

NŐVÉR



AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

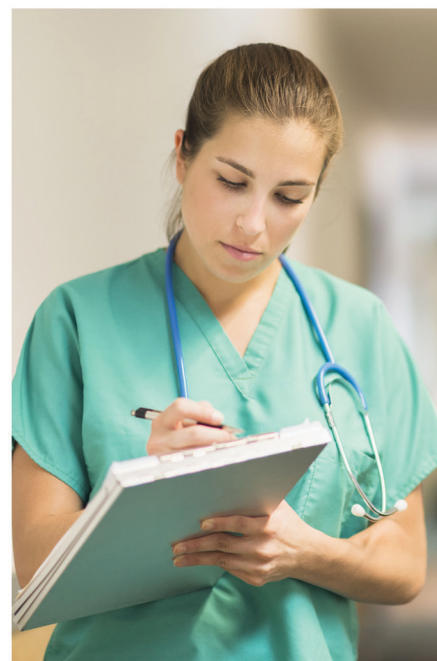
Scientific and educational journal
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

36. ÉVFOLYAM 3. SZÁM • 2023. június 30.

A TARTALOMBÓL

Betegdukáció hatékonyságának felmérése parodontológiai betegeknél

Egészségügyi szakdolgozók bevezetése
a sztomato-onkológiai szűrővizsgálatokba



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





MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA

ÚJ MESZK E-TOVÁBBKÉPZÉSEK

Végezze el Ön is otthonról, kényelmesen, egyszerűen
szabadon választható továbbképzését!



2023. JÚLIUS 1-TŐL TUDNAK JELENTKEZNI ÚJ TOVÁBBKÉPZÉSEINKRE:

Nővér szakmai tudományos továbbképzés IX.

Nővér szakmai tudományos továbbképzés X.

www.meszk.hu



Kövessen bennünket!

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA/
A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével/
With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Nővér, 2023;36(3):1–40.

TARTALOMJEGYZÉK

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

A szájiüregi daganatok kialakulásában szerepet játszó magatartásbeli tényezők, elsődleges tünetek és prevenciósi lehetőségek3
Suki Cintia Barbara, Moka Eszter, Dr. Németh Anikó PhD

A fluoridok használatának preventív szerepe, valamint annak jelentősége gyermekkorban 8
Bak Brigitta, Csontos Elizabet, Dr. Németh Anikó PhD

EREDETI KÖZLEMÉNY

Klinikai fogászati higiénikus által végzett betegedukáció hatékonyságának felmérése parodontológiai betegeknel 12
Kis Mónika

ÁPOLÁS GYAKORLATA

Egészségügyi szakdolgozók bevezetése a sztomato-onkológiai szűrővizsgálatokba 21
Hegyi Virág, Fritschek Nóra Anna, Dr. Németh Anikó PhD

Ápolói attitűd és tudásszintfelmérés a különböző faji, vallási, etnikai hovatartozás tekintetében, a mindennapi ápolás során 26
Fizesán Hilda

Ápolók ismereteinek vizsgálata a negatívnyomás-terápiás sebkezelés kapcsán (1. rész)34
Bögyös Dorina, Csizmazia Szilvia, Dr. Csernus Mariann PhD

CONTENTS

REVIEW ARTICLE

Behavioral Factors, Symptoms and Prevention Options are Involved in the Development of Oral Cavity Tumors3
Cintia Barbara Suki, Eszter Moka, Aniko Nemeth PhD

The Preventive Role of the Use of Fluorides and its Importance in Childhood8
Brigitta Bak, Elizabet Csontos, Aniko Nemeth PhD

ORIGINAL CONTRIBUTION

Assessing the Effectiveness of Patient Education Among Periodontal Patients Conducted by Clinical Dental Hygienist 12
Mónika Kis

NURSING IN PRACTICE

Education of healthcare professionals about stomato-oncology screening tests 21
Virag Hegyi, Nora Anna Fritschek, Aniko Nemeth PhD

Assessment of Attitude and Nursing Skills Based on Racial, Religious and Ethnical Attributes during Daily Practice 26
Hilda Fizesán

Examining the Knowledge of Nurses regarding Negative Pressure Wound Therapy (Part 1) 34
Dorina Bögyös, Szilvia Csizmazia, Mariann Csernus PhD

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

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

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

Kiadja: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara.
Felelős kiadó: Dr. Balogh Zoltán (PhD). **Terjeszti:** MESZK 1087
Budapest, Könyves Kálmán krt. 76. (1438 Budapest, Pf. 350.)
Telefon: 323-2070

A kiadvány megjelenését gondozza:

LITERATURA MEDICA
ANNO 1999

LifeTime Media Kft. egészségügyi divíziója

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

Előfizetésben kézbesíti a Magyar Posta Zrt. (1900 Budapest).

Kézbesítéssel kapcsolatos információk: 06-1-767-8262.

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

Főszerkesztő/editor-in-chief

Dr. Hirdi Henriett Éva (PhD)

Szerkesztők/editors

Dr. Németh Anikó (PhD)

Dr. Papp Katalin (PhD)

Szerkesztőbizottság/editorial board

Arany Ida

Dr. Balogh Zoltán (PhD)

Prof. Dr. Betlehem József (PhD)

Dr. Fedineczné Vittay Katalin

Jakab Judit

Dr. habil. Oláh András (PhD)

Dr. Pápai Tibor (PhD)

Dr. Papp László (PhD)

Dr. Rajki Veronika (PhD)

Sövényi Ferencné

Szobota Lívía

Tóth Andrea

Dr. Tulkán Ibolya (PhD)

Nemzetközi szerkesztőbizottság/ international editorial board

Prof. Dr. OiSaeng Hong (PhD)

Prof. PhDr. Valérie Tóthova (PhD)

A folyóirat szakmai támogatója



Helps. Cares. Protects.

Lapunkat rendszeresen
szemlézi a megújult



www.observer.hu

NŐVÉR**AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA**

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

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

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

A kéziratot szerkesztőségünkbe e-mail útján juttassák el a nover@meszk.hu címre. Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton a MESZK, 1438 Budapest, Pf. 350. címre) „Szerzői nyilatkozat”-ot is.

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

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

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

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

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

A lapban megjelent valamennyi cikk közzéadási joga a Kiadót illeti.

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

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Henriett Éva Hirdi PhD. Editors: Anikó Németh PhD, Katalin Papp PhD. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungary with English summaries. The Journal also offers continuing education credits in every issue. Editorial office: PoB 350., H-1438 Budapest, Hungary. This Journal is peer-reviewed and indexed in EBSCO CINAHL. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Mátésné Horváth. Phone:/Fax (36-1) 323-2070

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

A szájüregi daganatok kialakulásában szerepet játszó magatartásbeli tényezők, elsődleges tünetek és prevenciók lehetőségei

SUKI Cintia Barbara, MOKA Eszter, DR. NÉMETH Anikó PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

A szájüregi daganatok előfordulása emelkedő tendenciát mutat, amelynek okozói többek között az egészségkárosító magatartásformák, helytelen táplálkozás, nem megfelelő életmód. Számos praecancerosus elváltozás ismert, amelyek korai diagnosztizálása és kezelése esetén a rosszindulatú elfajulás megelőzhető. Ez csakis úgy lehetséges, ha az emberek tudatosan odafigyelnek szájhygiénájukra, nem mulasztják el a rendszeres fogászati szűréseket sem. Fontos erre felhívni a laikusok figyelmét az egészségügyi ellátás minden területén.

Kulcsszavak: szájüregi daganatok, megelőzés

Behavioral Factors, Symptoms and Prevention Options are involved in the Development of Oral Cavity Tumors

Cintia Barbara SUKI, Eszter MOKA, Aniko NEMETH PhD

SUMMARY

The incidence of oral cavity tumors is showing an increasing trend, with cause including harmful behaviors, improper nutrition, and inadequate lifestyle. There are many known pre-cancerous conditions, the early diagnosis and treatment of which can prevent malignant degeneration. This is only possible if people consciously pay attention to their oral hygiene and do not neglect regular dental check-ups. It is important to draw the attention of lay people to this issue in all areas of healthcare.

Keywords: oral cavity tumors, prevention

SUKI Cintia Barbara dentálhigiénikus-hallgató, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Moka Eszter dentálhigiénikus-hallgató, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

DR. NÉMETH Anikó PhD egyetemi okleveles ápoló, főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar; TOB-elnök, MESZK Csongrád-Csanád Vármegyei Területi Szervezet
ORCID-azonosító: 0000-0002-9329-1809

Levelező szerző

(corresponding author):

DR. NÉMETH Anikó

E-mail:

nemeth.aniko.02@szte.hu

Beérkezett: 2023. április 4.

Elfogadva: 2023. április 11.

 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.36.0012> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

Magyarország Európában az első, a világon pedig a harmadik helyet foglalja el a szájüregi daganatok gyakoriságát tekintve, de fontos tudni, hogy az idejében felismert betegség gyógyítható. Mint a legtöbb daganat kialakulása, így a szájüregi daganatok létrejötte is összefüggésben áll az életmóddal. Az egyén nem megfelelő életvitele, tevékenységei nagymértékben hozzájárulnak a szájüregi daganatok kialakulásához (Németh et al., 2010). A Nemzeti Rákregisz-

ter 2010 és 2019 között regisztrált adatai alapján az ajak- és szájüregi daganatok éves előfordulása nem számottevően, 3052-ről 2958-ra csökkent, azonban a férfiaknál a negyedik a daganatok okozta halálozási sorrendben (nőknél nincs az első 10-ben) (Kenessey et al., 2022).

A szájüregi daganatok rizikótényezői

A szájüregi daganatok keletkezésében a dohányzásnak és a mértéktelen alkoholfogyasztásnak rendkívül

nagy szerepe van. Kutatásokkal bizonyított, hogy a szájüregi rákok 80-90%-a dohányzással, szivarozással, pipázással kapcsolatban alakul ki (Németh et al., 2010). Hangsúlyos a mértéktelen alkoholfogyasztás is, hiszen a többszörösére emeli a szájüregi daganatok kialakulásának kockázatát. Abban az esetben, amikor egyszerre valósul meg a dohányzás és a mértéket nem ismerő alkoholfogyasztás, különösen magas a szájüregi rák kialakulásának kockázata (Nagy, 2002). A dohány és az alkohol hatása nem összeadódik, hanem összeszorozódik, így kifejezetten nagy rizikót jelent együttes használatuk (Döbrössy & Budai, 2018).

A cigaretta égéstermékei mintegy 4000 különféle vegyületet tartalmaznak, és ezek karcinogén, azaz rákkeltő hatással rendelkeznek. Ezek a dohányfüstben találhatóak, amelyeket a dohányos beszív és ezáltal a szájürege is érintkezik a karcinogén tulajdonságú vegyületekkel. Az alkohol azért jelent e tekintetben magas kockázati tényezőt, mert oldja az égéstermékeket, ezáltal pedig utat biztosít a karcinogén vegyületek felszívódásának. Bizonyított, hogy azoknál a személyeknél, akik felhagynak a káros szokással, idővel jelentősen csökken a szájüregi rák kialakulásának kockázata (Szabó et al., 1997). Megfigyelték, hogy E-vitamin adása mellett például a dohányfüst káros hatása kevésbé érvényesül (Remenár, 1996). Számos olyan munkahely van, ahol az egyén porokkal, vegyileg káros anyagokkal kerül kapcsolatba a munkája során. Különös tekintettel a mezőgazdasági dolgozókra, ahol a porok és vegyszerek mellett az ultraibolya sugárzás is erősíti a rizikót. Fontos a megfelelő védőeszközök használata, illetve a rendszeres szűrővizsgálatokon való részvétel (Newell, 2001).

Rendkívül fontos a szájhygiéné, ugyanis a fogazat elhanyagolása kedvez a szájüregi rákok kialakulásának. Fontos figyelembe venni a letört és lyukas fogakat, vagy a helytelenül illeszkedő fogműveket, mivel folytonosan irritálják a nyálkahártyákat és krónikus ínygyulladásához vezethetnek (Marques et al., 2008). A fogágybetegség, a rossz szájhygiéna, a rendszeres fogászati felülvizsgálat elmaradása ismert rizikófaktorok a szájüregi rák kialakulásában. Iráni kutatók összefüggést találtak a nyelvrák előfordulása és a rossz szájhygiéné között. *Rosenquist* és munkatársai közleményében a rossz szájhygiéna a dohányzástól és alkoholfogyasztási szokásoktól független rizikótényező. Munkájukban az átlagos szintű szájhygiéna gyenge, az elhanyagolt szájhygiéna erős rizikófaktorra volt a szájüregi ráknak. Foghiány szempontjából a 20 feletti érték erős rizikótényezőnek adódott, az ötnél több ellátatlan szuvas fog ugyancsak emelte a rizikót (*Rosenquist et al., 2005*). A rossz minőségű (sérült, hiányos stb.) fogpótlások is jelentős kockázati

ti tényezőnek bizonyultak. Ugyanakkor a rendszeres fogászati ellenőrzésen való részvétel egyértelműen csökkentette a rákkockázatot (*Kardos et al., 2000*).

A minőségi táplálkozás is fontos szerepet kap az egészséget illetően, mivel a hiányos táplálkozás, a nem megfelelő mennyiségű vitaminfogyasztás és ásványi anyagokban gazdag ételek fogyasztásának mellőzése is szintén hajlamosító tényezőként szerepel a daganatok kialakulásának tekintetében. Ez összefüggésben lehet a szegényebb országokban magasabb számban előforduló esetszámokkal, ahol az emberek nem étkeznek sem mennyiségileg, sem pedig minőségileg megfelelő módon (*Newell, 2001*).

A szájüregi daganatok alapvetően a hátrányos társadalmi helyzetűek, erős dohányosok és mértéktelenül alkoholiszálók, rossz szociális körülmények között élők (munkanélküliek, hajléktalanok, leszázalékoltak) körében fordulnak elő, mivel elhanyagolt fogazattal bírnak, nem járnak rendszeresen fogorvoshoz. Azonban a fiatalabb korosztályban való elterjedéséért a humán papillomavírust (HPV) teszik felelőssé a szakemberek (*Döbrössy & Budai, 2018*).

A szájüregi daganatok típusai

A szájüregi daganatok közel 90%-a elszarusodó laphámrák, amely a nyálkahártyából indul ki. Előfordulási helyei a buccalis nyálkahártya belső felszíne, a nyelv és az ajkak, viszont a szájpadlás, a szájfenék, az íny, a bőr, az állcsontok és a torok képletei is veszélyeztetettek. A rákot megelőző állapotok (praecancerosus) közül halmozott előfordulást mutatnak a különböző kórformák, úgymint a leukoplakia, erythroplakia, a lichen oris, továbbá az autoimmun betegségekhez és genetikai hibákhoz kapcsolódó elváltozások (lupus erythematosus, xeroderma pigmentosum), az ajak- és bőrelváltozások (URL1).

Szájüregi daganatok korai felismerése csak megfelelő önvizsgálattal és szakember segítségével lehetséges. Árulkodó jelek lehetnek: elszíneződés a szájnyálkahártyán, erős fájdalom, különféle sebek kialakulása a szájüregben belül vagy az ajkakon, de jelentkezhet duzzadás is (*NNK, 2019*).

Rákmegelőző állapotok

A rákmegelőző elváltozások nagyon fontosak a szájüregben, mert sok esetben megakadályozzák az invazív rák kialakulását, és gyakran ebben a szakaszban hatékonyan gyógyítják a betegséget. Fontos azonban megjegyezni, hogy nem minden rákmegelőző elváltozás alakul át invazív rákká, és nem minden daganatot előz meg praecancerosus elváltozás. A kötelező rákmegelőző elváltozások olyan

esetek, amikor egy bizonyos idő elteltével rosszindulatú átalakulással kell számolni, míg a fakultatív rák megelőző elváltozások esetében a rákos átalakulás hosszú idő után sem feltétlenül következik be (URL2).

Néhány rák megelőző állapot jellemzője

Leukoplakia: A szájnyálkahártyán létrejövő gyulladásos állapot, amelyet letörölhetetlen fehér foltok jellemeznek, és a hám túlburjánzása kíséri. A rosszindulatú elfajulás veszélye 5-6%-os. Kóroki tényezői közül legfontosabb a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztás, különféle mechanikai irritációk. A szájban elsősorban a bucca nyálkahártyáján jelenik meg, változatos formában. Lehet egyenes vagy szabálytalan, a környezetéből kiemelkedő fehér folt (Makra, 2019) (1. ábra).

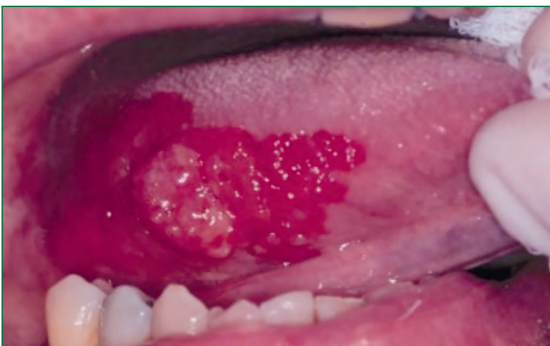
1. ábra: Leukoplakia nyelvi tünete (URL3)



Erythroplakia: Ez a kórforma ritkább, de annál súlyosabb elváltozást jelent. A nyálkahártyán letörölhetetlen élénkpiros, bársonyos felszínű elváltozásként jelenik meg. Elsősorban a szájfenékre és a nyelvre lokalizálóik, főképp az 50-70 éves korosztályban fordul elő. Fontos, hogy igen magas arányban válik rosszindulatú folyamattá (Makra, 2019) (2. ábra).

Lichen oris: Egy ismeretlen eredetű szájüregi elváltozás, amely leginkább a 30-60 éves korosztályú nőket érinti. A szájüregi reprezentációja mellett

2. ábra: Erythroplakia nyelven történő előfordulása (URL4)



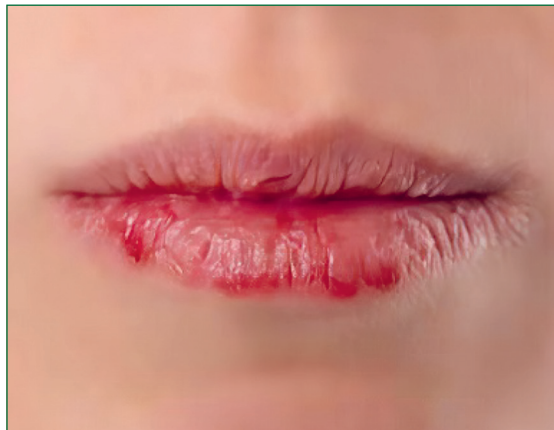
3. ábra: Szájüregi sömör nyelvi változata (URL5)



megfigyelhető bizonyos típusa a bőrön is, és kísérheti Candida-fertőzés. Kialakulásában több tényezőnek tulajdonítanak szerepet, mint például a cukorbetegség, gyógyszerek, a pszichés megterhelés és a különböző fizikokémiai ártalmak (Makra, 2019), amelyek hatására autocitotoxikus, T-sejtes immunválasz keletkezik. Fontos a korai diagnózis és a malignus elfajulás megakadályozása. Tüneti kezelést alkalmaznak, amely a gyulladás megelőzését, kezelését, a beteg életminőségének javítását jelenti. Lokálisan retinoid, szteroidkezelés, immunoszuppresszív kezelés jön szóba (Bogdán & Németh, 2012) (3. ábra).

Cheilitis: A túlzott napfény behatása miatt kialakuló, az ajkakon megfigyelhető hámmegvastagodás. Jellemzője a bőr pigmentációja és fokozott fájdalom

4. ábra: Cheilitis megjelenése az ajkakon (URL6)



mas berepedezése, amelyet kifekélyesedés is kísérhet (Mallidi, 2022) (4. ábra).

A felismerés kapcsán nem hangsúlyozható eléggé az önvizsgálat nagymértékű fontossága. Abban az esetben, ha már hosszabb ideje fennálló elszíneződést, szövetszaporulatot, duzzanatot, nem gyógyuló fekélyt észlelünk, mindenképp forduljunk szakemberhez!

Sztomatoonkológiai szűrés

A rákot megelőző elváltozások felismerése a fogorvosok és a dentálhigiénikusok feladata. Ezért fontos a rendszeres szűrés, ahol nemcsak fogaink állapotát, hanem szájüregünk egészségét is ellenőriztethetjük. A vizsgálatok nem járnak fájdalommal, elsősorban megtekintéssel, tapintással történik és rövid ideig tart. Először kikérdezik a páciens a dohányzási és alkoholfogyasztási szokásairól, majd ezután következik a szájüreg képleteinek (pofa nyálkahártyája, íny, szájpadlás, nyelv, garat) megtekintése. Végül megtapintják a nyaki és az áll alatti nyirokcsomókat (Dombi et al, 1995).

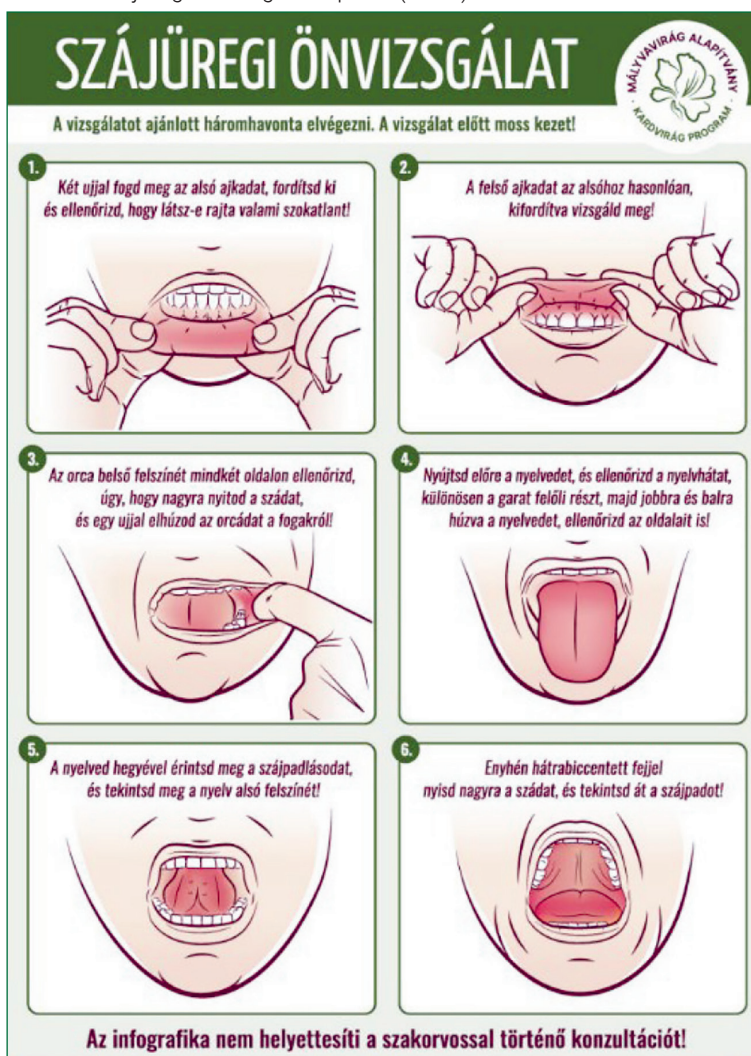
Abban az esetben, ha a fentebb említett bármely elváltozás gyanúja fennáll, a megfelelő szakintézménybe irányítják a páciens, ahol további vizsgálatokat végeznek a diagnózis felállítására és a kialakult kórkép további kezelésére (próbakimetszés, szövettani vizsgálat, CT, MRI) (Döbrössy & Budai, 2018).

Vizsgálatok bizonyítják, hogy a megtekintés és a tapintás alkalmas a szájüregi daganatok korai stádiumban való felismerésére (Rethman et al., 2010). Az elváltozások elsődleges észleléséhez tehát arra van szükség, hogy odafigyeljünk önmagunkra, hiszen egy tükör előtt szájüregünket magunk is átvizsgálhatjuk.

Az 5. ábra segítségével szolgálhat az önellenőrzés folyamatának elsajátításában.

Magyarországon van lehetőség ingyenes fogászati szűrésre, amelyet a társadalombiztosítás biztosít a körzetileg illetékes fogorvosnál, azonban nagyon sok településen helyben nem elérhető a fogorvosi ellátás, igénybevételéhez más településre kellene utazni, ami sok embernek nehézséget jelent. Éppen ezért, az elmúlt években elindult egy olyan szűrési lehetőség, amellyel azok a személyek hozzájutnak/hozzájuthatnak az ingyenes sztomatoonkológiai szűréshez, akiknek nincsen társadalombiztosításuk vagy az ország szegényebb megyéiben/régióiban élnek, ahol nincsen rá lehetőségük vagy anyagi keretük. A Nemzeti Népegészségügyi Központ, a Magyar Orvostanhallgatók

5. ábra: Szájüregi önvizsgálat lépései (URL7)



Szövetsége és a Magyar Rákellenes Liga közösen karöltve egy mozgó buszt alkalmaznak, amellyel olyan városokba, községekbe jutnak el, ahol nincsen lehetőségük az embereknek eljárni vagy eljutni az ingyenes szűrésre. Ezzel szeretnék felhívni az emberek figyelmét a helyes szájhygiénére és a szájüregi daganatok megelőzésére, időbeni diagnosztizálására, hogy Magyarországon ne nőjön, hanem inkább csökkenjen a szájüregi daganatok általi halálozási ráta.

