

NŐVÉR



AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

Scientific and educational journal
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

36. ÉVFOLYAM 6. SZÁM • 2023. december 18.

A TARTALOMBÓL

Az eleséstől való félelem a geriátriai betegek körében:
narratív áttekintő közlemény

A magyar Huntington-kóros betegek és családjaik
életminőségének elemzése



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



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(6):1–44.

TARTALOMJEGYZÉK

SZERKESZTŐI LEVÉL	3
ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNYEK	
Képzési programok fejlesztése – az ápolói oktatási programok fejlesztési irányai	4
<i>Vizvári László</i>	
Az eleséstől való félelem a geriatriai betegek körében: narratív áttekintő közlemény.	12
<i>Prof. Dr. Kovács Éva PhD, Habil., Simon András</i>	
EREDETI KÖZLEMÉNYEK	
Várandósok tápláltsági állapotának vizsgálata a várandósság előtt és után	19
<i>Hulman Anita, Prof. Dr. Varga Katalin, Keczei Viola, Tisza Boglárka, Dr. Habil Pakai Annamária</i>	
A magyar Huntington-kóros betegek és családjaik életminőségének elemzése	25
<i>Szalai Klára Szilvia, Prof. Dr. Molnár Mária Judit MD, PhD, Dsc, Dr. Molnár Viktor MD, PhD, Dr. Ács Andrea PhD</i>	
ÁPOLÁS GYAKORLATA	
Lázcsillapítás régen és most: a velünk élő múlt	34
<i>Simon János</i>	
GRATULÁLUNK	42
SZERKESZTŐI TÁJÉKOZTATÓ	43

CONTENTS

LETTER FROM THE EDITOR	3
REVIEW ARTICLES	
Development of Training Programs – Development Directions of Nursing Education Programs	4
<i>László Vizvári</i>	
Fear of Falling among Geriatric Patients: a Narrative Review.	12
<i>Éva Kovács PhD, Habil, András Simon</i>	
ORIGINAL CONTRIBUTIONS	
Examination of the Nutrition Status of Pregnant Pregnancy Before and After Pregnancy	19
<i>Anita Hulman, Prof. Dr. Katalin Varga, Viola Keczei, Boglárka Tisza, Dr. Habil Annamária Pakai</i>	
Analysis of the Quality of Life Patients With Huntington's Disease and Their Families In Hungary	25
<i>Klára Szilvia Szalai, Mária Judit Molnár MD., PhD, Dsc., Viktor Molnár MD., PhD, Andrea Ács PhD</i>	
ÁPOLÁS GYAKORLATA	
Decreasing Fever now and then: The Past Living with us.	34
<i>János Simon</i>	
CONGRATULATIONS	42
EDITOR'S NOTE	43

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 Livia

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 közlési joga a Kiadót illeti.

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

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Henriett Éva Hirdi PhD. Editors: Anikó Németh PhD, Katalin Papp PhD. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in 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

MINDEN KEDVES OLVASÓNKNAK ÁLDOTT, BÉKÉS ÜNNEPEKET ÉS BOLDOG ÚJ ESZTENDŐT KÍVÁNUNK!

A NŐVÉR SZERKESZTŐSÉGE ÉS KIADÓJA

A NŐVÉR tudományos és továbbképző szakfolyóirat 2023. évi karácsonyi rajzpályázatára összesen 42 pályamű érkezett be az ország különböző pontjairól. Látszik, hogy a tanulók sokat foglalkoztak a pályázattal, így számos olyan igényes és kreatív rajz és festmény is volt, amelyeket a zsűri a díjra érdemesnek talált, így nem volt egyszerű dolguk a legjobbak kiválasztásában. Az elbírálás során a rajzkészség értékelése mellett fontos szempontként szerepelt a rajzok mondanivalója és azok üzenete is.

Hagyományainkhoz híven a zsűri titkos szavazással alakította ki az előzetesen azonosító kóddal ellátott, névtelen verseny munkák rangsorát. Az idén négy alkotással kíván a folyóirat Szerkesztősége és Kiadója e lapszámban boldog ünnepeket, hiszen a harmadik helyen holtverseny alakult ki. A díjazottak és képzőintézményeik nyereségként egy-egy éves Nővér folyóirat előfizetést kapnak. Gratulálunk a díjazottaknak, köszönjük minden résztvevőnek a rendkívüli alkotásokat és az iskoláknak, támogató tanároknak az együttműködést!



I. helyezett, **Horváth Dalma**, 10. évfolyam,
Padányi Katolikus Iskola (Veszprém)



II. helyezett,
Molnár Luca,
10. évfolyam,
Padányi Katolikus
Iskola (Veszprém)



III. helyezett,
Kiss Abigél Anna,
10. évfolyam
Székesfehérvári SZC
Bugát Pál Technikum
(Székesfehérvár)



III. helyezett, **Kulcsár Dorka**, 9. évfolyam,
Nagykanizsai SZC Zsigmond Vilmos Technikum (Nagykanizsa)

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

Képzési programok fejlesztése – az ápolói oktatási programok fejlesztési irányai

VIZVÁRI László

ÖSSZEFOGLALÁS

Az oktatási programok kulcsszerepet játszanak az oktatási folyamat irányításában. Fontos és hasznos információkat tartalmaznak a képzések megszervezéséhez és lebonyolításához a képző intézmények, az oktatók és a tanulók számára. Ez a kérdéskör napjainkban kiemelt jelentőséggel bír, mivel a szakképző intézmények autonómiájának erősödése, a programtervek (PTT) kötelező jellegének megszűnése új kihívások elé állítja az iskolákat. A szabályozás alapján a szakképző intézményeknek a képzési és kimeneti követelmények (KKK) alapján önállóan kell kidolgozniuk képzési programjaikat, (amelynek része az oktatási program) s a továbbiakban nem támaszkodhatnak a központilag kiadott programtervek iránymutatásaira.

Az alábbi összefoglaló tanulmány áttekinti azokat a módszereket és megközelítéseket, amelyek segíthetik a képzőket a minőségi ápolói oktatási programok elkészítésében.

Kulcsszavak: ápolóképzés, oktatási program, tanulási eredmény

Development of training programs – development directions of nursing education programs

László VIZVÁRI

SUMMARY

Educational programs play a key role in managing the educational process. They contain important and useful information for training institutions, instructors and students, for organizing and conducting training. This issue is of particular importance nowadays, as the strengthening of the autonomy of vocational training institutions and the end of the compulsory nature of the program curricula present new challenges to schools. Based on the regulations, vocational training institutions must independently develop their training programs (of which the educational program is a part) based on the training and output requirements (KKK) and can no longer rely on the guidelines of the centrally issued program curricula (PTT).


The following summary study reviews methods and approaches that can assist educators in creating quality nursing education programs.

Keywords: nursing education, curriculum, learning outcome

VIZVÁRI László
pedagógia szakos előadó,
közoktatás-vezető, Kanizsai
Dorottya Katolikus Gimnázium
mentőtiszt, Inter-Ambulance Zrt.
ORCID-azonosító:
0009-0008-2838-1024

Levelező szerző
(corresponding author):
VIZVÁRI László
E-mail:
vizvari.laszlo@gmail.com

Beérkezett: 2023. november 3.
Elfogadva: 2023. november 7.

 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.36.0026> | www.eLitMed.hu

A programfejlesztés irányzatai

A tanterv meghatározása

A tanterv, másképpen curriculum a latin a currō (futni, versenyt futni) igéből származik, jelentése a régi latinban futást, pályafutást, folyamatot, lefutást jelentett. A pedagógiában ez alatt a tananyag kiválasztását és tananyag elrendezését értjük, amelynek különböző szintjeit különítjük el (szilabus, oktatási terv, curriculum, cor curriculum, local curriculum) (Bárdossy, 2006).

A curriculum minden esetben a pedagógia filozófiai megközelítése által determinált, ezért a szak-

irodalomban számos meghatározása ismert. Az irányzatok közös eredőjét talán legjobban *Eisener* foglalja össze, miszerint curriculum „a tervezett tanítási/tanulási tevékenységekre vonatkozik, amelyeket az oktatási intézmény biztosítani kíván tanulóira számára” (Eisner, 1994). Ahhoz, hogy a fogalom sokszínűségét érzékeltessük, érdemes áttekinteni a főbb curriculumfejlesztési irányzatokat. A tantervekben ezek vegytisztán csak ritkán jelennek meg, a fejlesztők legtöbbször ötvözik az irányzatokat.

Meg kell említeni, hogy mit jelent általában a tanterv. Az oktatási programok két szintjét szokás elkülöníteni: a makro- és mikrotervet. A makrotervet (központi program) országosan egységes

képzési alapelveket fogalmaz meg, leginkább a core (mag) curriculum műfajához hasonlatos. Alapelveit és tartalmát általában az állam vagy állam által feljogosított szervezet határozza meg. A makrotanterv alapján a mikrotantervet (helyi tantervet) a képző intézmény dolgozza ki. Az intézmény alapelveihez, lehetőségeihez adaptálva, helyzetelemzés alapján alakítja ki oktatási programját. A továbbiakban, egy rövid filozófiai és strukturális áttekintést követően, a mikrotanterv elemeivel foglalkozunk, tekintettel arra, hogy a szakképzési törvényben megfogalmazott oktatási program műfajilag ehhez áll a legközelebb.

A programfejlesztés filozófiai irányzatai az ápolóképzésben

Tartalomalapú filozófiai irányzatok

A tartalomalapú programfejlesztésre leginkább a konzervatív szemléletű (perennializmus, esszencializmus) filozófiai irányzatok a jellemzők. Ezen felfogások nem veszik figyelembe a tanulók szükségleteit, kizárólag a szaktekintélyek (oktatók) tudására fókuszálnak, míg a tanulót passzív befogadónak tekintik. A képzési programokban elsősorban az „örök értékek” az akadémiai jellegű (például anatómia, élettan, társadalomtudományok stb.), klasszikus orvostudományi tantárgyak (például klinikumok) dominálnak. Az ápolást mint egy „független” témakört kezelik. A tanítás során elsősorban az irányított tanulás módszereit (például előadás, bemutató, gyakorlatok stb.) alkalmazzák. A tanulókkal szembeni elvárás, hogy a vizsgákon az elsajátított ismereteket reprodukálják, a gyakorlatokon az elsajátított feladatsorokat végrehajtsák.

E módszer előnye, hogy ez már egyszer működött (a fejlesztők is ebben a közegben nevelődtek), jól strukturálható (a tudományterületek jól körülhatároltak), a tantárgyakat tanító tanárok által elfogadott (a képzésük során egy-egy tantárgy, tantárgycsoport oktatására készítették fel őket). Világszerte az ápolóképző intézmények többségében ez az irányzat az uralkodó.

Folyamatalapú filozófiai irányzatok

A folyamatalapú megközelítés az experimentalizmus filozófiájából táplálkozik, amelynek lényege, hogy segítsék a tanulókat a tanulás elsajátításában. Álláspontjuk szerint az oktatás hatékonyabb, ha a tanulók aktívan vesznek részt az oktatási folyamatban, kísérleteznek, saját élményt gyűjtenek s maguk fedezik fel a világot. A tanároknak nemcsak a tudás átadása a feladatuk, hanem hogy segítsenek a tanulóknak meg tanulni, hogyan találják meg az információkat,

elemezzék és értelmezzék az eseteket, szituációkat. Az alternatív megoldások keresése, például projekt-feladatok megoldása során a tanulók elsajátítják a jelenlegi és jövőbeli élet- és szakmai helyzetek kezeléséhez szükséges készségeket.

A tengerentúli ápolóképzésekben egyre inkább teret hódítanak az ilyen típusú tantervek, amelyek merőben más megközelítést várnak el a tantervfejlesztőktől, oktatóktól és az iskoláktól.

Eredményalapú filozófiai irányzatok

Az eredményalapú megközelítés abból a feltevésből indul ki, hogy rengeteg az idők folyamán felhalmozódott tudásanyag, amiből csak azokat az elemeket kell megtanítani, amelyek a napi gyakorlatban relevánsak. A tantervekben meghatározásra kerülnek azok a kompetenciák vagy eredmények, amelyeket minden tanulónak el kell érnie a program végére. A módszer leginkább a kritikus tantervelméleti irányzatokból táplálkozik, ezért jelentősen eltér a napjainkban használatos ápolói tantervektől (Uys & Gwele, 2005).

Az eredményalapú oktatás kompetenciaorientált, teljesítményalapú megközelítése az oktatási folyamatnak, amelynek célja, hogy az oktatási tartalmakat a munkahely igényeihez igazítsa, egyben fejlessze a tanulók problémamegoldó képességeit. Spady számos eredményalapú programot elemzett, és három megközelítést különített el:

- A hagyományos modell jellemzője, hogy a hangsúly továbbra is a klasszikus tantárgyi ismereteken van, amelynek tartalmát az oktatók állítják össze. A tantervi tartalom tudományág-specifikus, megfelelő tantárgyi integráció nélkül. A tartalom reprodukálására összpontosít: nem fordít elég figyelmet a készségek, ismeretek és értékek összekapcsolására vagy integrálására. Ezen modellben a pedagógusok nem sokat változtatnak a tanítási/tanulási módszereiken – a dolgok ugyanúgy folytatódnak, mint az eredmények meghatározása előtt.
- Az átmeneti modell szintén az akadémiai tantárgyak köré szerveződik, de inkább azon keresztdiszciplináris készségek fejlesztésére összpontosít, amelyekre a tanulóknak szükségük van az egészségügyi ellátórendszerbe történő integrálódáshoz. Az átmeneti modell tervezése az eredmények meghatározásával kezdődik, és az oktatási tartalmakat ezen eredmények elérésének érdekében használják fel, és nem pedig fordítva. A tananyagtartalmak meghatározásakor az alábbi kérdést teszik fel a fejlesztők: Miért kell ezt tudniuk a tanulóknak? Mire és hol

fogják használni a munkájuk során? Itt különös hangsúlyt kap a tudás, a cselekvés és az elvárt viselkedésmódok, attitűdök integrálása. Az átmeneti modell a hagyományos vizsgák helyett alternatív értékelési módszereket és osztályozási rendszert alkalmaz, mint például a portfólió.

- A transzformációs modell a sokféle kompetencia (tudás, készségek és attitűdök) komplex oktatására helyezi a hangsúlyt. A lényeg a tanult ismeretek, készségek és attitűdök felhasználásán és alkalmazásán (alkalmazott kompetencián) van, nem pedig az előírt tartalom befogadásán. A tanár szerepe is megváltozik a tanulási folyamatban. A tanár segítőként és nem pusztán előadóként vagy tudásközvetítőként vesz részt a folyamatban, figyelembe veszi a tanuló tanulási szükségleteit, folyamatosan visszacsatol, ezzel is segíti a tanulókat a kompetenciáik megszerzésében (Spady, 1994).

Az eredményalapú fejlesztési modell felépítésével és fejlesztésével a későbbiekben részletesen foglalkozunk, tekintettel arra, hogy ebbe az irányzatba tartozó *tanulási eredményen alapuló tananyagfejlesztés* (TEA) 1997-től a hazai felsőoktatásban, míg 2019-től a szakképzésben is irányadó.

