyamatok miatt. (Krasznai, 2013)

A nemzetközi irodalomból jól látszik, hogy a vizsgálati nővér és a vizsgálati koordinátor

feladatköre elhatárolódik egymástól, ennek ellenére hazánkban ezen a feladatkörök az esetek jelentős részében összemosódik. A klinikai vizsgálati koordinátor feladatköre inkább szervezési, logisztikai és adminisztratív teendőkre (dokumentumkezelés, archiválás, vizsgálati fődossier karbantartás, CRF <Case Report Form – Egyéni adatlap> vezetés, stb.) szorítkozik. Ebből következik, hogy a vizsgálati koordinátornak nem feltétlenül kell egészségügyi végzettséggel rendelkeznie, de mindenképpen jobb, ha az egészségügyben járatos. A klinikai vizsgálati nővér „beteg közeli” feladatokat lát el: ápolási feladatok, a vizsgálati alanyok megfigyelése, biológiai mintavételezés, a biológiai minták kezelése, továbbítása, orvosi végzettséget nem igénylő műszeres vizsgálatok elvégzése. A vizsgálati nővér csak a kompetenciájának megfelelő feladatokat végezheti el, de ez is nagyon fontos része a klinikai vizsgálatnak, mivel pl. egyes biológiai minták sérülése veszélyeztetheti a vizsgálat eredményességét, értékelését. Természetesen lehetnek átfedések a vizsgálati koordinátor és a vizsgálati nővér feladatai között – ez főként abban az esetben lehetséges, amennyiben a vizsgálati koordinátor is egészségügyi, ápolói végzettséggel rendelkezik. Kisebb vizsgálóhelyen a vizsgálati nővér és vizsgálati koordinátor feladatait ugyanaz a személy is elláthatja. (Lakner, 2009)

A kutatás célkitűzései

A vizsgálat célja, hogy felmérje az ápolók munkakörét, illetve feladatkörét a Magyarországon végzett klinikai gyógyszervizsgálatok kapcsán, illetve magyarázatot kapjon arra, hogy a magyar ápolók miért kapnak kevesebb feladatot a klinikai gyógyszervizsgálatok lebonyolítása során, mint nemzetközi kollégáik.

Hipotézisek

- ⇒ Feltevésem, hogy a magyarországi klinikai kutatásokban résztvevő ápolók tudásszintjükhöz mérten kevesebb feladatkörrel és kompetenciával rendelkeznek a szakirodalomban leírtakhoz képest.
- ⇒ Feltevésem, hogy Magyarországon a vizs-

gálati nővér, illetve a vizsgálati koordinátor szerepköre nem határolódik el élesen, sok esetben egyazon személy végzi mindkét feladatkör ellátását.

- ⇒ Feltevésem szerint az ápolók a nem megfelelő angol nyelvtudás miatt kapnak kevesebb feladatkört a klinikai kutatások során.
- ⇒ Feltevésem, hogy az ápolók intenzívebb jelenléte javítaná a klinikai vizsgálatok minőségét.

Vizsgálati módszer

A vizsgálat során retrospektív, leíró kutatási technikát alkalmaztam. A mintaválasztás nem véletlenszerű, kényelmi típusú módszerrel történt.

A klinikai kutatások lebonyolítása folyamán a vizsgáló team munkájának ellenőrzését a szponzor által felhatalmazott CRO (Contract Research Organisation – Szerződéses kutatási szervezet) cégek végzik. A klinikai kutatási munkatársak, azok a személyek, akik biztosítják azt, hogy a klinikai gyógyszervizsgálatok a hatóságilag jóváhagyott vizsgálati terv (úgynevezett protokoll) szerint folyjanak, rendszeres napi kapcsolatban állnak a vizsgálóhely tagjaival, illetve rendszeresen, előre meghatározott időközönként látogatják vizsgálóhelyeket, áttekintik és ellenőrzik az ott folyó munkát. Az ellenőrzést végző szakembereknek munkájuk során alkalmuk nyílik felmérni a vizsgálócsapat munkamegosztását, így kellő információval rendelkeznek az ápolók munkavégzésével, kompetenciájával kapcsolatban. Ezért a kérdőívek kitöltésével ezen szakmacsoportot céloztam meg.

A felmérés során önkitöltős kérdőívet alkalmaztam, melyet a CRO cégeknél dolgozó a klinikai vizsgálatban résztvevő szakemberek elektronikus úton kaptak meg. A kérdőív kitöltése név nélkül, önkéntes alapon történt. A kérdőív 21 zárt, és 2 nyitott kérdést tartalmazott.

A felmérés során 100 db e-mailt került küldésre, ebből 65 darab kitöltött kérdőív érkezett vissza. A feldolgozás során 3 kérdőívet kizártam az elemzésből, hiányos kitöltés miatt.

A vizsgálati kérdőívet kitöltő 62 válaszadó munkaköre a következőképpen alakult: klinikai kutatási asszisztens 10 fő, vizsgálati monitor 37 fő, projectmenedzser 7 fő és egyéb kategóriába 8 fő sorolta be magát. A megkérdezettek 77,4 %-a több mint 5 éve dolgozik a klinikai kutatások területén.

A kapott adatok kiértékelését IBM SPSS 22.0 program felhasználásával végeztem. A kapott adatokat leíró statisztikai módszerekkel elemeztem ki, gyakorisági megoszlási vizsgálatokat, keresztábra elemzést, valamint a változók közötti kapcsolatok mérésére Pearson Chi²-próbát ($p < 0,05$) alkalmaztam.

Eredmények

A megkérdezettek válaszai alapján a klinikai vizsgálatokban 23 ápoló, mint vizsgálati nővér, 39 fő pedig egy személyben látta el a vizsgálat nővér, illetve koordinátor feladatát. A megkérdezett klinikai kutatási munkatársak válaszai alapján vizsgálati koordinátor munkakör a felmérés időszakában nem volt Magyarországon. Tehát elmondhatjuk, hogy a szakirodalomban leírt vizsgálgó személyzet összetétele hazánkban eltér a nemzetközi személyi feltételektől.

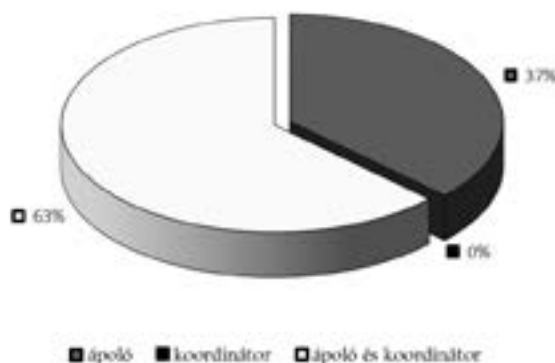
A felmérés során szerettem volna feltérképezni, hogy a klinikai vizsgálatokban résztvevő ápolók milyen végzettséggel rendelkeznek, illetve, hogy a végzettségük hogyan befolyásolja az ápolók szerepkörét a klinikai vizsgálatokban.