Szerzői munkamegosztás: S. C. B. és M. E.: irodalomkutatás elvégzése, közlemény megírása. N. A.: kézirat korrekciója, szakmai lektorálás. A cikk végleges változatát mindegyik szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Irodalomjegyzék

- Bogdán, S., & Németh, Zs. (2012). A lichen szájüregi vonatkozásai. *Fogorvosi Szemle*, 105(1), 35–42.
- Dombi, Cs., Czeglédi, A., Bánóczy, J. (1995). Tüdő-ernyőfényképszűrő szolgálathoz kapcsolódó stomato-onkológiai vizsgálatok. *Magyar Onkológia*, 39, 194–198.
- Döbrössy, L., & Budai, A. (2018). Szájüregi szűrés 2018. *Fogorvosi Szemle*, 111(1), 16–23.
- Kardos, L., Pácz, M., Erményi, I., & Nemes, I. (2000). Stomato-onkológiai szűrővizsgálat önként jelentkezőkön. *Magyar Onkológia*, 44(2), 145–147.
- Kenessey, I., Nagy, P., & Polgár, C. (2022). A rosszindulatú daganatok hazai epidemiológiai helyzete a XXI. század második évtizedében. *Magyar Onkológia*, 66, 175–184.
- Makra, D. (2019). Lichen oris. Budapest: Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar Fogászati és Szájsebészeti Oktató Intézet
- Mallidi, R. Q. (2022). Cheilitis. Forrás: Medindia: <https://www.medindia.net/patientinfo/cheilitis.htm#what-is-cheilitis>
- Marques, L. A., Eluf-Neto, J., Figueiredo, R. A., Góis-Filho, J. F., Kowalski, L. P., Carvalho, M. B., Abrahão, M., Wunsch-Filho, V. (2008). Oral health, hygiene practices and oral cancer. *Rev Saude Publica* 42(3), 471–479. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102008000300012>.
- Nagy, G. (2002). A szájüregi rákok etiológiája és rizikófaktorai. *A Magyar Fogorvos Onkológiai Különszáma*, 4–6.
- Newell, J. W. (2001). Az orális carcinomák etiológiája és rizikófaktorai, különös tekintettel a dohányzásra és alkoholfogyasztásra. *Magyar Onkológia*, 45(2), 115–122.
- Németh, Z., Szabó, G., & Bogdán, S. (2010). A szájüregi daganatok megelőzése, szűrése. *Arc-, Állsont-, Szájsebészet*, 5.
- NNK (2019). A szájüregi daganatok korai tünetei. Nemzeti Népegészségügyi Központ. <https://egeszseg.hu/lakossag/a-szajuregi-daganatok-korai-tunetei.html>
- Remenár, É. (1996). Mai lehetőségek a fej-nyak tumorok kezelésében: a megelőzés és szűrés jelentősége. *Háziorvosi Továbbképző Szemle*, 1, 13–16.
- Rethman, M. P., Carpenter, W., Cohen, E. E., Epstein, J., Evans, C. A., ... Meyer, D. M. (2010). Evidence-based clinical recommendations regarding screening for oral squamous cell carcinomas. *Journal of the American Dental Association* 141(5), 509–520. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2010.0223>.
- Rosenquist, K., Wennerberg, J., Schildt, E-B., Bladström, A., Hansson, B. G., Andersson, G. (2005). Oral status, oral infections and some lifestyle factors as risk factors for oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. A population-based case-control study in southern Sweden. *Acta Oto-Laryngologica*, 125(12), 1327–1336. <https://doi.org/10.1080/00016480510012273>
- Szabó, G., Klenk, G., & Veér, A. (1997). A krónikus alkoholfogyasztás és a dohányzás együttes összefüggése a szájüregi rákbetegséggel (szűrővizsgálat a veszélyeztetett populációban). *Orvosi Hetilap*, 52, 3297–3299.
- URL1: P., A. (dátum nélkül.). Szájüregi rákot megelőző (prekancerózus) állapotok tünetei, okai, jelei, megelőzése. Forrás: orvosok.hu: <https://www.orvosok.hu/betegsegek/szajuregi-rakot-megelozo-prekancerozus-allapotok-633/>
- URL2: Szájüregi daganatok korai tünetei (2019). <https://egeszseg.hu/lakossag/a-szajuregi-daganatok-korai-tunetei.html>
- URL3: Leukoplakia nyelvi tünete. <https://www.healthline.com/health/leukoplakia#symptoms>
- URL4: Erythroplakia nyelven történő előfordulása. <https://exodontia.info/erythroplakia-erythroplasia/>
- URL5: Szájüregi sömör nyelvi változata. <https://adoc.pub/lichen-oris-szaj-es-brlezio.html>
- URL6: Chelitis megjelenése az ajkakon. <https://www.medindia.net/patientinfo/cheilitis.htm>
- URL7: Szájüregi önvizsgálat lépései. <https://www.rakellen.hu/hu/articles/a-szajuregi-onvizsgalat-1>

SZABADON VÁLASZTHATÓ ELMÉLETI TOVÁBBKÉPZÉSI PONT SZERZÉSI LEHETŐSÉG

2016-ban indult a NŐVÉR szakfolyóirat továbbképző rendszere, mely a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara hivatalos e-továbbképzési oldalán keresztül lehetőséget biztosít a szakdolgozók számára, hogy akár otthonról minősített vizsgákat tessenek. A rendszer a kamarai tagok számára díjmentes.

Az elmúlt 7 év alatt több, mint 13.000 kamarai tag vett részt elektronikus továbbképzési programjaink valamelyikén. A NŐVÉR szakfolyóirat lapszámaiban a tanulmányok, kutatási beszámoló publikációk mellett minden esetben megtalálhatóak a továbbképző cikkek.

Idén is várunk minden érdeklődőt továbbképzéseinken!

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

A fluoridok használatának preventív szerepe, valamint annak jelentősége gyermekkorban

BAK Brigitta, CSONTOS Elizabet, DR. NÉMETH Anikó PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

A fogászati prevenció egyik meghatározó eleme a fluoridok alkalmazása. Számos pozitív hatása van a fogakra, és már gyermekkorban is érdemes elkezdni azok alkalmazását. Szerepet játszik a cariesprevencióban, a zománc állományának biztosításában. Azonban fontos, hogy mértékkel vigyünk be fluoridot a szervezetünkbe. Ha nem így teszünk, akkor azzal károsíthatjuk a fogak állapotát, a csontok szerkezetét, amelyre gyermekkorban fokozottabb figyelmet kell fordítanunk. A fluorosis megelőzhető egy kis odafigyeléssel, ehhez viszont elengedhetetlen a megfelelő tájékozottság. Ezt a fogorvosok és a dentálhigiénikusok egyaránt biztosítani tudják.

Kulcsszavak: fluorid, gyermekkor, fogászat, prevenció

The Preventive Role of the Use of Fluorides and its Importance in Childhood

Brigitta Bak, Elizabet Csontos, Aniko Nemeth PhD

SUMMARY

The use of fluorides is one of the most important areas of dental prevention. It has many beneficial effects on teeth, and it is worth using them starting from childhood. It has an important role in caries prevention and in ensuring the strength of the enamel. However, we must pay attention to take fluoride into our body in moderation. If we don't act accordingly, we can damage the condition of the teeth and the structure of the bones, to which we should pay special attention during childhood. Fluorosis can be prevented by attention, but adequate information is essential for this, which can be provided by both dentists and dental hygienists.

Keywords: fluoride, childhood, dentistry, prevention

BAK Brigitta dentálhigiénikus-hallgató, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar


CSONTOS Elizabet dentálhigiénikus-hallgató, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

DR. NÉMETH Anikó PhD egyetemi okleveles ápoló, főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar; TOB-elnök, MESZK Csongrád-Csanád Vármegyei Területi Szervezet
ORCID-azonosító: 0000-0002-9329-1809

Levelező szerző

(corresponding author):
DR. NÉMETH Anikó
E-mail:
nemeth.aniko.02@szte.hu

Beérkezett: 2023. április 4.
Elfogadva: 2023. április 10.

 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.36.0013> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

A prevenció során az egészség megőrzése és a betegségek megelőzése a két kiemelten fontos cél. A WHO az egészség fogalmát a következőképpen fogalmazta meg: „Az egészség a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiánya” (WHO, 1948).

A prevenciónak három szintje van. Ez a primer, a szekunder és a terciér prevenció. Azonban a fogászati prevencióban több szintet különböztetünk meg. Itt a primer-primer, a primer, a szekunder, a terciér és a primordiális prevencióról beszélhetünk. A primer-primer prevenció a várandós kismamák és születendő gyermekük orális egészségének védelmét foglalja magába. A primer prevenció célja a carieses

laesiók kialakulása, a fogágybetegség és rákos folyamatok megelőzése, a fogazati rendellenességek kialakulásának megelőzése. A szekunder prevenció kategóriájába bizonyos betegségek korai felismerését és azok progressziójának megakadályozását soroljuk. A tercier prevenció esetében pedig a már kialakult betegségek kezeléséről beszélhetünk (Nyárasdy & Bánóczy, 2009). Primordiális prevenció esetében az adott társadalom egészét érintő kormányzati intézkedéseket és beavatkozásokat említhetjük meg. Ennek célja, hogy elhárítsa azokat a veszélyeket, amelyek a lakosság egészségét befolyásolnák (Bársonyné & Kis-György, 2021).

A fogászati prevenció egyik elengedhetetlen állomása a dentális edukáció. Ez a prevenció minden szintjén alkalmazható. Ilyenkor a páciens olyan tudáshoz jut (fogorvosoktól, dentálhigiénikusoktól), amellyel fenn tudja tartani a megfelelő szájhigiénét, illetve ezzel megelőzhető a szájüregi elváltozások kialakulása (Bársonyné & Kis-György, 2021).

Fluoridok a fogászati prevencióban

A fluoridálás a primer fogászati prevencióhoz tartozik, ugyanis ebben a fázisban még nincsenek kialakult betegségek. A cél ilyenkor is az egészséges állapot fenntartása (Nyárasdy & Bánóczy, 2009). A fluorid egy, a természetben is előforduló elem, amelynek számos pozitív hatása van a szervezetre, de legfőképpen a fogakra. Hatását kifejtheti még a fog eltörése előtt is, de leginkább posteruptívan, azaz a fog eltörése után van fontos szerepe. Azonban ez túlradagolható, ezért az alkalmazásához alapszintű tájékozottságra van szükség.

Fluorid előfordulhat a vízben, táplálékokban (például: hal, tea, rizs). Fontos részét képezi a csontoknak és a fogak kemény szövetének. A vérplazmában és az anyatejben is megtalálható bizonyos koncentrációban, sőt még a placentában is (Vályi, 2014). Mind szisztémásan, mind lokálisan alkalmazható, de minden esetben a fogakon fejt ki a hatását. A fognak a zománcállományában fog változást eredményezni pozitív irányban. Annak kristályos szerkezetét képes erősíteni, ezáltal a baktériumok által termelt savak kevésbé tudják kioldani az állományát és fluorapatit épül be a szerkezetébe. A dentális plakk kialakulásának folyamatát tudja megállítani, valamint elősegíti a fogak remineralizációs folyamatait (Dúl, 2013).

A szájüregben folyamatosan végbemenő változás a remineralizáció és a demineralizáció folyamata, amelyek akkor biztosítják a megfelelő szerkezetét a fogaknak, ha egyensúlyban vannak (Orosz, 2013). Demineralizáció során a táplálékok által bekerült szénhidrát lebomlik a szájüregben és ennek kö-

vetkeztében különböző savak keletkeznek, például: ecetsav, tejsav. Emiatt a szájüregben a pH savas irányba fog eltolódni. Ezek a savak beoldódnak a fogzománcba és annak kalcium- és foszfáttartalmát kioldják. A zománc szerkezete ezáltal károsodni fog. Ha megvalósul a remineralizáció, akkor ez nem jár semmilyen egészségügyi problémával. A remineralizáció során lúgosabbá válik a pH, ami elősegíti az ásványi anyagok beépülését a zománcba. A fluorapatit fontos szerepet játszik a zománc savakkal szembeni ellenálló képességében (Lipták, 2018).

A fluoridokat alkalmazhatjuk kollektív és/vagy egyéni formában. Kollektív forma esetén az egész lakosságot érintő fluoridálásról beszélhetünk. Ide tartozik az ivóvíz, a tej, a só fluoridálása. Utóbbi két lehetőség szabadon választható. Ezek azonban csak a primordiális prevenció részeként valósulnak meg. Ha viszont egyéni módszerekről van szó, akkor itt a fluoridtartalmú tablettákat, lakkokat, géleket, fogkrémet, szájvizet lehet megemlíteni (Nyárasdy & Bánóczy, 2009).

Fluoridok használatával kontrollálható a caries kialakulása, de nem feltétlenül előzhető meg. A fluoridok nem önállóan vesznek részt a remineralizációs folyamatokban, hanem kalcium és foszfor is kell hozzá. Eredményt a hosszú távon, kis mennyiségben alkalmazott fluoridokkal lehet elérni (Nyárasdy & Bánóczy, 2009). Fluoridtartalmú fogkrémek, szájvizek, gélek segítségével szintén elkerülhető a caries kialakulása. A fogkrémek fluoridtartalmát ppm-ben (part per million) határozzuk meg, amely egy egész rész egymilliomodát jelent. A fogkrémek átlagosan 1000–1500 ppm fluoridot tartalmaznak, de csupán ezeknek az alkalmazása nem elegendő a szükséges fluoridbevitelhez. A WHO az ivóvíz fluoridáltságát 1,5 mg/l-re maximalizálta, de ez magas szintnek bizonyulhat, ha emellett még más forrásokból is viszünk be fluoridot a szervezetünkbe. Ezért az átlagos határ 0,5–1,0 mg/l, ha ezt a mennyiséget nem lépjük túl naponta, akkor még nem alakul ki fluorosis, viszont ezt meghaladva káros hatásokat mérhetünk a fogak és a csont szerkezetére is (WHO, 2019). Egy kutatás során megvizsgálták, hogy a magas vagy az átlagos fluoridtartalmú fogkrémek hatékonyabbak-e a cariesprevencióban. Az az eredmény született, hogy amelyik vizsgált csoport a magas fluoridtartalmú fogkrémet alkalmazta, azoknál csökkent a caries kialakulása (Singh & Bharathi, 2018).

Fluoridok alkalmazása gyermekkorban

A fogszuvasodás kialakulása multifaktoriális betegség. Kialakulásához szükség van különböző mikro-

organizmusokra, időre, táplálékra és egy adott fogfelszínre (Mensch et al., 2019). A caries kialakulásának megelőzésére több mód is létezik, amelyből egy a fluoridok alkalmazása, akár egyénileg, akár professzionálisan. Ilyenek lehetnek a fluoridos fogkrémek, szájöblítők, lakkok, tabletták, illetve a só- és tejfluoridálás is (Szakmai Kollégium Fog- és Szájbetegségek Tagozata és Tanácsa, 2019). Természetesen, ezek mellett, a helyes fogmosási technika megvalósítása nélkülözhetetlen összetevő (Péter, 2012).

Fluoridok alkalmazása már gyermekkorban kifejezetten fontos, ugyanis a tejfogak zománcának ásványianyag-összetétele eltér a maradó fogakétól, ezért fokozottan ki vannak téve a fogszuvasodás veszélyének (Péter, 2012). Fluoridos fogkrémeket már rögtön az első fog kitörésekor elkezdhetünk használni. Fontos, hogy az ajánlott mennyiségnél ne használjunk többet egy fogmosás alkalmával. Ez a mennyiség körülbelül egy rizsszemnyinek felel meg. Hároméves kor felett vagy amikor már a gyermek magától is tudja, hogy a fogkrémet nem szabad lenyelni, hanem ki kell köpni, onnantól kezdve már borsónyi méretet nyomjunk ki neki a fogkeféjére (Clark et al., 2020). Közben ügyeljünk arra, hogy ne nyeljen sok fogkrémet a fogmosás során a gyermek, ugyanis a fluoridok alkalmazását túlzásba is lehet vinni, amelynek következménye a fluorosis lesz. Éppen ezért az öt-hét évesek részére gyártott fogkrémek fluoridtartalma az európai országok nagy részében minimalizálva van (250–750 ppm), amint megjelennek a maradandó fogak, onnantól kezdve a magasabb fluoridtartalmú fogkrémeket kell használni (1000–1500 ppm). Arra is érdemes figyelni, hogy fogmosás után ne öblögesse ki a száját vízzel, hanem csak köpje ki a felesleget, ezáltal még hatékonyabbá válik a cariesprevenció (Clark et al., 2020).

A cariesprevencióban viszont nem elegendő csupán csak a fluoridok alkalmazása. Ugyanannyira fontos, hogy odafigyeljünk a táplálkozásra, a helyes fogmosásra és elvagyjuk a gyermeket legalább félévente egy fogászati szűrővizsgálatra (Péter, 2012). Gyermekes esetekben nemcsak a szuvaságot, fogköveket, lepedékeket és a fluorosis különböző stádiumait vehetjük észre idejében, hanem a fog- és állcsont-rendellenességeket is (Bársónyiné & Kis-György, 2021).

Fluorosis kialakulása

A fluorid hosszú távú, nagy mennyiségű bevitele káros hatással lesz először a fogakra, majd a csontállományra is. A fluorid által okozott elváltozások tüne-

1. ábra: Fluorosis kialakulásának folyamata (DenBesten & Li, 2011)



teit fluorosisnak nevezzük. Ennek az első jele a fogakon megjelenő elszíneződés (Madhuri, 2016), amely sávokban vagy foltokban látható. Kezdeti fázisban fehér, majd sárga, ezt követően pedig barna színűvé válik (**1. ábra**) (Kailash et al., 2015). Különböző szintekbe sorolható az elszíneződések foka. Van enyhe, mérsékelt és súlyos állapot. Súlyosabb esetben a fogak szerkezete keményebbé válik és törékenyek lesznek (Madhuri, 2016). Manapság a fluorosist általában az okozza, hogy az emberek lenyelik a fogkrémeket (főként a gyerekek), illetve a szájvizet öblögetés során, emellett fluoridált ivóvizekből fogyasztanak. Ez pedig nincs kontroll alatt tartva, és az emberek túlzott mértékű fluoridot visznek be a szervezetükbe (Kanduti et al., 2016). Ennek túladata általában gyerekek körében fordul elő, főként a hat évnél fiatalabb korosztályban (Martínez-Mier, 2011), ugyanis náluk a nyelési reflex még nem fejlődött ki teljesen. Sőt erre még az is rásegít, hogy a gyerekeknek gyártott fogkrémek ízesítve vannak, amit szívesen lenyelnek (World Health Organization, 2014).

A csontvázban kialakuló fluorosis általában azoknál alakul ki, akik naponta 10–20 mg fluoridot visznek be a szervezetükbe minimum 10–20 éven keresztül. Hasonlóan a fogzománchoz, ilyenkor a csontállomány is keményebbé, törékenyebbé válhat (Arlappa et al., 2013).

A fluorosis elkerülésének érdekében szabályozni kell a víz, illetve a tej fluoridálásának mértékét. Ahol pedig magas az ivóvíz fluoridtartalma, ott a szájhigiénés termékeket kell kontroll alatt tartani, hogy az emberek ne tudják túladatait (Ullah et al., 2017).

A fluorosis magas rizikójáról körülbelül nyolcéves korig beszélhetünk. Ahhoz, hogy egy gyermek számára a megfelelő fluoridbevitt biztosítsuk, számos tényezőt figyelembe kell vennünk (például az ivóvíz, valamint a tej és a só fluoridtartalma). Két- és hatéves kor között 0,25 mg F/nap az ideális mennyiség, hétéves kortól pedig 0,50 mg F/nap. Abban az esetben, ha a gyermek napi fluoridbevitel nem éri el ezt az értéket, alkalmazhatunk szisztémás és/vagy helyi módszereket a fluoridálásra. Szisztémás lehet akár tableta vagy különböző cseppek formájában is, amelynek kiválasztásában mind a fogorvos, mind a dentálhigiénikus segítséget nyújt. Helyi

fluoridáláshoz pedig a gélek, lakkok, oldatok, szájrizek stb. tartoznak, amelyek kiválasztásához szintén szakvélemény kikérése szükséges.

Ha már bekövetkezett a fluorosis, akkor beszélhetünk akut és krónikus toxicitásról. Akut akkor lehet, ha ez a fluorid túlzott bevitele rövid idő alatt következtet be, krónikus esetben pedig hosszabb, akár évekig fennálló magas bevitel az oka (Szakmai Kollégium, 2018).

Mindezekből is látszik, hogy a fluorid nélkülözhetetlen szerepet tölt be a fogak és a csontok egészségében, azonban túlzott bevitelét kerülni kell.

Szerzői munkamegosztás: B. B. és Cs. E.: irodalomkutatás elvégzése, közlemény megírása; N. A.: kézirat korrekciója, szakmai lektorálás. A cikk végleges változatát mindegyik szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Irodalomjegyzék

- Arlappa, N., Aatif Qureshi, I. & Srinivas, R. (2013). Fluorosis in India: An Overview. *International Journal of Research and Development of Health*, 1(2), 97–102.
- Bársonyné, K. K., & Kis-György, R. (2021). *Orális egészség fejlesztése II. – SZTE Elektronikus Tananyag Archívum*. https://eta.bibl.u-szeged.hu/5362/1/Oralis_egeszseg_fejlesztese_II-Jegyzet_2021-03-15.pdf
- Clark, M. B., Keels, M. A., & Slayton R. L. (2020). Fluoride Use in Caries Prevention in the Primary Care Setting. *The American Academy of Pediatrics*, 146(6), e2020034637. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-034637>.
- DenBesten, P., & Li, W. (2011). Chronic fluoride toxicity: dental fluorosis. *Monographs in Oral Science*, 22, 81–96. <https://doi.org/10.1159/000327028>
- Dúl, Z. (2013). *Antibakteriális szerek alkalmazásának hatása a szájhigiéné egészségére*. Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar, <https://www.slideshare.net/ZoltnDI/drduolozolandiplomamunka>
- Kailash, A., Anukriti, S., Nagesh, B., Mridula, T., Kushal, S. & Sandeep, J. (2015). Association of Temporomandibular Joint Signs & Symptoms with Dental Fluorosis & Skeletal Manifestations in Endemic Fluoride Areas of Dungarpur District, Rajasthan, India. *Journal Of Clinical And Diagnostic Research*, 9(12), ZC18–ZC21. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/15807.6958>
- Kanduti, D., Sterbenk, P., & Artnik, B. (2016). A review of use and effects on health. *Mater Sociomed*, 28(2), 133–137. <https://doi.org/10.5455/msm.2016.28.133-137>
- Lipták, L. (2018). *Fogászati lakkok orális egészségre gyakorolt hatásának vizsgálata*. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem Klinikai Orvostudományok Doktori Iskola. http://old.semmelweis.hu/wp-content/phd/phd_live/vedes/export/liptaklidia.d.pdf
- Madhuri, S. K. (2016). Chronic fluorosis: The disease and its anaesthetic implications. *Indian Journal of Anaesthesia*, 60(3), 157–162. <https://doi.org/10.4103/0019-5049.177867>
- Martínez-Mier, E. A. (2011). Fluoride: Its metabolism, toxicity and role in dental health. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 17(1), 28–32. <https://doi.org/10.1177/2156587211428076>
- Mensch, K., Nagy, G., Nagy, Á., & Bródy, A. (2019). A szájrég leggyakoribb bakteriális eredetű kórképeinek jellegzeteségei, diagnosztikája és kezelése. *Orvosi Hetilap*, 160(19), 739–746. <https://doi.org/10.1556/650.2019.31377>
- Nyárasdy, I., Bánóczy, J. (2009). *Preventív fogászat* (2nd ed.). Budapest: Medicina Kiadó Zrt.
- Orosz, M. (2013). *Fogászati asszisztensek és dentálhigiénikusok tanácskönyve* (2nd ed.). Budapest: Medicina Kiadó Zrt.
- Péter, A. (2012). *Egészségfejlesztés a bölcsődében*. In: Darvay, S. (szerk.): *Tanulmányok a gyermekkori egészségfejlesztés téma*

EREDETI KÖZLEMÉNY

Klinikai fogászati higiénikus által végzett betegedukáció hatékonyságának felmérése parodontológiai betegeknek

KIS Mónika

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célkitűzése: Objektívizálni az egyénre szabott szájhigiéniai betegoktatás pozitív hatását a fogágybetegségben szenvedő páciensek állapotára. Felhívni a figyelmet a betegoktatás hatásosságára és szükségességére, motiválni az ápoló és fogászati higiénikus kollégákat az individuális páciensedukáció gyakorlatban történő megvalósítására.