Oktatási programok szervezésének irányzatai

Lineáris programszervezés

A lineáris tananyagfejlesztés olyan oktatási megközelítés, amelyben a tananyag egymás utáni sorrendben épül fel. A tananyagot egy előre meghatározott, általában egyirányú sorrendben állítják össze. A diákoknak követniük kell ezt a struktúrát az anyag megértéséhez és elsajátításához. A tananyagban általában csak előre lehet haladni, mivel minden új témát a korábban tanultakra építenek fel. A diákoknak általában ugyanazon időtartamban vagy ütemezés szerint kell haladniuk a tananyaggal, amely csak korlátozott rugalmasságot biztosít az új ismeretek elsajátításához. A diákokat általában egységes osztályozási rendszerben értékelik.

A lineáris tananyagfejlesztés előnyei közé tartozik a strukturált és következetes tanítási módszer, amely segíthet a diákoknak a témák feldolgozásában, megértésében. Ugyanakkor hátrányai is vannak a lineáris építkezésnek, mivel nem minden diák tanul azonos sebességgel és módszerrel. Az egyénileg eltérő tanulási stílusokat vagy igényeket nehezen tudja kezelni a rendszer. Ezenkívül nem minden tananyag vagy témakör alkalmas a lineáris megközelítésre, és bizonyos témák esetében a flexibilitás és a többszintű hozzáférés fontosabb lehet.

Spirális vagy koncentrikus programszervezés

A spirális tananyag egy olyan oktatási struktúra, amelyben a tanulók ismételt találkoznak ugyanazokkal a témákkal és tananyagokkal, de minden alkalommal mélyebb szinten vagy szélesebb kontextusban dolgozzák azt fel. Az elrendezés során a tananyag fokozatosan és ismételt bővül, miközben a diákoknak lehetősége van a korábbi ismereteik elmélyítésére és alkalmazására. Ezen struktúra előnye, hogy a képzésből több kilépési lehetőséget biztosít. Hátránya, hogy időigényes és nem mindenkor sikerül a tudásanyagot megfelelően elmélyíteni.

Moduláris programszervezés

A moduláris tananyagfejlesztés során a tananyagot különálló modulokra bontják, amelyek önállóan tanulhatók és taníthatók. A moduláris tananyagok lehetővé teszik az oktatási tartalom könnyű testreszabhatóságát és alkalmazkodását a diákok igényeihez és a tanítási körülményekhez. A modulok önállóan is tanulhatók és taníthatók. Minden modul célja, hogy a meghatározott tudást vagy készséget közvetítse, és képes legyen önmagában is értelmes oktatási egységként működni. A modulok rugalmasan alkalmazhatók, lehetőség van a modulok sorrendjének változtatására vagy a tananyag összeállítására az aktuális oktatási célok és a diákok igényei szerint. A moduláris oktatási rendszerek lehetővé teszik a diákoknak, hogy saját tanulási útvonalakat válasszanak, amelyek megfelelnek az érdeklődésüknek és tanulási stílusuknak.

A hazai ápolóképzés jellemzői

Az elmúlt 25 évben a középfokú szakképzés területén számos alkalommal változtak a szakképzéseket szabályozó dokumentumok. A jelenleg hatályos 2019. évi LXXX. törvény a szakképzésről a Szakképzés 4.0 szakmapolitikai koncepció alapján (amely szinkronban van az európai képesítési keretrendszerrel és a magyar képesítési keretrendszerrel) a tanulási eredményekre (learning outcome) helyezi a hangsúlyt. A követelményeket *deskriptorok* (egy adott tevékenység jellemzőivel) segítségével írja le, ami a tudás, képesség, attitűd autonómia-felelősség meghatározásából áll. Ezek az elemek határozzák meg, hogy a leendő szakember mire lesz képes jövőben munkahelyén, mit tud elvégezni az adott szakképzettsége birtokában (Farkas, 2017).

A 2019. évi szakképzési törvény (Szkt) és végrehajtási rendelete (Szkr) alapján minden szakképző intézménynek rendelkezni kell szakmai program-

mal. A szakmai program számos egyéb elem mellett oktatási programokat (közismereti oktatási program, alapoktatás oktatási programja, szakirányú oktatás képzési programja) különít el. A szakirányú oktatás képzési programja továbboszlik tanulási területekre, s ezen belül tananyagelemekre, illetve témakörökre (2019. évi LXXX. törvény; 12/2020. [II. 7.] kormányrendelet).

A szakképzési törvény hatálya alá eső általános ápolóképzés a szabályozott EU-konform szakképesítések közé tartozik, amelynek főbb elemeit az Európai Parlament és az Európa Tanács a szakmai képesítések elismeréséről szóló 2005/36/EK irányelve szabályozza (EU-irányelv, 2013). Az irányelv többek között meghatározza a képzésbe történő belépés feltételeit, a képzés főbb tartalmi elemeit és idejét.

A jelenleg hatályos jogszabályok alapján középfokon három szinten hét különböző képzés keretében szerezhető meg valamilyen ápolói alapképesítés. Ezek közül kizárólag az általános ápoló (5 0913 03 01) felel meg az EU irányelveinek.

A jelenleg hatályos általánosápoló-képzés spirális felépítésű duális képzés, amely felöleli több, korábban önálló szakképesítést (például körzeti közösségi, pszichiátriai, onkológiai, geriátriai szakápoló) tananyagtartalmát. A program alapját a képzési kimeneti követelményekben meghatározott ágazati alapképzés képezi, amelyet a szakirányú oktatás követ. A KKK képezi a képzési programok alapját, amelynek fejlesztése a szakképző intézmények feladata.

Az ápolóképzési program fejlesztésének lépései

A jó gyakorlat

Milyen jellemzőkkel kell rendelkeznie egy korszerű ápolói oktatási programnak? – merülhet fel a kérdés az olvasóban. Erre a kérdésre a nemzetközi trendek áttekintése adhat választ (Kerr & Rainey, 2021). Az oktatás optimális körülmények között, legyen:

- *Tanulóközpontú:* Az ápolóképzésnek a tanulók igényeit és készségeit figyelembe kell vennie. Az oktatási programokat úgy kell kialakítani, hogy lehetővé tegyék az egyéni tanulási stílusokat és tempót, valamint támogassák a tanulók szakmai fejlődését.
- *Gyakorlatorientált:* A gyakorlati készségek fejlesztése kiemelten fontos az ápolóképzésben. A beteg nélküli skillgyakorlatok és szimulációk lehetővé teszik a diákok számára, hogy valós környezetben gyakoroljanak anélkül, hogy a betegeket veszélyeztetnék. A klinikai gyakorlatok

a szimulációs környezetben megszerzett készségek adaptálását, elmélyítését szolgálják.

- *Technológiaorientált:* A modern technológia, például az egészségügyi informatikai rendszerek és az elektronikus egészségügyi dokumentáció, kulcsfontosságú a hatékony és pontos ápolási gyakorlatban. Az ápolóképzésnek fel kell készítenie a diákokat e technológia használatára.
- *Evidenciákra épülő:* Az ápolóképzésnek olyan készségeket és kompetenciákat kell fejlesztenie, amelyek lehetővé teszik a diákok számára az empatikus magatartást, a felelősségteljes gondolkodást, a megszerzett tudásuk alkalmazását. Ez magában foglalja az evidenciákra alapuló gyakorlatot és a kritikus gondolkodást.
- *Páciensközpontú:* Az ápolóknak meg kell tanulniuk kezelni a különböző szociokulturális kezegekből származó betegeket. A páciensközpontú ellátás és a kommunikációs készségek fejlesztése fontos a betegek bizalmának és elégedettségének elnyerése érdekében.
- *Fenntarthatóság és környezetifelelősség-központú:* Az ápolóknak tisztában kell lenniük a környezeti fenntarthatóság és a zöldgyakorlat fontosságával. Az oktatási programoknak be kell építeniük a fenntarthatósági szempontokat és a környezeti felelősséget az ápolás gyakorlatába.
- *Folyamatos szakmai fejlődést támogató:* Az ápolóképzésnek támogatnia kell az életen át tartó tanulást. A gyorsan változó egészségügyi gyakorlat és technológia miatt az ápolóknak folyamatosan frissíteniük és bővíteniük kell ismereteiket.
- *Értékelés- és visszajelzés-orientált:* Az oktatási programoknak hatékony értékelési módszereket kell alkalmazniuk, és folyamatos visszajelzést kell adniuk a diákoknak a teljesítményükről. Ez teszi lehetővé a fejlődést és a készségek szinten tartását.

A fenti alapelvek átgondolása után tekintsük át lépésről lépésre az oktatási program fejlesztésének állomásait. Természetesen egy jó program kialakításához számos jó út vezethet. Az alábbi folyamatleírás egy ajánlás azoknak a képzőknek, akik belevágnak egy új tantervfejlesztés komoly és nehéz feladatába.

Helyzetelemzés

A programfejlesztést minden esetben több szempontot figyelembe vevő helyzetelemzésnek kell megelőznie, amelynek ki kell térnie:

- a jogszabályi környezetre (törvények, rendeletek, KKK);
- a leendő ápolók által nyújtott szolgáltatást

- igénybe vevők körére, szociokulturális közegére (nemzetiségek, szokásrendszerek, vallások);
- a képzésben résztvevők előképzettségére (alapképzés, iskolai végzettség, érettségire épülő képzés, egészségügyi végzettséggel rendelkező felnőttek képzése);
 - az oktatói erőforrások elemzésére (létszám, végzettség, szakmai gyakorlat, életkor, leterheltség stb.);
 - az oktatás tárgyi és technikai feltételeinek feltérképezésére (skill, szimulációs termek, eszközök elérhetősége, száma);
 - a pénzügyi erőforrásokra (új eszközök beszerzése, csoportbontások pénzügyi fedezete stb.);
 - a klinikai környezetet biztosító duális partner(ek) erőforrásaira (befogadóképesség, profil, betegforgalom);
 - a jelenleg működő horizontális és vertikális programok tartalmára, az általuk nyújtott kompetenciákra (egészségügyi képzések, BSc);
 - nemzetközi tapasztalatok, irányvonalak áttekintésére (jó gyakorlatok és eredmények);
 - a jövőképre (milyennek képzeljük el a jövő ápolóját?).

A fenti szempontok alapján egyértelmű, hogy nem létezik olyan univerzális helyi oktatási program, amely minden szakképző intézmény számára megfelelő, hiszen minden intézmény más és más kondíciókkal rendelkezik.

Alapvetések meghatározása

Küldetésnyilatkozat

A küldetésnyilatkozat az iskola célkitűzéseinek rövid, néhány mondatos megfogalmazása, amely megkülönbözteti a többi hasonló intézménytől. Leírja a létezésük okait, hitvallásukat, és az oktatási intézmény értékeit. A küldetésnyilatkozat kitérhet az iskola történelmi hátterére, orientációjára, oktatási filozófiájára, célkitűzéseire, elkötelezettségére (Pearce & David, 1987).

Tantervi modell kiválasztása

A fejlesztés elején tisztázni kell, hogy az oktatási program milyen filozófiai irányzatot (például tartalom-, folyamat- vagy eredményalapút) fog követni, illetve milyen szerkezeti modell (például lineáris, spirális vagy moduláris) alapján fog felépülni.

Célszerű átgondolni, hogy a program értékelése hogyan és milyen eszközökkel kerül megvalósításra. A program értékelési technikáiról még a későbbiekben szót ejtünk.

Az eredmények és célok meghatározása

Az oktatási programoknak egyértelműen meg kell fogalmaznia, hogy a sikeresen végzett tanuló:

- milyen kompetenciákkal fog rendelkezni,
- a tanulóknak milyen szinten kell teljesítenie az egyes tanulási egységeket,
- a megszerzett végzettségével milyen szakterületen és munkakörben tud majd elhelyezkedni.

Programfejlesztői munkacsoportok kialakítása

Az iskolai szintű programfejlesztés három szakértői csoportját kell elkülönítenünk:

- *Fejlesztésmenedzsment.* Az alapvetéseket (képzési filozófia, képzési struktúra, helyzetelemzés, tartalomtérkép, időütemezés stb.) néhány főből álló testületnek kell meghatároznia. A munkacsoportba az iskola szakmai vezetésének, a klinikai gyakorlóhelynek (duális partner), a fenntartónak, a szakmai köztestületnek és mivel technikai képzésről van szó, a partner felsőoktatási intézménynek célszerű szakértőket delegálnia. Érdemes megfontolni külső tantervi szakértő bevonását a munkába.
- *Tananyagszakértők.* A program részleteit modulonként (tanulási területenként) oktatókból kialakított munkacsoportok dolgozzák ki. Lebontják a KKK deskriptorait a tanulási terület szintjére, meghatározzák az oktatási tartalmakat, oktatási és értékelési módszereket.
- *A validáló csoport* feladata az oktatási program véleményezése és értékelése. A programmal kapcsolatos konzultációk során ki kell kérni az összes érdekelt fél véleményét. Lehetőséget kell biztosítani, hogy a javaslatok beépüljenek a programba.

A tartalom meghatározása

A képzési tartalom meghatározásakor minden esetben a KKK-ban megfogalmazott kompetenciákból (deskriptorokból) kell kiindulni, figyelembe véve az erőforrásokat. A kompetenciákat logikai halmazokba célszerű rendezni, amelyek a tanulási területek alapját, a képzés vázát fogják képezni.

A tanulási területeket az integráció és koherencia elveit figyelembe véve egy tartalomtérképbe rendezhetjük, amiben meghatározásra kerülnek az egymásra épületek, parallelitások, időkeretek és az esetleges belső mérési pontok.

A tananyagszakértői csoportoknak tovább kell bontania a deskriptorokat és alcsoportokba rendezni a tevékenységeket, amelyek a feldolgozásra kerülő

tanulási területek, illetve tananyagelemek tartalmát fogják képezni.

A tartalomtérkép és a lebontott deskriptorok alapján kerülnek meghatározásra a kötelező és a szabadon választható tananyagelemek témakörei, képzési tartalmai, belépési feltételei, értékelési módszerei és az oktatáshoz szükséges feltételek (helyszín, eszköz, tankönyv, segédlet).

Megjelölésre kerülnek a skill-, szimulációs és klinikai gyakorlatok, amelyet össze kell kapcsolni az osztálytermi tanulással. Ez történhet:

- oktatásszervezési módszerekkel (az elméleti tartalmakat minden esetben a gyakorlati elemekkel kötik össze – időbeli közelség),
- megegyező oktatóval (az elméleti oktató vezeti a gyakorlatokat is),
- klinikai tapasztalatok felhasználásával projektek, esettanulmányok, eljárásrendek elemzésével (munka melletti képzés).