A klinikai gyógyszerkutatásokban résztvevő ápolók végzettsége a következőképpen alakult:

- ⇒ 3 fő MSc végzettségű ápoló vizsgálati nővérként,
- ⇒ 37 fő főiskolai végzettségű ápoló közül 9 fő vizsgálati nővérként, 28 fő pedig vizsgálati nővérként és koordinátorként,
- ⇒ 22 OKJ végzettségű ápoló pedig fele-fele arányban dolgozott ápolóként, illetve egy személyben látja el a vizsgálati nővér, illetve a vizsgálati koordinátor feladatkörét. (**1. ábra**)

Az ápolók végzettségét és a klinikai vizsgálatban betöltött szerepét az **1. táblázat** mutatja. A táblázat elemzése alapján egy-

1. ábra: Az ápoló szerepe a klinikai vizsgálatokban, n=62



szerint szerepet játszhatnak ebben a problémában. Feltételezem, hogy a megfelelő angol nyelvtudás hiánya okozza a problémát, az orvos-ápoló közötti alárendeltségi viszony, illetve a gazdasági tényezők is szerepet játszanak. A vizsgálatban kapott értékeket a 2. ábra mutatja. Az ábráról egyértelműen leolvasható, hogy a legnagyobb problémának az angol nyelv ismeretének hiányát jelölték meg. A megkérdezettek 48 esetében értékelték úgy, hogy gazdasági szempontok is szerepet játszanak a feladatok elosztásában. 20,4%-uk szerint az orvos-ápoló közti alárendeltségi viszony is szerepet játszik abban, hogy az

I. táblázat: Az ápolók szerepe és képzettségük a klinikai kutatásokban, n=62

		képzettség			Összesen
		OKJ ápoló	BSc ápoló	MSc ápoló	
ápoló szerepe a klinikai kutatásokban	ápoló	11	9	3	23
	mindkettő	11	28	0	39
Összesen		22	37	3	62

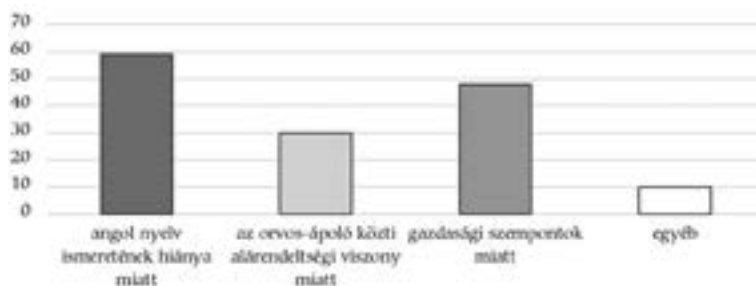
értelműen kiderül, hogy a főiskolai végzettséggel rendelkező ápolók háromnegyede, azaz 28 fő mindkét szerepkört betölti, 9 fő pedig csak a vizsgálati nővér feladatait tölti be. A 3 fő egyetemi ápoló vizsgálati nővéreként végzi tevékenységét a klinikai kutatásokban. A változók közötti kapcsolat vizsgálatára végzett Pearson-féle Khi-négyzet próba eredménye: 9,243, $p=0,010$. A kapott eredmény alapján a két változó között szignifikáns összefüggés mutatkozik, azonban a mestervégzettségű ápolók csekély létszáma miatt az eredmény nem tekinthető statisztikailag megbízhatónak.

Arra a kérdésre, hogy miért kapnak kevesebb feladatkört a hazai ápolók, 3 lehetséges okot fogalmaztam meg, melyek véleményem

ápolók a tudásszintjükhöz mérten kevesebb feladatot kapnak a klinikai vizsgálatok lebonyolítása során. Az egyéb válasz lehetőségét 10 esetben jelölték meg, azonban ennek kifejtésére nem volt lehetőség a kérdőív megválaszolása során. Az ábra elemzése kapcsán azon hipotézisem, hogy az ápolók az angol nyelv ismeretének hiánya miatt kapnak kevesebb szerepet a klinikai gyógyszervizsgálatokban beigazolódott.

A kérdőívemben arra kértem a klinikai kutatási munkatársakat, hogy jelöljék meg, hogy a hazánkban dolgozó klinikai kutatásokban résztvevő ápolók milyen feladatcsoportokban vesznek részt. A csoportosítás alapját a nemzetközi irodalom adta, 9 feladatkört határoztam meg, amely a klinikai vizsgálatok lebonyolításának egészét feltérképezi. (Fedor, 2006.) A kérdésre többszöri válaszadási lehetőség volt. A klinikai vizsgálati munkatársak véleményét a 3. ábra mutatja. A beérkezett adatok alapján elmondható, hogy az ápolók a vizsgálat indításával kapcsolatos teendőkkkel, mint a szerződés-kötés, illetve az engedélyezési eljárások, csak csekély

2. ábra: Miért kapnak kevesebb szerepet az ápolók a klinikai kutatásokban?, fő (n=62)



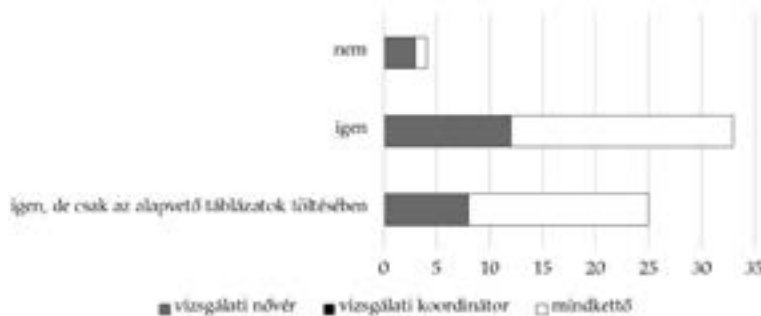
mértékben vesznek részt, a válaszadók közül csupán 8 gondolta úgy, hogy ezen feladatok végzése ápolói kompetenciakörbe tartozik. Az ápolók legnagyobb számban a vizsgálati alanyok körüli teendőknél, illetve a dokumentációs feladatokban vesznek részt, azonban a nemkívánatos események jelentésében már csak 30%-uk vesz részt. Alacsony a részvétel a betegbeválasztás és toborzás elősegítése terén is.