Vizsgálat módszere: Eszközös mérésen alapuló hatásvizsgálat fogágybetegségben szenvedő fókuszcsoporton belül, betegedukációban részesült páciensek (n=108) és betegoktatásban nem részesült páciensek (n=113) állapota közti különbségek megfigyelésével.

Eredmények: Az individuális betegoktatás hatásos, az egyéni betegcompliance magasabb és a fogágybetegség állapota szignifikánsan nagyobb javulást mutat azoknál a pácienseknél, akik individuális betegedukáción vettek részt.

Következtetések: A fogágybetegség állapota szignifikánsan nagyobb javulást mutat az edukációban részesült csoport tagjainál, tehát a klinikai fogászati higiénikusok által végzett edukáció hatékonyan képes javítani a parodontális betegek orális egészségi állapotát, így csökkenthető a betegségteher, redukálható a fogágybetegség kockázati hatása az egész szervezetet érintő megbetegedések kialakulásában.

Kulcsszavak: fogágybetegség, orális egészség, betegoktatás, szájhigiénikus

Assessing the Effectiveness of Patient Education Among Periodontal Patients Conducted by Clinical Dental Hygienist

Mónika KIS

SUMMARY

Purpose: To objectify the positive effect of individualized oral hygiene patient education on the condition of patients suffering from periodontal disease. Also to draw attention to the effectiveness and necessity of patient education in order to motivate the nurse and dental hygienist colleagues to implement individual patient education in practice.

Methods: Instrumental measurement-based impact assessment within a focus group with periodontal disease, observing the differences between the condition of patients who received patient education (n=108) and patients who did not received patient education (n=113).

Results: Individual patient education is effective, individual patient compliance is higher and periodontal disease status shows a significantly greater improvement in patients who participated in individual patient education.

Conclusion: The education carried out by clinical dental hygienists can effectively improve the oral health of periodontal patients, thus reducing the disease burden and decreasing the periodontal disease risk effect on the development of other disease affecting the entire human body.

Keywords: periodontal disease, oral health, patient education, dental hygienist

KIS Mónika ápoló BSc,
klinikai fogászati higiénikus,
Hapeto Dental

Levelező szerző

(corresponding author):

KIS Mónika

E-mail:

kismonikamail@gmail.com

Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.36.0014> | www.eLitMed.hu**Beérkezett:** 2023. április 24.**Elfogadva:** 2023. május 25.

Bevezetés

A fogágybetegség korunk egyik leggyakoribb krónikus betegsége. A szervezet csak limitált ideig képes a kórokozókkal szembeni ellenállásra, ezen védekezőmechanizmusok kimerülését követően ki-

alakuló gyulladás szövetpusztulást okoz a parodontális rögzítőapparátusban. A folyamat végső stádiumban a fog elvesztéséhez, valamint a későbbi rehabilitáció, implantáció, csontpótlás kérdésességéhez vezethet.

A fogágybetegségek gyulladással megbetegedések. Reverzibilis a kórkép, ha csak a fogínyt érinti (íny-

gyulladás, gingivitis), amennyiben a kórfolyamat a tartó szövetek destrukciójával jár, akkor a folyamat megállítható, de nem visszafordítható, irreverzibilis.

A fogágybetegség kórkép kialakulása multifaktoriális. Kialakulásának rizikótényezője elsősorban a rossz szájhigiénia. Ennek súlyosbító tényezője a dohányzás és az alkoholfogyasztás. Befolyásoló tényező még a genetikai hajlam, szociális tényezők (például: edukáltság), továbbá befolyásolják szisztémás betegségek, mint például a diabetes mellitus vagy az AIDS. Az endogén tényezők közül fontos szerepe van a nyál védelmi rendszerének. Rizikócsoportot képeznek azok, akiknek a nyáltermelése csökkent gyógyszer mellékhatása miatt vagy Sjögren-szindrómában, illetve a tartós stresszes állapot miatt, mégis, a kialakulásért és progresszióért felelős legfőbb tényező a bakteriális infekció. Ugyanakkor fontos említést tenni arról, hogy a szájüregi betegségek is okozhatnak teljes szervezetet érintő kóros elváltozást. Szájüregi góc lehet szuvas fog vagy krónikus fogágygyulladás is. Ezek hatása rontja a cukorbeteg inzulintoleranciáját, csökkenti az immunrendszer hatékonyságát és várandósoknál akár koraszülést is okozhat (Bánóczy, 2009; Gera, 2009; Szabó, 2005).

A fogak és az íny felszínén a megfelelő szája-polás hiányában felhalmozódó dentális plakk (biofilm+lepedék+ételmaradék) táptalaján baktériumok szaporodnak el. A baktériumok és toxinjaik immunválaszt váltanak ki a szervezetben. Emelkedik a szérum, a sulcus (ínybarázda) folyadék- és a nyál antitesttartalma is (Katona, 2010).

Amennyiben a dentális plakk okozta irritáció hosszabb ideig fennáll, a fogágybetegség súlyosbodik. A fog felszínén megtapadt lepedék felületén két óra elteltével bakteriális kolonizáció kezdődik, helyi gyulladást okozva. Hetvenkét óra elteltével megváltozik a dentális plakk összetétele és tapadása a fogfelszínhez, a nyálból ionok kötődnek a lepedék felszínére, mineralizálódik, fogkővé alakul. A fogkő otthoni fogápolási eszközökkel már nem távolítható el, csak rendelői eszközökkel, professzionális fogtisztítás elvégzésével. Ha a fogkő, lepedék és baktérium nem kerül komplex eltávolításra, az idő előrehaladtával felszínén még több patogén baktérium telepszik meg, a szervezet immunfolyamatainak következményeként proteolitikus enzimek is felszabadulnak, amelyek hatására elkezdődik a tartó szövetek destruálódása. Először az íny elválk a fognyaktól, a tapadásvesztésüket követően a fogmeder csontos alveolaris része elkezd felszívódni, parodontalis tasakképződés folyamata indul el (1. ábra). A fogágy sorvadásának folyamata a fog mobilizálódásához, végül a fog elvesztéséhez vezethet (Gera, 2009).

Rövidítések jegyzéke

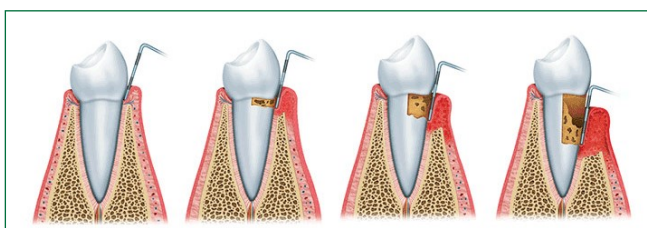
CPITN = (community periodontal index in treatment needs) parodontalis index
BoP = (bleeding on probing) vérzési index
PI = plakindex

A parodontalis tasak mélyén felszaporodnak anaerob baktériumok, amelyek akár parodontalis tályogot is képesek kialakítani. A több fogat, egész szájat érintő, tasakképződéssel járó súlyos fogágybetegség fogászati gócnak számít. A tasak mélyén megbújó kórokozók antigénjei az alveolaris vénák és nyirokkeringés útján bejutnak a szervezetbe és metasztatikus gyulladást hoznak létre egy célszervben, illetve szisztémás megbetegedésekre hajlamosítanak (Gera, 2009).

Primer fogászati góc miatt más célszervekben kialakuló másodlagos betegségek:

- fej-nyak régió:
 - arcüreggyulladás,
 - izomgyulladás,
 - tályog mediastinumban, agyban;
- szív és érrendszer (Mosley et al., 2015):
 - stroke, infarktus (Sen et al., 2013),
 - endocarditis, mesterséges szívbillentyű-infekció,
 - érelmeszesedés (Naorungroj et al., 2015);
- emésztőrendszer:
 - reflux,
 - nyombélfekély (*Helicobacter pylori* perzisztálhat a parodontalis tasakokban),
 - Crohn-betegség (cheilitis granulomatosa a betegség első jele lehet),
 - gastroenteritis,
 - májabscessus;
- légzőrendszer:
 - COPD (Martos & Márton, 2011),
 - idős, lélegeztetett betegeknél pneumonia (meghosszabbodik a felépülési idő);
- endokrin rendszer:
 - diabetes mellitus (Sanz et al., 2018),
 - inzulinintolerancia;

1. ábra: Parodontalis tasakképződés folyamata (forrás: //https://www.arnettdmd.com/periodontal-gum-therapy)



- mozgásszervrendszer:
 - artritis;
- kiválasztórendszer:
 - krónikus vesebetegség (Brito et al., 2012),
 - autoimmun betegségek hajlamosító tényezője (Kwon et al., 2016);
- bőr:
 - erithema;
- genitáliák:
 - fertilitás,
 - koraszülés (Szabó, 2005).

A fenti felsorolásból kitűnik, hogy a fogágybetegség hatással van az egész szervezetre. Vizsgálatom egyik célja felhívni a figyelmet a szisztémás betegségek szájüregi tüneteire, amelyek kezelést igényelnek. A fogászati betegség fennállása rizikótényezőt jelent más szervrendszerek megbetegedéseinek kialakulásában, kiújulásában. A fogágybetegség rizikócsoportot képeznek a fenti betegségek vizsgálatainál. Fontos a fogászat integrálódása az általános egészségügyi ellátásba. Az ellátó csapatok együttműködése kiemelkedő jelentőséggel bír a komplexebb, jobb betegellátás megvalósításában (WHO, 2018).

Az optimális egyéni szájhygiéné elérése nem könnyű. A megfelelő szájápolási ismeretek elsajátításán felül a különböző technikák végrehajtásában levő hiányosságok többnyire az együttműködési készségtől és kezűgyességtől függenek. A betegeknek szakember irányítására van szüksége. A professzionális szájhygiéniai tájékoztatás, demonstráció, felügyelet mellett végzett gyakorlás, pozitív megerősítés képezik az egyénre szabott betegedukációs program részét.

A betegedukáció kérdésének aktualitását bizonyítja, hogy számos külföldi és magyar kutatás vizsgálja fogászati páciensek szájhygiéniai ismereteit, motivációját, compliance-ét a beteg-tájékoztató függvényében, valamint a higiénikusok oktatási szokásaival, módszereivel összefüggésben (Gera & Györfi, 2016; Hughes et al., 2018).

Felmérésemben objektívizálni kívánom a fogágybetegségben szenvedő páciensek körében, szájhygiénikusok által végzett betegoktatás hatásosságát. Kutatásomban nemzetközi epidemiológiai vizsgálatoknál alkalmazott indexek (CPITN, BoP, PI) segítségével határozom meg a vizsgálatban részt vevő szájhygiéniai edukációban részesült és nem részesült betegek parodontális állapotát, kiindulási és kontrollvizsgálat alkalmával.

Felmérésemben a vizsgált betegek edukált csoportja az alább leírt gyakorlati betegoktatásban részesültek.

A betegoktatás gyakorlata a fogmosás módszereinek megtanításával kezdődik. Kiterjed a fogmosás idejére, gyakoriságára, a fogmosás időtartamára és a megfelelő fogmosási technika megválasztására.

Fogágybetegeknek ajánlott a sulcustisztító fogmosási módszer, a módosított Bass-technika. Ez a technika az íny alatti területek tisztítására összpontosít. A fogkefe feje ferdén, a foggyökércsúcs irányába áll, a fogkefe sörtéi az ínybarázdába nyúlnak. A fogkefe mozgatása során kis köröket írunk le, a sörtéket eközben nem emeljük el a fog felszínéről, illetve az ínybarázdából, így egyszerre kettő-négy fogat tudunk megtisztítani. Ez a módszer minden életkorban, egészséges és parodontalisan érintett fogazat tisztítására is ajánlott.

A szájápolás eszközeinek megválasztása egyéni adottságok és igények szerint történik.

Fogágybetegeknél a tartó szövetek sorvadása miatt az íny visszahúzódásával több fogfelszín válik szabaddá, megnyílnak a fogközök, a betegeknek speciális tisztító eszközökre van szükségük a lepedékeltávolításhoz. A fogkefék közül választhatunk hagyományos (kézi) fogkefét, ügyelve a sörték lágyságára. Kifejezetten ajánlott eszközök fogágyosorvadásban szenvedő betegek számára az egy sörtecsomós fogkefék és az elektromos fogkefék (szónikus, oszcilláló-rotáló) (Lavigne et al., 2018).

Az interdentális területek kiemelt jelentőséggel bírnak a fogágybetegség kialakulása szempontjából, tisztításuk kulcsfontosságú. A fogközök helyes tisztításához figyelembe kell venni az anatómiai adottságokat, a fogközök formáját, méretét, és egyénre szabottan választjuk ki az eszközt, technikát, amellyel hatékonyan, könnyen és atraumatikusan lehet a lepedéket eltávolítani.

Fogágybetegeknek az általános fogköztisztításra alkalmazott fogselyem és fogköztisztító kefék mellett szükségük lehet speciális eszközökre, mint az ultrafloss, superfloss fogselymek és nagyobb méretű parodontális fogköztisztító kefék, esetleg hidroterápiás készülék (szájzuhany).

A kémiai plakk-kontroll anyagainak megválasztásakor a fogágybetegek szájápolásának hatékonyságát növelheti, ha kifejezetten a számukra fejlesztett készítményeket részesítik előnyben (gyulladáscsökkentő fogkrém, szájvíz, regenerálógel).

A betegedukáció sikerességét, személyes tapasztalataim szerint is, befolyásolja a nevelő attitűdje, a páciens mentesítése a stressztől és félelmeiktől. A beteg személyiségtípusának meghatározása segít a szakembernek a páciens szájápolással kapcsolatos téves ismereteinek feltérképezésében és az új ismeretek páciens számára érthető megfogalmazásában. Hatékonyságot növelendő, hagyni kell a páciens saját ütemében haladni és egyszerre kevés mennyiségű információt átadni, kis adagokban, fokozatosan. Törekedni kell a beteg pszichés és gyakorlati vezetése közben az azonnali visszacsatolás és pozitív megerősítések alkalmazá-

sára, hogy ösztönözni tudjuk a páciens nagyobb egyéni felelősségvállalásra saját egészségének fejlesztésében (Gillam, 2013).

Anyag és módszer

Vizsgálatom eszközös mérésen alapuló hatásvizsgálat fogágybetegségben szenvedő fókuszcsoporton belül, az edukált és nem edukált betegek állapota közti különbségek megfigyelésével. Vizsgálatomat két, budapesti fogászati magánrendelő pácienseinek körében végeztem. A két rendelő felszereltsége, szakmai tudásbázisa hasonló, ugyanakkor szemléletmódban különbség van a két praxis között. Az egyikben nagy hangsúlyt kap a betegoktatás, a vezető szemlélete szerint a sikeres betegápolás kulcsa, a rossz szokások megváltoztatása és jó szokások kialakítása személyes tanácsadás keretében, a másik rendelőben a hangsúly a betegek rendelőben végzett terápiás kezelésére korlátozódik. A vizsgálatban részt vevő betegek korábban megállapított fogágybetegség diagnózissal jelentek meg az első kezelésen (baseline = első hét = week 1, W1), majd hat hét elteltével kontrollvizsgálaton (recall, follow up = hatodik hét = week 6, W6), 2017. június 1. és 2018. február 28. között. A betegek további fenntartó kezelésben részesülnek, amely vizitek ennek a vizsgálatnak nem képezik részét.

A vizsgálatban részt vevő minden páciensnél parodontális állapotfelmérést követően professzionális szájhygiéniai kezelést végeztem: supra- és subgingivalis fogkő-eltávolítást, gyökérsimítást ultrahangos gépi és manuális eszközökkel, majd a fogfelszínek polírozása és kémiai plakkredukciós tasakkezelés történt 0,2%-os klórhexidinoldattal.

1. Vizsgált csoport: nem edukált (NE), n=113.

Betegoktatásban nem részesült páciensek csoportja.

2. Vizsgált csoport: edukált (E), n=108.

A csoport tagjai komplex dentálhygiéniai ellátást kaptak és fentebb, a bevezetésben részletezett betegoktatásban részesültek különös tekintettel betegségük specifikumaira. A vizsgálni kívánt csoportok tagjainál dokumentációban rögzített, parodontális állapotfelmérés alapján, mérési indexek segítségével objektíven összehasonlítható a különböző időpontban és csoportokban mért adatok.

Adatgyűjtési módszer

A vizsgálatban részt vevő minden páciensnél parodontális állapotfelmérést végeztem, UNC 15-ös szonda segítségével. Az alábbi mért adatokat minden fognon, két felszínen (buccalis és lingvalis/palatinalis), három ponton (mesialis, centrális, distalis) vizsgáltam és a páciensek kártyájához csatolt dokumen-

tációban a Periochartonline, digitális parodontális státuszlapon kerültek rögzítésre (URL1).

Mérésből generált adatok képzésének módszere

A betegek fogazatán mért értékeket hat részre osztva regisztráltam, szekstánszonként egy számadatot dokumentáltam, a legnagyobbat, ami az adott szekstánsban a legrosszabb állapot meghatározója. Ezzel a módszerrel standardizáltam az adatokat, kiküszöbölve a foghiányokból adódó anomáliákat. Az egyes szekstánsokba tartozó fogak a Nemzetközi Fogorvos Egyesület (Federation Dentaire Internationale – FDI) két számjegyű jelölése szerint a következők:

I. szekstáns: 18, 17, 16, 15, 14.

II. szekstáns: 13, 12, 11, 21, 22, 23.

III. szekstáns: 24, 25, 26, 27, 28.

IV. szekstáns: 38, 37, 36, 35, 34.

V. szekstáns: 33, 32, 31, 41, 42, 43.

VI. szekstáns: 44, 45, 46, 47, 48.

Mérésből generált adatok

– *Parodontalis index* = CPITN (Community Periodontal Index in Treatment Needs), értéke: 0, 1, 2, 3, 4.

A Nemzetközi Fogorvos Szövetség (Federation Dentaire Internationale – FDI) és az Egészségügyi Világszervezet (WHO) közös fejlesztése, hogy világszerte egységes mérési adatok epidemiológiai összehasonlítását tegyék lehetővé (Cutress, et al., 1987).

Az index felvételekor minden fogat vizsgálunk, a fogazatot hat részre osztva, szekstánszonként a legmagasabb értéket rögzítjük (**I. táblázat**).

I. táblázat. A felvételtör végzett vizsgálat szerinti fogágy-besorolás (Gera, 2009)

CPI – fogágy állapota	TN – szükséges kezelés
0. egészséges	–
1. szondázásra vérzik	I. instruálás, motiválás
2. fogkő jelenléte	II. fogkő-eltávolítás
3. mérsékelt tasakok (4–6 mm)	III. = I.+II.
4. mély tasakok (>6 mm)	IV. komplex kezelés

CPITN: adott betegnél mért szekstánszonkénti CPITN maximum/beteg (értéke: 0–4).

CPITN-átlag: adott betegnél mért adatok átlaga, betegre jellemző állapotmeghatározó (értéke: 0–4).

– *Vérzési index* = BoP (bleeding on probing) = parodontális szondázás nyomán tapasztalható vérzés értéke: 0, 1; vérzés: 0=nincs, 1=van.

BoP: adott betegnél mért szekstánsokra vonatkoztatott BoP-adatok összege (értéke: 0–6).

BoP-átlag: adott betegnél mért BoP-adatok átlaga, betegre jellemző állapotmeghatározó (értéke: 0–1).

– *Plakkindex* = PI, egyszerűsített, nem felszín-specifikus = dentális plakk jelenléte a vizsgált fogon, szondázáskor a plakban nyomot hagy a szonda hegye; értéke: 0, 1; plakk: 0= nincs, 1=van.

PI: adott betegnél mért szekestánsokra vonatkoztatott PI-adatok összege (értéke: 0–6).

PI-átlag (számított): adott betegnél mért adatok átlaga, betegre jellemző állapotmeghatározó (értéke: 0–1).

A vizsgálatban végzett analíziseket és kimutatásokat Microsoft Excel 2013 táblázatkezelő és IBM SPSS v.25 statisztikai program segítségével készítettem.

Eredmények

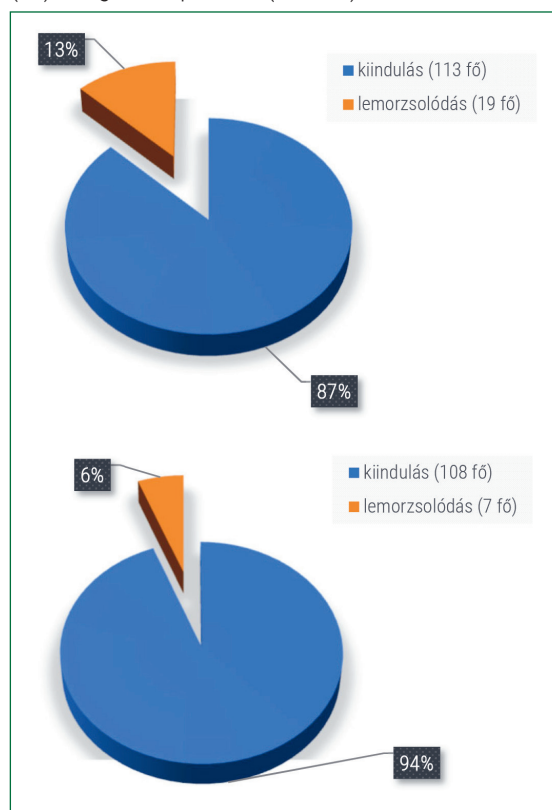
A vizsgálatba bevont betegek közül nem volt mindenki együttműködő, néhányan az első vizit után nem jelentek meg a további vizsgálatokon.

Az első vizsgált csoportba (nem edukált) bevontam 132 főt, nem tért vissza 19 fő, így a kiindulási létszám 113 fő. A második vizsgált csoportba (edukált) bevontam 115 főt, nem tért vissza 7 fő, így a kiindulási létszám 108 fő (**2. ábra**). Az edukált csoportban 55 nő és 53 férfi, a nem edukált csoportban 56 nő és 57 férfi vett részt a vizsgálatban.

A kezelésre visszatérés az első jele a páciens együttműködési készségének, motiváltságának, feléled a betegben az igény saját egészségének karbantartására és ezzel bizonyítja, hogy kész egyéni felelősséget vállalni a javulás érdekében. A kimutatás várakozásaimon felüli eredményeket hozott. Mindkét csoportban magas volt az első vizsgálat utáni visszatérési arány. Az első vizsgált csoportban a beválasztottak 87%-a tért vissza, 19 fő nem folytatta a kezelést, ebben a csoportban előzetes becslésem szerint kisebb motiváltságra számítottam. A második vizsgált csoport tagjainak 94%-a folytatta a kezelést és mindössze 7 fő morzsolódott le a bevonás után. Összehasonlítva a két csoport betegcompliance-re utaló arányait, azt látjuk, hogy az egyéni edukációban részesült betegek $\frac{1}{15}$ -e esett ki a vizsgálatból, ami jobb a nem edukált betegek $\frac{1}{7}$ -ének kiesésénél.

A vizsgálati módszerben leírtak szerint generáltam a vizsgálati indexeket. Az első és a hatodik vizsgálati héten dokumentált, parodontális státusz lap alapján egy táblázatba gyűjtöttem az egyes betegknél foganként mért adatokból generált szekestánsenkénti adatokat. Meghatároztam betegenként a CPITN értékét

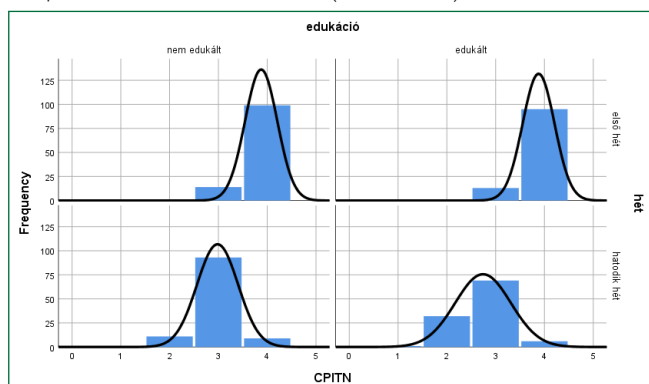
2. ábra: Vizsgálatba bevont alanyok száma az első (n1) vizsgált csoportban (nem edukált) és a második (n2) vizsgált csoportban (edukált)



(szekestánsenkénti CPITN-maximum/beteg), a BoP értékét (BoP szekestánsenkénti összege) és a PI értékét (PI szekestánsenkénti összege, majd ezek gyakorisági eloszlását vizsgáltam, és ábrázoltam hisztogramokon (**3–5. ábra**).