A klinikai gyakorlatok szervezhetőek blokkrendszerben (többhetes összefüggő gyakorlatok), integráltan (heti rendszerességgel) vagy ezek kombinációjával. A deskriptorok alapján kell eldönteni, hogy melyiket alkalmazzuk. Amennyiben egy-egy vizsgálati eljárás (például képalkotó eljárások) bemutatása a cél, akkor célszerű integráltan szervezni a gyakorlatot, míg az ápolási folyamat elsajátítása hosszabb klinikai gyakorlati időt igényel.

A tananyagtartalomnak tükröznie kell a jelen tudományos gondolkodását, bizonyítékokon alapuló gyakorlatát és a jövő trendjeit. Meg kell találni az egyensúlyt a fontos és kevésbé fontos, illetve általános és részletes között. Ez néha nem könnyű feladat, hiszen az oktatók minden esetben a saját témakörüket tartják a legfontosabbnak. A döntési helyzet feloldásában a deskriptorok nyújthatnak iránymutatást.

Az időkeretek is általában neuralgikus pontok. Minden esetben a tananyagtartalomhoz és a tanulmányi ciklusokhoz (például félév, tanév, szorgalmi időszak) kell igazítani az óraszámokat.

A tananyagfejlesztő csoportoknak szoros szimbiózisban, formális és informális keretek között kell dolgozniuk. A munkaanyagoknak a fejlesztők között nyilvánosnak kell lenniük.

Az oktatási programoknak az alábbi főbb egységekből kell állnia:

- A képzés technikai adatai (elnevezés, tantervi modell, képzési szint, belépési feltételek, képzési idő, jogszabályi hátterek).
- A program filozófiai megközelítése (küldetése, céljai, eredményei).
- Tartalomtérkép (tantervi háló), tanulási területek, tananyagelemek.

– Tanulási területek leírása:

- alábontott deskriptorok,
- a tanulási terület célja,
- tárgyi és személyi feltételek,
- belépési feltételek,
- tananyagelem- (kurzus-) leírások:
 - témakörök,
 - órakeretek,
 - oktatási módszerek,
 - javasolt irodalom,
 - értékelési módszerek.

– Fogalommeghatározások.

A program validálása

A képzési program validálása alatt a program összes komponensének szisztematikus, összegző vizsgálatát, elemzését értjük, amely értékelő következtetéseket eredményez, amelyet minden esetben a program bevezetése előtt kell elvégezni. Célja, hogy visszajelzést kapjanak a fejlesztők a tantervi koncepció felépítéséről, logikájáról és koherenciájáról, megvalósíthatóságáról, az oktatott tartalmak hasznosságáról (Herbener & Watson, 1992).

A validálás lehet belső vagy külső, illetve mindkettő. A belső validálás az oktatási intézményen belül történik az oktatók bevonásával, míg a külső értékelést független szakértőknek, szakmai szervezetnek, munkáltatóknak, hatóságoknak, illetve a fenntartónak kell elvégezniük. Természetesen a külső és belső validálás szempontjai eltérők, de mindig egységes és előre meghatározott szempontok alapján kell, hogy történjen.

A beérkezett vélemények alapján a fejlesztést végző menedzsmentnek kell eldöntenie, hogy miben történjen változtatás (kiegészítés, elhagyás, módosítás).

Az új ápolói program bevezetése

Az új program hatékony megvalósításához segítő és jövőbe mutató vezetésre, a változást elősegítő szervezeti kultúrára és légkörre, az erőforrások tervezésére és koordinációjára, a résztvevők képzésére és fejlesztésére, a folyamat nyomon követésére, ellenőrzésére és támogatására van szükség (Horder, 2000).

Egy új program bevezetése számos buktatót rejt, ezért az iskola vezetőségének rendelkeznie kell jövőképpel és képesnek kell lennie arra, hogy elképzeléseit megfogalmazza az összes érdekelt számára. Fontos, hogy ezt a jövőképet az oktatók elfogadják és átültessék a napi oktatói munkájukba. A munkatársak változáshoz való hozzáállása különböző.

Vannak, akik hívei a változásnak és vannak, akik „rutinorientáltak”. Teret kell engedni a kollégáknak, hogy átgondolják és megfontolják az új oktatási elképzeléseket, fórumot kell teremteni a programmal kapcsolatos aggodalmaik és félelmeik megfogalmazására. Segíteni kell őket a teljes oktatási folyamat alatt (coaching).

A változások fokozatos bevezetésére elegendő időt kell szánni, amelyben egy pilot program nagy segítséget nyújthat. A programok eredményeit és nehézségeit időről időre monitorozni szükséges, amelynek tapasztalatait át kell vezetni a programba.

Összefoglalás

Az oktatási programok fejlesztése létfontosságú az oktatási rendszerek hatékonyságának és relevanciájának fenntartásához. Minden esetben célszerű követni a képzésfejlesztés lépéseit:

1. *Célkitűzések és célok meghatározása:* Az első lépés az új oktatási program céljainak meghatározása. Kérdezd meg magad, hogy mit szeretnél elérni az új programmal. Például, milyen kompetenciákkal vagy készségekkel szeretnéd felruházni a diákokat.
2. *Tanulási eredmények meghatározása:* Az új oktatási program elkészítése előtt határozd meg a tanulási eredményeket. Ezek a konkrét és mérhető célok, amelyek meghatározzák, mit kell tudniuk vagy mire kell képesnek lenniük a diákoknak a képzés befejezésekor. Itt a KKK-ból kell kiindulnod.
3. *Tartalom kiválasztása és fejlesztése:* Válaszd ki vagy fejleszd ki azokat a tananyagokat és forrásokat, amelyek szükségesek az új oktatási programhoz. Győződj meg róla, hogy azok összhangban vannak a célokkal és az eredményekkel.
4. *Oktatási program összeállítása:* Készítsd el az oktatási programot, amely tartalmazza a tanulási területeket, tananyagelemeket, témaköröket, a képzés struktúráját, óratervét. Határozd meg a tanulási/tanítási elemek sorrendjét.
5. *Tanítási módszerek és eszközök kiválasztása:* Döntsd el, milyen tanítási módszereket és eszközöket fogsz használni az új oktatási programban. Például előadások, gyakorlati feladatok, projektalapú tanulás vagy online oktatás.
6. *Eszközök és erőforrások előkészítése:* Győződj meg arról, hogy rendelkezésre állnak azok az eszközök és erőforrások, amelyekre szükséged van az oktatási program megvalósításához. Ez lehetőségeket jelenthet az oktatási techno-

lógiaiak, laboratóriumok, könyvek vagy egyéb eszközök fejlesztésére.

7. *Diákok és oktatók tájékoztatása:* Tájékoztasd a diákokat és az oktatókat az új oktatási program bevezetéséről. Közzölj információkat a célokról, a tanulási eredményekről és az elérhető erőforrásokról.
8. *Tanártovábbképzés és -felkészítés:* Készítsd fel az oktatókat az új oktatási program megvalósítására. Lehet, hogy szükség van képzésre vagy továbbképzésre az új tanítási módszerek és eszközök használatához.
9. *Pilotprogram megszervezése:* Indítsd el az oktatási program pilótaverzióját. Teszteld azokat a tanítási módszereket és tartalmakat, amelyeket terveztél. Ez lehetővé teszi az apróbb módosításokat és javításokat a programban.
10. *Értékelés és javítás:* Folyamatosan értékeld az új oktatási programot, és kérj visszajelzést az oktatóktól és a diákoktól. Az észrevételek alapján, ha szükséges, végezz javításokat.
11. *Teljes bevezetés:* Miután az új oktatási programot sikeresen tesztelted és finomítottad, hajtsd végre a teljes bevezetést. Kezdd meg az oktatást az új oktatási program alapján, és biztosítsd a diákok támogatását és a folyamatos értékelést.
12. *Folyamatos fejlesztés:* Az új oktatási program bevezetése után ne felejtsd el folyamatosan értékelni és fejleszteni. Figyeld a diákok teljesítményét, a diákok és a duális képzőhely elégedettségét, a tanítási módszereket, hajtsd végre szükséges módosításokat az optimalizálás érdekében.

Az ápolóképzésnek alkalmazkodnia kell a társadalmi és technológiai változásokhoz, lehetőséget kell biztosítani a tanulók számára a kritikus gondolkodás és a szükséges készségek megszerzésére. A megfelelő módszerek és megközelítések segíthetik az oktatási programok fejlesztését és a tanulók sikeres felkészítését a jövő kihívásaira.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnék köszönetet mondani *Ujváriné dr. habil Siket Adrienn* egyetemi docens asszonynak és *dr. Pápai Tibor* főiskolai docens úrnak, hogy javaslataikkal és ötleteikkel segítették a cikk megírását.

Érdekeltségek: A szerzőnek nincsenek érdekeltségei.

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

Irodalomjegyzék

- 12/2020. (II. 7.) kormányrendelet a szakképzésről szóló törvény végrehajtásáról.
2019. évi LXXX. törvény a szakképzésről.
- Az Európai Parlament és a Tanács 2013/55/EU irányelve (2013. november 20.) a szakmai képzések elismeréséről szóló 2005/36/EK irányelv és a belső piaci információs rendszer keretében történő igazgatási együttműködésről szóló 1024/2012/EU rendelet (az IMI-rendelet) módosításáról. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/HTML/?uri=CELEX:32013L0055>
- Bárdossy, I. (2006). A curriculumfejlesztés elméleti és gyakorlati kérdései. In: Bárdossy, I., Forray, R. K., Kéri, K. (szerk.). *Tananyagok a pedagógia szakos alapképzéshez*. PTE BTK Neveléstudományi Intézet HEFOP 3.3.1-P-2004-09-0134/1.0 jelű projekt Pécs, 2006. május 31. Letöltve: <https://mek.oszk.hu/15600/15612/pdf/hefop05.pdf>
- Eisner, E. (1994). *The Educational Imagination: On the Design and Evaluation of School Programs*. New York: Macmillan College Publishing.
- Farkas, E. (2017). *Szegédlet a tanulási eredmények írásához a szak-
képzési és felnőttképzési szektor számára*. Budapest: Oktatási Hivatal.
- Herbener, D. J., & Watson, J. E. (1992). Models for evaluating nursing education programs. *Nursing Outlook*, 40(1), 27–32.
- Holder, J. (2000). Leadership in a multiprofessional context. (2000). *Medical Education*, 34(3), 203–205. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2000.00643.x>
- Kerr, H., & Rainey, D. (2021). Addressing the current challenges of adopting evidence-based practice in nursing. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 30(16), 970–974. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.16.970>
- Pearce, J. A. & David, F. (1987). Corporate mission statements: The bottom line. *Academy of Management Executive*, 1(2): 109–116 <https://doi.org/10.5465/ame.1987.4275821>
- Spady, W. G. (1994). Choosing outcomes of significance. *Educational Leadership*, 51(5): 18–22.
- Uys, L. & Gwele, N. (2005). *Curriculum Development in Nursing: Process and Innovation*. Routledge 2 Park Square, Milton Park, Abingdon, Oxon OX14 4RN <https://doi.org/10.4324/9780203313343>

ICN ÁLLÁSFOGLALÁS AZ ÁPOLÁS ÉS A DIGITÁLIS EGÉSZSÉGÜGY JÖVŐJÉRŐL

Az Ápolók Nemzetközi Tanácsa (International Council of Nurses, ICN) az „Egészségügy digitális átalakítása és az ápolási gyakorlat” címmel új állásfoglalást adott ki, mely bemutatja, hogyan „segíthetik az digitális technológiák az egyenlő és egyetemes hozzáférést az egészségügyi szolgáltatásokhoz, növelhetik az egészségügyi rendszerek hatékonyságát és megbízhatóságát, javíthatják a betegek és egészségügyi dolgozók biztonságát, válaszolhatnak az egészségügyi személyzet hiányára, csökkenthetik a költségeket, és végül javíthatják az emberek egészségi állapotát.”

Az ICN többféle megközelítésben fogalmazta meg álláspontját és ajánlásait, egyrészt mint az ápolás globális hangja, másrészt megszólította a nemzeti ápolói egyesületeket, harmadrészt kérve az egyéneket, az ápolókat, akik klinikusként, oktatóként, kutatóként, politikai befolyásolóként vagy épp vezetőként töltik be szerepüket.

Kiemelendő az állásfoglalásból, hogy az ICN:

- „támogatja a megfelelő digitális egészségügy előre mozdítását annak érdekében, hogy eleget tegyen a népesség egészségügyi igényeinek, erősítse az egészségügyi rendszereket és válaszoljon a betegellátási személyzet hiányára.
- azt vallja, hogy az ápolóknak részt kell venniük a nemzeti és globális digitális egészségügyi döntéshozó fórumokban, és be kell vonni őket a digitális egészségügyi termékek és digitalizált egészségügyi rendszerek tervezésébe, tesztelésébe és bevezetésébe.
- azt vallja, hogy az ápolóknak részt kell venniük az új és fejlődő digitális egészségügyi technológiák monitorozásában és értékelésében.
- azt vallja, hogy az ápolói vezetők kulcsfontosságú szerepet játszanak a digitális egészségügy előmozdításában, és támogatást, valamint erőforrásokat kell biztosítani számukra a digitális átalakulásért.”

(Forrás: <https://www.icn.ch/news/future-nursing-and-digital-health-new-icn-position-statement-highlights-opportunities-and>)

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

Az eleséstől való félelem a geriátriai betegek körében: narratív áttekintő közlemény

PROF. DR. KOVÁCS Éva PhD, habil., SIMON András

ÖSSZEFOGLALÁS

Az egyre nagyobb arányt képviselő idős korosztály önálló életvitelét alapvetően meghatározza az időskori elesés, valamint az esetleges eleséstől való félelem. Az eleséstől való félelem akkor válik kórossá, ha kialakul az önbizalomvesztés, a tartós félelemérzet az elesés miatt. Továbbá ez azzal is jár, hogy az idős ember korlátozza a fizikai tevékenységét, ami rontja a jövőbeli funkcionális képességeit, valamint növeli az intézetbe kerülés kockázatát. Jelen összefoglaló tanulmány áttekinti a szakirodalomban előforduló elnevezéseit, a gyakoriságát, a vizsgálómódszereit. Kitér arra is, hogy a jelenlegi kutatási eredmények szerint hogyan lehet megelőzni a kialakulását, illetve hogyan lehet mérsékelni (esetleg megszüntetni) a már meglévő kóros félelmet.

Kulcsszavak: eleséstől való félelem, idősek, időskori elesés

Fear of Falling among Geriatric Patients: a Narrative Review

Éva KOVÁCS PhD, Habil, András SIMON

SUMMARY

The independent living of older people, who form an increasing proportion of society, is fundamentally determined by falls and the fear of falling. Fear of falling becomes pathological when loss of self-confidence and experience of fear of falling become persistent. Consequently, physical activity of older people becomes also limited, which compromises their future functional abilities and increases the risk of institutionalisation. This narrative review discusses the terminology used in the literature, the prevalence of fear of falling, and the methods used to evaluate it. It also outlines how it can be prevented and how it can be reduced (or even eliminated) based on current research.