A kérdőívben külön kitértem a papíralapú, illetve az elektronikus dokumentáció vezetésével kapcsolatos ápolói részvételre. A papíralapú dokumentáció nem más, mint a vizsgálat ideje alatt készült feljegyzések, amelyek lehetnek a vizsgálati alany kezelése során készült orvosi dokumentáció, illetve a vizsgálat kivitelezésével kapcsolatos dokumentumok. A kérdőívben a vizsgálati alanyok személyes egészségügyi dokumentációjára nem tértem ki, csak a vizsgálati dosszié vezetésére, amely már nem kapcsolódik szorosan a betegdokumentációhoz. Az ápolók részvételét a vizsgálati dosszié vezetésében az **4. ábra** mutatja. Az ábráról leolvasható, hogy 4 eset kivételével az ápolók részt vesznek a papíralapú dokumentáció, más néven a vizsgálati dosszié vezetésében. A válaszok meghatározásánál a papíralapú dokumentáció vezetését két külön csoportba osztottam. Az egyik válasz csak az alapvető dokumentáció vezetését, mint a hőmérsékleti táblázatok, a szűrési és randomizációs adatlapok vezetését tartalmazta. A 3. választási lehetőség a vizsgálati kapcsolatos összes dokumentáció vezetése volt. A válaszadók 53%-a szerint az ápolók részt vesznek a vizsgálati dosszié vezetésében, azonban 40%-uk csak az alapvető táblázatok vezetésében vesz részt. Ha megvizsgáljuk ezen adatokat az ápolók által betöltött szerepkör tekintetében, akkor azt láthatjuk, hogy a vizsgálati nővérek 52%-a, a vizsgálati nővér és koordinátor szerepkört

3. ábra: A vizsgálati koordinátorok feladatai a válaszadók megítélése szerint, n=62



4. ábra: Az ápolók részvétele a vizsgálati dosszié vezetésében, n=62



is betöltő ápolók 54%-a vesz részt a vizsgálati dosszié vezetésében.

A klinikai vizsgálatok dokumentációjának egyik jelentős része az elektronikus dokumentáció, mely a vizsgálati alanyok egészségügyi adatait, a vizsgálati vizitek alkalmával felvett előre meghatározott vizsgálati eredményeket, illetve az előre nem várt események dokumentációját tartalmazza. Ezért szükségesnek tartottam azt, hogy felmérjem, hogy az ápolók milyen intenzitással vesznek részt ezen elektronikus adategyeztetés folyamatában. Ezen tárgykörben három kérdést tettem fel, egyrészt szerettem volna felmérni, hogy az ápolók milyen arányban vesznek részt az általános elektronikus adatbevitelben, másrészt milyen arányban veszik ki részüket a nemkívánatos, harmadsorban pedig mennyire játszanak szerepet a súlyos nemkívánatos események jelentésében.

Az elektronikus adatbevitelre vonatkozó

kérdésekre három választási lehetőség volt, az „igen” és a „nem” válasz mellett a „nem jellemző” választ lehetett választani. A „nem jellemző” választási lehetőség azért került be a kérdőívbe, mert gyakorlati tapasztalatom szerint az ápolók jelentős része rendelkezik az elektronikus adatfeldolgozó rendszer használatához szükséges felhasználói névvel és belépési jelszóval, azonban a mindennapi adatbevitelben nem vesznek részt, csak alkalmanként használják azt.

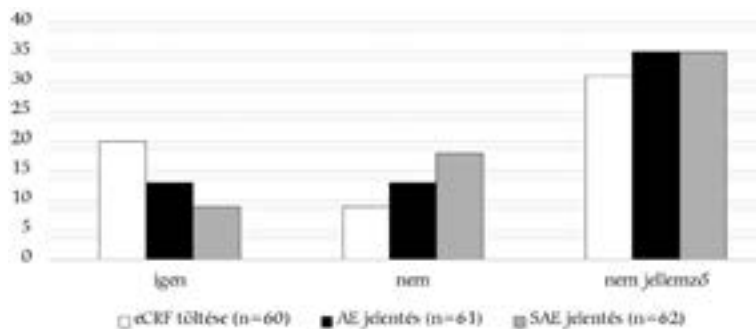
Az ápolók szerepe az elektronikus adatbevitel kapcsán csökken, a papír alapú dokumentációhoz képest. Addig, ameddig a papíralapú adatkezelés esetén 50% körüli volt a részvétel, az elektronikus adatkezelés esetén az elektronikus vizsgálati adatlapok kitöltésében 32%-uk, a nemkívánatos események

végzettsége nem befolyásolja ezen feladatok végzését. A válaszok összesítését a **5. ábra** mutatja.

Az ápolók intenzívebb jelenléte javítaná klinikai vizsgálatok minőségét, a határidők betartását, illetve növelné a betegbiztonságot, így a kérdőívemben rákérdeztem ezen feltételezéseimre. A **6. ábrából** egyértelműen leolvasható, hogy a klinikai kutatási munkatársak véleménye szerint az ápolók intenzívebb jelenléte javítaná a klinikai vizsgálatok lebonyolítását, minőségét. A válaszadók közül 60-an gondolták, úgy, hogy az ápolók intenzívebb jelenléte javítaná a klinikai vizsgálatok minőségét. A határidők betartását illetően a válaszadók 93,5%-a gondolta úgy, hogy az ápolók aktívabb részvétele segítené azok betartását. A klinikai vizsgálatok lefolytatásánál a legfontosabb követelmény a vizsgálati alanyok biztonságának biztosítása, ezért mindent meg kell tenni annak érdekében, hogy a vizsgálati készítmény tesztelésekor a vizsgálatban résztvevő alanyok minél kisebb káros expozíciónak legyenek kitéve, illetve a vizsgálati készítmény esetleges káros mellékhatásai minél előbb felismerésre kerüljenek. A 62 megkérdezett klinikai vizsgálati munkatárs közül 47 fő gondolta úgy, hogy az ápolók intenzívebb jelenléte javítaná a betegbiztonságot.

Arra a kérdésre, hogy alkalmasnak találják-e az ápolókat a nagyobb önálló munkavégzésre 57 esetben igennel és 5 esetben pedig nemmel válaszoltak. Egyértelmű (100%) véleményük szerint a hatékonyabb team munka javítani a klinikai vizsgálatok minőségét.