A parodontális index (szekestánsenkénti CPITN-maximum/beteg) gyakorisági eloszlását ábrázolják a **3. ábrán** lévő grafikonok, csoportonként heti bon-

3. ábra: Parodontális index (szekestánsenkénti CPITN maximuma/beteg) értékeinek előfordulási gyakorisága csoportonként, heti bontásban (értéke: 0–4)

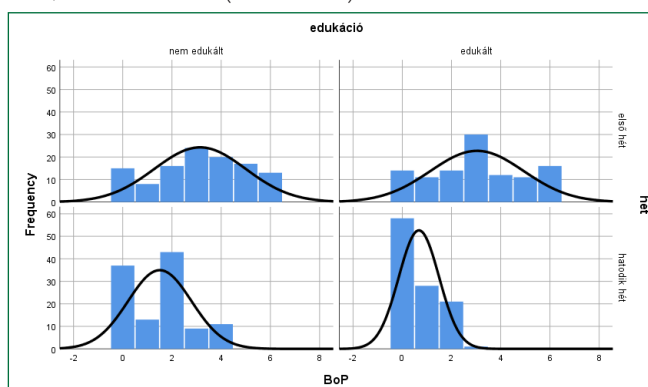


tásban. Az első héten mindkét csoportban mély és mérsékelt parodontális tasakok voltak mérhetőek, a betegenként mért legmagasabb CPITN-index az első héten mindkét csoportban hasonló eloszlást mutatott. A mintacsoportok vizsgálati értékeinek változása jól összevethető. A hatodik heti kontrollvizsgálaton mért CPITN-maximumértékek jól látható csökkenést mutatnak mindkét csoportnál, de különböző eloszlással. A 3. ábrán láthatóan a nem edukált csoportban a hatodik héten a betegek legtöbbször még mindig mértem 3-as CPITN-maximumértéket, mérsékelt parodontális tasakokkal, míg az edukált csoport eloszlási görbéje laposabb, kevesebb betegnél volt mérhető parodontális tasak, mint a nem edukált csoportban, és mérhető volt az edukált csoportban kevés 1-es és nagyarányú 2-es CPITN-maximumérték, amikor is parodontális tasak nem mérhető, csak fogkő és vérzés tapasztalható.

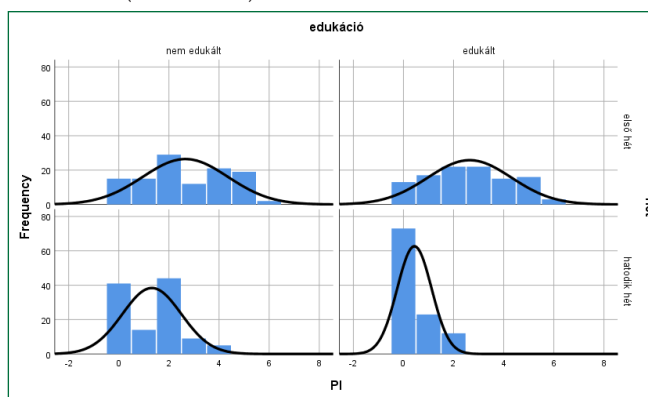
A vérzési és plakkindexek esetében szekeztánsokra vonatkoztatott értékek összegét vizsgáltam. Ha az adott fogcsoportban bárhol mérhető vérzés vagy plakk, akkor a szekeztáns értéke 1, ha nem mérhető, akkor az érték 0. A teljes fogazat értékét a szekeztánsokként mért értékek összege adja ki. Ha egy betegnél a hat szekeztánsból négyben mérhető vérzés szondázáskor, akkor az ábrán megjelenített érték 4. Ezzel jól szemléltethető az is, hogy a fogazat milyen arányban érintett, hány szekeztánsra kiterjedő a vérzés vagy plakk jelenléte. A 4. ábra a vérzési index (szekeztánsenkénti BoP összege/beteg) gyakorisági eloszlásának grafikonjait mutatja hetenkénti bontásban. Mindkét csoportnál szemmel látható a hisztogram eltolódása balra, vagyis az alanyok többségénél kevesebb szekeztánsban volt mérhető vérzés szondázáskor a fogágykezelés utáni hatodik héten, de különböző mértékben. Jól látható az ábrán, hogy a nem edukált csoportban a kezelés hatására vannak olyan betegek, akiknél egyáltalán nem mérhető vérzés, ugyanakkor az ilyen betegek aránya jóval nagyobb az edukált betegek csoportjában. Illetve az is látható még, hogy az edukált betegeknek a maximális szekeztánsérintettség 3 a 6-ból, alig néhány esetben, míg a nem edukált csoportban ez a maximum még jelentős arányban eléri a 4-et is.

Az 5. ábrán összevettem hetenként, csoportonként a plakkindex (szekeztánsenkénti PI összege/beteg) gyakorisági eloszlását. A hatodik hét hisztogramjai, akár csak a vérzési index esetében, itt is balra tolódnak, vagyis az alanyok többségénél ke-

4. ábra: Vérzési index (szekeztánsokra vonatkoztatott BoP összege/beteg) értékeinek előfordulási gyakorisága csoportonként, heti bontásban (értéke: 0–6)



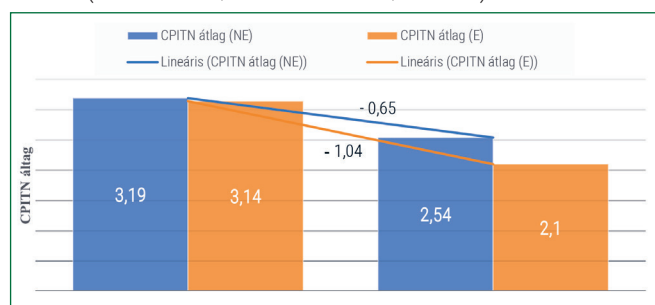
5. ábra: Plakkindex (szekeztánsokra vonatkoztatott PI összege/beteg) értékeinek előfordulási gyakorisága csoportonként, heti bontásban (értéke: 0–6)



vesebb helyen volt lepedék a fogakon a parodontális kezelés után, de több javulás mutatkozik az edukált csoportban. A nem edukált csoportban a kezelés hatására vannak betegek, akiknél nem mérhető plakk jelenléte, viszont ezen betegek aránya jóval nagyobb az edukált betegek csoportjában. Az is látható még, hogy az edukált betegeknek a maximális szekeztánsérintettség 2, a nem edukált csoportban ez maximum 4 szekeztánsra terjed ki. Jól látható a hasonlóság a vérzési index mérési eredményeivel. Bár vannak nem biofilmindikált ínybetegségek, és szisztémás betegségek is okoznak parodontiumot érintő elváltozásokat, a leggyakrabban a dentális plakk és a benne felhalmozódott baktériumok miatt alakul ki gyulladás, amelynek egyik tünete az ínyvérzés.

További összehasonlításokhoz a betegek szekeztánsenként mért CPITN-, BoP-, PI-értékeinek átlagát számítottam ki, majd a betegenkénti értékek átlagából kiszámoltam a csoportonkénti CPITN-, BoP-, PI-átlagot az első héten (W1) és a hatodik héten (W6), és a változás szemléltetésére az első és a hatodik héten mért átlagok különbségét vettem és

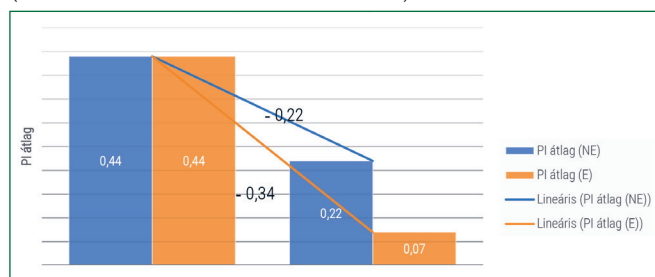
6. ábra: Parodontális index átlagának változása az edukált (E) és nem edukált (NE) betegeknél csoportonként, vizsgálati hetek szerint (W1: első hét, W6: hatodik hét, kontroll)



7. ábra: Vérzési index átlagának változása az edukált (E) és nem edukált (NE) betegeknél csoportonként vizsgálati hetek szerint (W1: első hét, W6: hatodik hét, kontroll)



8. ábra: Plakkindex átlagának változása az edukált (E) és nem edukált (NE) betegeknél csoportonként vizsgálati hetek szerint (W1: első hét, W6: hatodik hét, kontroll)



az indexek (CPITN, BoP, PI) átlagait oszlopdiaagramokon ábrázoltam heti bontásban és csoportonként összesítve projektáltam a **6–8. ábrákon**.

A **5. ábrán** láthatóan a nem edukált (NE) alanyoknál összesen 0,65-dal csökkent a CPITN átlagértéke, ami 20%-os javulást jelent a fogágy állapotában. A változás tendenciáját mutató trendvonalak a két csoportnál eltérő meredekségűek, széttartóak. Az edukált (E) csoport CPITN-átlagának csökkenése nagyobb mértékű a nem edukált (NE) csoportnál, a hatodik héten 33%-os javulást mutat az első héthez viszonyítva.

A vérzési index (BoP) változása a **7. ábrán** látható, a grafikonról leolvasható, hogy mindkét csoportban javult az első heti kezelés után a fogíny egészsége, viszont különböző mértékben változik a vérzési index

a két csoportban. A nem edukált csoportban 27%-os, az edukált csoportnál 40%-os javulást mértem. A trendvonalak széttartó lefutásából látható, hogy az edukált csoport tagjainál nagyobb mértékű volt a változás, náluk a vérzési index $\frac{1}{5}$ -ére csökkent, míg a nem edukált csoport alanyainál a felére.

A **8. ábrán** lévő grafikonon a trendvonalak markáns meredeksége egyértelműen mutatja a plakkindex átlagának jelentős csökkenését. A grafikonon feltűnően nagymértékű a plakkindex változása. A nem edukált csoportban 50%-ra csökkent a PI átlaga, ugyanakkor az edukált csoport tagjainál mindössze 16% a mért plakkindex átlaga.

SPSS program segítségével végeztem (független mintás t-próbák) szignifikanciavizsgálatokat. Először külön vizsgáltam a nem edukált és az edukált személyeket, majd a próbával az első és hatodik héten felvett adatokat hasonlítottam össze három kategóriában (CPITN, BoP, PI). Az eredmények alapján mind a nem edukált, mind az edukált csoportban kategóriánként szignifikáns ($p < 0,001$) javulás látható az első és hatodik héten felvett adatok között. Az edukáció hatásának kimutatásához másodszor azt vizsgáltam, hogy az értékekben rejlő csökkenés (első héttől a hatodik hétig) szignifikánsan különbözik-e az edukált és a nem edukált személyek között. Ehhez új változókat hoztam létre, az első és hatodik hét értékeinek különbségét számoltam ki (CPITN_kül., BoP_kül., PI_kül.). Az eredményekből kiderült, hogy szignifikáns ($p < 0,001$) különbség van az edukált és a nem edukált személyek között a két mérési időszakban felvett értékek különbségének tekintetében. Vagyis az átlagértékek alapján az edukált személyek esetében nagyobb volt a különbség (csökkenés) mind a három (CPITN, BoP, PI) kategóriában a nem edukált személyekhez viszonyítva.

Megbeszélés, következtetések

Parodontális betegek körében végzett vizsgálatom bizonyította, hogy a betegek állapotában nagyobb javulás érhető el a parodontális terápiát kiegészítő szájhigiéniai tanácsadással, mint pusztán a klinikai kezeléssel.

Az individuális betegoktatás hatásosnak bizonyult, a fogágybetegség állapota szignifikánsan nagyobb javulást mutat azoknál a pácienseknél, akik egyéni edukáción vettek részt. A betegek orális

egészségi változásának jellemzésére a vizsgálati módszerben leírtak szerint, a három index (CPITN, BoP, PI) kimutatta, hogy az egyéni szájhygiéniás edukáció hatására a betegek fogain kevesebb fogfelszín borít lepedék, kevesebb helyen vérzik az íny, tisztább, gyulladásmertesebb a szájüreg.

Az edukált csoport tagjainál nagyobb mértékű a fogágybetegség állapotában mérhető javulás, mint az edukációban nem részesült csoport tagjainál. A parodontális index mérései igazolják, hogy az egyénre szabott szájhygiéniás oktatás pozitív hatással van a fogágybetegség állapotára. A kezelést és edukációt követően a parodontális tasakok mélysége csökken, kevesebb a mély tasakok száma, mint azoknál a betegeknél, akik a kezelést követően nem részesültek betegoktatásban.

A betegoktatás során szerzett ismeretek segítségével az edukált csoport tagjai jobban tudják karbantartani a gingivafelszíneket, sokkal kevesebb helyen tapasztalható vérzés a szondázás nyomán, míg a nem edukált csoportnál mérsékelt a javulás. Az edukált csoport betegeinél gyorsabb a fogíny nyálkahártyájának regenerációja.

Az egyénre szabott fogmosási technika elsajátítása és a speciális fogtisztító eszközök megismerése, a plakk-kontroll eszközhasználatának megtanítása után az edukált csoport tagjainál 84%-kal kevesebb

helyen mérhető lepedék a fogfelszíneken, míg a nem edukált csoportnál a javulás mérsékelt, 50%-os.

Vizsgálatom célja felhívni a figyelmet a betegoktatás hatásosságára és szükségességére, hogy motiválni tudjam ápoló és fogászati higiénikus kollégáimat az individuális páciensedukáció gyakorlatban történő megvalósítására.

Fontosnak tartom, hogy mind a fogászati higiénikus, mind az ápoló kollégák tisztában legyenek a fogágybetegség és az általános egészségi állapot kölcsönhatásával. A vizsgálatom célja segíteni a fogászat általános egészségügybe történő nagyobb mértékű integrálódását és népszerűsíteni a páciensedukációközpontú szemléletmódot az egészségügyi dolgozók körében. Elérni, hogy a hétköznapi ápolási gyakorlatban nagyobb szerephez jusson a betegoktatás, aminek segítségével fejleszthető a betegek egészsége és javítható egyéni felelősségvállalásuk. Betegedukáció segítségével csökkenthető a betegségteher, redukálható a fogágybetegség kockázati hatása az egész szervezetet érintő megbetegedések kialakulásában.

Érdekeltségek: A szerzőnek nincsenek érdekeltégei.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Irodalomjegyzék

- Bánóczy, J. (2009). *Preventív fogászat*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Brito, F., Almeida, S., Figueredo, C. M., Bregman, R., Suassuna, J. H., & Fischer, R. G. (2012). Extent and severity of chronic periodontitis in chronic kidney disease patients. *Journal of Periodontal Research*, 47(4), 426–430. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0765.2011.01449.x>
- Cutress, T. W., Ainamo, J., & Sardo-Infirri, J. (1987). The community periodontal index of treatment needs (CPITN) procedure for population groups and individuals. *International Dental Journal*, 37(4), 222–233.
- Gera, I. (2009). *Parodontológia*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Gera, I., & Györfi, A. (2016). A magyar lakosság orális egészségügyi ismeretei és szájhygiéniás szokásai egy kérdőíves reprezentatív felmérés alapján. *Magyar Fogorvos*, 25(2), 92–98.
- Gillam, D. G. (2013). Motivating the patient following periodontal therapy. *Dental Nursing*, 9(9), 509–515. <https://doi.org/10.12968/denn.2013.9.9.509>
- Hughes, B., Heo, G., & Levin, L. (2018). Associations between patients' understanding of periodontal disease, treatment compliance, and disease status. *Quintessence International*, 49(1), 17–23. <https://doi.org/10.3290/j.qi.a39096>
- Katona, J. (2010). A fogágybetegség, mint fogászati góc. *Háziorvos Továbbképző Szemle*, 15(4), 221–222.
- Kwon, E. Y., Cha, G. S., Jeong, E., Lee, J. Y., Kim, S. J., Surh, C. D., & Choi, J. (2016). Pep19 drives epitope spreading in periodontitis and periodontitis-associated autoimmune diseases. *Journal of Periodontal Research*, 51(3), 381–394. <https://doi.org/10.1111/jre.12318>
- Lavigne, S. E., Doupe, M. B., Iacopino, A. M., & Mahmud, S. M. (2018). The effects of power toothbrushing on C-reactive protein levels in nursing home residents: A randomized controlled trial. *Canadian Journal of Dental Hygiene*, 52(1), 20–27.
- Martos, R., & Márton, I. (2011). A fogágybetegség és a krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD) lehetséges összefüggései: irodalmi áttekintés. *Fogorvosi Szemle*, 104(3), 87–92.
- Mosley, M., Offenbacher, S., Phillips, C., Granger, C., & Wilder, R. S. (2015). North Carolina Cardiologists' Knowledge, Opinions and Practice Behaviors Regarding the Relationship between Periodontal Disease and Cardiovascular Disease. *The Journal of Dental Hygiene*, 89(Suppl2), 38–48.
- Naorungroj, S., Schoenbach, V. J., Wruck, L., Mosley, T. H., Gottesman, R. F., Alonso, A., . . . Slade, G. D. (2015). Tooth loss, periodontal disease, and cognitive decline in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 43(1), 47–57. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12128>
- Sanz, M., Ceriello, A., Buyschaert, M., Chapple, I., Demmer, R. T., Graziani, F., . . . Vegh, D. (2018). Scientific evidence

- on the links between periodontal diseases and diabetes: Consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International Diabetes Federation and the European Federation of Periodontology. *Journal of Clinical Periodontology*, 45(2), 138–149. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12808>
- Sen, S., Sumner, R., Hardin, J., Barros, S., Moss, K., Beck, J., & Offenbacher, S. (2013). Periodontal disease and recurrent vascular events in stroke/transient ischemic attack patients. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 22(8), 1420–1427. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.06.024>
- Szabó, B. (2005). A fogágybetegség (parodontitis) és a szisztémás betegségek kapcsolata. *IME*, 4(10), 36–38.
- WHO (2018). Oral Health. Retrieved 2018.07.31., from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/oral-health>
- URL1: Parodontális státuszlap. <http://www.periodontalchart-online.com/hu/>

Fetter-Tenk Szabina

Országos Mentális Idegtudományi és Idegsebészeti Intézet
Neurológia

Ápolónak lenni...

Ápolónak lenni azt jelenti egy idegenért mindent megtenni.
Szeretni azt, aki bánt és néha bizony a pokolba kíván.
Szeretni a kedves nénit, idős bácsit, benne saját szüleidet látni.
Nézni a beteget tudni mi a sorsa, tudni mit evett aznap a kis mamóka.
Tudni kihez, kik jönnek el aznap, és ki lesz az, ki egyedül hallgat.

Ápolónak lenni azt jelenti nem tudsz reggel gyermekeddel kelni.
Nem tudsz mindent nekik megtenni, mert reggel a kórházba kell menni.
Tudományok vára, hatalmas ház, ahol téged a hivatásod vár.
Felveszed a ruhád és ezzel a terhet, hogy ma is mindent meg kell tenned.
Belépsz az osztályra találkozol mással, ugyanaz a motor hajtja minden kollegádat.
Hatalmas tűz ég mindenki szívében, vigyáznak a fényre nehogy kiégjen.

Ápolónak lenni azt jelenti mindenkinek meg kell felelni.
Szól a csengő keres a beteg, hív a doktor, hogy ezt még levedd.
Nem úszod meg az nap, keres a kaszás, hogy enged el a páciens fonalát.
Fogod a cérnát erősen a kézbe, nehogy a halál előbb eltépje.
Véredben a szakma, fejedben a tudás, így oldasz meg minden kihívást.

Ápolónak lenni azt jelenti mégis mindig boldognak lenni.
Kaptál egy áldást szeretni a munkád, hogy el tud viselni ezt a szép szakmát.
Kaptál egy családot, és még jó sok barátot, olyan szerelmet kit senki se látott.
Szerelmet kaptál mit a szíved táplál, elfogadod mit a sorstól kaptál.
Mikor lecsukod a szemed s életednek vége, boldog vagy, hogy ezt a szép életet élted.

Egészségügyi szakdolgozók bevezetése a sztomato-onkológiai szűrővizsgálatokba

HEGYI Virág, FRITSCHKEK Nóra Anna, DR. NÉMETH Anikó PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

Európában Magyarországon a legmagasabb a szájüregi daganatok előfordulása, illetve mortalitása. Ez a helyzet felhívja a figyelmet a szájüregi szűrések fontosságára, mivel az ilyen típusú daganatok időben felismerve sikeresen gyógyíthatók. A sztomatoonkológiai szűrések és önmagában a szájüreg vizsgálata az egyszerűbb és fájdalommentes szűrővizsgálatok közé tartozik, és számos olyan elemet tartalmaz, amelyet laikusok, illetve az egészségügy minden területén dolgozók is nagy hatékonysággal el tudnak végezni, így lehetőség nyílik a kórállapotok időben történő felismerésére. Jelen összefoglaló közlemény az extra- és intraorális szűrővizsgálat lépéseit mutatja be, amely kiterjed a szájüregi daganatok és a fogágybetegségek felismerésére.

Kulcsszavak: sztomatoonkológiai vizsgálat, orális egészség, fogágygyulladás, ínygyulladás

Education of Healthcare Professionals about Stomato-oncology Screening Tests

Virag HEGYI, Nora Anna FRITSCHKEK, Aniko NEMETH PhD

SUMMARY

In Europe Hungary has the highest prevalence of oral cancer and mortality. That aforementioned case draws attention to the importance of oral screening tests because these types of tumors can be cured easily if we catch them in time. Stomato-oncology screening tests are one of the most painless and easiest examinations considering that it can be effectively done by non-professionals and healthcare workers outside of dentistry. This gives us the opportunity to filter out tumors in early states. This summary publication demonstrates the steps of extra- and intraoral examination and escalates to noticing periodontal diseases and oral cancer.

Keywords: stomato-oncological examination, oral health, periodontitis, gingivitis

HEGYI Virág dentálhigiénikus-hallgató, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

FRITSCHKEK Nóra Anna dentálhigiénikus-hallgató, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

DR. NÉMETH Anikó PhD egyetemi okleveles ápoló, főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar; TOB-elnök, MESZK Csongrád-Csanád Vármegyei Területi Szervezet
ORCID-azonosító: 0000-0002-9329-1809

Levelező szerző

(corresponding author):

DR. NÉMETH Anikó

E-mail:

nemeth.aniko.02@szte.hu

Beérkezett: 2023. április 21.

Elfogadva: 2023. május 26.

 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.36.0015> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

A fogászati rendelőben az alapvizsgálat részét képezi a sztomatoonkológiai szűrővizsgálat, amelyet fogászati asszisztens, dentálhigiénikus, fogorvos és általános orvos is elvégezhet. A vizsgálat során felméri a szájüreg állapotát és észrevehetnek rákmegelőző elváltozásokat vagy éppen az íny elváltozásait. A WHO 2020-as jelentése alapján Magyarország európai szinten az első helyen áll a szájüregi daganatok kialakulásában és az ezzel összefüggő halálozási arány tekintetében is (URL1). A fej-nyak tájéki régiót érintő malignus elváltozások könnyen kezelhetők, ha időben észreveszik őket. Emellett a fogágybetegségek időben való kezelése is hozzájárul

a fogak és a szájüreg egészségének megőrzéséhez. A félévente történő rendszeres fogászati ellenőrzés mellett fontos az egyénileg elvégzett önvizsgálatra is figyelmet és időt fordítani. Ez az önvizsgáló módszer otthon elvégezhető pár perc alatt különösebb szak tudás és eszközigény nélkül.

A sztomatoonkológiai szűrővizsgálat extra- és intraorális vizsgálatból áll, de először a testtartás, tápláltság, hang, rekedtség, köhögés, járás, verejtékezés, bőr, szemek, higiéné, motoros funkciók eltéréseit vesszük figyelembe. Ennek a szűrővizsgálatnak a két alapvető eleme a megfigyelés és a tapintás, amellyel nagyon sok információ nyerhető a szájüreg és környékének képleteiről (Döbrössy & Budai, 2018).

Extraorális vizsgálat

Extraorális vizsgálat során négy fontos vizsgálati formát kell alkalmazni: megtekintés, tapintás, kopogtatás, hallgatóság.