Keywords: fear of falling, older adults, falling among older adults

PROF. DR. KOVÁCS Éva, PhD, habil. főiskolai tanár, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Morfológiai és Fiziológiai Tanszék
ORCID-azonosító: 0000-0002-3250-8664

SIMON András tanársegéd, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Fizioterápiás Tanszék
ORCID-azonosító: 0000-0002-7589-1077

Levelező szerző

(corresponding author):

PROF. DR. KOVÁCS Éva, PhD, habil.

E-mail:

kovacs-eva1217@gmail.com;

kovacs.eva@semmelweis.hu

Beérkezett: 2023. október 30.**Elfogadva:** 2023. november 2.

 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.36.0027> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

Szakirodalmi adatok szerint az otthonukban élő 65 és 75 év közöttiek 28-35%-a, a 75 év felettek 32-42%-a évente egyszer elesik (Salari et al., 2022). Ez a korosztály nagy és egyre növekvő csoportját teszi ki a fejlett társadalmak teljes populációjának. Az UNESCO szerint a 65 év felettek száma 1990 és 2000 között 16%-kal nőtt. Az elkövetkező 20 évben ez az aránynövekedés felgyorsult, 2050-re pedig a lakosság több mint egynegyede (26%) 65 évnél idősebb lesz (United Nations, 2022).

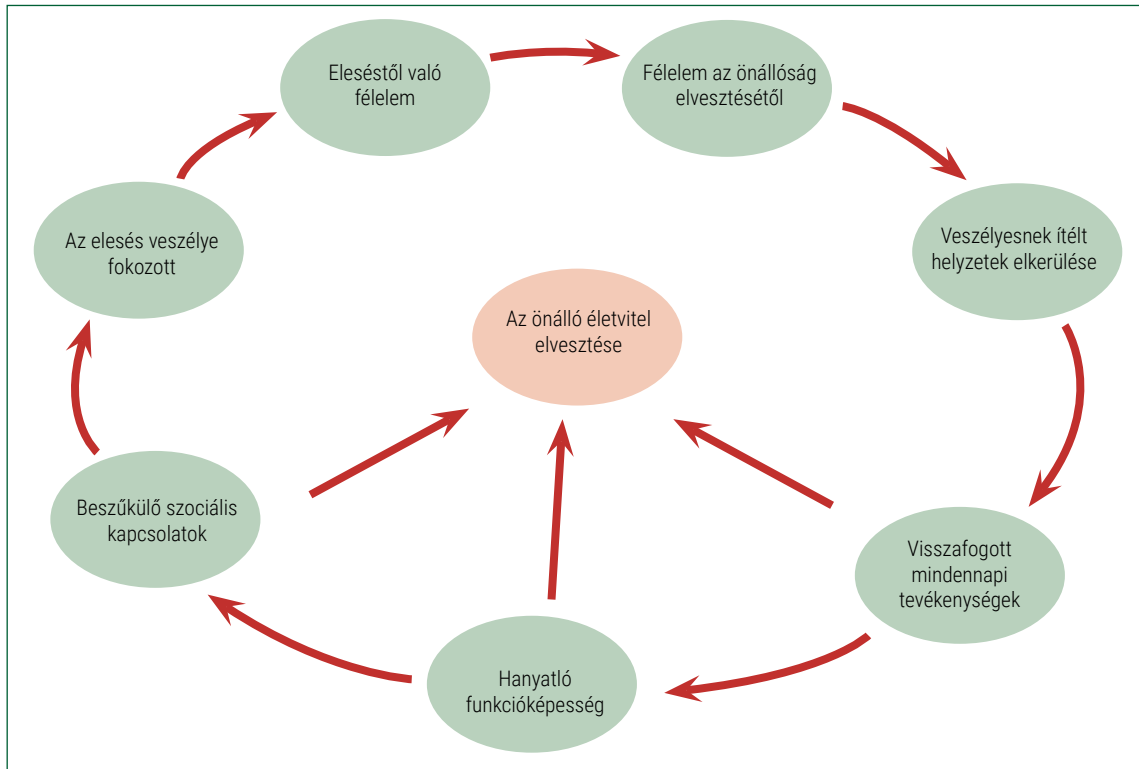
Arányszámuk növekedése miatt nagyon fontos az idős korosztály önálló képességének minél tovább, minél magasabb szinten való megőrzése. Az idősek körében komoly problémát okoz az elesés, illetve a következményes sérülés, köztük a csonttörés. A sérülések és törések mellett az elesés pszichés követ-

kezményével is számolnunk kell, amit eleséstől való félelemnek (fear of falling) nevez a szakirodalom (MacKay et al., 2021).

Az eleséstől való félelem bizonyos helyzetekben persze indokolt válaszreakció lehet (például, amikor csúszós felületen kell járni, az eleséstől tartva óvatosabb a mozgásunk), mert ezzel sikeresen elkerülhető az elesés. Ez a fajta eleséstől való félelem nem fogja a cselekvésünket hosszú távon, más szituációkban is befolyásolni. Az eleséstől való félelem akkor válik kórossá, ha kialakul az önbizalomvesztés, a tartós félelemérzet az elesés miatt. Továbbá ez azzal is jár, hogy az idős ember korlátozza a fizikai tevékenységét, ami rontja a jövőbeli funkcionális képességeit, valamint növeli az intézetbe kerülés kockázatát (**1. ábra**) (Chang et al., 2016).

Howland vizsgálata szerint az idősek között az eleséstől többen félnek (az 58 év feletti minta

1. ábra: Az eleséstől való félelem által kiváltott ördögi kör (saját szerkesztésű ábra Chang publikációja alapján, Chang et al., 2016)



26%-a), mint attól, hogy kirabolják őket (17%) vagy hogy nehéz anyagi körülmények közé kerülnek (12%) (Howland et al., 1993).

Az utóbbi években egyre több kutatási eredményt publikálnak az eleséstől való félelem témájában. Jelen összefoglaló tanulmány célja az, hogy az eddigi kutatási eredményekre támaszkodva áttekintse a következő kérdéseket.

Az eleséstől való félelemnek

- milyen más elnevezései vannak a szakirodalomban,
- az idős emberek mekkora rétegét érinti,
- milyen módszerrel lehet vizsgálni, mérni,
- a jelenlegi kutatási eredmények szerint hogyan lehet megelőzni a kialakulását, illetve hogyan lehet mérsékelni (esetleg megszüntetni) a már meglévő kóros félelmet?

Az eleséstől való félelem elnevezései

A jelenséget legelőször *Bhala* említette a szakirodalomban ptofóbia néven (1982-ben), amellyel az álló helyzetben vagy járáskor fellépő fóbiás reakcióval járó intenzív félelmet nevezte (*Bhala et al., 1982*).

A későbbi elnevezés – elesés utáni szindróma (post-fall syndrome), amelyet *Murphy* és *Isaacs* vezetett be – azt tükrözi, hogy akkoriban a jelenséget

az elesés közvetlen következményének tartották. Azt a fokozott igyekezetet értették alatta, amely az idős embert arra készítette, hogy valamit megfogjon, valamilyen megkapaszkodjon (*Murphy et al., 2001*).

További kutatások azonban kimutatták, hogy olyan időseknél is tapasztalható, akik korábban egyszer sem estek el: *Cumming* vizsgálatában a 77 év feletti idősök 40%-a azt mondta, hogy fél attól, hogy napi életviteléhez kötődő tevékenységei közben elesik, és ezen idősök 23%-a annak ellenére félt az eleséstől, hogy korábban nem esett el (*Cumming et al., 2000*). Ezért újabban eleséstől való félelemnek (fear of falling) nevezik (*MacKay et al., 2021*).

Tinetti és *Powell* szerint ez egy olyan állapot, amit állandóan az esetleges elesés miatti nyugtalankodás jellemez, és ami végül is korlátozza a mindennapi élet tevékenységeit (*MacKay et al., 2021; Tinetti et al., 1993*).

Félelem gyakorisága

Gyakori, sok idős embert érintő jelenségről van szó. Az idősök 20-39%-a számol be bizonyos mértékű eleséstől való félelméről (*Whipple et al., 2018*).

Az elesést már elszenvedettek körében még magasabb, 40-73%-os ez az arány (*MacKay et al., 2021; Jung, 2008*). Az egyes kutatók által becsült

prevalenciában tapasztalható eltérés abból adódhat, hogy eltérő módon, eltérő kérdésekkel mérték az eleséstől való félelem meglétét és nagyságát. A prevalencia azokban a kutatásokban volt nagyobb, amelyekben a válaszadó a félelem nagysága szerint differenciáltan válaszolhatott (Gillespie et al., 2007; Zijlstra et al., 2007; Kressig et al., 2001). Ha az eleséstől való félelemre vonatkozó kérdésre csak igen/nem választ adhatott, a prevalencia kisebb volt.

Sok kutatásban még ma is egyetlen kérdéssel vizsgálják, de a kutatások eredményeit értékelve tisztában kell lenni azzal, hogy hogyan befolyásolhatja az eredményeket a kérdésfeltevés.

Ezt a problémát oldja meg, ha minden országban egységes kérdőívvel vizsgálják az eleséstől való félelem mértékét.

A jelenség vizsgálata

Az utóbbi két évtizedben számos módszert fejlesztettek ki a jelenség vizsgálatára.

A legkorábbi kutatásokban eldöntendő kérdésként tették fel az időseknek, hogy „*Fél-e az eleséstől?*” – csak igen vagy nem válaszlehetőséggel. Ennek az egyszerű módszernek az a hátránya, hogy nem méri az eleséstől való félelem mértékét (Cameron et al., 2000; Friedman et al., 2002).

Később részletesebb kérdőíveket szerkesztettek, amelyben a válaszadó egy Likert-skálán jelölhette a félelmének nagyságát. Az első kérdőívet (Fall Efficacy Scale, továbbiakban FES) Tinetti és munkatársai alkották meg (Tinetti et al., 1990). Kérdőívük nemcsak azt méri, tart-e az idős ember az eleséstől a napi életviteléhez tartozó tevékenységei során, hanem annak mértékét is méri, továbbá azt is feltárja, milyen jellegű tevékenységek közben lép fel a félelem.

Ezt a kérdőívet számos esetben módosították. A legutóbbi módosítás 2004-ben történt. A FES-International (FES-I) elnevezésű legutóbbi verziót a ProFaNE (Prevention of Fall Network Europe) fejlesztette ki (amelyben a skála értékelését is megfordították) (Yardley et al., 2005). Ez a változat összesen 16 tevékenységet vizsgál, az eredeti FES kérdőív lakótéren belüli tíz tételét kissé átfogalmazták, és hat további, nehezebb kültéri tevékenységgel bővítették. Újabbban a FES-I kérdőívnek egy hétkérdéses rövidített verziója is elkészült (Kempen et al., 2008).

A FES-I skálát nemcsak a legtöbb európai nyelvre, hanem számos más – brazil-portugál, kínai, maláj, urdu, panjabi, mianmari – nyelvre is lefordították és validálták (McGarrigle et al., 2023). Ezek a validált nemzeti verziók lehetővé teszik a különböző országok kutatói számára, hogy kutatásaik ered-

ményét nemzetközi szinten összehasonlítsák, valamint, hogy részt vegyenek nemzetközi kutatásokban. A magyar nyelvű verzió elkészítésének két szakaszból álló validálási folyamatában először a kérdőív magyar nyelvre fordítása, azaz nyelvi adaptációja történt meg a nemzetközi irányelveknek megfelelően, valamint a kérdőív kifejlesztője, illetve a kérdőív felett rendelkező szervezet által elküldött protokoll szerint (Kovács et al., 2018).

A kérdőív arra kérdez rá, hogy mennyire foglalkoztatja az idős embert egy esetleges esés az otthoni és közösségi élet gyakori tevékenységei közben. A 16 teteles, úgynevezett hosszú változat tíz, a hétteteles rövid változat öt, lakótéren belüli tevékenységet vizsgál. Továbbá, a hosszú változat hat, a rövid változat két nehezebb, kültéri tevékenység közben érzett félelemérzetre kérdez rá.

A válaszokat az idős ember minden esetben egy négyfokú skálán jelölheti meg a következő fokozatok szerint: az esés egyáltalán nem foglalkoztat=1, egy kissé foglalkoztat=2, meglehetősen foglalkoztat=3, nagyon foglalkoztat=4.

A válaszok pontszámát összeadva egyetlen indexet képezünk, így az elérhető összpontszám a hosszú verzió esetén 16 és 64 között, a rövid verzió esetén 7 és 28 között lehet: minél alacsonyabb az összpontszám, annál kevésbé nyugtalankodik az esés miatt az idős személy a napi tevékenységek végzése során (Yardley et al., 2005; Kovács et al., 2018).

A hosszú verzió esetén a 23-as határérték, a rövid verzió esetén a 10-es határérték és az a feletti összpontszám kóros mértékű félelmet jelez (Delbaere et al., 2004).

A magyar nyelvű verzió 2017 óta szabadon elérhető (URL1). Ezzel a magyar verzióval mértük fel az eleséstől való félelem mértékét, és összefüggő tényezőit otthon élő idősek körében. Ebben a populációban az életkor, a krónikus betegségek és a rossz funkcionális mobilitás mutatott szignifikáns összefüggést a kóros mértékű eleséstől való félelemmel (Kovács et al., 2019).

További kutatásainkban a hazai, tartós ellátást nyújtó intézményekben élő idősek körében, valamint a demenciával élő idősek körében tervezünk hasonló irányú felmérést.

Kezelési lehetőségek

Az eleséstől való félelem gyakoriságát és az élet majdnem minden területére kiható következményeit tekintve, a tudományos közösség és a közvetlen betegellátás résztvevői egyre nagyobb erőfeszítéseket tesznek a hatásos intervenciók lehetőségei kifejlesztésére és hatástanulmányára. A napjainkig publikált eredmények azonban ellentmondásosak.

A kezelési lehetőségről a jelenséget először publikáló *Bhala* már 1982-ben beszámolt (*Bhala et al.*, 1982). Az általa alkalmazott kezelést fizioterápiával kiegészített deszenzibilizálásnak nevezte, amely során az idős személy megtapasztalhatta, hogy képes állni, járni anélkül, hogy elesne. Az általa alkalmazott progresszív járástréning, amelyben fokozatosan növelte a járástávolságot, miközben – ugyancsak fokozatosan – csökkentette a külső segítség mértékét, előnyös hatással volt az idősekre. A külső segítségként másik személyt, és/vagy járási segédeszközt vett igénybe. *Bhala* kiemeli a megerősítés (pozitív visszajelzés) fontosságát is abban, hogy az idős személy visszanyerje önbizalmát a tevékenységeivel, járásával kapcsolatban. Sok esetben szükség lehet pszichoterapeuta és/vagy viselkedésterapeuta segítségére is.

Az azóta publikált szisztematikus irodalmi áttekintések, valamint metaanalízisek legtöbbször tartalmazott mozgásprogramot az idősek körében alkalmazott lehetséges beavatkozásként, amit kiegészítettek a környezet rizikótényezőinek a feltárására és módosítására irányuló intézkedésekkel, kognitív viselkedésterápiával vagy csípővédő nadrág viselésével.