5. ábra: Ápolók részvétele az elektronikus dokumentáció vezetésében



6. ábra: Az ápolók részvétele és a klinikai vizsgálatok minősége közötti összefüggés



jelentésében 21%-uk, a súlyos nemkívánatos események jelentésében 14%-uk vett részt. Úgy tűnik, hogy minél nagyobb a szakmai kihívás, annál kisebb az ápolók részvétele a jelentésekben. Az ápolók klinikai gyógyszervizsgálatokban betöltött szerepe, illetve

Megbeszélés

A kutatás a klinikai gyógyszervizsgálatokban dolgozó ápolók feladatának felmérésére, illetve a felmerülő anomáliák okainak feltárására irányult. A minta elemszámának

meghatározása nehézségekbe ütközött, mivel a klinikai kutatási munkatársak számáról nem vezetnek központi nyilvántartást, illetve a szakirodalomban sem található ilyen irányú adat, ezért a vizsgálat tervezésekor legalább ötven kitöltött kérdőív beszerzését céloztam meg. A klinikai gyógyszervizsgálatok területén eltöltött 8 év alatt szerzett szakmai tapasztalatom alapján négy hipotézist fogalmaztam meg, melyeket statisztikai módszerekkel próbáltam meg alátámasztani. A hipotéziseim két nagy csoportra oszthatók: egyrészt a klinikai vizsgálatban résztvevő vizsgálóhelyek személyi feltételeire, másrészt az ápolók klinikai vizsgálatban betöltött feladatkörére vonatkoznak.

A vizsgálat elején feltételezett első hipotézisem bizonyításra került, a megkérdezettek válaszai alapján Magyarországon a felmérés ideje alatt nem volt különálló vizsgálati koordinátori szerepkör, az ápolók egyrészt vizsgálati nővérként, másrészt egy személyben látják el a vizsgálati nővér, illetve a vizsgálati koordinátor szerepkörét. A szakirodalmi adatokból jól látható, hogy míg a vizsgálati nővér feladatköre a vizsgálati alanyok körüli teendőkre terjed ki, addig a vizsgálati koordinátor feladata inkább a gyógyszervizsgálat lebonyolításának szervezése, illetve a dokumentációs feladatok végrehajtására terjed ki. (Lakner, 2009) A kutatási adatok alapján kimondható, hogy a vizsgált időszakban hazánkban a nemzetközi gyakorlattól eltérően a vizsgálói csapatból többnyire hiányzik a vizsgálati koordinátor. Tapasztalatom szerint a vizsgálati koordinátor feladatkörét az orvosi, illetve az ápolói személyzet vizsgálóhelyenként különböző mértékben látja el. A klinikai vizsgálat megbízója nem határozza meg a vizsgálóhely személyzetének összetételét, csupán a vizsgálatvezető személyét választja ki. A klinikai vizsgálatok folyamán a klinikai vizsgálat lebonyolításáért, a különböző feladatokért a vizsgálatvezető felelős, ő határozza meg a vizsgálati személyzet összetételét és bizonyos feladatokat megfelelő szakképzettséggel rendelkező személyek felé delegálhat. Ezek alapján a vizsgálati koordinátor olyan feladatokat is elláthat, melyek vizsgálói kompetenciába tartoznak, emiatt a vizsgálati koordinátortól elvárt, hogy felsőfokú végzettséggel és legalább alapfokú an-

gol nyelvismerettel rendelkezzen. A kutatási adatok alapján a klinikai gyógyszervizsgálatokban részt vevő ápolók 66%-a rendelkezik felsőfokú végzettséggel, akik tanulmányaik során megfelelő tudásanyagot szereztek ahhoz, hogy a klinikai kutatások aktív résztvevői lehessenek. Tanulmányaik során többek között anatómiai, élettani, klinikai és gyógyszer-tani ismereteket szereztek, amelyek segítségével átláthatják az összefüggéseket, illetve képessé válnak a klinikai kutatások során elvégzendő feladatok elvégzésére.

Magyarországon az 1990-es évekig az orosz nyelv oktatása kapott nagyobb hangsúlyt – a többi idegen nyelv oktatása másodlagos szerepet kapott. A rendszerváltást követően azonban ez a tendencia megváltozott, az angol és egyéb idegen nyelvek oktatása került előtérbe. Ennek a tények ismeretében fogalmaztam meg azon hipotézisemet, hogy az ápolók csökkent szerepvállalásának egyik fő oka az angol nyelv ismeretének hiánya. A kutatás során ez a feltevésem bizonyítást nyert, mivel 62 válaszadó közül 59 jelölte meg a kellő nyelvismeret hiányát. Bár a klinikai vizsgálatokban kutatási adataim alapján többségében felsőfokú BSc, illetve MSc végzettségű ápolók dolgoznak, így a fenti adatok elgondolkodtatóak, ugyanis a felsőfokú végzettség megszerzésének alapfeltétele legalább egy idegen nyelv középfokú ismeretét bizonyító nyelvvizsga bizonyítvány bemutatása. Ezen kritérium alól azonban kivételt élveztek azon kollégák, akik életkoruk alapján mentesültek ezen elvárás alól. Az ápolók jelentős hányada felsőfokú végzettségét levelező tagozaton végezte, melynek kerettantervében nem szerepel az idegen nyelv oktatása. Emiatt a kollégák egy részé nem kapta meg diplomáját, mert nem sikerült letennie a nyelvvizsgát, más részük sikeresen teljesítette az előírt követelményeket, de nyelvismeretük nem jártassági szintű. Ezt a tendenciát támasztja alá azon tény, hogy az egészségügyi szakszemélyzet jelentős részét a 35-55 év közötti korosztály teszi ki. Ezen korosztály az, akiknél általános-, illetve középiskolai tanulmányaik során az idegen nyelv oktatása háttérbe szorult, így ők az idegen nyelv tanulását felnőtt korban kezdték el. A nyelvtanítás minőségének javulásával véleményem szerint ez a probléma

a fiatalabb generáció aktívabb részvételével javulni fog.

A klinikai kutatási munkatársak által kitöltött kérdőívben kitértem az ápolók munkajogi státuszára is, amely a következő eredményeket adta: 69%-uk alkalmazotti munkaviszonyban, 8%-uk megbízási szerződéssel dolgozik, 23% helyzete tisztázatlan. A szakirodalmi adatok alapján a klinikai vizsgálatok 80%-át az állami egészségügyi intézményekben végzik. Arra a kérdésre, hogy az ápolók milyen munkaviszonyban dolgoznak a klinikai kutatásokban 70%-ban azt az eredményt kaptam, hogy alkalmazottként. Itt azonban felmerül a kérdés, hogy kinek az alkalmazottja. Mivel a klinikai kutatások több mint 80%-a állami egészségügyi intézményben folyik, így joggal merül fel ez a kérdés. Ha az ápoló az intézmény alkalmazottja, akkor a munkaköri leírásában szerepel-e a klinikai kutatásokban való részvétel, ha nem akkor mi alapján végzi ezeket a feladatokat a munkaidejében, rendelkezik-e olyan szerződéssel, ami alapján az elvégzett munka mértéke szerinti juttatásban részesül. Egy a 2013-ban megjelent tanulmány alapján 657 vizsgálóhelyszínnel történt szerződésen belül csak 373 olyan vizsgálóhely volt, ahol a vizsgálati nővérrel, koordinátorral és egyéb egészségügyi személyzettel (radiológus, labor főorvos stb.) is kötöttek szerződést. (Antal, 2013) Ha nem munkaköri leírás alapján és nem is szerződés alapján végzi tevékenységét, akkor az esetlegesen fellépő, általa okozott iatrogén ártalom miatti felelősség, kártérítés hogy hat ki rá. A kórház felelősségbiztosítása csak a munkaidőben, a munkaköri leírásban meghatározott feladatokra terjed ki.