Megtekintés során a fej-nyak régióit figyeljük meg. Az arc és a fej területeit, a hajas fejbőrt is meg kell vizsgálni esetleges elváltozások miatt. Legfeltűnőbb elváltozások az aszimmetria, duzzanatok és a bőr elszíneződései. Ilyen elváltozások lehetnek például a fekélyek, sérülések vagy hólyagok a fej tájékán. Nagy figyelmet kell fordítani az ajak hámtámenetének vizsgálatára, mert ezen a területen nagyobb eséllyel alakulnak ki daganatos elváltozások (fehér, vörös laesiók). A mozgások értékelése egyaránt sarkalatos. Ebben az esetben kérjük meg a páciens, hogy végezzen az állkapcsával fel-le és oldalmozgásokat, ilyenkor az állkapcsot kell megfigyelni és a szemeket. Ha a szemhéjak, ajkak nem mozognak megfelelően/mozgásképtelenek vagy tónustalanok, az utalhat neurológiai elváltozásokra. Ha a páciens állkapcsa nem megfelelően mozog, akkor az az állkapocs temporomandibularis ízületének megbetegedésére utal. A szemek megfigyelése során több elváltozás is láthatunk, mint például, hogy a sclera elszíneződött, erezett, pupillák nagyságbeli eltérései, fényreakciók, a szem mozgásának zavarai, illetve a szem exophthalmusa (Vályi & Párkányi, 2014a).

Tapintás folyamán a nyirokcsomókat, nyálmirigyeket és a temporomandibularis ízületet vizsgáljuk. Érezhetőek szövetszaporulatok vagy ellenkező esetben szövethiány. A kitapintott volumen lehet elmozdítható vagy fixált, tapintásra fájdalmas vagy fájdalomtalan (Vályi & Párkányi, 2014a). Az áttapintandó főbb nyirokcsomók: fül előtti, állkapocsszöglet mögötti, állkapocsszöglet alatti, állkapocs alatti, nyelv alatti, nyak elülső részén, kulcscsont feletti, nyakszirti, fül mögötti, nyak hátsó részén (Dombi, d. n.).

Kopogtatás közben olyan arcüreg-elváltozásokat figyelhetünk meg, mint például a heveny gyulladás, amelynek tipikus tünete a kopogtatásra adott érzékenység és fájdalom (Vályi & Párkányi, 2014a).

Hallgatóság alkalmával a temporomandibularis ízület elváltozásait figyelhetjük meg. Az állkapocs mozgatása közben crepitatiót hallhatunk (ropogó/kattanó hang). Ez utalhat a TMI megbetegedéseire, törött állcsontra vagy az állcsont gyulladásos elváltozására (Vályi & Párkányi, 2014a).

Szaglás során detektálhatjuk, hogy a páciens dohányzik-e, fogyasztott-e alkoholt, diabétesz esetén a ketoacidosisos lehelet észlelhető. (Sok esetben nem is tudja a páciens, hogy cukorbeteg.) Ugyanakkor észlelhetünk rossz szájleheletet (foetor ex ore), amely utalhat rossz szájhigiénére, szájüregi elváltozásokra

vagy a tápcsatorna mélyebb szakaszainak az elváltozásaira (Vályi & Párkányi, 2014a).

Vizsgálat menete

A páciens egyenesen ül. Megkérjük a beteget, hogy távolítsa el a kivehető pótlásokat, ékszereket, szemüveget. Ha a páciens nyakát eltakarja a ruházata, akkor megkérjük, hogy szabadítsa fel azt a területet (Sonkodi, 2006; URL2).

A vizsgálatot elsősorban tapintással végezzük az adott területeken: orofaciális, submandibularis, submentalis és perimandibularis, periauricularis, nyakszirti régióban, nyaki területeken és a kulcscsont feletti régióban (Szájüregi daganatok szűrővizsgálata; Sonkodi, 2006).

Orofaciális régió esetén megfigyeljük az arc formáját (aszimmetria-szimmetria), a bőrt (színelterés), a fejet, nyakat, orrot, ajkakot és a füleket. A fül mögötti területet nagyon fontos megtekinteni, mert ott gyakran kialakulnak rosszindulatú daganatok (URL2). Tapintás és megfigyelés során észlelhetünk különböző elváltozásokat. Az ajkaknak például homogénnek, simának és halvány rózsaszínűnek kell lennie. Az ultraibolya sugárzás miatt az ajak hámtámenete lehet egyenetlen, és fehér elszíneződéseket is megfigyelhetünk. Ennek megelőzésére alkalmas a fényvédős ajakbalzsam használata (Burkhart & DeLong, 2009).

A submandibularis, submentalis (állcsúcs alatti) és perimandibularis régióban két kézzel és két ujjal végezzük el a vizsgálatot. A páciens háta mögött állunk, megkérjük, hogy hajtsa előre és kicsit lefelé a fejét. A hüvelykujjakat az alsó állkapocsra helyezzük és a középvonaltól elindulva kifelé irányuló mozdulatokkal az állkapocs alapjához nyomjuk a szöveteket. Ellenőrizni kell a rágóizmokat, ennek érdekében kérjük meg a páciens, hogy nyissa ki, majd zárja össze az állkapcsát (Szájüregi daganatok szűrővizsgálata; URL2) (**1. ábra**).

1. ábra: Submentalis nyirokcsomók vizsgálata (Burkhart & DeLong, 2009)



A periauricularis régió vizsgálata során a páciens háta mögött helyezkedünk el. Bimanuálisan, bilaterálisan a középső és mutatóujjainkat a mandibula condylusa fölé, a fül tragusa elé helyezzük, ekkor ellenőrizzük a temporomandibularis ízületet. Kérjük meg a páciens, hogy az állkapcsával végezzen nyitó-záró és oldalmozgásokat (Burkhart & DeLong, 2009; URL2) (**2. ábra**).

2. ábra: Preauricularis régió tapintása (Burkhart & DeLong, 2009)



A nyakszirti régió megfigyelése alatt a páciens mögött helyezkedünk el. Kérjük meg a páciens, hogy hajtsa a fejét lefelé, a mellkas irányába. A vizsgálatot bimanuálisan körkörös mozdulatokkal, enyhe nyomás mellett végezzük el. A nyakszirti és fejbiccentő izom mögötti területeket tapintjuk ki (URL2; URL3).

Nyaki régió esetén meg kell vizsgálnunk a felszínesen és mélyen fekvő oldalsó nyaki képleteket, valamint az elülső nyaki képleteket. A felszínesen fekvő oldalsó nyaki képletek ellenőrzése folyamán a páciens mögött vagy valamelyik oldalán helyezkedünk el. Kérjük meg a beteget, hogy nézzen előre és biccentse a fejét az egyik oldalra, ekkor a vizsgálandó terület el fog lazulni. Ujjainkat a fejbiccentő izom elülső felszínére helyezzük és lefelé haladva végigtapintjuk a nyaki régiót, majd ezt megismételjük a másik oldalon is (Burkhart & DeLong, 2009; URL2) (**3. ábra**).

3. ábra: Nyaki régió vizsgálata (Burkhart & DeLong, 2009)



Mélyen fekvő oldalsó nyaki képletek ellenőrzése során a páciens háta mögött helyezkedünk el. Kérjük meg a páciens, hogy biccentse a fejét az egyik oldalra és kicsit hajtsa előre. Hüvelykujjainkat a fejbiccentő izom elülső felszínére helyezzük. Erősebb nyomás mellett kitapinthatjuk a mélyebben fekvő nyaki képleteket, majd fentről lefelé haladunk a váll irányába. A vizsgálatot megismételjük a másik oldalon (Szájüregi daganatok szűrővizsgálata; URL2).

Az elülső nyaki képletek vizsgálata során a páciens háta mögött helyezkedünk el. A páciens enyhén hajtsa előre a fejét, ekkor az elülső nyaki régió el fog lazulni. Bimanuálisan tapintjuk a nyaki régiót, a pajzsporc kiemelkedésétől lefelé haladunk. A pajzsmirigy vizsgálata során kérjük meg a beteget, hogy nyeljen egyet vagy köhögjön. Az egészséges pajzsmirigy nem tapintható ki és nem látható. A pajzsmirigyet körülvevő felszínnek simának, szimmetrikusnak kell lennie. Nyelés közben a mirigyet körülvevő területnek meg kell emelkednie (URL2; URL3) (**4. ábra**).

4. ábra: Pajzsmirigy vizsgálata nyelés közben (Burkhart & DeLong, 2009)



A kulcscsont feletti régió elemzése során a páciens mögött helyezkedünk el. Bimanuálisan, illetve infra- és supraclavicularisan végigtapintjuk a területet kifelé haladva. Komoly figyelmet kell szentelni a kulcscsont feletti ároknak (URL2; URL3).

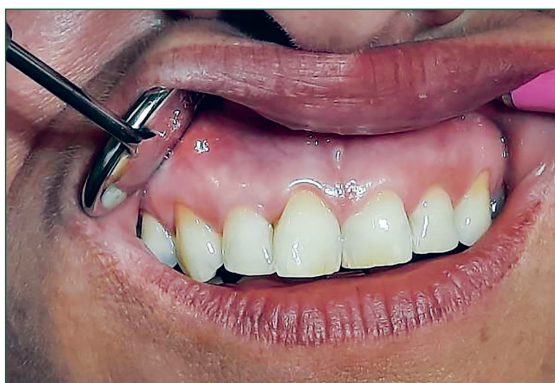
Intraorális vizsgálat

Intraorális vizsgálat esetén öt fő területet vizsgálunk meg. Az ajkakat-orcát, ínyt, nyelvet, szájfeneket-szájpadot és a garatot. Első lépésben bidigitalisan az ajkakat áttapintjuk szájuztól szájuzig. Figyelmeztető jel lehet a duzzanat, színbeli vagy textúra-beli elváltozás, a pörkös, fekélyes eltérés, különösen akkor, ha az két hét elteltével sem mutat gyógyulási hajlamot (Sonkodi, 2006). „A szájban lévő daganatos elváltozások többsége a nyelv oldalsó részéről, a száj-

fenékről és a lágy szájpadról indul ki. Az is előfordul, hogy alig észlelhető elváltozás, beszűrt terület jelzi csak a tumorgyanús területet” (Huszka, 2011).

Ezután következik az orca nyálkahártyájának áttekintése. Félrehúzzuk az orcát valamilyen eszközzel vagy a kezünkkel, és a másik kezünk mutatóujjával végigtapintjuk ezt a területet is szövetszaporulatot/fekélyes elváltozást keresve. Normális kiemelkedés a fültömírigy kivezetőcsöve. A nyálürülést ezen a területen ellenőrizhetjük a parotisra kifejtett enyhe nyomással. A buccán gyakran látható a fogsor záródási vonalával megegyezően húzódó felszíni egyenetlenség, ami nem számít kóros elváltozásnak. Majd az ajkak és az orca eltartásával meg tudjuk vizsgálni az ínyt (Vályi & Párkányi, 2014b) (5. ábra).

5. ábra: Íny vizsgálata. (Forrás: Szájüregi daganatok szűrővizsgálata)



A nyelv megvizsgálásához egy zsebkezdővel vagy gézlappal fogjuk meg a nyelvcsúcsot, majd húzzuk kifelé és lefelé, hogy jól láthatóvá váljon a nyelvgyök. Ezután mindkét oldalra elhúzzuk, az orcát egy spatulával eltartjuk és megvizsgáljuk a nyelv ezen területét is. Újra a kezünk mutató- és hüvelykujjával végigtapintjuk a nyelvet csomók után kutatva. Következőleg a szájfeneket vizsgáljuk meg, ehhez megkérjük a páciens, hogy emelje fel a nyelvcsúcsot a szájpad középső részéhez, a fejét enyhén döntse előre. A nyelvet leengedve, a fejet hátrabiccentve tapintsuk végig a szájpad területét a mutatóujjunk segítségével. Itt is szövetszaporulatot, kiemelkedést keresünk. Utolsó lépésként a szájgarat vizsgálata következik. A beteg a fejét ismét döntse hátra és egy spatula segítségével nyomjuk le a nyelvet. Itt láthatóvá válik a lágy szájpad nyálkahártyája, a garat hátsó fala és a garatmandulák. A mandula színbeli változása, duzzanata gyulladást jelez nekünk (Vályi & Párkányi, 2014b).

Az előrehaladottabb daganatos elváltozásokat a következő állapotok jelezhetik: a nyelv mozgáskorlátozottsága, fogluzulás különösebb ok nélkül, rosszul illeszkedő pótlás (URL4).

Fogágybetegségek

Az íny szorosan tapad a foghoz és az alatta elhelyezkedő csonthoz. Egészséges állapotban korallrózsaszín színű és kitölti a fogak koronája között lévő háromszöget (Vályi & Párkányi, 2014b). Jó szájhygiénia esetén is kialakul egy baktériumréteg a fogakon, pótlásokon és az implantátumokon, amit dentális biofilmnek nevezünk. A baktériumok szaporodásában közrejátszik a szénhidrátban gazdag táplálkozás. Ezt a dentális biofilmet fogmosással távolíthatjuk el, ennek ellenére ez a lepedékréteg gyorsan újjáépül, ezért van szükség a napi minimum kétszer történő fogmosásra. A szervezet dentális plakkra adott válaszreakciója genetikától függ, ebből kifolyólag ez mindenkinél eltérő, bár ez az alapja a fogíny- és fogágygyulladás kialakulásának (Vályi, 2014). A baktériumok anyagcseretermékeket bocsátanak ki, aminek következtében gyulladós anyagok szabadulnak fel, megjelennek az akut gyulladás klinikai és hisztológiai jelei. Az íny szövetben megnő a kapillárisok száma és átjárhatósága, ezért az immunrendszer aktivitása is fokozódik. Az íny szél ödémássá, vörössé válik és fogmosáskor vérzik. Előrehaladottabb kórkép esetén az íny kötőszöveve elkezd elválni a fogtól. Ezt az állapotot vissza lehet fordítani egy professzionális szájhygiénés kezeléssel és a fogmosási szokások átalakításával. „Az ínygyulladásra való fokozott hajlam automatikusan nem jelent fokozott parodontitisre való hajlamot” (Gera, 2009). Az ínygyulladás nem minden esetben alakul át fogágygyulladássá. A parodontitis (6. ábra) egy multifaktoriális kórkép, hiszen a kialakulásához hozzájárul számos egyéni és külső tényező. Lefolyását súlyosbíthatják általános és lokális rizikótényezők, ilyen például az elhanyagolt szájhygiéné, életkor, nem, dohányzás, diabetes mellitus, autoimmun betegségek, stressz és gyógyszeresedés (Tar & Martos, 2002).

6. ábra: Parodontitis (URL5)



A fogágygyulladás kötőszövet-pusztulással, fogvándorlással, csontpusztulással, fogmobilitással és fogvesztéssel jár. A szisztémás egészség nagymér-

tékben befolyásolja a fogágy állapotát, ahogyan az fordítva is elmondható: a fogágy állapota is kihatással van a szisztémás egészségre. Kapcsolatba hozható a bakteriális tüdőgyulladással, ugyanis a tüdőgyulladást okozó baktériumok megtelepszenek az oropharynx területén. Diabetes mellitusban szenvedő betegeknél a parodontitis kimenetele sokkal súlyosabb, a gyógyulási folyamatot lelassítja, a vércukorszint beállítását is megnehezíti. Hatással van a vesékre, komplikálhatja a már meglévő vesebetegségeket. A parodontitis hajlamosító tényező a metabolikus szindróma kialakulásában, aki pedig metabolikus szindrómában szenved, annál könnyebben alakul ki fogágygyulladás. Az elhízás csökkenti a terápia sikerességét (Tar & Martos, 2002).

Várakodás alatt kifejezetten nagy figyelmet kell fordítani a szájüreg egészségére. A parodontopatogén baktériumok átjutnak a placentán, ezzel intrauterin fertőzéseket hozhatnak létre (Párkányi et al., 2018). Ennek következménye lehet a koraszülés és az alacsony születési súly. „*A generalizált parodontitisben szenvedő kismamáknak több mint négyszeres esélyük volt a koraszülésre, szemben a sztomatológiailag egészséges társaikkal*” (Tar & Martos, 2002).

A szájüreg elváltozásai főképpen az idős korosztályt, a rossz higiénés körülmények között élőket sújt-

ják, akik nem figyelnek oda kellően a szájhygiénére. Gyakran idősotthonok lakói vagy egyedül élő idősök köréből kerülnek ki a megbetegedettek, ezért kiemelten fontos, hogy az intézményekben dolgozó ápolók, gondozók vagy az otthonápolásban dolgozó ápolók figyelmet fordítsanak a szájüreg időnkénti ellenőrzésére. Ez nem az olyan részletességgel történő vizsgálatot jelenti, amit az előzőekben leírtunk, hiszen az nagyon sok időt venne igénybe, és erre nincs kapacitása az ápolóknak, inkább csak a szájüreg megtekintésére tudnak hagyatkozni, és ha felmerül a gyanú az esetleges szájüregi betegsége/ elváltozásra, akkor fel tudják azt ismerni, és időben szakrendelőbe tudják juttatni a páciens.

Szerzői munkamegosztás: F. N. A és H. V.: irodalomkutatás elvégzése, közlemény megírása; N. A.: kézirat korrekciója, szakmai lektorálás. A cikk végleges változatát mindegyik szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Irodalomjegyzék

- Burkhart, N. W., DeLong, L. (2009). *The Intraoral and Extraoral Exam*. Oral-B Education Course, 6-9. https://www.researchgate.net/profile/Nancy-Burkhart-2/publication/228477434_The_Intraoral_and_Extraoral_Exam/links/09e4150776bfdae02500000/The-Intraoral-and-Extraoral-Exam.pdf
- Dombi, Cs. *A száj nyálkabarátjának vizsgálata. Stomatológiai szűrés. Szájbetegségek felismerése. Kockázati tényezők a szájüregi rákok kialakulásában.* Előadásanyag. <https://slidetodoc.com/a-szj-nylkarthyjnak-vizsgalata-stomatologiai-szrszjbetegsegek-felismerse/>
- Döbrössy, L., Budai, A. (2018). Szájüregi szűrés 2018. *Fogorvosi Szemle*, 111(1), 16–23. <https://doi.org/10.33891/FSZ.111.1.16-23>
- Gera, I. (szerk.) (2009). *Parodontológia. A fogágybetegség klinikai és hisztológiai jellemzői: Az ép íny, gingivitis.* Budapest: Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió; p. 82–83.
- Huszka, J. (2011). *Nyaki terimek és differenciáldiagnosztikájuk.* <http://ful-orr-gegesz-orvos.hu/nyaki-terimek-es-diferencial-diagnosztikajuk>
- Párkányi, L., Vályi, P., Nagy, K., Fráter, M. (2018). Az odontogén góc és a szisztémás betegségek. *Orvosi Hetilap*, 159(11), 415–422. <https://doi.org/10.1556/650.2018.31008>
- Sonkodi, I. (2006). *Orális és maxillofaciális medicina. Orális és maxillofaciális diagnosztika.* Budapest: Semmelweis Kiadó; 19–21.
- Tar, I., Martos, R. (2002). A fogágybetegségek és az általános szervek megbetegedések összefüggése. *Fogorvosi Szemle*, 95(2), 73–77.
- Vályi, P. (2014). Az orális biofilm. In: Vályi, P. (szerk.). *Dentálhigiénikusok kézikönyve*, p. 39–43.
- Vályi, P., Párkányi, L. (2014a). A betegek klinikai vizsgálata: Extraorális vizsgálat. In: Vályi, P. (szerk.). *Dentálhigiénikusok kézikönyve*, p. 191–192.
- Vályi, P., Párkányi, L. (2014b). A betegek klinikai vizsgálata: Intraorális vizsgálat. In: Vályi, P. (szerk.). *Dentálhigiénikusok kézikönyve*, p. 194–195.
- Szájüregi daganatok szűrővizsgálata.* Fogorvos Kollegiális Szakmai Vezetők és a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar, Budapest. <https://alappellatas.okfo.gov.hu/wp-content/uploads/2021/11/SZAJUREGI-DAGANATOK-SZUROVIZSGALATA-HAZIORVOSOKNAK.pdf>
- URL1: International Agency for Research on Cancer. World Health Organization, Cancer Today. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2020&mode=population&mode_population=countries&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=1&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=5&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmssc=0&include_nmssc_other=1&type_multiple=%257B%2522inc%2522%25Atrue%252C%2522mort%2522%25Atrue%252C%2522prev%2522%25Afalse%252D&orientation=horizontal&type_sort=0&type_nb_items=%257B%2522top%2522%25Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%252D&population_group_list=8,40,112,56,70,100,191,196,203,208,233,246,250,276,300,348,352,372,380,428,440,442,470,499,807,578,616,620,498,642,643,688,703,705,724,752,756,528,804,826&population_group_globocan_id=908
- URL2: Breen, J. *MCC Extraoral Exam.* <https://www.youtube.com/watch?v=K3Gx6GHn0OE>
- URL3: *Hygiene Edge: Extra Oral Assessment/Screening.* <https://www.youtube.com/watch?v=S0SJxzRxLAc>
- URL4: Semmelweis Egyetem (2022). *Semmelweis oktatóvideók: Szájüregi daganatok – önvizsgálat lépésről lépésre.* <https://www.youtube.com/watch?v=Vc1yVmwohWY>
- URL5: <https://degebitskliniek.nl/paradontitis/>

ÁPOLÁS GYAKORLATA

Ápolói attitűd és tudásszintfelmérés a különböző faji, vallási, etnikai hovatartozás tekintetében, a mindennapi ápolás során

FIZESÁN Hilda

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: Részletes képet kapni az ápolók felkészültségi szintjéről, valamint az ápolói magatartás milyenségéről az eltérő kultúrából érkező beteg ápolása kapcsán.

Anyag és módszer: A vizsgálat két intézmény ápolóit öleli fel, a későbbiekben A és B kórház néven említve az eltérő kultúrából érkező beteg speciális ápolási igényeinek ismeretét illetően. A kutatás kivitelezése a kérdőíves felmérési módszer alkalmazásával készült, a kiosztott kérdőívek száma kórházanként 50-50 darab. Ebből a kitöltött kérdőívek száma A kórház esetében 33 darab, míg a B kórház esetében 30 darab.

Eredmények: A vizsgálatokból kiderül, hogy bár az ápolók rendelkeznek ismeretekkel a transzkulturális ápolás kivitelezését illetően, ez nem elegendő, és ők maguk sem tartják elégségesnek azt a tudásszintet, amivel rendelkeznek.

Következtetések: Az elért eredményekből kiderül, hogy bár a megkérdezettek nagy többsége rendelkezik ismeretekkel a transzkulturális ápolást illetően, ezt nem tartják kielégítőnek.

Kulcsszavak: transzkulturális ápolás, multikulturális társadalom, attitűd, viselkedés, eltérő kultúra, vallás, etnikai csoportok

Assessment of Attitude and Nursing Skills Based on Racial, Religious and Ethnical Attributes during Daily Practice

Hilda FIZESÁN

SUMMARY

Purpose: The aim of the study to gather detailed report about the knowledge and the manner of the nurses in patients from different cultures.

Methods: The study population consists of nurses from two different hospitals (Hospital A and Hospital B). Surveys were applied to assess the knowledge of intercultural nursing. Fifty questionnaires were sent each hospital. Finally, 63 completed questionnaires arrived from Hospital A (nA=33) and Hospital B (nB=30).

Results: Most of the nurses have basic knowledge about transcultural nursing, but it should be improved furthermore.

Conclusions: According to the results, majority of the nurses have elemental experience in transcultural medical care, but it needs further development.

Keywords: transcultural nursing, multicultural society, attitude, behaviour, different cultures, religion, ethnical groups

FIZESÁN Hilda
ápolási igazgatóhelyettes,
osztályvezető ápoló,
Országos Gerincgyógyászati
Központ, Budapest

Levelező szerző
(corresponding author):
FIZESÁN Hilda
E-mail:
fizesanhilda82@gmail.com

Beérkezett: 2018. március 30.
Elfogadva: 2018. április 10.



Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.36.0016> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

A transzkulturális ápolás ismereteinek elsajátítása fontos mozzanat az ápolói munkavégzés terén, mivel ezen ismeretek birtoklása során az ápoló bepillantást nyer a különböző kultúrájú emberek egészséggel, betegségével kapcsolatos szokásaiba, nézeteibe. Az el-

térő szokás, vallás és hiedelemvilág különbözősége miatt fontos az ápolók továbbképzése ezen a téren, mivel az ismerethiányból adódóan rengeteg konfliktushelyzet teremthető a betegellátás alatt.

Napjainkban a szabad népvándorlás, a különböző országokban történő munkavállalás, illetve tanulmányok folytatása közben az egészségügyi ellátórend-

szerben gyakran találkozhatunk a miénktől eltérő kultúrával, ezáltal elengedhetetlen az ápolószemélyzet kellő ismeretekkel rendelkezése ezen a téren, mivel csak így valósulhat meg az ebből a specifikumból adódó szükségletek maradéktalan kielégítése. Soha nem lehet figyelmen kívül hagyni a betegellátás során az adott beteg vallási, etnikai hovatartozását, mert ez szerves része a beteg magatartásának az ápolás folyamán, jelentősen befolyásolja a beteg gyógyulás felé vezető útját.