A kognitív viselkedésterápia jelentőségét felismerve érdemes az eleséstől való félelem szűrése után a fizioterápiás beavatkozásokat kognitív viselkedésterápiával kiegészíteni (*Liu et al.*, 2018; *Lenouvel et al.*, 2022).

Cameron csípővédő nadrág hatását vizsgáló tanulmánya szerint szignifikánsan kevésbé félnek az eleséstől azok, akik a nadrágot viselik (*Cameron et al.*, 2000). Azonban egy friss metaanalízis nem tudta a csípővédő nadrág pozitív hatását megerősíteni (*Kruisbrink et al.*, 2022).

A mozgásprogramok hatását legkorábban összegző kutatások, valamint az első és napjainkig az egyetlen Cochrane-elemzés a háromdimenziós mozdulatokból (például tajcsi, jóga), egyensúlygyakorlatok, valamint izomerősítő gyakorlatok hatását összegezve megállapította, hogy a fenti mozgásformák kis-közepes hatásmagysággal csökkentik az eleséstől való félelmet (SMD: 0,37, 95%-os CI: 0,18; 0,56) (*Kendrick et al.*, 2014; *Zijlstra et al.*, 2007; *Büla et al.*, 2011). Összehasonlítva az egyes gyakorlat típusokat, nem mutattak ki egyik mozgástípus javára sem előnyösebb hatást (*Kendrick et al.*, 2014).

Azonban két frissebb – metaanalízissel kiegészített – áttekintő közlemény szerint különösen a háromdimenziós mozgásokat tartalmazó programok (tajcsi és pilates), valamint az egyensúlygyakorlatok bírnak nagy jelentőséggel az eleséstől való félelem csökkentésében. A háromdimenziós mozgásokat tartalmazó tajcsiprogramok (SMD: -0,823, 95%-os CI: -1,255; -0,392), valamint az egyensúlygyakorla-

tok (SMD: -0,62, 95%-os CI: -0,93; -0,31) szignifikáns nagy hatásmagysággal jellemzett javulást értek el az eleséstől való félelem csökkentése tekintetében (*Kruisbrink et al.*, 2021; *Feng et al.*, 2022).

A mozgásprogram helyszínének is nagy jelentősége van: a csoportban űzhető gyakorlatok nagyobb javulást eredményeztek (SMD > -0,528 [95%-os CI: -0,894; -0,161]), mint az egyéni foglalkozás keretében kivitelezett gyakorlatok (SMD: 0,384, 95%-os CI: 0,002; 0,766) (*Kruisbrink et al.*, 2021; *Feng et al.*, 2022).

Egy másik friss áttekintő közlemény 66 randomizált, kontrollált kutatás intervenció programjait elemezve 85 intervenció komponenszt azonosított. Ezek a komponensek a fizikális, a kognitív vagy a mentális képességek fejlesztésére irányultak (**I. táblázat**). A legtöbb program egyensúlygyakorlatokat és/vagy izomerősítő gyakorlatokat tartalmazott. Ezzel szemben a podiátriai kezelés csak két kutatásban, a csípővédő nadrág alkalmazása pedig csak egyetlen kutatásban volt az intervenció program része. Az intervenció programok hatását elemezve arra a megállapításra jutott, hogy a meditációt vagy testtudatosságot fejlesztő komponenszt tartalmazó programok hatásosabbak, mint azok a programok, amelyek ezeket a komponenseket nem tartalmazták. Hasonlóképpen hatásosabbak voltak azok a programok, amelyek holisztikus megközelítést jelentő komponenseket (például tajcsi) is tartalmaztak, összevetve az ezt nélkülöző programokkal. Ugyanez a kutatócsoport az esésmegelőzésben hatásosnak bizonyuló egyensúlygyakorlatok és az esési kockázatokra vonatkozó egyéni oktatás vonatkozásában arra a meglepő eredményre jutott, hogy az ilyen jellegű komponenseket tartalmazó programok kevésbé voltak hatásosak, mint azok, amelyek ezeket nem tartalmazták (*Kruisbrink et al.*, 2022).

Ennek az eredménynek a magyarázatát adhatja az a kutatás, amely szerint Parkinson-betegségben szenvedők jobban féltek az esés bekövetkeztétől, miután tudatosodtak bennük a számukra vonatkozatható esési rizikótényezők (*Jonasson et al.*, 2018).

Az is felmerül, hogy az eleséstől való félelem és maga az esés nem azonos, hanem két eltérő jelenség (*Lee et al.*, 2023). Lehet, hogy egy beavatkozás csökkenti az esés gyakoriságát, de nem csökkenti az eleséstől való félelmet. Lehet, hogy egy mozgásprogram javítja a poszturális kontroll számos elemét, ezen keresztül csökkenti az esés gyakoriságát, de nincs hatása az eleséstől való félelemre.

A fenti komponensek eleséstől való félelemre kifejtett hatásának elmaradása azt is felveti, hogy az eleséstől való félelem csökkentésére irányuló beavatkozásokat még hosszabb ideig kellene folytatni, hogy a résztvevő ne csak egy készséget szerezzen ál-

I. táblázat: Az eleséstől való kóros mértékű félelem csökkentésére alkalmazott intervenciós programokból feltárt komponensek. Saját szerkesztésű táblázat Kruisbrink publikációja alapján (Kruisbrink et al., 2022)

Elsősorban a fizikai képességekre irányuló komponensek	egyensúlygyakorlatok
	kardiovaszkuláris állóképesség fejlesztése: gyaloglás, séta, kerékpár (hagyományos, szoba-kerékpár)
	ízületek mozgásterjedelmét megtartó vagy növelő gyakorlatok
	izomerősítés
	inkontinencia szűrése, kezelése
	a mindennapi élet gyakori mozdulatainak gyakorlása: székről felállás, lépcsőn járás, földről felállás
	járástréning
	járési segédeszköz biztosítása és annak betanítása
	vesztibuláris tréning
	testtudatosság, a test, a testrészek térbeli helyzetének, elmozdulásainak tudatos kontrollálása (például Feldenkrais-módszer)
	látásfunkció ellenőrzése, esetleges látászavar megoldása
	podiatriai ellátás
Elsősorban mentális és kognitív funkciók fejlesztésére irányuló komponensek	viselkedésterápia – kognitív átstrukturálás: az irracionális vagy a helyzethez való alkalmazkodást nehezítő gondolatok azonosítása és megkérdőjelezése
	kognitív feldolgozási folyamatok gyakorlása: koncentráció, szelektív figyelem, rövid távú memória, térbeli orientáció, időbeli orientáció, feladatok rangsorolása, feladatok közötti váltás gyakorlása
	az alvászavar feltárása, kezelése: megfelelő minőségű és mennyiségű alvást biztosító technikák tanítása
	motiválás: érintett személy, családtag, informális gondozó motiválása
	olyan helyzetek virtuális vagy valóságos szituációkban történő gyakorlása, amelyekben korábban eleséstől való félelmet élt át
	egy esetleges elesést követő szituációra való felkészülés, például a szükséges magatartás gyakorlása: földről felállás mozdulatsorának tanítása, hosszas földön fekvés káros hatásainak minimalizálása (például takaró, telefon a közelben)
	mindennapi élet aktivitásainak kivitelezésére való ösztönzés
	szóbeli információ és tapasztalatcsere a következő személyek bevonásával: az idős ember terápiáját, ápolását vagy gondozását végző szakember hasonló élethelyzetben lévő vagy életkor, foglalkozás, képességek tekintetében hasonló sorstárs családtagok barátok
	strukturált edukáció, például a fizikai aktivitás, a mozgás jelentőségéről, az elesést jelentő belső rizikótényezőkről (izomerő), külső rizikótényezőkről (megbotlás veszélyét magában hordozó tárgyak), pszichés tényezőkről (reális vagy irreális aggodalom), az önálló életvitel lehető legmagasabb szintjét támogató külső segítség helyi lehetőségeiről (gondozási lehetőségek, gondozást segítő eszközök elérhetősége)
	meditáció
Egyéb	gyógyszeresedés áttekintése, szükséges módosítások előírása
	otthoni tárgyi környezet szisztematikus felmérése és szükség esetén módosítása (bútorok, szőnyegek, kapaszkodók, akadálymentesítő segédeszközök átalakítása, felszerelése)
	holisztikus (az emberi szervezet egészére irányuló) megközelítést jelentő programok, például tajcsi, jóga, pilates
	cspívédő nadrág

tala, de ez a készség a mindennapi tevékenységeiben megjelenve az egyén magabiztosságát emelje (Feng et al., 2022).

Egy másik összefoglaló közlemény az eleséstől való félelem jelenségét az érintett személyek szemszögéből tekintette át, és arra az eredményre jutott,

hogy számukra a rizikótényezők kontrollálása, a biztonságos környezet kialakítása és az önállóság megőrzése jelenti az eleséstől való félelem csökkentését, megoldását (Baltes et al., 2023).

A fenti ellentmondásos eredmények alapján megállapíthatjuk, hogy a kezelés vonatkozásában jelenleg még ellentmondásos eredmények állnak a rendelkezésünkre, ezért érdemes volna minél több, egyensúlyfejlesztésre és esésmegelőzésre alkalmazott mozgásprogram eleséstől való félelemre kifejtett hatását is megvizsgálni. Az is lehetséges, hogy a fizikai képességeket, a kognitív képességeket, valamint a mentális képességeket célzó komponenseket esetleg más paraméterek (intenzitás, gyakoriság, időtartam) mentén vagy esetleg más kombinációban érdemes alkalmazni akkor, ha az intervenció elsődleges célja az eleséstől való félelem csökkentése.

Azonban határozottan körvonalazódik, hogy az eleséstől való indokolatlan mértékű félelem megoldása multidiszciplináris beavatkozást igényel, amelyben az ápolónak, gondozónak, gyógytornásznak, pszichológusnak, orvosnak egyforma súlyú szerepe van.

Összefoglalás

Az eleséstől való félelem a fizikai önállóság elvesztéséhez vezető szimptóma, amely az idősek nagy ará-

nyát érintheti. Gyakran egy korábbi elesést követ, de előfordulhat esési anamnézis nélkül is.

Az eddigi kutatások feltételezik, hogy az esetleges újabb eleséshez, az önállóság elvesztéséhez vezető eleséstől való félelem az idős korosztály nagyobb részét érinti, mint maga az elesés.

Az eleséstől való félelem mind a nemzetközi, mind a hazai mintán folytatott kutatások eredményei szerint összefügg az életkorral, az időskorban gyakoribbá váló krónikus betegségek számával, a romló mobilitással. Ezért az előrehaladott életkorú, több krónikus betegségben szenvedő, hanyatló funkcionális képességekkel rendelkező idősök körében szükséges nagyobb erőfeszítéseket tenni az eleséstől való kóros mértékű félelem mielőbbi felismerésére. A kezelés vonatkozásában jelenleg még ellentmondásos eredmények állnak a rendelkezésünkre, ezért érdemes volna minél több, egyensúlyfejlesztésre és esésmegelőzésre alkalmazott mozgásprogram eleséstől való félelemre kifejtett hatását is megvizsgálni.

Szerzői munkamegosztás: K. É.: irodalomkutatás, táblázat és ábra készítése, kézirat megírása; S. A.: irodalomkutatás, kézirat megírása.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségei.

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

Irodalomjegyzék

- Baltes, M., Herber, O. R., Meyer, G., & Stephan, A. (2023). Fear of falling from the perspective of affected persons-A systematic review and qualitative meta-summary using Sandelowski and Barroso's method. *International Journal of Older People Nursing*, 18(1), e12520. <https://doi.org/10.1111/opn.12520>
- Bhala, R. P., O'Donnell, J., & Thoppil, E. (1982). Ptophobia. Phobic fear of falling and its clinical management. *Physical Therapy*, 62(2), 187–190. <https://doi.org/10.1093/ptj/62.2.187>
- Büla, C. J., Monod, S., Hoskovec, C., & Rochat, S. (2011). Interventions aiming at balance confidence improvement in older adults: an updated review. *Gerontology*, 57(3), 276–286. <https://doi.org/10.1159/000322241>
- Cameron, I. D., Stafford, B., Cumming, R. G., Birks, C., Kurrle, S. E., Lockwood, K., Quine, S., Finnegan, T., & Salkeld, G. (2000). Hip protectors improve falls self-efficacy. *Age and Ageing*, 29(1), 57–62. <https://doi.org/10.1093/ageing/29.1.57>
- Chang, H.-T., Chen, H.-C., & Chou, P. (2016). Factors associated with fear of falling among community-dwelling older adults in the Shih-Pai study in Taiwan. *PLoS One*, 11(3), e0150612. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150612>
- Cumming, R. G., Salkeld, G., Thomas, M., & Szonyi, G. (2000). Prospective study of the impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores, and nursing home admission. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 55(5), M299–305. <https://doi.org/10.1093/gerona/55.5.m299>
- Delbaere, K., Crombez, G., Vanderstraeten, G., Willems, T., & Cambier, D. (2004). Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study. *Age and Ageing*, 33(4), 368–373. <https://doi.org/10.1093/ageing/afh106>
- Feng, C., Adebero, T., DePaul, V. G., Vafaei, A., Norman, K. E., & Auais, M. (2022). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions and use of exercise principles to reduce fear of falling in community-dwelling older adults. *Physical Therapy*, 102(1). <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab236>
- Friedman, S. M., Munoz, B., West, S. K., Rubin, G. S., & Fried, L. P. (2002). Falls and fear of falling: which comes first? A longitudinal prediction model suggests strategies for primary and secondary prevention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(8), 1329–1335. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50352.x>