Bár a kutatás tervezésénél, a hipotézisem megfogalmazásakor a szakmai végzettség és a klinikai vizsgálatokban betöltött szerepkörök között nem véltem összefüggést, de a kapott statisztikai adatok arra engednek következtetni, hogy az ápoló végzettsége befolyásolja a gyógyszervizsgálatokban betöltött szerepkört.

A vizsgálat megkezdésekor gyakorlati tapasztalatom alapján feltételeztem, hogy hazánkban a klinikai kutatásokban résztvevő ápolók kevesebb feladatkörrel rendelkeznek, mint ahogy az a szakirodalom alapján elvárt

lenne. Ezért a kérdőívben arra kértem a válaszadókat, hogy a szakirodalom által meghatározott kilenc feladatkör közül válasszák ki azokat, amelyeket a gyakorlati tapasztalat alapján az ápolók elvégeznek.

A beérkezett adatok alapján elmondható, hogy az ápolók a vizsgálat indításával kapcsolatos teendőkkkel, mint a szerződéskötés, illetve az engedélyezési eljárások, csak csekély mértékben vesznek részt, a válaszadók közül csupán nyolcan gondolták úgy, hogy ezeket a feladatokat nem feltétlenül a vizsgálatvezetőnek kell elvégeznie. Magyarországon a szerződések előkészítését, illetve a klinikai vizsgálatok engedélyezési eljárását a szponzor megbízásából a CRO cégek végzik, a vizsgálóhelyeknek ezzel kapcsolatban adatszolgáltató jellegű feladataik vannak (Titkossági Nyilatkozat, önéletrajz, GCP igazolás, stb). A klinikai vizsgálatok ezen korai szakaszában az esetek túlnyomó többségében a vizsgálatvezető személye helyeződik előtérbe, de az adatszolgáltatás, illetve a szükséges iratok beszerzésében a vizsgálati koordinátor is aktív szerepet vállalhatna. A klinikai vizsgálatokra szakosodott intézményekben ezek a dokumentumok naprakészen rendelkezésre állnak, ami a folyamatot jelentősen felgyorsítja.

Az ápolók legnagyobb számban a vizsgálati alanyok körüli teendőket, illetve a dokumentációs feladatokat látják el, azonban a nemkívánatos események jelentését már csak 30%-uk végzi. Alacsony a részvétel a betegbeválasztás és a toborzás elősegítése terén is. A papír alapú dokumentáció naprakész vezetése fontos követelmény a klinikai vizsgálat lebonyolítása során. A vizsgálati dosszié vezetése, karbantartása, frissítése adminisztratív feladat, melyek nem igényelnek orvosi végzettséget, ennek ellenére a vizsgálatban résztvevő ápolók 40%-a csak az alapvető dokumentumok kezelésében vesz részt, mint a hőmérséklet logok töltése és a szűrési, valamint a randomizációs adatlapok vezetése. Ezen adatlapok a vizsgálati dosszié kis hányadát töltik ki, viszont ezek mellett számos egyéb dokumentációs feladat is vannak a klinikai vizsgálatok lebonyolítása folyamán, melyeket napi rendszerességgel rendszerezni kell, hogy a megbízó által előírt vizsgálati dosszié naprakész legyen.

A klinikai vizsgálatokban keletkező adatok elektronikus adatbázisba bevitele nagyban segíti, illetve gyorsítja a vizsgálóhelyek ellenőrzését, az adatok tisztítását, feldolgozását. A beteg vizsgálata alkalmával keletkezett egészségügyi dokumentáció, az úgynevezett forrásdokumentáció kerül rögzítésre ezen adatbázisokba. Az ápoló adatbevivő személyként funkcionálhat. Az általam végzett kutatásból az látszik, hogy az ápolók szerepe az elektronikus adatbevitel kapcsán kisebb, mint a papír alapú dokumentációkban. Az általános adatbevitelt 32%-uk végzi, azonban a nemkívánatos, illetve a súlyos nemkívánatos események jelentésében a részvételük fokozatosan csökken. Tudjuk, hogy a súlyos, nemkívánatos események jelentése a vizsgáló feladata, azonban az ápoló ezen aprólékos és időigényes feladatban az adatok előkészítésével, a jelentéshez szükséges dokumentumok beszerzésével jelentősen megkönnyítheti és gyorsíthatja a jelentés folyamatát.

Javaslatok

Az általam elvégzett kutatásból egyértelműen látható, hogy az ápolók szerep-, és feladatkörei tisztázatlanok, vizsgálóhelyenként más és más feladatokat látnak el. Véleményem szerint elvárható lenne, hogy a szakhatóság központilag szabályozza a vizsgálóhelyek személyi/szakmai összetételét.

Pontosabban kellene definiálni a vizsgálá-

ti nővér, illetve a vizsgálati koordinátor feladatkörét. Szükséges az egészségügyi szakszemélyzet szerepének ártértékelése, a feladatok optimálisabb elosztásának céljából, annak érdekében, hogy a vizsgálatok elvégzése, lebonyolítása gördülékenyen és magas színvonalon folyhasson.

Az idegen nyelv ismeretének hiányára nehéz javaslatot tenni, tekintve, hogy a nyelvtanulás egy idő-, és költségigényes tevékenység, és mint ismeretes az ápolóknak ebből kevés van. Véleményem szerint lehetőséget kell adni az ápolóknak arra, hogy felnőttképzés keretein belül fejleszthessék angol nyelvtudásukat. Azon ápolók számára akiket, a klinikai gyógyszervizsgálatok területén foglalkoztatnak, a munkaadók biztosítsák a nyelvi továbbképzés lehetőségét.