Ma Magyarországon tíznél több, törvény által elismert nemzetiség él. Ezek azok a kisebbségek, amelyek minimum egy évszázados itt tartózkodást tudtak igazolni. A Központi Statisztikai Hivatal 2011. évi népszámlálási eredményei szerint legjelentősebb közülük a roma, ezt követik a németek, majd a románok, valamint a kevesebb lélekszámmal rendelkező többi nemzetiség (1. ábra).

A nemzeti kisebbségek a környező országok nemzetiből tevődnek össze, ezt tükrözi területi eloszlásuk is. Említést érdemel még számos más nemzeti kisebbség is, amelyek nem teljesítik a nemzetiséggé nyilvánítás feltételeit, vagy nem kívántak élni a lehetőséggel, mint például a zsidók. A környező országok nemzetiből kikerülő személyeken kívül, több távoli országból, kultúrából érkező egyénnel találkozhatunk a mindennapjaink során.

Az ápolónak tiszteletben kell tartania a beteg által képviselt normákat, és minél több ismerettel rendelkezik ezen a téren, illetve nyitott a beteg kultúrájának elfogadásához, megismeréséhez, annál hatékonyan befolyásolja a beteg közreműködését az ápolása idején.

Minden kultúrának megvan a maga hit- és értékrendszere, amely nagymértékben befolyásolja az orvosi ellátáshoz való viszonyulást, valamint a gyógyulásba vetett hitet. Az ápolók részéről fontos, hogy nyitottak legyenek a kultúrából származó értékek, viselkedési normák megismerésére, megértésére. Az ápolók által végzett ellátásban értéké válik a kultúraalapú ellátás tanulása. Az, hogy megértsük, elfogadjuk és megfelelő ápolást tudjunk nyújtani egy, a miénktől eltérő kultúrából származó egyén számára mind etikai, morális és professzionális szempontból egyaránt fontos (Rozsos, 2004).

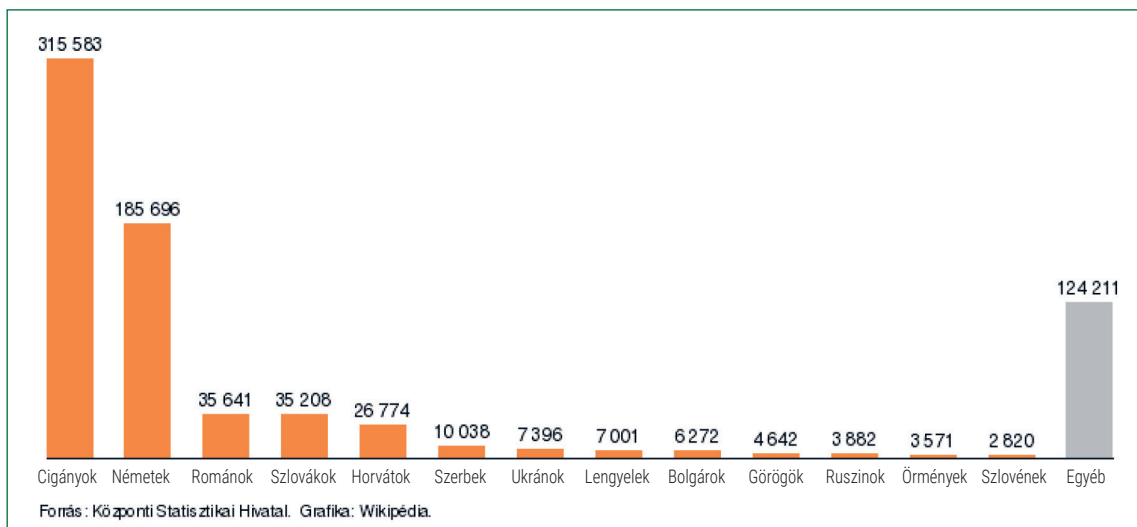
A szabad népvándorlás, munkavállalás közben sok eltérő kultúra találkozik össze egymással egy adott ponton, és az egymás kulturális értékeit fel nem ismerő és tiszteletben nem tartó magatartásból sok félreértés és probléma adódik, úgy a mindennapokban, az üzleti életben, mint az egészségügyi ellátásban egyaránt. Szintén a szabad mozgásnak köszönhetően találkozunk a nyugati orvoslás a nem nyugati orvoslással, míg előbbi a tudomány és tanulás alapján nyugszik és főként a nyugati társadalmakra jellemző, addig utóbbit a hiedelmek, a népi gyógyászat, a természetközelség jellemzi (Maier-Lorentz, 2008).

Fontos megismernünk azt is, hogy egy eltérő kultúrájú ápolásra szoruló egyén hogyan viszonyul a születés, az élet, a halál kérdéséhez.

Fontos megismernünk azt is, hogy egy eltérő kultúrájú ápolásra szoruló egyén hogyan viszonyul a születés, az élet, a halál kérdéséhez.

Az egészségügyi személyzet számára elengedhetetlen megismerni a nyugati és a keleti kultúra különbözőségeit. Ha tévesen azt hisszük, hogy az egyik ismerete elegendő ahhoz, hogy adekvát ápolást nyújtsunk, komoly etikai és vallási sérelmekhez vezethet, hiszen ami az egyikben megengedett, az a másikban kategorikusan tiltott. A vallási és kulturális különbségek ellenére fontos, hogy megtartsuk, megadjuk az embernek kijáró tiszteletet, az egyenlő viselkedés- és bánásmódot, így jó eséllyel el tudjuk kerülni az esetlegesen felmerülő problémákat és az ezekből adódó kellemetlen következményeket (Leininger, 2002a).

1. ábra: Magyarországon élő népcsoportok



A kulturális értékek nagy jelentőséggel bírnak az ápolás megtervezésekor, az ápolás kivitelezése alatt hozott döntésekben. Ha ezek az értékek nem kerülnek felismerésre és betartásra, a beteg elveszti vagy ki sem alakul benne a bizalom az egészségügyi ellátószeméllyel kapcsolatban. Bezárkózik, az ápolás folyamán elutasítónak válik, amely tényezők nemhogy segítenék, inkább hátráltatják a gyógyulást, meghosszabbítva ezzel a hospitalizációs időszakot, ami mind a beteg, mind az ellátó számára hátrányt jelent (Rozsos, 2004).

A bennünket körülvevő világot csak úgy tudjuk értelmezni, felfogni, ha azt valamilyen módon megpróbáljuk rendszerezni, leegyszerűsíteni. Ennek a kivitelezési módja, ha az embereket, tárgyakat csoportba rendezzük, kategorizáljuk (Szakáll, 2006).

Ebben a megvilágításban a világ egyszerűbbnek tűnik a számunkra, a bennünket körülvevő világot így könnyebben tudjuk értelmezni. Az általunk egy csoportba sorolt emberek, tárgyak között nagyobb hasonlóságot vélünk felfedezni, mint amekkora valójában van.

A szocializáció során kialakulnak az attitűdjeink, ezeket mintegy „kulturálisan örököljük”.

Mindemellett fontos, hogy a betegellátás közben mindvégig tiszteletben tartsuk az emberi jogokat, a méltóságot, a személyiséget, az autonómiát. Éppen ezért elengedhetetlen a különböző kultúrák etikai, morális értékeinek ismerete ahhoz, hogy felelősségteljes, személyre szabott ápolást tudjunk nyújtani (Cameron-Traub, 2002).

Az emberek közötti kapcsolattartás rendszere a kommunikáció, a beszéd és magatartás. Mindezeknek fontos eleme a metakommunikáció, az érzelmek megjelenése, a mimikai kifejezések. Mai rohanó világunkban ezeknek csak a tartalmával foglalkozunk, hogy mielőbb választ kapjunk arra, hogy mit is várunk tőlünk vagy hogy mi mit várunk másoktól, adott esetben a betegtől. Sajnos a „hogyan”-nal, a kifejezés módjával már kevésbé foglalkozunk, pedig erre kellene a nagyobb hangsúlyt fektetnünk, és figyelni arra, hogy milyen üzenetet továbbítunk a magatartásunkkal, arckifejezésünkkel. Ha egy beteggel nem is tudunk szóbeli kommunikációt létrehozni a nyelvi akadályok miatt, nagyon sok mindent közvetíthetünk számára a metakommunikációval, amely jó esetben pozitív értékkel bír, de ha negatív érzések vannak bennünk, sajnos, azt is kommunikáljuk akaratlanul is (Bohman & Borglin, 2014).

Amennyiben a beteggel az anyanyelvünkön tudunk kommunikálni, szintén fontos szem előtt tartani, hogy az adott beteg értelmi szintjének megfelelő kommunikációt folytassunk. Ha a kommunikáció számunkra idegen nyelven zajlik, úgy kiemelkedő jelentőséggel bírnak a beszédet kísérő gesztusok.

Azonban azt tudnunk kell, hogy a magatartás jellegzetességei nem nemzetközi, hanem nagyon is kultúrafüggők, így ugyanaz a gesztus bírhat teljesen más jelentéssel két egymástól különböző kultúrában (Rajna, 2009).

Mindemellett szem előtt kell tartanunk azt is, hogy még ha egy nyelvet beszélünk az adott beteggel, nem biztos, hogy ugyanahhoz a vallási, kulturális csoporthoz tartozunk. Éppen ezért nem szabad az embereket a saját magunk által felállított sztereotípiák alapján beskatulyázni. Minden beteget a vallási, etnikai hovatartozásától függetlenül önálló egyénként kell kezelnünk, illetve csak és kizárólag az emberi mivoltát szabad szem előtt tartani. Az ápolószemélyzet is ennek a sztereotíp megítélésnek eshet áldozatul a beteg részéről, amennyiben az ismerethiány miatt nem a megfelelő magatartásformát hozza az adott beteg ellátása során. Éppen ezért fontos kitekintnünk és megismernünk az általunk ápolott beteg kultúrájával kapcsolatos legfőbb jellemzőket, így elnyerhetjük a bizalmát és egy gyümölcsöző és jól működő beteg-ápoló kapcsolat alakul ki (Smith et al., 2005).

Ilyen viselkedésformákra vonatkozó specifikumok lehetnek például a felek közötti távolság, az egymás fölé magasodás, a közvetlen szemkontaktus, ami az ázsiai, az indokínai vagy az arab kultúrában a fenyegetés, az agresszív viselkedés jele (Maier-Lorentz, 2008).

Szintén félreértések és nézeteltérések talaját képezi az időpontok betartásához való viszonyulás, ami szintén nagyon eltérő a különböző kultúrákban. Míg nekünk az életünk az időpontok pontos betartása, az óra körül forog, addig egy eltérő kultúrában az idő más értelmet nyer. Itt napokban és éjszakákban mérik az időt, a jelen megélése a legfontosabb, az időhatárokat nem pontos órákhoz, hanem mondjuk ebédidőhöz vagy egyéb más fontos jelentőséggel bíró eseményhez kötik. Ezeket a specifikumokat azért fontos ismernünk, mert teljesen eltér az általunk ismert és betartott normáktól, viszont ha rugalmasan kezeljük ezeket a dolgokat, úgy sokkal könnyebbé válik a közös munka egy másfajta életvitelhez szokott pácienssel. Következésképp fontos, hogy mielőtt elkezdjük a mienktől eltérő kultúrából származó beteg ápolását, szerezzünk ismereteket az ő kulturális, vallási nézeteit illetően és ennek megfelelően állítsunk fel számára ápolási tervet. Ezekben az esetekben hasznos számunkra a *Madeleine Leininger* alkotta „*Napkelte modell*” alkalmazása („Understanding transcultural nursing”, 2005).

Ezzel az új tudományággal Madeleine Leininger amerikai ápoló- és antropológusnő kezdett el foglalkozni 1960-ban. Amiért a figyelme e téma köré összpontosult, az amerikai társadalom kulturális

sokszínűsége, amely nagyban kihat az ápolásra is. 1980-ban hozta nyilvánosságra ápolási modelljét, a „Sunrise” (Napkelte) modellt. A transzkulturális ápolás kivitelezésére megalkotott modell az elsődleges hangsúlyt az adott kultúrában honos szemlélet, értékek, szokások tiszteletben tartására helyezi. Ezen elmélet szerint egy eltérő kultúrájú beteg ápolása során ugyanolyan fontos szerepet kell tulajdonítani a kultúrájából eredő speciális igények kielégítésének, mint az egészségügyi ellátásának.

A fent említett tudásszint és ápolói magatartás felmérésére az eltérő kultúrájú beteg ellátása kapcsán rövid felmérést végeztem.

Anyag és módszer

A mintavételt ápolók körében végeztem két különböző budapesti fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézményben. Az egyik intézmény egy országos szintű szakspecifikus intézet, míg a másik intézmény egy több profillal rendelkező nagy ellátási területet felölelő intézet. A későbbiekben az intézmények A és B kórház néven szerepelnek.

A megkérdezett ápolók kapcsán beválasztási kritérium volt a betegágy melletti munkavégzés, ugyanakkor nem volt kötöttség a szakképesítés tekintetében.

A kutatás elvégzéséhez a kérdőíves módszert választottam. A kérdőív kitöltése a fent említett ápo-

lói csoport körében zajlott. A kitöltés önkéntes és anonim volt. A kutatáshoz szükséges jóváhagyást mindkét intézmény ápolási igazgatója megadta. Az adatgyűjtési időszakban az intézetekben 50-50 darab kérdőívet osztottam ki. Az egyik intézményben 33 fő ($n_A=33$), míg a másikban 30 fő ($n_B=30$) töltötte ki a kérdőívet.

A kérdőív öt oldal terjedelmű volt és összesen 25 kérdést tartalmazott, magába foglalva egy ápolói attitűdöt felmérő táblázatot is (**I. táblázat**).

A kérdőív első része felmérte a válaszadó szakmai hátterét, az egészségügyben eltöltött évek számát, a transzkulturális ápolás fogalmának ismeretét, valamint azt, hogy milyen gyakorisággal találkozik eltérő kultúrájú beteggel a napi munkavégzés során.

A második részben felmérésre került a kitöltő célcsoport tényleges és a saját maga által feltételezett ismerete az eltérő kultúrájú beteg ellátása során felmerülő speciális ápolási igények kielégítését illetően. Ugyanebben a részben vizsgáltam az ápolók magatartását a különböző etnikumhoz tartozó betegek ápolása kapcsán. Az utolsó nyitott kérdésben arra kerestem a választ, hogy hogyan lehetne még több információt szolgáltatni az ellátószemélyzet felé a különböző kultúrából származó beteg ellátásának könnyebbé tételére.

Az adatfeldolgozás kivitelezésére a leíró statisztikát alkalmaztam.

I. táblázat: Magatartás-felmérő skála

Kérem, hogy jelölje választát X-szel a megfelelő cellákban!

	Állítás	Teljesen egyetért	Egyetért	Nem ért egyet	Egyáltalán nem ért egyet	Nem tudja eldönteni
1.	Az eltérő kultúrájú beteg egészségügyi ellátása során a legfőbb problémát a kulturális különbség jelenti.					
2.	Az eltérő kultúrájú beteg egészségügyi ellátása során a legfőbb problémát a család aktív jelenléte, részvétele az ápolásban jelenti.					
3.	Az eltérő kultúrájú beteg a vallási és kulturális különbözőségei miatt speciális ellátást/elhelyezést igényel, ami zavarja a többi beteget.					
4.	Az eltérő kultúrájú beteg ellátását az egészségügyi szakdolgozók negatív előítéletek nélkül végzik.					
5.	A megkülönböztetett bánásmód miatt – amiben az eltérő kultúrájú beteg részesül – a többi beteg részéről az ápolót atrocitás éri.					
6.	A betegvezetés technikája nem különbözik az eltérő kultúrájú beteg esetében.					
7.	A szakképzés során kialakított készségek alkalmassá teszik az egészségügyi szakdolgozót a transzkulturális ápolás gyakorlására.					
8.	Az ápolás etikai elveinek teljesülése a betegellátás során minden körülmények között elvárható.					

A minta bemutatása

A felmérésben összesen 63 fő vett részt. A szakmai tapasztalat tekintetében négy csoportot képeztem, az első csoportot képezik azok, akik kevesebb, mint egy éve dolgoznak az egészségügyben, szám szerint hat fő a két intézményből. A következő csoportba tartoznak azok, akik kettő-hat év közötti időtartamot töltöttek az egészségügyben munkavégzéssel, összesen 11 fő. A harmadik csoportba a 7–10 év szakmai tapasztalattal rendelkezők tartoznak, összesen 13 fő. A negyedik csoport a 11 év feletti szakmai tapasztalattal rendelkezők csoportja, a válaszadók legnagyobb hányada (n=33) tartozik ide a két intézményből.

A megkérdezettek közül az A kórházban 1 fő, míg a B kórházban 2 fő okleveles (MSc) ápoló dolgozik.

A diplomás (BSc) ápolók megszólása az A kórházban 7 fő, míg a B kórházban 1 fő. Ebből láthatjuk, hogy a szakspecifikus kórházban gyakoribb a felsőfokú képesítéssel rendelkező ápolók jelenléte. Ugyanakkor az is kiderül, hogy mindkét intézményben magasan az OKJ-alapú végzettség a domináns, ami az A kórházban 24 dolgozót, míg a B kórházban 16 dolgozót tesz ki a válaszadók közül.

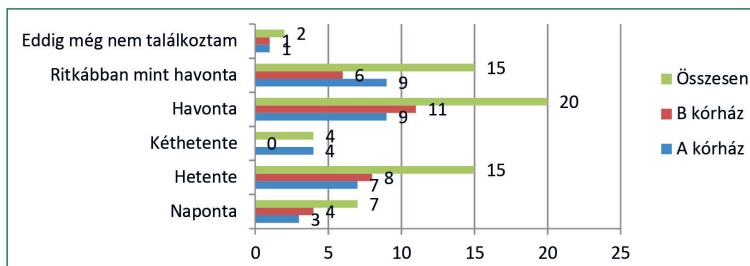
A válaszadók között elenyésző számban fordul elő az OKJ-nál alacsonyabb szakképesítés, mint a felnőtt szakápoló és az ápolási asszisztens.

A B kórház dolgozói közül 7 fő az egyéb kategóriába sorolta magát. Ők vagy tanulmányaikat folytatják és még nincs szakképesítésük, vagy szakképesítéssel nem rendelkező önkéntesként tevékenykednek az adott helyen.

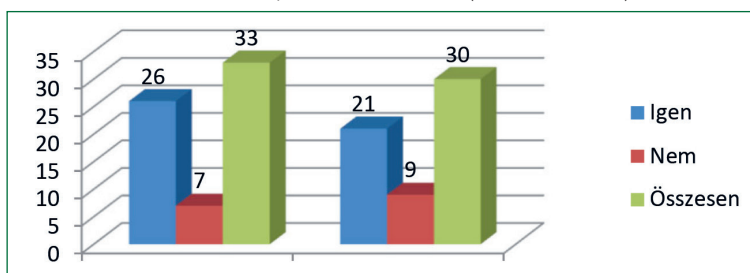
Eredmények

Napjainkban a mindennapi élet részévé vált a multikulturalitás, ez megfigyelhető az egészségügyi ellátás területén is. Az ápolók által adott válaszokból kiderül, hogy a napi munkavégzés során meghatározott időközönként találkoznak eltérő kultúrából érkező beteggel. A **2. ábrán** is jól látható, hogy a vá-

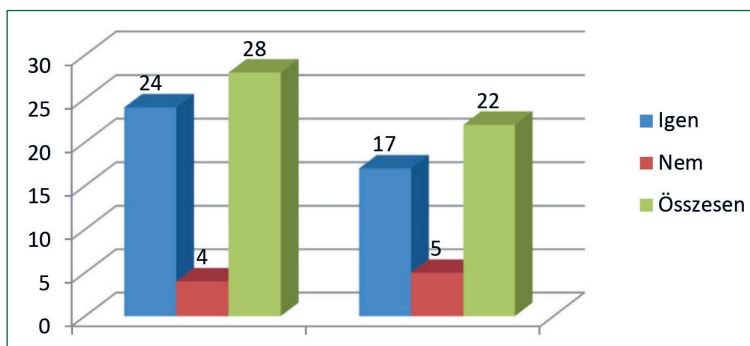
2. ábra: Az eltérő kultúrájú beteggel való találkozás gyakorisága, fő (NA=30, NB=33)



3. ábra: Transzkulturális ápolás ismerete, fő (NA=30, NB=33)



4. ábra: A transzkulturális ápolással kapcsolatos továbbképzés igényének felmérése, fő (NA=33, NB=30)



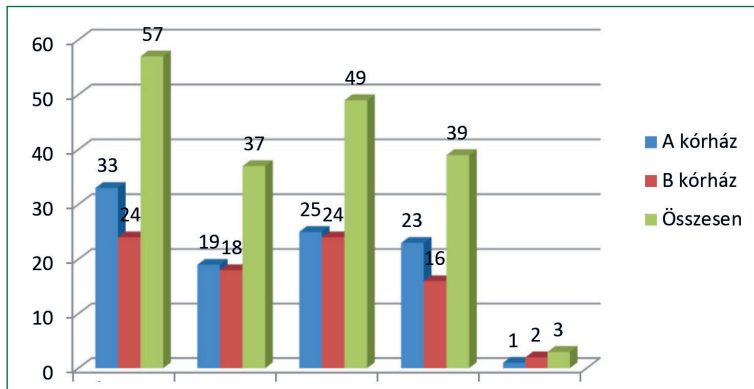
laszadók több mint fele havonta minimum egyszer kerül olyan helyzetbe, amikor eltérő kultúrájú beteget kell ellátnia.

Láthatjuk, hogy az eltérő kultúrából érkező beteg ellátása szinte a napi munkavégzés részét képezi. Így fontos, hogy az ellátószemélyzet minél bővebb ismeretekkel rendelkezzen a transzkulturális ápolást illetően. A megkérdezettek nagy része (47 fő) mindkét kórházban, saját bevallása szerint, találkozott már a transzkulturális ápolás kifejezéssel (**3. ábra**).

Mindezen információk tükrében részletes képet kaptunk a szakdolgozók további ismeretszerzésének az igényét illetően. Mindkét kórház válaszadóinak nagy többsége (50 fő) szívesen bővítené a tudását e témakörben (**4. ábra**).

Mint ismeretes, az eltérő kultúrából érkező beteg többféle speciális ápolási igénnyel (étkezés, tisztál-

5. ábra: Speciális igények ismerete eltérő kultúrájú beteg ápolása során, fő (NA=33, NB=30)



codás, nemek közti különbség, napirendi eltérések rendelkezik, amelynek betartása számára rendkívüli fontossággal bír. Így, ha az ellátószemélyzet nem eléggé felkészült, komoly konfliktus kialakulására lehet számítani. Elengedhetetlen, hogy a legalapvetőbb és a leggyakrabban előforduló igényekkel tisztában legyenek az ápolók (5. ábra).

Látható, hogy az eltérő kultúrából érkező beteg ápolása napi tevékenységgé vált, felmerült a kérdés, hogy mit gondol az ellátószemélyzet a saját tudását, ismereteit illetően egy hasonló beteg ápolása folyamán. A válaszadók közül csupán 1 fő vallja azt,

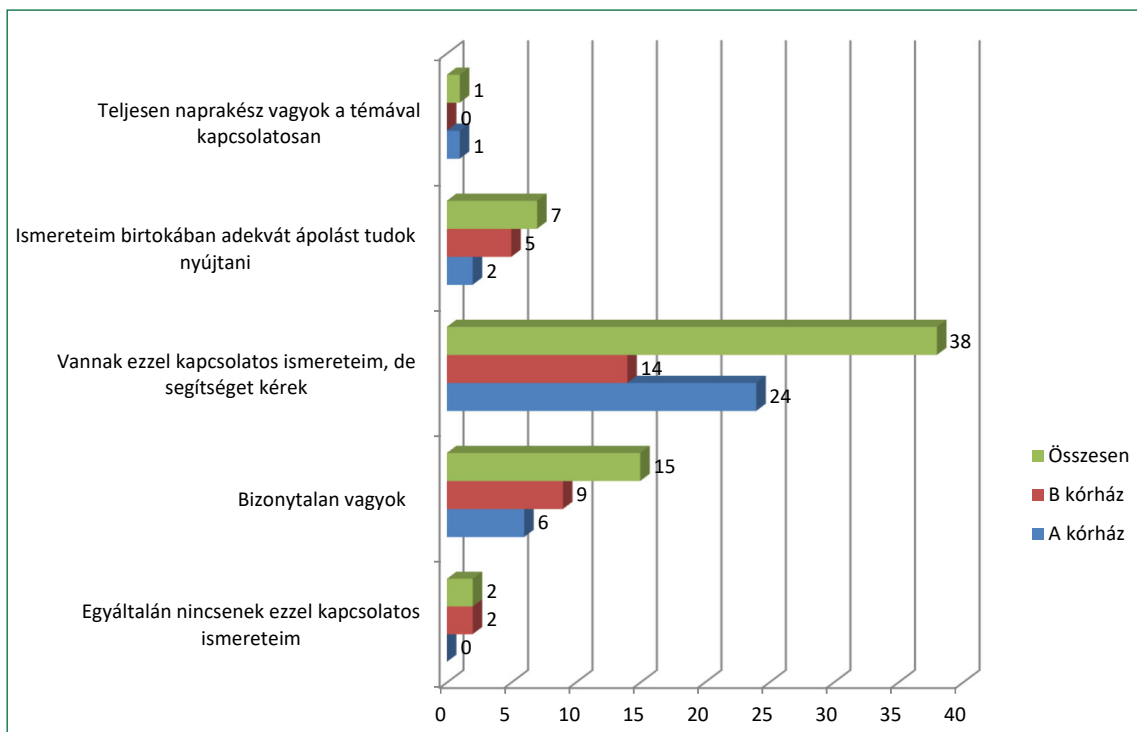
hogy teljesen naprakész a témával kapcsolatosan, és összesen 7 fő véli úgy, hogy a meglévő ismeretek birtokában adekvát ápolást tud nyújtani. A nagy többség (38 fő) nem tartja elegendőnek a birtokában lévő ismereteket a transzkulturális ápolás kivitelezéséhez, és 2 fő egyáltalán nem tudna mit kezdeni egy hasonló helyzetben (6. ábra).