- Gillespie, S. M., & Friedman, S. M. (2007). Fear of falling in new long-term care enrollees. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(5), 307–313. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2007.04.006>
- Howland, J., Peterson, E. W., Levin, W. C., Fried, L., Pordon, D., & Bak, S. (1993). Fear of falling among the community-dwelling elderly. *Journal of Aging and Health*, 5(2), 229–243. <https://doi.org/10.1177/089826439300500205>
- Jonasson, S. B., Nilsson, M. H., Lexell, J., & Carlsson, G. (2018). Experiences of fear of falling in persons with Parkinson's disease – a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0735-1>
- Jung, D. (2008). Fear of falling in older adults: comprehensive review. *Asian Nursing Research*, 2(4), 214–222. [https://doi.org/10.1016/S1976-1317\(09\)60003-7](https://doi.org/10.1016/S1976-1317(09)60003-7)
- Kempen, G. I. J. M., Yardley, L., van Haastregt, J. C. M., Zijlstra, G. A. R., Beyer, N., Hauer, K., & Todd, C. (2008). The Short FES-I: a shortened version of the falls efficacy scale-international to assess fear of falling. *Age and Ageing*, 37(1), 45–50. <https://doi.org/10.1093/ageing/afm157>
- Kendrick, D., Kumar, A., Carpenter, H., Zijlstra, G. A. R., Skelton, D. A., Cook, J. R., Stevens, Z., Belcher, C. M., Haworth, D., Gawler, S. J., Gage, H., Masud, T., Bowling, A., Pearl, M., Morris, R. W., Iliffe, S., & Delbaere, K. (2014). Exercise for reducing fear of falling in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(11), CD009848. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009848.pub2>
- Kovács É., Erdős R. L., Petridisz A. N., Rozs F., & Simon A. (2019). Az eleséstől való félelem otthon élő idősek körében. *Orvosi Hetilap*, 160(5), 191–197. <https://doi.org/10.1556/650.2019.31267>
- Kovács, É., Rozs, F., Petridisz, A., Erdős, R., & Majercsik, E. (2018). Cross-cultural validation of the Falls Efficacy Scale-International to assess concerns about falls among Hungarian community-living older people. *Disability and Rehabilitation*, 40(25), 3070–3075. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1366555>
- Kressig, R. W., Wolf, S. L., Sattin, R. W., O'Grady, M., Greenspan, A., Curns, A., & Kutner, M. (2001). Associations of demographic, functional, and behavioral characteristics with activity-related fear of falling among older adults transitioning to frailty. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(11), 1456–1462. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.4911237.x>
- Kruisbrink, M., Crutzen, R., Kempen, G. I. J. M., Delbaere, K., Ambergen, T., Cheung, K. L., Kendrick, D., Iliffe, S., & Zijlstra, G. A. R. (2022). Disentangling interventions to reduce fear of falling in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis of intervention components. *Disability and Rehabilitation*, 44(21), 6247–6257. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1969452>
- Kruisbrink, M., Delbaere, K., Kempen, G. I. J. M., Crutzen, R., Ambergen, T., Cheung, K.-L., Kendrick, D., Iliffe, S., & Zijlstra, G. A. R. (2021). Intervention characteristics associated with a reduction in fear of falling among community-dwelling older people: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Gerontologist*, 61(6), e269–e282. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa021>
- Lee, D., & Tak, S. H. (2023). A concept analysis of fear of falling in older adults: insights from qualitative research studies. *BMC Geriatrics*, 23(1), 651. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04364-5>
- Lenouvel, E., Novak, L., Biedermann, A., Kressig, R. W., & Klöppel, S. (2022). Preventive treatment options for fear of falling within the Swiss healthcare system: A position paper: A position paper. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, 55(7), 597–602. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01957-w>
- Liu, T.-W., Ng, G. Y. F., Chung, R. C. K., & Ng, S. S. M. (2018). Cognitive behavioural therapy for fear of falling and balance among older people: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 47(4), 520–527. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy010>
- MacKay, S., Ebert, P., Harbidge, C., & Hogan, D. B. (2021). Fear of falling in older adults: A scoping review of recent literature. *Canadian Geriatrics Journal: CGJ*, 24(4), 379–394. <https://doi.org/10.5770/cgj.24.521>
- McGarrigle, L., Yang, Y., Lasrado, R., Gittins, M., & Todd, C. (2023). A systematic review and meta-analysis of the measurement properties of concerns-about-falling instruments in older people and people at increased risk of falls. *Age and Ageing*, 52(5). <https://doi.org/10.1093/ageing/afad055>
- Murphy, S., & Tickle-Degnen, L. (2001). Participation in daily living tasks among older adults with fear of falling. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 55(5), 538–544. <https://doi.org/10.5014/ajot.55.5.538>
- Salari, N., Darvishi, N., Ahmadianpanah, M., Shohaimi, S., & Mohammadi, M. (2022). Global prevalence of falls in the older adults: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 17(1), 334. <https://doi.org/10.1186/s13018-022-03222-1>
- Tinetti, M. E., & Powell, L. (1993). Fear of falling and low self-efficacy: a case of dependence in elderly persons. *Journal of Gerontology*, 48 Spec No, 35–38.
- Tinetti, M. E., Richman, D., & Powell, L. (1990). Falls efficacy as a measure of fear of falling. *Journal of Gerontology*, 45(6), P239–243. <https://doi.org/10.1093/geronj/45.6.p239>
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). World Population Prospects 2022: Summary of Results. UN DESA/POP/2022/TR/NO.3. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf
- URL1: The Falls Efficacy Scale International (FES-I) <https://sites.manchester.ac.uk/fes-i/>
- Whipple, M. O., Hamel, A. V., & Talley, K. M. C. (2018). Fear of falling among community-dwelling older adults: A scoping review to identify effective evidence-based interventions. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 39(2), 170–177. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.08.005>
- Yardley, L., Beyer, N., Hauer, K., Kempen, G., Piot-Ziegler, C., & Todd, C. (2005). Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I). *Age and Ageing*, 34(6), 614–619. <https://doi.org/10.1093/ageing/afi196>
- Zijlstra, G. A. R., van Haastregt, J. C. M., van Eijk, J. T. M., van Rossum, E., Stalenhoef, P. A., & Kempen, G. I. J. M. (2007). Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. *Age and Ageing*, 36(3), 304–309. <https://doi.org/10.1093/ageing/afm021>
- Zijlstra, G. A. R., van Haastregt, J. C. M., van Rossum, E., van Eijk, J. T. M., Yardley, L., & Kempen, G. I. J. M. (2007). Interventions to reduce fear of falling in community-living older people: a systematic review: Interventions to reduce fear of falling. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(4), 603–615. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01148.x>

EREDETI KÖZLEMÉNY

Várandósok tápláltsági állapotának vizsgálata a várandósság előtt és után

HULMAN Anita, PROF. DR. VARGA Katalin, KECZELI Viola, TISZA Boglárka, DR. HABIL PAKAI Annamária

ÖSSZEFOGLALÁS

Célkitűzés: Kutatásunk során összehasonlítottuk az országos táplálkozási és tápláltsági állapot vizsgálatok eredményeivel a magyar nők várandósság előtti testtömegindexét.

A vizsgálat módszere: A keresztmetszeti vizsgálatot 2020. január 1. és 2020. augusztus 1. között végeztük. A nem véletlenszerű, célirányos, szakértői mintaválasztás során a célcsoportba várandósok vagy a legalább egy kiskorú gyermeket nevelő édesanyák kerültek be (N=1423). Kizárási kritériumnak számított a kötelező kérdések kihagyása. Felmérésünk online formában, önkitöltős kérdőívvel, anonim módon történt. A kérdőívben szociodemográfiai, antropometriai, várandóssággal és táplálkozással kapcsolatos kérdéseket alkalmaztunk. Az adatokat IBM SPSS 25.0 statisztikai szoftverrel, leíró statisztikával, gyakoriságtáblák készítésével elemeztük.

Eredmények: A normális testtömegindex csak a 20 év alatti korosztályra jellemző (21 kg/m²). A 20 évnél idősebbek legnagyobb arányban túlsúlyosak voltak (>25 kg/m²). Minden negyedik várandós (43,4%) és minden harmadik (33%) anya arról számolt be, hogy egyáltalán nem zavarja a testtömegnövekedést.

Következtetések: A testtömegindex alapján a magyar nők már a várandósságot megelőzően túlsúlyosak, ami fokozott egészségi és anyagi teherrel jár.

Kulcsszavak: tápláltsági állapot, túlsúly, várandósság

Examination of the Nutrition Status of Pregnant Pregnancy Before and After Pregnancy

Anita HULMAN, PROF. DR. Katalin VARGA, Viola KECZELI, Boglárka TISZA, DR. HABIL Annamária PAKAI

SUMMARY

Purpose: In the course of our research, we compared the pre-pregnancy test mass index of Hungarian women with the results of the National Nutrition and Nutritional Status Examinations.

Methods: Our cross-sectional study was conducted between 01.01.2020 and 01.08.2020. During the nonrandom, targeted, expert sample selection, the target group included pregnant women or mothers raising at least one minor child (N=1423). Exclusion criteria include the omission of mandatory questions. Our survey was done online, with a self-filled questionnaire, anonymously. In the questionnaire, we used sociodemographic, anthropometric, pregnancy and nutrition-related questions. The data were analyzed with IBM SPSS 25.0 statistical software, descriptive statistics and tables.

Results: The normal BMI was typical only for those under 20 years of age (21 kg/m²). The largest proportion of people over 20 years of age were overweight (>25 kg/m²). Every fourth pregnant woman (43.4%) and every third mother (33%) reported that excess body weight does not bother them at all.

Conclusions: Based on the body mass index, Hungarian women are already overweight before pregnancy, which entails an increased health and financial burden.

Keywords: nutritional status, overweight, pregnancy

HULMAN Anita dietetikus, élelmiszer-biztonsági és -minőségi mérnök, PhD-hallgató Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Doktori Iskola ORCID-azonosító: 0009-0007-2579-4459

PROF. DR. VARGA Katalin egyetemi tanár, MTA-doktor, tanszékvezető ELTE, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Affektív Pszichológia Tanszék ORCID-azonosító: 0000-0003-0141-6596

KECZELI Viola dietetikus, táplálkozástudományi szakember, PhD-hallgató Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Doktori Iskola, ORCID-azonosító: 0000-0001-7044-0106

TISZA Boglárka dietetikus, táplálkozástudományi szakember, PhD-hallgató Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Doktori Iskola ORCID-azonosító: 0000-0002-8011-722X

DR. HABIL PAKAI Annamária egyetemi docens, tanszékvezető, képzési igazgató Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Alapozó, Szülésznő és Védőnői Intézet ORCID-azonosító: 0000-0002-2849-1310

Levelező szerző
(corresponding author):
HULMAN Anita
E-mail:
hulmananita@gmail.com

Beérkezett: 2023. október 4.
Elfogadva: 2023. október 29.

Bevezetés

A magyar nők életkora a gyermekvállalás idejének tekintetében növekvő tendenciát mutat, míg 1991-ben a nők életkora az első gyermekük születésekor átlagosan 23 év volt, addig 2018-ban már 28,8 év, 2020-ban 28,9 év volt (URL1). A gyermekvállalás életkorának kitolódása 1990 és 2010 között több mint 5,2 évvel nőtt, majd lelassult, miként 2011 és 2020 között mindösszesen 0,58 évvel nőtt a szülőnők átlagéletkora az első gyermekük vállalásakor. Az Eurostat adatai szerint az Európai Unióban a nők átlagéletkora első gyermekük születését tekintve fokozatosan növekszik, 2019-ben 29,4 év volt. Az átlagéletkor minden uniós tagállamban emelkedett ebben az időszakban, bár eltérő mértékben. Az Eurostat arról számolt be, hogy Magyarországon 2019-ben 28,3 év volt az első gyermek vállalásakor az anya életkora (URL2).

A tápláltsági állapot jellemzésére különféle mutatókat alkalmazhatunk. A legegyszerűbb mutatók leggyakrabban a testtömeg és a testmagasságon alapulnak. A leelterjedtebb, felnőttek körében alkalmazott mutató a testtömegindex (BMI=TTI=kg/m²). A testtömegindex felosztása az alábbiak szerint alakul: <18,5 kg/m² soványság; 18,5–24,9 kg/m² normális; 25–29,9 kg/m² túlsúlyos; 30–34,9 kg/m² enyhe – I. fokú elhízás; 35–39,9 kg/m² közepes – II. fokú elhízás; >40 kg/m² BMI súlyos – III. fokú (kóros) elhízás. A túlsúly és az elhízás, valamint az ezekkel összefüggésben álló betegségek (elsősorban a szív- és érrendszeri kórképek, daganatos betegségek, csontritkulás, cukorbetegség stb.) növekvő előfordulásával járó direkt költségek növelik az egészségügyi kiadások mértékét és gazdasági-szociális nehézségeket okoznak az ipari országokban. Az indirekt költségek nagysága szintén számottevő, miként az elhízottak több időt töltenek betegállományban, mint a normális testtömegűek, valamint a munkában nyújtott teljesítményük is alacsonyabb (Polyák & Szabó, 2015; Robinson, 2023).

A hazai lakosság körében a 2009-ben (URL3), a 2014-ben (URL4) és a 2019-ben (URL5) végzett Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat (OTÁP) országosan reprezentatív adatokat szolgáltat az elhízás gyakoriságáról, a táplálkozási szokásokról, a tápanyagbevitelről, az egészségi állapotot meghatározó tényezőkről. A három felmérés eredményeinek összevetése teszi lehetővé az időbeli változások kimutatását. Mindhárom OTÁP-mérés alapján elmondható, hogy Magyarországon három felnőttből kettő túlsúlyos vagy elhízott. A következőkben a nőkre, azon belül főként a 18–34 év és 35–64 év közötti korosztályra összpontosítjuk a felmérések eredményeinek taglalását. Mindhárom

Rövidítések jegyzéke

BMI = (body mass index) testtömegindex
 OTÁP = Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat
 MET = Magyar Elhízástudományi Társaság
 KSH = Központi Statisztikai Hivatal
 OECD-országok = Az OECD-országok egy gazdaságpolitikai szakmai fórum részei. A 38, fejlett piaccsalakkal rendelkező és a demokrácia mellett elkötelezett tagból álló szervezet, amely 1961-ben alakult.

említett OTÁP-felmérés alapján a testsúlyátlagok az életkor előrehaladtával nőttek. A 2009-es mérés alapján a 18–34 éves korosztály a normál (23,6±0,4 kg/m²), a 35–64 éves korosztály a túlsúlyos kategóriába tartozott, azaz BMI-átlaguk meghaladja a 25 kg/m². A 2014-es mérés alapján elmondható, hogy a 18–34 éves korosztály BMI-átlaga 24 kg/m², míg a 35–64 év közöttiek BMI-átlaga már 28,1 kg/m²-re emelkedett. A 2019-es vizsgálati eredmények alapján a 18–34 év közöttiek BMI-átlaga is növekedést mutatott, 24,4 kg/m² volt, a 35–64 év közöttiek BMI-átlaga az előző méréshez viszonyítva csökkent, 27,7 kg/m² értékre (URL 5).

Az éttrend minőségét befolyásolták olyan anyai tényezők, mint az életkor, a társadalmi osztály, az iskolai végzettség és a dohányzás. Az anyai testtömeg-növekedés a várandósság alatt növeli a csecsemőknél az óriásnövés és a korai elhízás kockázatát (Langley-Evans et al., 2022; Lebrun et al., 2019). Az anyának minőségi étkezésre szükséges törekednie annak érdekében, hogy mind a saját szervezete, mind pedig a fejlődő magzat számára biztosítsa a szükséges energiát és tápanyagokat. Az energia- és tápanyagigény egyénenként eltér, ennek okán az éttrend összeállításánál ajánlott figyelembe venni az egyén tápláltsági állapotát, az életkorát, a testtömeget, a fizikai aktivitásának mértékét, illetve a fennálló betegségeit, valamint az idejelleget és az éghajlati viszonyokat is. Naponta négy-öt alkalommal történő kiegyensúlyozott étkezés javasolt. A normális testalkatú várandós nő energiaszükséglete az első hat hónapban 150 kalóriával, majd a további három hónapban körülbelül 300 kalóriával több. Elhízott várandós esetében ugyanakkor nem ajánlott a 200 kalóriát meghaladó többlet-energiabevitel (Polyák, 2015). A testtömegindex alapján a várandósság alatti teljes testtömeg-gyarapodás alultápláltság esetén 13-18 kg (heti 0,45 kg), normális tápláltsági állapot esetén 11-16 kg (heti 0,45 kg), túlsúlyosság esetén 7-11 kg (heti 0,27 kg), míg elhízottaknak 5-9 kg (heti 0,23 kg) ajánlott (Várady, 2019).