A kutatásomban megismert, de nem tisztázott munkajogi bizonytalanságok feltárására és megoldására további vizsgálatok és kutatások javasoltak a klinikai gyógyszervizsgálatok területén tevékenykedő ápolók munkajogi helyzetének javítása céljából. Tisztázni kell helyzetüket, ki kell alakítani egy szokásrendszert, hogy az ápolók megfelelő díjazásban részesüljenek, illetve munkajogi bizonytalanságukat fel kell oldani. Ennek egyik lehetséges módszere a fent említett klinikai gyógyszervizsgálati ápolói állás létrehozása, vagy azon törekvések támogatása, melyek az ápolók alvállalkozóként, vagy közreműködőként történő részvételét segíti elő a klinikai vizsgálatokban.

Irodalomjegyzék

1. Adorjáni, K., Bodrogi, J., Daniel, A., Engelhardt, M., Kiss, Á., Klaffszky, E., ...Veres, L. (2014.). *Magyarország versenyképessége a klinikai vizsgálatokban*. Forrás: Pharmaonline: www.pharmaonline.hu/download.php?id=22815
2. Antal, J., Bíró, J., Kiss, Á., Nagy, I., Szentiványi, M. (2013.). Klinikai vizsgálati díjak megosztása Magyarországon, 2011–2012. *IME*, 12 (6), 33–37.
3. *Az orvosok bére Európában: Magyarország az utolsó előtti*. (2011. június 14.). Forrás: http://www.medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/az_orvosok_bere_europaban
4. Fazekas, E. (2015). Az egészségügy, mint tudományos intézmény. *IME*, 14 (2), 44–47.
5. Fedor, CA., Cola, PA., Pierre, C. (2006.). *Responsible research: a guide for coordinators*. London, Chicago IL: Remedica.
6. Gachályi, B. (2002.). A vizsgálóhely infrastruktúrális, személyi háttere. In Gachályi, B., Lakner, G., Borvendég, J. (szerk.) *Klinikai farmakológia a gyakorlatban* (pp. 79–87). Budapest: Springer.
7. Kovács, G., Bálint, B., Richter, I. (2012.). Elektronikus adatrögzítés a klinikai vizsgálatokban. *IME*, 11 (10), 75–78.
8. Krasznai, É. (2013). Egyre kiélezettebb a verseny a klinikai vizsgálatokért. *Kórház*, 11, 36–37.
9. Lakner, G., Renzes, G., Antal, J. (szerk.), (2009). *Klinikai vizsgálatok kézikönyve*. Budapest: SpringMed.
10. *OSAP 1626- Bér- és létszámstatisztika*. (2012.). Forrás: http://www.eski.hu/new3/adatok/berstatisztika/OSAP1626-eves-CD/2012/eu_1.pdf

Gratulálunk!

A Magyar Ápolási Egyesület a Duna Palotában immár hatodik alkalommal ünnepelte a Magyar Ápolók Napját, mely Kossuth Zsuzsanna, az 1848–49-es szabadságharc tábori kórházainak főápolónője születésnapjához kötődik.

Az ünnepségen Dr. Ónodi-Szűcs Zoltán egészségügyért felelős államtitkár Batthyány-Strattmann László-díjat, Pro Sanitate-díjakat, Miniszteri Elismerő Okleveleket, Csoportos Miniszteri Elismerő Oklevelet adott át.

*Több évtizeden át végzett kimagasló szakmai munkája elismeréseként **Batthyány-Strattmann László díjban** részesült:*

Kovács Erzsébet, a Zala Megyei Kórház ápolási igazgatója.

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

Dr. Lantosné Kovács Tímea, a Bács-Kiskun Megyei Kórház vezető ápolója;

Lászlóné Holtay Andrea, a VAS Megyei Kormányhivatal, Körmenyi Járási Hivatal vezető szakfelügyelő ápolója;

Mészáros József, a Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet vezető ápolója;

Rézmánné Pauer Mónika, a Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház osztályvezető főnővére;

Virág Jánosné, a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Sántha Kálmán Szakkórház telephelyi ápolási igazgató helyettese.

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

Brunnérné Silye Anna, a Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, minőségügyi vezetője;

Gerdei Helga, a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház szülésznője;

Greksza Lászlóné, az Orosházai Kórház ápolási igazgatója;

Gyöngyösi Zoltánné, a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház ápolója;

Kátainé Jäkl Anna, a Kátai Gábor Kórház csecsemő és gyermekgyógy. osztályvezető ápolója;

Kocsis Anita, a Szent Rókus Kórház és intézményei osztályvezető ápolója;

Kovácsné Pataki Dorottya, a Komlói Egészségcentrum ápolója;

Márta Józsefné, az Albert Schweitzer Kórház Rendelőintézet ápolója;

Milkovicsné Szőke Tünde, a Nagykőrösi Rehabilitációs Szakkórház és Rendelőintézet dietetikusa;

Olajos Lajosné, a Gróf Tisza István Kórház Élelmezési Osztály megbízott osztályvezetője;

Petrovics Józsefné, a Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet csecsemő és gyermekápolója;

Takács Julianna, a Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház osztályvezető főnővér helyettese;

Tüzes Andrásné, a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház osztályvezető szülésznője;

Zsibrita Mihályné, a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház I. Belgyógyászati Osztály kardiológiai szakasszisztense;

Villányi Mária Ildikó, a Balassa János Kórház Rendelőintézet vezetője.

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

a Miskolci Szakképzési Centrum Ferencki Sándor Egészségügyi Szakközépiskolája, Egészségügyi Szakoktatói Munkaközösség.

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

Horváthné Király Valériát, Lehoczky János Róbertnét, és Minya Tündét.

Forrás: Ápolásügy, 2016. 30. évf. 1. szám. pp.4-5.

Szerzői útmutató

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 szakma-politikai kérdésekkel foglalkoznak.

A Kiadó várja az ápolás szakterületein elméleti/gyakorlati tapasztalattal rendelkező kutatók, oktatók, gyakorlati szakemberek írásait.

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

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

Formai szempontok

Kérjük, hogy

- **A kéziratot**
 - elektronikus szövegszerkesztési eljárással, Microsoft Word *.doc vagy *.rtf kiterjesztésben (rich text formátum) készítse el,
 - 12-es betűméretű Times New Roman betűvel,
 - 2-es sortávolsággal,
 - minden oldalon 1,5 cm széles margóval szerkesztve,
 - sorkizárással,
 - a bekezdéseket csak „enter” vállassza el, és a sorok ne kezdődjenek beljebb,
 - szövegstílusként csak „normál” szöveget használjon (a címeket és alcímeket is így írja),
 - ha decimális számozást alkalmaz, akkor csak 3 szintet használjon,
 - ne legyen a szövegben oldaltörés, szakasztörés.
- **A kézirat terjedelme** ne haladja meg
 - eredeti közlemény esetén a 15 gépelt oldalt (30000 karakter szökőzellel),
 - előzetes- és sürgős közlemény esetén a 10 gépelt oldalt (20000 karakter szökőzellel),
 - tudományos levél esetén az 5 gépelt oldalt (10000 karakter szökőzellel).