Ezen igények ellátásakor kultúránként, vallásonként külön jellemzőkkel találkozhatunk, amelyek egyes esetekben hasonlítanak, máskor merőben eltérnek

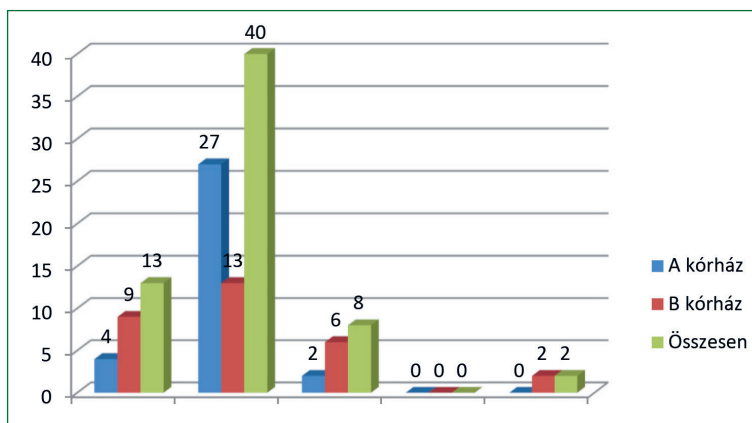
egymástól. Elengedhetetlen olyan ismeretek birtokában is lennünk, hogy melyik kultúrában mi az a tevékenység vagy egyéb specifikum, amire érdemes kiemelten odafigyelnünk és az ápolás során tiszteletben tartanunk. A fekvőbeteg ellátása közben fontos tudni, hogy milyen tevékenységek tartoznak egy eltérő kultúrájú beteg napi rutinjához, a nap indításához, legyen akár a zsidó vagy az iszlám vallás követője.

A szakdolgozói véleményeket az esetlegesen felmerülő problémákkal kapcsolatban az eltérő kultúrájú beteg ápolása alatt egy attitűdfelmérő táblázat

6. ábra: Saját tudásszint megítélése, fő (NA=33, NB= 30)



7. ábra: Probléma a kulturális különbség az ápolás kivitelezése során (NA=30, NB= 33)



segítségével mértem fel. A megkérdezett ápolók mind az A, mind pedig a B kórházban nagyobb számban egyetértenek abban, hogy problémát jelenthet egy eltérő kultúrához tartozó beteg kultúrájából adódó speciális igény kielégítése az ápolás idején (7. ábra).

Nem érzik ugyanakkor zavarónak a beteg igényét a család szorosabb jelenlétére, valamint egyöntetűen vallják, hogy az ápolás etikai elveinek a teljesülése a betegellátás teljes időtartama alatt elvárható.

Következtetések

Napjainkban a szabad népvándorlásnak és a szabad munkavállalási lehetőségeknek köszönhetően kijelenthetjük, hogy egy multikulturális társadalom tagjai vagyunk. Ennek köszönhetően számíthatunk arra, hogy a napi munkavégzés közepette egyre nagyobb gyakorisággal találkozhatunk eltérő kultúrából érkező beteggel. Éppen ezért fontos, hogy az ápolószemélyzet felkészült legyen a legalapvetőbb szükségleteket illetően az eltérő kultúrájú beteg ápolása alatt. Elengedhetetlen az alapismeretek elsajátítása a keleti és a nyugati kultúra különbözőségeit illetően, hiszen ennek birtokában valóban felkészülten tudunk szembenézni az eltérő kultúrából érkező beteg ápolása idején felmerülő kihívásokkal (Bohman & Borglin, 2014).

Az ápolás megtervezése közben rendkívüli fontossággal bír az adott beteg speciális, a kultúrájában honos jegyek, motívumok és viselkedési szabályok tiszteletben tartása. Ha az ismerethiányból kifolyólag nem tartjuk fontosnak azokat a dolgokat, amelyek viszont a beteg számára meghatározó jelleggel bírnak, egy kellemetlen konfliktushelyzetben találhatjuk magunkat. A beteg ennek következményeképpen elutasítónak válik, bezárkózik, megnehezítve

ezzel az ápolás kivitelezését, hátráltatva a saját gyógyulását (Rozsos, 2004).

A kutatás végzésekor megkérdezett ápolók nagy többsége rendelkezik ismeretekkel az eltérő kultúrából érkező beteg specifikus ápolási jegyeit illetően, sok esetben azonban nem sikerül megkülönböztetni azokat a jellegzetességeket, amelyek egyik kultúrában jelen vannak, egy másikban viszont már nem.

Ha az ismeretek nem is terjednek ki minden apró részletre, a legfontosabb az emberi jogok, az emberi méltóság, az autonómia tiszteletben tartása (Scala, 2012).

Fontos, hogy egy adott beteg ápolása folyamán a megfelelő ápolási modell kerüljön alkalmazásra, ezzel is garantálva az ápolás sikerességét. A transzkulturális ápolás alatt a gyakorlatban is remekül alkalmazható a *Madeleine Leininger* által megalakított „*Napkelte modell*” (Ansuya, 2012).

A megkérdezettek válaszaik megerősítik azt a megállapítást, miszerint az eltérő kultúrából érkező beteg ápolása a napi munkavégzés részét képezi, ugyanis az adott válaszokból kiderül, hogy mindkét kórház dolgozói heti szinten ápolnak eltérő kultúrából érkező beteget.

Láthatjuk tehát, hogy megéri erőt, energiát befektetni az eltérő kultúrák különbözőségeinek a megismerésére, a mélyrehatóbb tanulmányozására, a napi munkavégzés megkönnyítésének céljából (Ayaz et al., 2010).

A részletes megismerés az eltérő kultúrából érkező beteg speciális igényeit illetően azért is fontos, mert a felmérésből kiderül, hogy a megkérdezettek nem minden tekintetben naprakészek, olyan, a napirendjükre jellemző speciális jegyeket illetően, mint például az étkezés vagy a napirendi eltérések. Az étkezés az egyik legsarkalatosabb pont az eltérő kultúrából érkező beteg ápolása során, ezért ennek pontos ismerete a mindennapi munkavégzés közben elengedhetetlen (Leininger, 2002b).

A kérdőívet kitöltők saját tudásukat nem ítélik elegendőnek egy adekvát ápolás kivitelezéséhez, amennyiben eltérő kultúrájú beteg ápolásáról van szó.

A megkérdezett ápolók ugyanakkor egyetértenek abban, hogy a legtöbb konfliktus beteg és ápoló között az eltérő kultúra miatt adódik. Egy eltérő kultúrájú beteg ugyanis más bánásmódot igényel,

többnyire más elhelyezésben részesül, hogy kulturális kötelezettségeinek eleget tehessen.

A megkérdezett ápolók válaszaiból kiderül, hogy a többi beteg adott esetben ezt nem mindig fogadja jól, sőt akár atrocitás is érheti emiatt az ellátószemélyzetet. Ennek ellenére a kutatásban résztvevők nagy része mindkét helyen vallja, hogy negatív előítéletek nélkül tudja végezni az eltérő kultúrából érkező beteg ápolását. Tisztában kell lennünk azonban azzal a tényezővel is, hogy a me-

takommunikáció, a magatartásunk is sokat elárul a személyiségünkről. Mint ahogyan a napirendi és életvitelbeli téren jelentős különbségek mutatkoznak, úgy a magatartásbeli jellegzetességek is fellelhetők és mást jelentenek egy adott kultúrán belül (Rozsos, 2015).

Mindezek tükrében a válaszadók jelentős része szerint fontos a továbbképzések szervezése e témában, sokan szívesen hallanának, tanulnának többet a fent említett speciális ápolás kivitelezhetőségéről.

Irodalomjegyzék

- Ansuya, B. (2012). Transcultural nursing: cultural competence in nurses. *International Journal of Nursing Education*, 4(1), 5–7.
- Ayaz, S., Bilgili, N., & Akin, B. (2010). The transcultural nursing concept: a study of nursing students in Turkey. *International Nursing Review*, 57(4), 449–453. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00817.x>
- Bohman, D. M., & Borglin, G. (2014). Student exchange for nursing students: does it raise cultural awareness? A descriptive, qualitative study. *Nurse Education in Practice*, 14(3), 259–264. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.11.006>
- Cameron-Traub, E. (2002). Western Ethical, Moral and Legal Dimensions within the Culture Care Theory. In: Leininger M. & Farland M. R. M. (eds.), *Transcultural Nursing: concepts, theories, research and practice* New York: Mc Graw-Hill; p. 169–177.
- Smith, E. E., Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson B. L., Loftus, G.R. (2005). Attitűdök és viselkedés. *Atkinson & Hilgard (eds.). Pszichológia*. Budapest: Osiris; p. 439–440; 704–706.
- Leininger, M. (2002a). Ethical, Moral, and Legal aspects of Transcultural Nursing. In: Leininger M. & McFarland M. R. (eds.) *Transcultural Nursing*. New York: McGraw-Hill; p. 271–284.
- Leininger, M. (2002b). Transcultural Food Functions, Beliefs and Practices. In: Leininger M. & McFarland M. R. (eds.) *Transcultural Nursing*. New York: McGraw-Hill; p. 205–216.
- Maier-Lorentz M. M. (2008). Transcultural nursing: its importance in nursing practice. *Journal of Cultural Diversity*, 15(1), 37–43.
- Rajna, P. (2009). A magatartás tudatos és nem tudatos elemei. A metakommunikáció. In: Rajna P. (ed.) *Csodabogár és dobozember: A magatartás és a kapcsolatok szélsőségei, zavarai*. Budapest: MultiArt; p. 13–45.
- Rozsos, E. (2004). A kulturális szempontból hiteles ápolás. *Egészségügyi Menedzsment*, 6(3–4), 37–46.
- Rozsos, E. (2015). És ki a másik? *Nővér*, 28(4), 27–36.
- Scala, A. (2012). Transcultural or multicultural nursing? *Australian Nursing Journal*, 20(2), 36–36.
- Szakáll, Z. (2006). Ápolók – attitűdök – roma betegek. *Nővér*, 19(4), 27–32.
- Understanding transcultural nursing. (2005). *Nursing*, 35 Suppl Career, 14–24. <https://doi.org/10.1097/00152193-200501001-00002>

Ápolók ismereteinek vizsgálata a negatívnyomás-terápiás sebkezelés kapcsán (1. rész)

BÖGYÖS Dorina, CSIZMAZIA Szilvia, DR. CSERNUS Mariann PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

Bevezetés: A negatívnyomás-terápiát (NPWT) mint a modern sebkezelése egyik módszerét széles körben alkalmazzák a komplex sebek kezelésére mind a fekvőbeteg-, mind a járóbeteg-ellátásban és az otthonápolásban egyaránt.

A vizsgálat célja: A vizsgálat célja felmérni olyan sebészeti osztályon dolgozó ápolók ismeretét a negatív nyomású sebkezelésről, akik nap mint nap találkoznak ezzel a kezeléssel.

Vizsgálati módszer: A vizsgálat keresztmetszeti, kvalitatív módszer strukturált interjú készítésével történt. A vizsgálati mintába sebészeti osztályon dolgozó, minimum OKJ-s ápoló szakmai végzettséggel rendelkező ápolók (N=10) kerültek, akik találkoztak NPWT-kezeléssel gyakorlati munkájuk során. A vizsgálat 2021. július–augusztus hónapokban történt.

Eredmények: A megkérdezett 10-ből 9 ápoló korábbi munkahelyein nem találkozott ezzel a sebkezelési formával. Az ápolók közül 9 fő tudta, hogy milyen elv alapján működik a berendezés, milyen hatás által segíti a sebgyógyulást. Minden megkérdezett ápoló tisztában volt vele, hogy mire kell odafigyelni NPWT-ellátásban részesülő beteg ellátásakor. Az ápolók szerint legfontosabb feladatuk a gyűjtőtartályba ürülő váladék megfigyelése mind mennyiségileg, mind minőségileg. 10-ből 1 ápoló említette csak, hogy a nagy mennyiségű vér megjelenésekor a gépet azonnal le kell állítani, és az orvost azonnal riasztani sükséges. Az ápolók közül 8 főt érdekeltek további információk, hasznos tudnivalók az NPWT-vel kapcsolatban.

Következtetések: A negatívnyomás-terápiás kezelés hazánkban még nem terjedt el széles körben, ugyanakkor az ápolók, akik dolgoztak e sebkezelési módszerrel, tisztában vannak a gép működési elvével. Az ápolók fontosnak tartják megfigyelni a berendezés minden részét, mert tudatában vannak annak, hogy ha valamelyik rész hibásan működik, akkor a kezelés hatástalan. Az ápolók tudása csak a tapasztalataikon alapul, és szívesen bővítenék ismereteiket a negatívnyomás-terápiáról.

Kulcsszavak: NPWT, sebkezelés, ápolói ismeret

Examining the Knowledge of Nurses regarding Negative Pressure Wound Therapy (Part 1)

Dorina BÖGYÖS, Szilvia CSIZMAZIA, Mariann CSERNUS PhD

SUMMARY

Introduction: Negative Pressure Wound Therapy (NPWT), as one of the methods of modern wound treatment, is widely used for the treatment of complex wounds both in inpatient and outpatient care and in home care.

Purpose: The purpose of this study is to assess the knowledge of nurses working in the surgical department and who encounter this treatment every day, about wound care with negative pressure.

Method of study: Cross-sectional, qualitative method with structured interviews. The study sample is nurses working in the surgical department with a minimum OKJ Nursing professional qualification, who have encountered NPWT treatment during their practical work. The investigation took place in July and August of 2021.

Results: Among the interviewed nurses, 9 out of 10 did not encounter this form of wound treatment in their previous jobs. 9 nurses knew the principle on which the equipment works and the effect it has on wound healing. All interviewed nurses were aware of what to pay attention to when caring for a patient receiving NPWT care. According to the nurses, their most important task is to monitor the secretions that empty into the collection tank, both quantitatively and qualitatively. Only 1 nurse out of 10 mentioned that when a large amount of blood appears, the machine must be stopped immediately and the doctor must be alerted immediately. 8 of the nurses were interested in additional information and useful information about NPWT.

Conclusions: The negative pressure therapy has not yet spread widely in Hungary, but at the same time, the nurses who have worked with this wound treatment method are aware of the working principle of the machine. Nurses consider it important to monitor all parts of the equipment, because they are aware that if any part is malfunctioning, the treatment is ineffective. Nurses' knowledge is based only on their experience and they would like to expand their knowledge of negative pressure therapy.

Keywords: NPWT, wound care, nurses' knowledge

BÖGYÖS Dorina
sürgősségi APN, Tolna Megyei
Balassa János Kórház,
Sürgősségi Osztály,
Szekszárd

CSIZMAZIA Szilvia
BSc-ápoló, Soproni
Gyógyközpont Sebészeti
Osztály, Sopron

DR. CSERNUS Mariann PhD
főiskolai docens, Semmelweis
Egyetem Egészségtudományi
Kar, Ápolástan Tanszék,
Budapest

Levelező szerző
(corresponding author):
BÖGYÖS Dorina
E-mail:
bdorina0815@gmail.com

Beérkezett: 2023. február 22.
Elfogadva: 2023. május 31.



Bevezetés

A komplex sebek kezelése jelentősen előrehaladt az elmúlt két évtizedben. A negatív nyomású sebterápia (NPWT), más néven vákuumasszisztált sebterápia, egy innovatív kezelési módszer, amely vákuumot használ bizonyos sebtípusok gyógyulásának elősegítésére (Schreiber, 2016).

Az NPWT-t számos különböző seb hatékony kezeléseként tartjuk számon. A technika akut és krónikus sebek ellátására egyaránt alkalmazható, ezért ezt az eljárást számos sebészeti területen alkalmazzák (Metzger, 2012; Apelqvist et al., 2017).

A vákuumterápiának léteznek speciális formái. Ilyen például a zárt incisiós NPWT (ciNPWT) és az endoszkópos vákuumterápia (EVT). Előbbi a nagy rizikójú sebek esetén prevencióssal kerül felhelyezésre. Utóbbi az endoluminális sebészeten kialakuló varratelégtelenségek kezelésére szolgál. Amennyiben a kezelés kiegészül öblítéssel, instillációs NPWT-ről beszélünk (Szentkereszty, 2017).

Az NPWT használata prevencióssal célból és a már gyulladt területen használva is nagymértékű hatékonyságot mutat, ezzel javítja a páciensek életkörülményeit, valamint lecsökkenti az egészségügyi ellátásban töltött időt. A betegek kevesebb fájdalmat jeleznek vissza, és így kevesebb fájdalomcsillapító gyógyszerre volt szükségük. Továbbá higiénikusabb és szagtalan körülményeket hoz létre. A kötéscserék, a gyógyszerelés, valamint az ápolási napok számának csökkenése miatt a teljes terápia vonatkozásában az NPWT költséghatékony sebkezelésnek bizonyult (Nyárfádi et al., 2018).

Az 1990-es évek elején, a klinikai gyakorlatban való bevezetése óta a negatív nyomású sebterápiát széles körben alkalmazzák a komplex sebek kezelésére a fekvőbeteg-ellátásban, illetve az úgynevezett „single use”, egyszer használatos módszer segítségével a járóbeteg-szakellátásban, valamint az otthoni ápolási környezetben egyaránt.

Ápolás negatívnyomás-terápia alatt

A krónikus, nehezen gyógyuló sebek ellátása multiprofessionális teammunkában történik. A team tagjai szűken értelmezve közvetlenül a seb kezelésében részt vevő szakemberek, azaz orvos és ápoló. Általánosan elmondható, hogy az ápolás holisztikus szemléletű. Nincs ez máshogy a sebellátás, NPWT során sem. A terápia alatt az ápoló feladatai nemcsak a sebellátásra korlátozódnak, hanem kiterjednek a beteg testi, lelki és szociális szükségleteire is. Az ápolónak ismerni kell az NPWT indikációit, a terápia működésének alapjait és a technika kivitelezését.

Az NPWT helyes kivitelezését nagyban befolyásolja a szakápolók készségeinek megléte, amelyek a következők: asszisztálás képessége a kivitelezés során, a rendszer működőképességének folyamatos ellenőrzése, riasztás esetén a kezelőorvos értesítésén túl a lehetséges okok felismerése, a tartályba ürülő váladék megfigyelése, az infekciók észlelése, a fájdalom pontos megfigyelése és annak menedzselése, a megfigyelt adatok pontos dokumentálása, a sebkezelési rendszer eszközeinek megfelelő, gyártó által ajánlott fertőtlenítése. A sebellátás ismeretén túl, a szakápolónak fel kell mérnie a beteg általános állapotát a megfelelő sebgyógyulás érdekében, és a lehetséges szövődmények megelőzése céljából. A sebgyógyulást negatívan befolyásoló tényezőket fel kell ismerni, mint például: alacsony fehérjebevitel, csökkent oxigenizáció, vérkeringés zavarai, anaemia megléte, cukorbetegség, dohányzás, elhízás, lehetséges fertőzések kialakulása. A fertőzés, esetleges szepszis kialakulásának korai felismerése céljából ellenőrizni kell a beteg vitális funkcióit.

A szakápolónak feladata a kötéscserék előtt és a kezelés alatt igény szerint a fájdalomcsillapítás biztosítása is. Fontos továbbá a beteg edukációja a terápiával kapcsolatban. Meg kell ismertetni vele a lehetséges szövődményeket, az eszköz riasztásait és a kötés elváltozásait. El kell mondani, mely esetben kérje azonnal a szakdolgozók, orvos segítségét, ilyen például: vérzés észlelése a tartályban, csőben, kötés alatt, seb körüli bőr pirosságának fokozódása, a sebből áradó kellemetlen szag, fokozódó fájdalom. Ismertetni kell a gyulladás és allergiás reakció tüneteit. További szakápolói kompetencia az eszköz megfigyelése, szükség esetén a hibaelhárítás. Ezen feladatok közé tartozik az eszköz működőképességének, a fedőkötés légmentességének, a csövek átjárhatóságának megfigyelése. Hibajelzés esetén a szakápolónak meg kell keresni és meg kell oldani a problémát. A jelzés oka lehet például a tartály telítettsége, a rendszer valamely részén lévő szivárgás, az akkumulátor merülőben van vagy lemerült, illetve a terápia nem lett aktiválva. A sebkezelés folytatódhat a beteg otthonában. Az NPWT alkalmazható az egészségügy egyéb szintjein is, így akár az alapellátásban, járóbeteg-ellátásban is. Ebben az esetben különösen fontos feladat a beteg és családtagjainak edukációja. Fel kell mérni, hogy a beteg képes-e az eszközzel kapcsolatos információk megtanulására és annak megfelelő használatára. Ezen túlmenően fontos megállapítani a családi támogatottság mértékét is. A beteget és családját tájékoztatni kell az eszköz felépítéséről, működéséről (Bonsall, 2016; Csernus & Móricz, 2017).

A betegek oktatásakor hangsúlyt kell fordítani az eszköz által kibocsátott riasztásokra, nem meg-

szokott hangokra, a kötszer elváltozásaira, valamint a leggyakrabban előforduló szövődmények jeleire, mint a vérzés és fertőzés. Fel kell hívni a beteg figyelmét, hogy mely esetekben kell jeleznie az ápolónak vagy orvosnak. Ilyen eset, ha jelentős változás van az ürülő váladék színében (zavaros vagy élénkpiros), túlzott vérzés jelentkezik a tiszta kötszer alatt, a csőben vagy a tartályban, a seb vörös lesz, kellemetlen szag észlelhető a sebből, fokozódik a fájdalom vagy ha az eszköz több mint két órán leeresztül nem működik. Tájékoztatni kell a beteget a fertőzés jeleiről is, például: láz, bőrpír, duzzanat, melegség, genny vagy kellemetlen szagú ürülő váladék (Bonsall, 2016).

A hordozható NPWT fejlesztése biztató innováció a sebellátási technológiában. Az NPWT-terápia előnyeinek kiterjesztése a járóbetegekre potenciálisan előnyösebb. Az NPWT otthoni ellátásához megfelelő betegtanácsadást és oktatást kell nyújtani. A hordozható NPWT előnyei közé tartozik a kórházi tartózkodás csökkenése, a betegek elégedettségének növekedése. A kevesebb kórházban töltött idő lehetővé teszi a beteg számára a normális élethez való visszatérést. A szorongás szintjének lehetséges csökkenése és a betegség feletti vélt kontroll bizonyos betegeknek tovább segítheti a gyógyulást. Ezenkívül jelentős költségelőnyökkel jár a hordozható NPWT használata a fekvőbeteg-NPWT-hez képest. Ezért ez a terápiás módszer egyre inkább használatos alap- és otthonápolási környezetben egyaránt (Burke et al., 2014).

A vizsgálat célkitűzése

A vizsgálat elsődleges célja volt felmérni olyan sebészeti osztályon dolgozó ápolók ismeretét a negatív nyomású sebkezelésről, akik nap mint nap találkoznak ezzel a sebkezelési formával. Továbbá felmérni, hogy ezek az ápolók tisztában vannak-e a kezelési módszer legfontosabb lépéseivel, megfigyelésének kritikus elemeivel, indikációival és kontraindikációival.

Mindezek alapján egy átfogó helyzetképet kívánunk kapni ezen ápolók véleményéről e sebkezelési formával kapcsolatban.