Jelen kutatás célja, hogy nem reprezentatív mintán megvizsgálja a magyar várandósok és anyák tápláltsági állapotát és összehasonlítsa az OTÁP eredményeivel, valamint felmérjük az anyák étkezési szokásait és személyes véleményét a testtömegváltozás vonatkozásában.

Anyag és módszer

A keresztmetszeti vizsgálatunkat 2020. január 1. és 2020. augusztus 1. között végeztük. A nem véletlenszerű, célirányos, szakértői mintaválasztás során a célcsoportba várandósok vagy a legalább egy kis-korú gyermeket nevelő édesanyák kerültek be (N=1423). Kizárási kritériumnak számított a kötelező kérdések kihagyása. Felmérésünk online formában, önkitöltős kérdőívvel, anonim módon történt. A kérdőívben szociodemográfiai, antropometriai, várandósággal és táplálkozással kapcsolatos kérdéseket alkalmaztunk. Az adatokat IBM SPSS 25.0 statisztikai szoftver segítségével, χ^2 -próbával, leíró statisztikával, gyakoriságtáblák készítésével elemeztük (Pakai & Kívés, 2013).

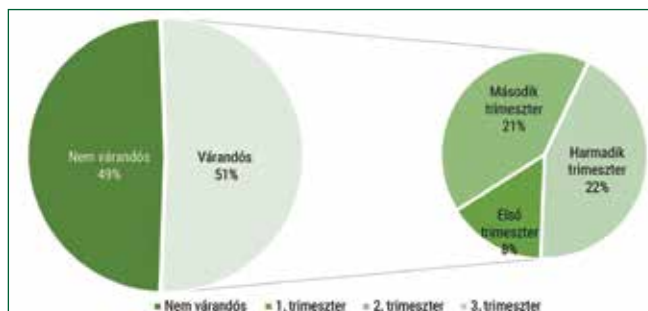
Eredmények

A kérdőívet kitöltők 84%-a a 20–34 év közötti korosztályba tartozott, 13%-a 35–40 év közötti volt, 2%-a 41–50 év közötti, végül 1%-a 20 év alatti korcsoportba volt sorolható. A lakóhely szerinti megoszlást vizsgálva a legtöbben, a válaszadók 40%-a lakott a felmérés idején városban, 27%-a községben vagy faluban, 16%-a megyeszékhelyen és 16%-a fővárosban.

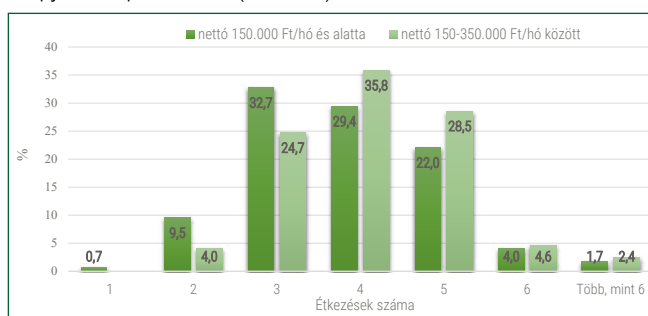
A kérdőívben felmértük a kitöltők családi állapotát is. A megkérdezettek 69%-a házas volt, 29%-a élettársi kapcsolatban élt, az egyedülállók száma csekély, 2% volt. A háztartások egy főre eső havi nettó jövedelme szerint a kitöltők 25%-ának 100 000–150 000 Ft közé eső, míg 23%-ának 151 000–200 000 Ft közé eső nettó havi jövedelme volt. A válaszadók 15%-a nyilatkozta, hogy 50 000–100 000 Ft/hó és 14% bevallása szerint 201 000–250 000 Ft/hó az egy főre eső jövedelem a háztartásukban. A válaszadók 12%-a él olyan háztartásban, ahol 250 000–350 000 Ft közé sorolható, és 9%-a, ahol 350 000 Ft/hó jövedelemnél magasabb az egy főre eső havi jövedelem. A résztvevők 2%-a élt olyan háztartásban, ahol 50 000 Ft/hó az egy főre eső nettó jövedelem.

A résztvevők 49%-a már nem volt várandós, 51%-a várandós volt a kitöltéskor. A várandósok 51%-ának

1. ábra: A felmérésben résztvevők megoszlása a várandóság megléte alapján (N=1423)



2. ábra: A résztvevők étkezéseinek száma (%) jövedelem alapján csoportosítva (N=1423)



eloszlása az alábbiak szerint alakult: legkisebb arányban (8%) az első trimeszterben lévők, második legnagyobb arányban a második trimeszterben lévők (21%) és a legnagyobb arányban a harmadik trimeszterben lévők (22%) töltötték ki a kérdőívet (**1. ábra**).

A napi étkezések számára vonatkozó adatokat csoportosítottuk a jövedelmi kategóriák alapján (**2. ábra**). Az elemzések során kiderült, hogy a 150 000 Ft-tal, illetve az ennél kevesebb egy főre jutó havi nettó jövedelemmel rendelkezők legtöbben (32,7%) átlagosan naponta három alkalommal étkeztek. A 150 000–350 000 Ft/fő/hó bevétellel rendelkezők legtöbben (35,8%) átlagosan négy alkalommal étkeztek.

Kutatásunk során arra kértük a résztvevőket, hogy adják meg várandóság előtti testmagasságukat és testtömegüket a testtömegindex (BMI) kiszámításához (**3. ábra**). Az összes válaszadó testtömegindex-átlaga 26,14 kg/m² volt, így a résztvevők átlaga a túlsúlyos kategóriába tartozott. A 20 év alattiaknak 21 kg/m² volt a testtömegindex-átlaga, ami alapján normális testalkatúak voltak. A 20–34 év közöttiek BMI-átlaga 26,4 kg/m² volt, ami alapján túlsúlyosnak számítottak, csakúgy, mint a 34–40 év közöttiek, akiknek 25,09 kg/m² volt, illetve a 41–50 év közöttiek, akiknek 25,18 kg/m² volt a testtömegindex-átlaguk.

A megkérdezett várandósok 75,6%-a nyilatkozta azt, hogy növekedett, 15,3%-a, hogy nem változott és 9,2%-a, hogy csökkent a testtömege a várandósság előttihez viszonyítva. A várandósság első trimeszterében (1–12. hét) lévők számoltak be legnagyobb arányban arról, hogy csökkent, illetve, hogy nem változott a testtömegük. A várandósság második trimeszterében (13–27. hét) lévők legnagyobb hányada testtömeg-növekedésről számolt be, csakúgy, mint a harmadik trimeszterben (28. héttől) lévő várandósok.

A 4. ábrán azt mutatjuk be, hogy a testtömegváltozáshoz hogyan viszonyultak a felmérésben résztvevők. Legmagasabb arányban a várandósok több mint 40%-a, míg a kitöltéskor már nem várandósok egyharmada nyilatkozta azt, hogy egyáltalán nem zavarja a kialakult testtömegtöbblet. Azonban a szülés után lévő nők közel egynegyede számolt be arról, hogy nagyon zavarja őket a testtömegük változása.

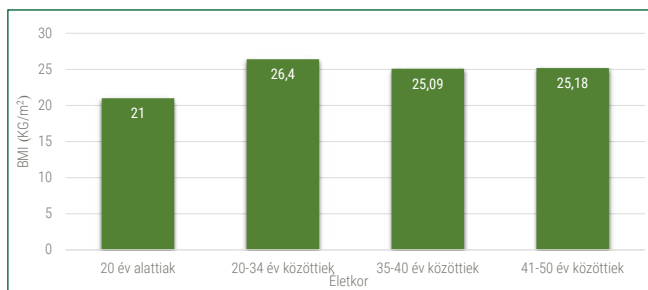
Megbeszélés

A felmérésben résztvevők átlagéletkora túlnyomó többségben (84%) 20–34 év között volt. A kitöltők aránya egyezőséget mutat a hazai demográfiai adatokat bemutató felmérésekkel. A hazai Központi Statisztikai Hivatal (KSH) 2011-es adatai szerint (URL1) az anyák átlagéletkora folyamatos emelkedést mutat az első gyermek vállalásakor, míg a rendszerváltást követően a húszas éveik elejére, addig napjainkban a húszas éveik végére jellemző.

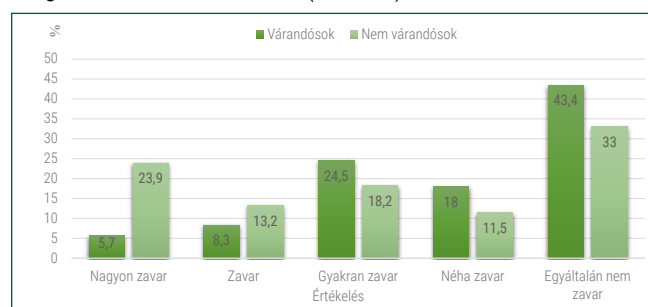
A KSH adatai alapján (URL1) a 2011-es népszámláláskor a 9,94 millió fős lakosság 34,4%-a élt városban, 17,7%-a megyeszékhelyen, 17,4%-a fővárosban és 30,5%-a nagyközségben vagy községben. A felmérésben résztvevők lakhely szerinti megoszlása ehhez hasonló megoszlást mutat, 40% városi lakhellyel rendelkezett, 16%-a megyeszékhelyen, 16%-a fővárosban és 27%-a községben vagy faluban lakott.

A hazai statisztikai adatok szerint (URL6) 2020-ban – felmérésünk évében – a magyar lakosság éves nettó jövedelme 1 765 000 Ft volt, ezáltal a havi nettó jövedelem 147 083 Ft volt. Amennyiben a felmérésben résztvevőket jövedelem szerint felosztjuk, úgy, hogy a 150 000 Ft/hó egy főre eső jövedelmet tekintjük a határértéknek (mivel ez esik legközelebb az átlagértékhez), akkor a válaszadóink 42%-a rendelkezett az átlagosnál kevesebb jövedelemmel és 58%-a ennél többel.

3. ábra: A válaszadók átlag-testtömegindexe a várandósság előtt (N=1423)



4. ábra: A résztvevők önbevalláson alapuló értékelése a testtömegváltozásra vonatkozóan (N=1423)



A napi étkezések számának elemzésekor megállapítottuk, hogy a havi nettó jövedelemmel arányosan nőtt a résztvevők átlagos napi étkezéseinek száma.

A testtömegindex vizsgálata során eredményeinket összevettük a 2009-es, a 2014-es, valamint a 2019-es OTÁP eredményeivel is. Mindhárom OTÁP-mérésben a 18–34 éves korosztály normális (23,6±0,4 kg/m², 24 kg/m², 24,4 kg/m²) testalkatúnak számított, eredményeinkben ez csupán a 20 év alattiakra volt jellemző (21 kg/m²), a 20–34 év közöttiek pedig átlagban túlsúlyosak voltak (26,4 kg/m²). A 35–64 éves korosztály az OTÁP-mérések és a kutatási eredményeink alapján is többségben a túlsúlyos kategóriába tartozott. Szintén mindhárom OTÁP-eredmény alapján a 35–64 éves nők BMI-átlaga (25 kg/m², 28,1 kg/m², 27,7 kg/m²) alapján többségben túlsúlyosak voltak, csakúgy, mint az általunk végzett felmérésben (35–40 év közöttiek: 25,09 kg/m², 41–50 év közöttiek: 25,28 kg/m²).

A testtömegtöbblet egyre nagyobb pénzügyi terheléssel jár mind az egyén, mind az egészségügyi rendszerek számára. Évi 70 milliárd euróba kerül csak az Európai Uniónak az egészségügyi közvetlen költségek és a munkából való távolmaradás miatt (URL7).

Az elhízás kétszeresére növeli a szívbetegségek és a magas vérnyomás kockázatát (Faulkner, 2021; Keczei et al., 2022). Már 5–9 kg-os testtömeg-növekedés megkértszeríti a 2-es típusú diabetes mellitus kialakulásának esélyét. Minden 1 kg-nyi testtömeg-

gyarapodás 9–13%-kal emeli az izületi betegségek kialakulásának valószínűségét (Picard et al., 2013). A testtömeg 5-10%-os csökkenése valamennyi kockázati tényezőt jelentősen csökkentheti (Hitman & Finer, 2011).

Az adolezcenskori túlsúlyos állapot 70%-kal növeli a felnőttkori elhízás esélyét, amely 80%-ra emelkedik abban az esetben, ha valamelyik vagy mindkét szülő túlsúlyos vagy elhízott (Sommer & Twig, 2018; Várady, 2019). Az elhízott gyermekek esetén korábbi életkorban alakulhat ki cukorbetegség, daganatos, illetve szív- és érrendszeri betegség, amely miatt esetükben nagyobb eséllyel jön létre súlyos egészségkárosodás vagy korai halál (Várady, 2019).

A várandós anyák testtömeg-növekedése tízszeresére növeli a magas vérnyomás kialakulásának lehetőségét (Várady, 2019). Várady emellett még számos negatív tényezőt említ, amely a várandósság előtti, alatti és utáni magas anyai BMI-vel hozható összefüggésbe (Várady, 2019). Az anyai elhízás programozza az utódnál az obesitást, ennek okán nagyobb valószínűséggel lesznek elhízottak mind gyermekkorban, mind felnőttként (Catalano & Shankar, 2017). Az elhízott várandósok esetén fokozott az inzulinrezisztencia, az endokrin funkciók megváltozásának és a szisztémás gyulladás kialakulásának a kockázata is. A szerző továbbá említést tesz a foetalis túltáplálás hipotéziséről is, amely szerint az obes várandósok vérplazmájában a megemelkedett glükóz- és a szabadzsírsav-szint miatt fokozódhat a tápanyagtranszfer az embrionális és magzati fejlődés idején. Az utód későbbi életstádiumában ez maradandó következményekkel járhat az étvágyának, az energia-anyagcseréjének, valamint neuroendokrin rendszerének tekintetében (Várady, 2019). A várandósság során leggyakrabban előforduló, táplálkozással összefüggő kóros állapotként fontos megemlíteni a gestációs diabetes mellitust, amelynek kezelése mind az utód, mind az anya egészsége szempontjából elengedhetetlen (Helle & Priest, 2020; Karácsony et al., 2017).

Az elhízás megelőzésére és kezelésére számos hazai és nemzetközi kampányt, illetve akciót hoztak létre. Köztük az „Első 1000 nap program”-ot, amit a Magyar Primer Prevenció Orvosi Egyesület hozott létre. Céljuk, hogy felhívják a szülőket, az orvosokat, valamint a döntéshozók figyelmét a fogantatástól egészen a hároméves korig tartó kritikus időszakra, amely rendkívüli jelentőségű a gyermek fejlődése szempontjából. Ebben az időszakban az utódot ért környezeti hatások, kiemelten a táplálást, meghatározók számos felnőttkori betegség – az elhízás, a cukorbetegség, a szív- és érrendszeri betegségek – kialakulásának megelőzése szempontjából. A családi tradíciónak a kisdetek és a kisgyermekek

táplálkozási szokásainak kialakításában kiemelt szerepe van (Karácsony et al., 2018).