Ez nem foglalja magába a magyar és angol összefoglalásokat a kulcsszavakkal, a rövidítések jegyzékét, az irodalomjegyzéket, a függeléket, valamint az ábrákat és a táblázatokat).
- **Ábrák és táblázatok**
 - Word, Excel illetve PowerPoint programok segítségével egyaránt készülhetnek, *.doc, *.rtf, *.xls vagy *.ppt kiterjesztéssel,
 - csak fekete-fehér változatban készüljenek (tekintettel arra, hogy a folyóirat jelenleg fekete-fehér nyomással jelenik meg),
 - az ábrákat és táblázatokat ne illessze be a szövegbe, csak utaljon rájuk a megfelelő helyen,
 - minden ábra és táblázat egyenként, külön-külön fájlban legyen elmentve,
 - ügyeljen arra, hogy az ábrák és a táblázatok el legyenek nevezve (pl. 2. ábra, II. táblázat), és a szövegben is legyen rájuk hivatkozás,
 - a kéziratához összesen legfeljebb 8 (nyolc) ábra és táblázat készüljön, ezek informatívak legyenek, és az adott téma szemléltetését, könnyebb megértését szolgálják,
 - az ábrákon és a táblázatokon ugyanazon adatok ne szerepeljenek.
- **Képek**
 - A beküldött képek min. 300 dpi felbontású *.jpg, *.tif kiterjesztésűek legyenek, továbbá külön fájlba (nem Wordbe másolva) legyenek elmentve
 - Szkennelés esetén az eredeti kép is megfelelő minőségű legyen.
- **A kézirat (formai) szerkezete:**
 - **Általában**
 - címlap,
 - összefoglalás és kulcsszavak (magyar és angol nyelven),
 - rövidítések jegyzéke (ha van),
 - a cikk kézírata,
 - irodalomjegyzék,
 - függelék,
 - ábrák, táblázatok.
 - **A saját kutatáson alapuló, eredeti közlemény** az alábbi szerkezetet kövesse:
 - címlap,
 - összefoglalás és kulcsszavak (magyar és angol nyelven),
 - rövidítések jegyzéke (ha van),
 - bevezetés,
 - anyag és módszer,
 - eredmények,
 - következtetés,
 - irodalomjegyzék,
 - függelék,
 - ábrák, táblázatok.
 - Az egyéb összefoglaló jellegű közleményekben a cikk kéziratát a szerző(k) logikus felépítésben, tagolásban készítse (készítsék).
 - A **címlapon** kérjük feltüntetni az írás címét (tömör, maximum 100 karakter, és ne tartalmazzon rövidítéseket), a szerző(k) teljes nevét, beosztását, munkahelyét, valamint külön a kapcsolattartó szerző teljes nevét, levelezési címét, telefon- és e-mail elérhetőségét. A magyar és az angol nyelven készült **összefoglalások** egyenként külön oldalra készüljenek, maximum 150 szó (1500 karakter szökőzellel) terjedelemben, valamint egyes szám harmadik személyben megfogalmazva. Saját kutatáson alapuló **eredeti közlemény estében az összefoglalás** az alábbi szerkezetet kövesse: a vizsgálat célja, anyag és módszer, eredmények, következtetések.
 - A megadott **kulcsszavak** a MeSH (Medical Subject Headings) által megadott tárgyszavakból kerülhetnek ki.
 - Az **irodalomjegyzék** külön fájlban készüljön, melyben az egyes tételeket számozva, alfabetikus sorrendben kérjük elrendezni. Kivéve:
 - számmal kezdődő források (pl. jogszabályok, rendeletek, stb.) megelőzve a betűrendet, a jegyzékben előre kerülnek;
 - szerző nélküli mű esetén a cím (névelő nélküli) betűrend szerinti kezdőszava a besorolás alapja.
 - Irodalmi hivatkozásként maximum 25 tétel adható meg.
- **A szövegek közti hivatkozások és irodalomjegyzék általános szabályai**
 - A szövegek közti hivatkozások, valamint az irodalomjegyzék elkészítéséhez ajánlott az „**APA Style Guide**” (*Publication Manual of the Psychological Association, 6th edition, 2010*) használata.
 - **Általános előírások:**
 - A szerző nevét az alábbiak szerint kell írni: vezetéknev után vessző, a keresztnév kezdőbetűje után kitért pont (pl. Marosvári, É.).
 - Könyvek és folyóiratok esetén hét szerzőig az irodalomjegyzékben minden szerző nevét le kell írni, vesszővel elválasztva (pl. El Hadj Othmane, T., Kiss, I., Nemcsik, J., Fekete, CB., Deák, G., Egresits, J., Tislér, A.). Szövegben történő hivatkozáskor az első szerző neve után az „et al.” (és mások) megjelölést kell alkalmazni (pl. El Hadj Othmane et al.)