Vizsgálati módszer

A negatívnyomás-terápia vonatkozásában a hazai ápolók ismeretének felmérése kapcsán két egymástól függetlenül készült vizsgálat kerül bemutatásra. Mindkét vizsgálat célja a sebészeti területen dolgozó ápolók tudásának és tapasztalatainak a felmérése volt.

Jelen bemutatott keresztmetszeti, kvalitatív vizsgálat adatgyűjtési módszere strukturált, irányított interjú volt. A vizsgálat során biztosítottuk az anonimitást. A vizsgálat egy országos egészségügyi ellátást végző intézetben történt, amelyhez megkaptuk az intézet kutatásaitikai szabályzatának megfelelően az intézetvezető engedélyét.

A vizsgált mintában való részvétel nemtől, kortól független volt. Bekerülési kritériumként három szempontot határoztunk meg a megkérdezettek vonatkozásán, minimum OKJ-s végzettséggel rendelkezzen; sebészeti osztályon dolgozzon, ahol a mindennapok során alkalmaznak NPWT-t; legyen tapasztalata a sebkezelés területén. Ezen feltételeknek 10 ápoló felelt meg, és így körükben történt a felmérés.

A felmérés 2021. július–augusztus hónapokban történt. A válaszok az interjúkészítés pillanatában lejegyzésre kerültek az interjúalany szavaival.

Összesen 11 nyílt, csakis az NPWT-vel kapcsolatos ismereteikre irányuló kérdés szerepelt a felmérésben.

A következő témákban kerültek megkérdezésre az ápolók:

- Mióta ismerik a negatívnyomás-terápiát?
- Tapasztalataik szerint miként hat az NPWT a sebgyógyulásra?
- Ismereteik szerint milyen elv alapján működik a készülék?
- A készülék mely egységét kell megfigyelni?
- Milyen indikációi vannak ennek a sebkezelésnek?
- Milyen kontraindikációkat ismernek, illetve milyen szövődményekkel szoktak találkozni?
- A gép miként szokott riasztani, és ilyenkor mit szoktak leellenőrizni?
- Szoktak-e utánaolvasgatni e témának?

Eredmények

Az eredmények a feltett kérdések sorrendjében, elemző módon kerülnek ismertetésre.

Első kérdés: Mióta ismeri, illetve használja az NPWT-terápiát?

Erre a kérdésre 10-ből 9-en azt válaszolták, hogy azóta ismerik a negatívnyomás-terápiás sebkezelést, amióta az intézetben dolgoznak. Egy ápoló válaszolta azt, hogy már korábban is találkozott ezzel a sebkezelési változattal.

A hatodik megkérdezett ápoló így válaszolt: „Még a szakképzés alatt, 2009-ben tanultam róla, hogy fejlesztenek egy ilyen sebkezelési eljárást, de 2014-ben találkoztam ezzel először a Honvéd Kórházban.”

Második kérdés: Tapasztalata alapján, hogyan hat a sebgyógyulásra a negatív nyomású sebkezelés?

Mind a 10 megkérdezett ápoló szerint pozitív hatással van a sebkezelésre az NPWT. A 3., 4., 5., 6., 7. és 8. válaszoló is azt a választ adta, hogy gyorsítja a sebgyógyulást ez a kezelési mód. Az 1., 2., 9. és 10. ápoló szerint közelíti egymáshoz a sebszéleket, így segítve a sebgyógyulást. A 2., 9. és 10. ápoló azt is hozzátette, hogy a negatív nyomás kiszívja a sebben felgyülemlett váladékot, ami szintén pozitívan hat a sebgyógyulásra. Az 1., 2., 7. és 9. válaszadó még kitért arra is, hogy az NPWT zárt rendszer lévén védi a sebet a további fertőzésektől.

Az első interjúalany válasza: *„Az én ápolói meglátásom szerint, pozitív hatása van a negatív nyomású terápiának a sebgyógyulásra nézve. Az tény, hogy a szervezetünk rendelkezik olyan biológiai anyagokkal, öngyógyító funkciókkal (értem ez alatt, hogy egy sebet képes önállóan meg-, begyógyítani), de az is tény, hogy ezen biológiai anyagok hosszan tartó pangása káros lehet az adott seb gyógyulására. Mindamellettt kisebb a fertőzés veszélye is, mint például egy intelligens kötszer használata mellett, és hozzájárul a seb zsugorodásához is.”*

Harmadik kérdés: Milyen elv szerint működik a készülék?

A harmadik interjúalany kivételével, mindenki azt válaszolta, hogy a zárt rendszer vákuumot képez a sebben, és ennek a negatív nyomásnak az előnyeit használjuk ki e kezelés használatakor. A harmadik megkérdezett ápoló nem tudott pontos választ adni erre a kérdésre.

A hatodik megkérdezett ápoló az eszköz működési elvét így fogalmazta meg: *„A vákuum segítségével közelíti a sebszéleket, kiszívja a váladékot és ezáltal tisztítja a sebet.”*

Negyedik kérdés: A készülék mely egységét kell leginkább megfigyelni?

Erre a kérdésre egyöntetű válaszokat kaptunk, ugyanis a megkérdezett ápolók szerint a berendezés mindegyik részét nagyon fontos megfigyelni.

Az első interjúalany így fogalmazott: *„Az én ápolói hatásköröm szerint az NPWT gép kijelzőjét (azon jelző szívás folyamatát), illetve a gyűjtőtartályát kell leginkább megfigyelnem, hogy teltség esetén időben tudjam azt cserélni. De feladatomnak érzem azt is, ha a tartály gyorsan telítődik élénkörös színű vérrrel, akkor azt azonnal jelezsem az illetékes orvos számára.”*

Ötödik kérdés: Milyen indikációban használják ezt a fajta sebkezelési módot a saját gyakorlatában, illetve ismer-e még ilyen indikációt?

Erre a kérdésre legtöbben megnevezték a spinális infékción, különböző okokból kialakult sebgyógyulási

zavart és a nosocomialis infékciónkat, mint saját gyakorlatból ismert indikációkat. További indikációként az 1., 5., 7., 8., 9. és 10. válaszoló is a decubitust adta válaszul. Páran megemlítették még a lábszárfelelyt, különböző krónikus sebeket és a nagyon váladékozó, gennyes sebeket.

A nyolcadik interjúalany válasza: *„Fő indikáció többnyire gyulladás, de tudtommal preventív jelleggel is használták már nagy, főleg szennyezett sebek kezelésénél. Decubitus kezelésében is alkalmazzák.”*

Hatodik kérdés: Ápolóként mire kell figyelni a negatívnyomás-terápia során?

Erre a kérdésre többféle választ adtak az ápolók. A gyűjtőtartályban lévő váladék mennyiségének és minőségének megfigyelése az 1., 2., 3., 5., 6., 9. és 10. ápoló szerint is fontos feladatuk. Ezt a választ adták a legtöbben. Ezenkívül megnevezték még a szívás erősségét, megfelelően van-e felhelyezve a fólia, az akkumulátor töltöttségi szintjének ellenőrzését, illetve többen megnevezték a beteg fájdalmát, mint fontos megfigyelési pont.

A második interjúalany válasza a következő volt: *„A készülék töltöttségére kell figyelnem, és hogy legyen hozzá energiaforrás. Figyelem még a szívás erősségét, a tartályban lévő váladék mennyiségét, a beteg fájdalmát, és hogy a csövek ne legyenek megtörve.”*

A tizedik interjúalany válasza: *„A szívás erősségére, nehogy túl magasra legyen állítva a szívás, mert az hirtelen nagy mennyiségű vért is kiszívhat. Figyelni kell a kiszívott váladék állagát, milyenségét, szintén a vér miatt. Figyelni kell még a fóliát, nem ereszt-e valahol. Illetve az is fontos, hogy a cső ne legyen megtörve.”*

Hetedik kérdés: Volt-e rá példa a saját gyakorlatában, hogy a gép riasztott? Ha igen, akkor miért és hogyan jelzett a gép?

Erre a kérdésre mindenki egyértelműen azt válaszolta, hogy rendszeresen van rá példa, hogy a gép riaszt. A „miért és hogyan” kérdésre is egyöntetű válaszok érkeztek, miszerint a jelzést okozhatja elzáródási hiba, alacsony akkumulátorszint, tartály megtelt, levegős a fólia. Ezekben az esetekben a gép hangosan riaszt és a kijelzőn magyar nyelven kiírja a jelzés okát.

A kilencedik ápoló válasza: *„Igen, gyakran szokott riasztani a gép. Hangos sípolással jelez, a kijelzőn magyar nyelven kiírja a riasztás okát, így könnyű vele dolgozni.”*

Nyolcadik kérdés: Mit kell ellenőriznie az ápolónak a gép indulását követően?

Erre a kérdésre szintén nagyon egyező válaszok érkeztek, miszerint mind a 10 ápoló figyel, hogy a fólia megfelelően illeszkedik-e, van-e vákuum, elindult-e a szívás folyamata. A 2., 5., 6. és 10. interjúalany a

gép elindítása után ellenőrzi azt is, hogy a csövek nincsenek-e elzárva. A 3. ápoló pedig a vér hirtelen nagy mennyiségű megjelenését is figyelemmel kíséri.

A hetedik ápoló válasza: „A készülék elindítását követően ellenőrizni kell a vákuumot, elindult-e a szívás, és áram alatt van-e a gép.”

A nyolcadik interjúalany válasza: „A gép indulása után ellenőrzöm, van-e töltés az akkumulátorban, illetve az orvos által beállított nyomás megfelelően meg van-e a terápia alatt.”

Kilencedik kérdés: Milyen előnyeit és hátrányait tudná kiemelni ennek a sebkezelési módszernek?

Egyöntetűen minden ápoló válaszában benne volt, hogy legnagyobb előnye a kezelésnek, hogy gyorsítja a sebgyógyulást. Az 1., 2. és 8. válaszoló szerint előny a váladék zárt rendszerben történő szívása, így a külvilág nem érintkezik vele, ami nagyban megakadályozza a fertőzések továbbadását. Az 5. és 7. ápoló a zárt rendszernek másik előnyére fókuszált, miszerint a beteget védi meg további fertőzésektől. A gerincsebészeti osztályon a rendszer szivacsának cseréjét altatásban végzik a mély, gerincközeli sebek miatt. Emiatt a válaszolók nagy része, pontosabban az 1., 2., 3., 6., 8., 9. és 10. interjúalany hátrányként nevezte meg a sok altatást, ami a szivacserek miatt háromnaponta szükséges. Véleményük szerint ez rendkívül megterheli a betegeket pszichésen és fizikálisan egyaránt. Hátrányként még többen megemlézték, hogy a gyakori szivacserek, avagy kisműtétek fájdalommal járnak, illetve néha az erős szívás is fájdalmat tud okozni.

A negyedik ápoló válasza: „Előnye talán a gyorsabb gyógyulás, mert folyamatosan szívja a felgyülemlett váladékot, de hátránya, hogy a beteg részéről kellemetlen, hisz neki is figyelni kell a töltöttséget, és kényelmetlen alvásnál, tisztálkodásnál.”

Tizedik kérdés: Milyen szövődményekkel találkozott a negatív nyomású sebkezelés alkalmazása során?

A 2., 4., 9. és 10. válaszadó a hospitalizációt nevezte meg egyértelmű szövődménynek a hosszan tartó kezelés miatt. A 4., 9. és 10. ápoló a válaszukhoz a depresszió kialakulását is hozzátették. Megnevezésre került még a bőrfelmaródás a fólia miatt, esetleges vérzés, fájdalom és a mozgáskorlátozottság.

Tizenegyedik kérdés: Érdekl-e további információ a kezeléssel kapcsolatban?

Erre a kérdésre az a válasz érkezett, hogy a 2. és 4. válaszadó kivételével mindenkit érdekelt további információ a témával kapcsolatban.

A hatodik interjúalany így válaszolt: „Igen, mindenképpen érdekelnek új információk.”

A nyolcadik megkérdezett ápoló válasza: „Természetesen érdekel, hiszen majdnem napi szinten találkozom ezzel a kezelési formával. Leginkább a preventív oldala érdekel.”

Megbeszélés

Az ápolói ismeretek felmérését vizsgáló szakirodalmak alapján megállapítható, hogy elsősorban az NPWT-technológiára összpontosítanak, és a terápiát alkalmazó ápolók véleményét kevés tanulmány vizsgálja.

Cray (2017) tanulmányában öt különböző, eltérő tapasztalati szintű ápoló körében készített interjút az NPWT-vel kapcsolatban. A kutatás témái hasonlóak voltak a jelen felmérés témáihoz, mint például a kezelés működési elvének megértése, a problémás szivattyúk kezelése, a módszer előnye és hátránya, valamint a továbbképzés szükségessége. A tanulmányból kiderült, hogy hiányzott a szabványosított képzés a megkérdezett ápolók számára. Összességében az ápolók tisztában voltak a kezelés alapelveivel, de további támogatást szerettek volna ezen a területen (Cray, 2017).

Egy 2020-as angol tanulmányban öt sebész és hét különböző területen tevékenykedő ápoló véleményét kérték ki a sebkezelésről, azon belül a negatívnyomás-terápiáról. A negatív nyomású sebtéripiát a szakemberek támogatták, annak ellenére, hogy nem voltak klinikai vagy költség-hatékonyságra utaló kutatási bizonyítékok. A legkedveltebb kezelési lehetőség az orvosok és az ápolók számára egyaránt az NPWT volt a nyitott, nehezen gyógyuló sebek esetében. Az ápolók elmondták a kezelés jótékony hatásait, miszerint a kötszer lezárja a sebet, így csökkenti a váladékképződést és a fertőzés valószínűségét. Az orvosok megemlézték továbbá az NPWT használatát alátámasztó kutatási bizonyítékok hiányát, különös tekintettel a költség-hatékonyságra. Ezt mégsem tartották különösebb problémának, ha mérlegelték a kezelés személyes pozitív tapasztalatait. Egy, a közösségi ápolás területéről érkezett ápoló elmondta, hogy számára az eszköz használatával csökkent a munkaterhelés. Néhány résztvevő ápoló viszont fenntartását fejezte ki, miszerint erős fájdalmat tapasztalt betegei körében a kezelés használata alatt. Az ápolók és a sebészek egyetértettek abban, hogy legyengült betegek, illetve kognitívan károsodott betegek számára a felszerelés nehezen kezelhető. A résztvevők abban is egyetértettek, hogy észlelték a betegek rövidebb kórházi tartózkodási idejét és a gyorsabb sebgyógyulást. Továbbá a tanulmány szerint a megkérdezett ápolók azonban megemlézték még, hogy a betegek körében is növekedett az NPWT elfogadása,

mert az öltözködésben kevésbé korlátozta őket, és lehetővé tette számukra, hogy fizikailag és társadalmilag is aktív életet élhessenek a kezelés ideje alatt is. Az ápolók azonban hozzátették, hogy a gép sípoló hangja alvászavart okozott betegeik körében. Az ápolók utaltak az általános képzettség hiányára az NPWT alkalmazásában kollégáik körében (McCaughan et al., 2020).

Egy 2016-os amerikai tudományos cikk pedig áttekintést nyújt a negatívnyomás-terápiáról és megvitatja a kulcsfontosságú ápolási gócpontokat, amelyek elengedhetetlenek a betegápoláshoz NPWT alkalmazásakor (Schreiber, 2016).

A saját kutatásunk eredményeiben hasonlóságokat fedeztünk fel e három szakirodalom kapcsán. Az interjú során 10, sebészeti osztályon dolgozó ápolónak tettünk fel 11 kérdést az NPWT-terápiáról és az ahhoz kapcsolódó ápolói tevékenységekről. Az interjúk feldolgozásából és értékeléséből egyértelműen kiderült, hogy csupán egy megkérdezett ápoló találkozott a negatívnyomás-terápia sebkezelési módszerrel a korábbi munkahelyén. Egy ápoló kivételével minden megkérdezett ápoló ismerte a negatívnyomás-terápiás sebkezelés működési elvét.

A megkérdezett ápolók szerint a berendezés minden részét nagyon fontos folyamatos ellenőrzés alatt tartani. Megállapítható volt az is, hogy a megkérdezett ápolók tájékozottak az NPWT-kezelés indikációiról a saját szakterületükön kívüli alkalmazásban is. Az eredmények alátámasztották, hogy a vizsgálatban részt vett ápolók ismerik az NPWT hátrányait is.

A negatívnyomás-terápia mint új keletű sebkezelési eljárás motiválja a szaktudás gyarapítását az ápolók körében, ugyanis a megkérdezett ápolók közül 8 érdeklődik az új ismeretek iránt a kezeléssel kapcsolatban és szívesen gyarapítaná tovább szaktudását ebben az irányban.

Egy 2014-ben készült tanulmányban *Fagerdahl* leírta, hogy a betegek fokozott stresszt tapasztaltak, amikor az ápolószemélyzet nem mutatott megfelelő kompetenciát a betegellátásban az NPWT során (Schreiber, 2016).

Ottosen és Pedersen 2013-as tanulmánya megállapította, hogy a betegek eltérő alkalmazási technikákat figyeltek meg különböző egészségügyi szakembereknél. Ezenkívül azt is leírták, hogy a betegek számára megnyugtató volt, amikor az ápoló jelezte, hogy illetékes az eljárásban (Ottosen & Pedersen, 2013). Ezért a negatívnyomás-terápia mint sebkezelési módszer részletes ismertetésének, az ápolói kompetenciák hangsúlyozásának az ápolóképzésbe történő bevonása elengedhetetlen.

Az ápolóknak ismerniük kell a sebellátás elveit, az NPWT fogalmát, az NPWT-eszközök hatékony használatának alapját, valamint a terápia előnyeit és kockázatait. Az ápolónak meg kell értenie az eszköz működését, a lehetséges szövődmények jeleit és az arra való reagálást, az eszköz riasztásának jelentését, mikor kell segítséget kérni, és kihez kell fordulni segítségért. Az ápolók oktatását rendszeresen biztosítani kell, a szükséges kísérő kompetenciákkal.

NPWT alkalmazása során mindhárom ápolási funkció megjelenik, amely alapján áttekinthető az ápolók szükséges kompetenciaszintje.

– *Önálló ápolási funkcióknak* azon ápolási tevékenységeket nevezzük, amelyeket az ápoló szakmai ismereteit alkalmazva, saját felelősségére, önállóan végez. Ilyen például a betegmegfigyelés, a beteg komfortjának biztosítása, a beteg pszichés vezetése, egészségnevelés, ápolási dokumentáció vezetése, ápoláskutatás.

– *Függő ápolási funkcióknak* azon ápolási tevékenységeket hívjuk, amelyeket az ápoló orvosi utasításra, de önállóan, saját felelősségre végez. Ilyen például a megtelt tartály cseréje, szívásereőség módosítása, fólia felengedése esetén annak helyreállítása, fájdalomcsillapítás, infúziók bekötése.

– *Együttműködő ápolási funkcióknak* nevezzük azokat a tevékenységeket, amelyeknél az ápolók segítik a beteget és az orvost a terápiás és diagnosztikus beavatkozásoknál: előkészít, segédkezik és asszisztál. Ilyen például az NPWT behelyezése, szivacs cseréje, sebtenyésztés levétele, centrális vénaszúrás.

Az ápolóknak az NPWT-eszköz hatékonyságának maximalizálására kell összpontosítaniuk, a betegek szövődményeinek minimalizálása és a sebgyógyulás megkönnyítése érdekében. Alapvetően fontos lenne a szakápolók oktatása, és az otthonápolásban résztvevők sebkezelésben való jártasságának a fejlesztése.

Szerzői munkamegosztás: B. D.: szakirodalom-kutatás, adatgyűjtés, adatfeldolgozás, publikáció összeállítása; Cs. Sz.: szakirodalom-kutatás, publikáció összeállítása, szakmai véleményezés; Cs. M.: koncepció, szakmai véleményezés, szakmai lektorálás, publikáció összeállítása. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségei.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Irodalomjegyzék

- Apelqvist, J., Willy, C., Fagerdahl, A.-M., Fraccalvieri, M., Malmjö, M., Piaggese, A., Vowden, P. (2017). EWMA Document: Negative Pressure Wound Therapy. *Journal of Wound Care*, 26(3), S1–S154. <https://doi.org/10.12968/jowc.2017.26.Sup3.S1>
- Bonsall, L. (2016). The Essentials of Negative Pressure Wound Therapy (NPWT): Part 2. 2016. Retrieved 2022.02.19., from [https://www.nursingcenter.com/ncblog/april-2016/the-essentials-of-negative-pressure-wound-ther-\(1\)](https://www.nursingcenter.com/ncblog/april-2016/the-essentials-of-negative-pressure-wound-ther-(1))
- Burke, J., Morley, R., & Khanbhai, M. (2014). Using portable negative pressure wound therapy devices in the home care setting. *Smart Homecare Technology and TeleHealth*. <https://doi.org/10.2147/SHTT.S53413>
- Cray, A. (2017). Negative pressure wound therapy and nurse education. *British Journal of Nursing*, 26(15), S6–S18. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.15.S6>
- Csernus, M., & Móricz, J. (2017). Szakápolási teendők az NPWT kapcsán. In: Szentkereszty Zs., Pellek S., & Tóth Cs. Zs. (Eds.), *Negatívnyomás-terápia. Elméleti ismeretek és gyakorlati alkalmazás. Biatorbágy: Negatívnyomás-terápiával a Sebgyógyulásért Egyesület; p. 190–193.*
- McCaughan, D., Sheard, L., Cullum, N., Dumville, J., & Chetter, I. (2020). Nurses' and surgeons' views and experiences of surgical wounds healing by secondary intention: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13–14), 2557–2571. <https://doi.org/10.1111/jocn.15279>
- Metzger, P. (2012). Sebkezlés. In: C. Gaál (Ed.), *Sebészet*. 2012. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.; p. 203.
- Nyárfádi, G., Móricz, J., & Szokoly, M. (2018). Negatív nyomású sebkezlés. *Érbetegségek*, 25(2), 49–56. <https://doi.org/10.14267/VEZTUD.2018.06.01>
- Ottosen, B., & Pedersen, B.D. (2013). Patients' experiences of NPWT in an outpatient setting in Denmark. *Journal of Wound Care*, 22(4), 197–206. <https://doi.org/10.12968/jowc.2013.22.4.197>
- Schreiber, M. L. Negative pressure wound therapy. *MedSurg Nursing*, 2016. November–December. 25, 425+. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.20.S6>
- Szentkereszty, Zs. (2017). A negatívnyomású sebkezlés története, nevezéktana és elve. In: Szentkereszty Zs., Pellek S., & Tóth Cs. Zs. (Eds.), *Negatívnyomás-terápia. Elméleti ismeretek és gyakorlati alkalmazás. Biatorbágy: Negatívnyomás-terápiával a Sebgyógyulásért Egyesület; p. 5–6.*



Pályázati felhívás



A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara a HARTMANN-RICO Hungária Kft.-vel együttműködésben 2023.02.25-én szakdolgozók részére pályázatot hirdetett.

A pályázat témakörei:

- Sebkezlés
- Fertőzésmegelőzés

A pályázat célja: a szakdolgozók munkája során szerzett jó gyakorlatok és tapasztalatok minél szélesebb körben való megosztása az egészségügy területén dolgozókkal a betegek magas szintű ellátásának érdekében.

Pályázni lehet 2023. január 1. és november 1. közötti időszakban a fenti két témában (tudományos napon, konferencián, továbbképzésen vagy egyéb szakmai rendezvényen) elhangzott előadás anyagával, illetve hazai szakmai fórumon megjelenő publikációval (online vagy nyomtatott forma).

Pályázat beadási határidő: 2023. november 1.

A pályázat benyújtásának további részletei a www.meszk.hu oldalról tölthetők le.

A pályázatot az alábbi felületen tudják benyújtani: <https://forms.gle/nzZBciWWD6o9YiAr7>



MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI
SZAKDOLGOZÓI KAMARA

ADATFRISSÍTÉSI KAMPÁNY

**Vegyen részt Ön is a 2023-as választásban!
A döntés az Ön kezében van!**

Látogasson el a **www.meszk.hu** honlapra, bejelentkezés után kérjük, kattintson a jobb felső sarokban nevére, majd ezt követően a SZEMÉLYES ADATOK menüpontra.

Ellenőrizze a nyilvántartásunkban szereplő munkahelyi- és egyéb adatait, rendkívül fontos az érvényes e-mail cím megadása (adatbiztonsági okokból kérjük a munkahelyi e-mail cím mellőzését)!

A választás rendszerében Ön a munkavégzés helye (telephely) szerinti Helyi Szervezethez kerül besorolásra, ezért kérjük ezen adatok pontosítását.

Amennyiben adataiban eltérést vagy hiányt tapasztal kérjük azt, az **illetékes területi szervezet felé e-mail formájában** jelezze **tagsági kártyaszámának** feltüntetésével.

www.meszk.hu/bejelentkezés 



Kövessen bennünket!