- Nyolc vagy több szerző esetén leírjuk az első hat szerző nevét, majd három pont beszúrása után írjuk ki az utolsó szerző nevét.
- A könyvek címe és a folyóiratok neve minden esetben *dőlt* betűvel tüntetendő fel.
- Ha egy forrásmű rendelkezik DOI (Digital Object Identifier) számmal, akkor annak feltüntetése kötelező. Ennek leírásában a „doi:” után ne hagyjunk üres karakterhelyet, pl.:
 - Weaver, L., T. (2011). How did babies grow 100 years ago? *European Journal of Clinical Nutrition*, 65, 3-9. doi:10.1038/ejcn.2010.257 Szövegben hivatkozásként: (Weaver, 2011)
- Amikor egy szerzőtől egy évben két vagy több forrás is megjelent, akkor azok különbözőségét az abc betűvel jelöljük, pl.:
 - Andorka, R. (2001a). *Bevezetés a szociológiába*. Budapest: Osiris. Szövegben hivatkozásként: (Andorka, 2001a).
 - Andorka, R. (2001b). *Gyermek, család történelem: Történeti demográfiai tanulmányok*. Budapest: Századvég. Szövegben hivatkozásként: (Andorka, 2001b).
- **Nyomatott források feltüntetése:**
 - **Könyvből (-re):**
 - Szerkesztett könyv esetén, pl.:
 - Buda, B., Kopp, M. (szerk.), (2001). *Magartartás-tudományok*. Budapest: Medicina. Szövegben hivatkozásként: (Buda & Kopp, 2001)
 - Könyvrészlet esetén, pl.:
 - Mackintosh, N. J. (2007). Az IQ örökletessége. In N. J. Mackintosh. *Az IQ és az emberi intelligencia* (pp. 95-147). Budapest: Kairosz Szövegben hivatkozásként: (Mackintosh, 2007)
 - Testületi szerző esetén, pl.:
 - Magyar Vöröskereszt (2006). *125 éves a Magyar Vöröskereszt*. Budapest: Magyar Vöröskereszt Szövegben hivatkozásként: (Magyar Vöröskereszt, 2006)
 - Kongresszusi kiadvány esetén, pl.:
 - Mónus, A. (1999). Sporttudomány és a XXI. század. 1-2. köt. Országos Sporttudományi Kongresszus, 3. Szövegben hivatkozásként: (Mónus, 1999)
 - **Folyóirat-közleményre:**
 - Folyamatos számozású folyóirat esetén, pl.:
 - Fehér, J. (1994). Antall József, az orvostörténész (1932-1993). *Orvosi Hetilap*, 135, 475-476. Szövegben hivatkozásként: (Fehér, 1994)
 - Füzetenként (évfolyamonként) újratekintésű számozású folyóirat esetén, pl.:
 - Orbán, A., Hegyi R. (2011). A muszlim szótamaviselek ellátásának szempontjai. *Nővér*, 24(5), 33-39. Szövegben hivatkozásként: (Orbán & Hegyi, 2011)
 - Szerző nélküli újságickek esetén, pl.:
 - Poratkákat kutattak egymilliárdért. (2011. január 22). *Magyar Nemzet*, p. 1-2. Szövegben hivatkozásként: („Poratkákat kutattak”, 2011)
 - Eredeti forrásból származó abstract esetén, pl.:
 - Kicsi, D., Gadó, K., Tünczer, T., Domján, G. (2010). Wegener-granulomatosisban szenvedő betegek szemészeti elváltozásainak belgyógyászati vonatkozásai. *Magyar Belorvosi Archivum*, 63(S2):70 Szövegben hivatkozásként: (Kicsi, Gadó, Tünczer & Domján, 2010)
 - **Elektronikus forrásra:**
 - Online szótár esetén, pl.:
 - Infection. (2011). In *Sztaki szótár*. Megtalálva <http://www.szotar.sztaki.hu/index.hu.html>
 - Elektronikus folyóirat esetén, pl.:
 - Vasdev, G. M., Bacon, D., R. (2009). Rectal Analgesia for Labor and Delivery: An Historical Assessment. *Bulletin of Anesthesia History*, 27(3), 44-46. Retrieved from <http://internatlib.mcgill.ca/ejournals.htm> Szövegben hivatkozásként: (Vasdev & Bacon, 2009)
 - Adatbázisból keresés esetén, pl.:
 - Beyer-Westendorf, J., Werth, S., Halbritter, K., Weiss, N. (2010). Cancer in males and risk of venous thromboembolism. *Thrombosis Research*, 125, S155-S159. Retrieved from <http://sciencedirect.com> Szövegben hivatkozásként: (Beyer-Westendorf, Werth, Halbritter & Weiss, 2010)
 - Csak elektronikusan hozzáférhető elektronikus folyóirat esetén, pl.:
 - Öien, R., F. (2010. december). Negative Pressure Wound Therapy. *World Wide Wounds*. Hozzáférhető 2011. június 5. <http://www.worldwidewounds.com/2010/December/Oien/NPWT.html> Szövegben hivatkozásként: (Öien, 2010)
 - Web oldalról szerző nélkül.pl.:
 - Az iszlám 5 pillére. (2011). Hozzáférhető 2011-08-09, <http://www.magyariszlam.hu/mikregi/5pillar.html> Szövegben hivatkozásként: („Az iszlám 5”, 2011)

Hova küldje kéziratát?

- Az írást szerkesztőségünkbe CD-n (NŐVÉR Szerkesztőség, MESZK, 1458 Budapest, Pf.: 74.) vagy e-mail útján juttassa el a 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 (egyszerűsözött és többszerzős kézirat), honlapunkon mindkettő megtalálható (www.meszk.hu NŐVÉR menü-pontjában).
- A beküldött kéziratral kapcsolatban tájékoztatást kérhet a nover@meszk.hu címen, vagy a (06-1) 323-2070-es telefonszámon Wohlfarth Zita 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 bíráló véleményét 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 kötelek

- 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 cikkben 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 anyagok – 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 Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara által alapított díjak

MESZK Szakmai Díj

A Kamara legelső díja, melyet 2006-ban alapított az egészségügy területén kifejtett kiemelkedő szakmai és közösségépítő szakdolgozói tevékenység elismeréseként. Minden év szeptemberében a MESZK Szakdolgozói Kongresszusán 21 kamarai tagnak kerül átadásra.



MESZK-ért Díj



A Kamara 2014-ben alapította. Ezen díjat azok kapják, akik emberi magatartásukkal, szakmai elkötelezettségükkel példaképek állíthatók valamint helytállásukkal kivívták kollégáik és a társadalom elismerését ezzel növelve a MESZK presztízsét. Minden év decemberében 6 szakdolgozó kerül díjazásra.

TAGOZAT-ért Díj

A Kamara 2014-ben alapította. Ezen díj annak a kamarai tagnak adományozható, aki az általa képviselt tagozat munkájában kiemelkedő tevékenységet végez, hozzájárul szakmai tagozatának fejlődéséhez, elismeréséhez. Minden év decemberében 6 kamarai tag kerül díjazásra.



„Az Év Kiváló Szakdolgozója” Díj

A Kamara egyik legújabb díja, melyet 2015-ben alapított. Ezt a díjat azal céllal hozta létre, hogy az országban tevékenykedő közel 100 ezer szakdolgozó számára esélyt, lehetőséget teremtsen a kiemelkedően értékes, példaként állítható teljesítmény elismerésére. Ez decemberben kerül átadásra egy személy részére.

„Az Év Kiváló Szakdolgozói Közössége” Díj

A Kamara másik legújabb díja, melyet szintén 2015-ben alapított. A célja, hogy elismerje egy kiváló szakmai közösség munkáját. A díjban részesülő kollégák emberi magatartásukkal, szakmai elkötelezettségükkel, példaképek állíthatók. Ez a elismerés is decemberben kerül átadásra.



**AZ ÉV
ELHIVATOTT FIATAL
SZAKDOLGOZÓJA**

„Az Év Elhivatott Fialal Szakdolgozója” Díj

A Kamara és a Literatura Medica Kiadó által közösen létrehozott díj, mellyel a szakdolgozói kar fiatalabb rétegét hivatott jutalmazni 2013 óta. Ezen díj is decemberben kerül átadásra egy személy részére.