Hazánkban a Magyar Nemzeti Szívalapítvány (MNSZ) koordinálja, az Európai Bizottság támogatásával, 20 európai ország közreműködésével, a „Gyermekek, az elhízás és az ehhez társuló, elkerülhető idült betegségek” elnevezésű programot. Ebben felhívják a figyelmet a gyermekeknek szóló reklámok befolyására, amelyek leginkább olyan élelmiszerek fogyasztását népszerűsítik, amelyeket a táplálkozási ajánlások alapján nem vagy csak nagyon ritkán lenne szabad fogyasztaniuk (URL8).

Mindezekon túl, nemcsak a gyermekeket, hanem a társadalom egészét érintve, a Magyar Elhízástudományi Társaság (MET) 2023-ban létrehozta az „Állítsuk meg az elhízást!” prevenció platformot, amelynek oka, hogy az elhízás a XXI. század egyik legnagyobb kihívást jelentő népegészségügyi problémájává vált. Világszerte több mint évi 2,8 millió haláleset hozható összefüggésbe a túlsúllyal vagy elhízással. Az OECD-országokban minden negyedik ember elhízott. A felnőttkori elhízás átlagos aránya a 2010-es 21%-ról 2016-ra 24%-ra növekedett, ezáltal 50 millióval emelkedett az elhízással élő személyek száma (URL7).

Következtetésként elmondható, hogy a kutatásunkban résztvevők az életkor, a lakóhely, a családi állapot és az anyagi státusz tekintetében is jól tükrözik a KSH 2011-es adatait. Eredményeink továbbá alátámasztják a 2009-ben, a 2014-ben és a 2019-ben végzett OTÁP megállapításait, miként a magyar nők testtömegindexe az életkor előrehaladtával nő, a középkorúak tekintetében az átlag túlsúlyosnak tekinthető. Fontos szerepe van az elhízás megelőzésének, valamint kezelésének, amely által csökkenteni lehetne az elhízással összefüggő betegségek kialakulásának, valamint a várandósság alatt vagy a szülés során kialakuló komplikációk kockázatát. Javasolnánk az elhízás ellen létrehozott nemzetközi és hazai programok népszerűsítését, illetve, hogy nagyobb figyelmet kapjon a primer prevenció a gyermekek, a normális testtömegűek és a várandósok körében, valamint szekunder prevenció a túlsúlyos/elhízott személyek körében.

Szerzői munkamegosztás: H. A.: koncepció, tervezés, irodalomkutatás, adatfeldolgozás, -elemzés, kézirat megírása, szerkesztés; V. K.: tervezés, elemzés, szakértés; K. V.: adatfeldolgozás, -elemzés; T. B.: adatfeldolgozás, elemzés; P. A.: koncepció, tervezés, elemzés, szakértés.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségei.

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

Irodalomjegyzék

- Catalano, P. M., & Shankar, K. (2017). Obesity and pregnancy: mechanisms of short term and long term adverse consequences for mother and child. *BMJ (Clinical research ed.)*, 356, j1. <https://doi.org/10.1136/bmj.j1>
- Faulkner J. L. (2021). Obesity-associated cardiovascular risk in women: hypertension and heart failure. *Clinical Science (London, England: 1979)*, 135(12), 1523–1544. <https://doi.org/10.1042/CS20210384>
- Golden A. (2021). Obesity's Impact. *The Nursing clinics of North America*, 56(4), xiii–xiv. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2021.08.004>
- Helle, E., & Priest, J. R. (2020). Maternal Obesity and Diabetes Mellitus as Risk Factors for Congenital Heart Disease in the Offspring. *Journal of the American Heart Association*, 9(8), e011541. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.011541>
- Hitman, G. A., & Finer, S. (2011). Obesity and Type 2 diabetes; achieving weight loss. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association*, 28(6), 627. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2011.03319.x>
- Karácsony, I., Kölkedi, P. V., Pakai, A. (2018). A családi tradíció szerepe a kisdetek és kisgyermekek táplálkozásában: The role of family tradition in the nutrition of toddler. *Egészségfejlesztés*, 59(2), 17–25.
- Karácsony, I., Simon, M., Harjárné, B. É. (2017). Gestatio diabetes mellitussal gondozott magas rizikójú várandósok terápiás együttműködésének vizsgálata kiemelten a diéta és a fizikai aktivitás tekintetében. *Egészség-Akadémia*, 8, 27–35.
- Keczeli, V., Al-Sadoon, L., Máté, O., Jeges, S., Polyák, É., Pakai, A. K., Ahmann, M., Kisbenedek, G. A., Verzár, Zs. (2022). Prevalence and impact of metabolic syndrome on outcomes of acute coronary syndrome patients in two different countries. *Acta Angiologica*, 28(2), 44–51. <https://doi.org/10.5603/AA.2022.0008>
- Langley-Evans, S. C., Pearce, J., & Ellis, S. (2022). Overweight, obesity and excessive weight gain in pregnancy as risk factors for adverse pregnancy outcomes: A narrative review. *Journal of human nutrition and dietetics: the official journal of the British Dietetic Association*, 35(2), 250–264. <https://doi.org/10.1111/jhn.12999>
- Lebrun, A., Plante, A. S., Savard, C., Dugas, C., Fontaine-Bisson, B., Lemieux, S., Robitaille, J., & Morisset, A. S. (2019). Tracking of Dietary Intake and Diet Quality from Late Pregnancy to the Postpartum Period. *Nutrients*, 11(9), 2080. <https://doi.org/10.3390/nu11092080>
- Pakai, A., Kíves, Zs. (2013). Kutatásról ápolóknak. Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészségtudományi kutatásokban. *Nővér*, 26(3), 20–43.
- Picard, F., dos Santos, P., & Catargi, B. (2013). Diabète, obésité et complications cardiaques [Diabetes, obesity and heart complications]. *La Revue du praticien*, 63(6), 759–764.
- Polyák, É. (2015). Korcsoportok táplálkozása. In: Polyák, É., Breitenbach, Z., Szekeresné, Sz. Sz. (szerk.). *Klinikai és gyakorlati dietetika*. Budapest: Medicina Könyvkiadó; p. 29–33.
- Polyák, É., Szabó, Sz. Sz. (2015). Az elhízás. In: Polyák, É., Breitenbach, Z., Szekeresné, Sz. Sz. (szerk.). *Klinikai és gyakorlati dietetika*. Budapest: Medicina Könyvkiadó; p. 166.
- Robinson, E. (2023). Obesity and the cost of living crisis. *International Journal of Obesity*, 47(2), 93–94. <https://doi.org/10.1038/s41366-022-01242-9>
- Sommer, A., Twig, G. (2018). The Impact of Childhood and Adolescent Obesity on Cardiovascular Risk in Adulthood: a Systematic Review. *Current Diabetes Reports*, 18(10), 91. <https://doi.org/10.1007/s11892-018-1062-9>
- Várady, E. (2019). Az utód egészségi állapotát befolyásoló környezeti hatások az első 1000 napban. Fókuszban az obesitas és a dohányzás. In: Varga, K., Andrek, A., Molnár, J. E. (szerk.). *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében*. Budapest: Medicina Könyvkiadó; p. 158–172.
- URL1: Központi Statisztikai Hivatal (KSH). Elveszülések az anya és az újszülött főbb jellemzői szerint (2022). https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0007.html
- URL2: Eurostat. Women in the EU are having their first child later. (2021). <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210224-1>
- URL3: Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet. Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat (OTÁP) (2009). https://www.ogyei.gov.hu/otap_2009
- URL4: Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet. Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat (OTÁP) (2014). https://www.ogyei.gov.hu/dynamic/5_sarkadi_otap2014_makrotap.pdf
- URL5: Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet. Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat (OTÁP) (2019). https://ogyei.gov.hu/dynamic/2_taplaltsagi_allapot_a_2019_es_eredmenyek_alapjan.pdf
- URL6: Központi Statisztikai Hivatal (KSH). A háztartások élet-színvonala, 2020. (2020). <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/hazteletszinv/2020/index.html>
- URL7: Magyar Elhízástudományi Társaság (MET). Állítsuk meg az elhízást! – „Boldogabb, egészségesebb, hosszabb életet mindenkinek! (2023). <http://elhizastudomany.hu/allitsuk-meg-az-elhizast-boldogabb-egeszsegesebb-hosszabb-életet-mindenkinek/>
- URL8: Magyar Nemzeti Szívalapítvány (MNSZA). Gyermekek, elhízás és reklám. (2023). http://www.mnsza.hu/elhizas/gyermekes_reklam.php

EREDETI KÖZLEMÉNY

A magyar Huntington-kóros betegek és családjaik életminőségének elemzése

SZALAI Klára Szilvia, Prof. Dr. MOLNÁR Mária Judit MD, PhD, DSc,
Dr. MOLNÁR Viktor MD, PhD, Dr. ÁCS Andrea PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: Huntington-kórban szenvedők és az őket gondozók életminőségének vizsgálata, amelynek során különösen nagy hangsúlyt kap a család. Célunk volt továbbá felmérni, mennyire lennének nyitottak a családok olyan, egyetemi végzettségű ápolók által nyújtott szolgáltatásra, amely segít a betegutak rövidítésében, illetve a mindennapi problémáik megoldásában.

Anyag és módszer: A keresztmetszeti vizsgálat validált kérdőívvel történt, illetve saját kérdőívet készítettünk, amely szociodemográfiai adatokat és a betegséggel kapcsolatos kérdéseket tartalmazott. A vizsgálat a Semmelweis Egyetem Genomikai Medicina és Ritka Betegségek Intézetében történt, Huntington-kóros betegek és családjuk bevonásával.

Eredmények: A Huntington-kóros betegek saját megítélése szerint a fizikai életminőségre van nagyobb hatással a betegség, szemben a mentális egészséggel. A Huntington-kóros családok életminőségére nagy hatással van a családtagjuk betegsége. A Huntington-kóros betegek és családtagjaik is nyitottak lennének egyetemi végzettségű ápoló által nyújtott szolgáltatásokra.

Következtetés: A Huntington-kór negatív hatással van mind a beteg, mind a családja életminőségére. Ennek javításának érdekében érdemes lenne megvizsgálni, hogy kiterjesztett hatáskörű ápoló által nyújtott segítséggel javítható-e.

Kulcsszavak: életminőség, Huntington-kór, chorea, APN, kiterjesztett hatáskörű ápoló

Analysis of the Quality of Life Patients With Huntington's Disease and Their Families In Hungary
Klára Szilvia SZALAI, Mária Judit MOLNÁR MD., PhD, DSc., Viktor MOLNÁR MD., PhD, Andrea ÁCS PhD

SUMMARY

Aim: The aim of the research study was to get a better picture of the patient's quality of life with Huntington's disease and their caretaker's. One of the main topics of the investigation was the family, because taking care of a Huntington's patient can have a big impact on their lives. Our further concern was to introduce the concept for the families and test their open mindedness, if they would take assistance from nurse graduates to make the patient's medical journey shorter and help with their everyday life challenges.

Material and method: The cross-sectional research was done by validated tests, as well as, self-made tests which contained socio-demographic data and questions regarding the disease. The trial took place at Semmelweis University, at the Institute of Genomic Medicine and Rare Disorders in collaboration with the patients and their families.

Results: According to the patients, their life quality is affected more physically than their mental health. The experiment showed that the disease has a big impact on the quality of life of the family members. The family members would be more open in regards to accepting help from advanced practice nurses.

Conclusion: Huntington's disease has a negative impact on the quality of life of the patients and their families. It would be adequate to study if the provided help of advanced practice nurses could improve their quality of life.

Keywords: quality of life, Huntington's disease, chorea, APN, advanced practice nurse

SZALAI Klára Szilvia
kiterjesztett hatáskörű
ápoló, Semmelweis Egyetem
Genomikai Medicina és Ritka
Betegségek Intézete
ORCID-azonosító:
0009-0004-2133-252X

Prof. Dr. MOLNÁR Mária Judit
MD, PhD, DSc egyetemi tanár,
intézetvezető, Semmelweis
Egyetem Genomikai Medicina
és Ritka Betegségek Intézete
ORCID-azonosító:
0000-0001-9350-1864


Dr. MOLNÁR Viktor MD, PhD
egyetemi tanársegéd, klinikai
genetikus szakorvos,
Semmelweis Egyetem
Genomikai Medicina és
Ritka Betegségek Intézete
ORCID-azonosító:
0000-0002-4156-9987

Dr. ÁCS Andrea PhD egyetemi
okleveles ápoló, adjunktus,
Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti
Intézet, Semmelweis Egyetem
Egészségtudományi Kar
ORCID-azonosító:
0000-0003-2262-8854

Levelező szerző

(corresponding author):
SZALAI Klára Szilvia
E-mail:
szalai.klara-szilvia@semmelweis.hu

Beérkezett: 2023. november 13.
Elfogadva: 2023. november 20.

 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.36.0029> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

A Huntington-kór egy örökletes neurodegeneratív betegség, amelyet pszichés tünetek, mozgászavar és kognitív hanyatlás jellemez (Stoker et al., 2022). A betegséget *George Huntington* után nevezték el, aki 1872-ben elsőként írta le az autoszomális dominánsan öröklődő kórképet, amely a huntingtin génben (HTT) bekövetkező hiba miatt alakul ki (McColgan & Tabrizi, 2018). A betegség jellemzően középkorban kezdődik, lassú progresszióval (Roos, 2010).

Nemzetközileg évről évre egyre több cikk jelenik meg a Huntington-kór kutatását illetően. Jelenleg csak tüneti terápia létezik, ám a betegség több klinikai vizsgálat fókuszpontjában áll (McColgan & Tabrizi, 2018).

Szakirodalmi áttekintés után kijelenthető, hogy nincs olyan szakirodalom, amely a magyar Huntington-betegek ápolásával és életminőségének vizsgálatával foglalkozott volna, pedig a betegség progresszív mivolta miatt ez lényeges lenne. Kutatásunk során a Huntington-kórban szenvedők és az őket gondozók életminőségét vizsgáltuk meg. Ennek során különösen nagy hangsúlyt kapott a család, amelynek tagjai napi szinten „szenvednek” a Huntington-kór hatásaitól. Az egészség és az életminőség vizsgálata kulcsfontosságú Huntington-kórban. Fontos megérteni, hogy a betegség az életminőség mely területén rombol a legjobban, és hogy a családra milyen hatással van, a betegek és hozzátartozóik milyen információkat kaptak a betegséggel kapcsolatban, és milyen segítségre számíthatnak. A fentiekén kívül a vizsgálatban felmértük, hogy mennyire lennének nyitottak a családok olyan, egyetemi végzettségű ápolók által nyújtott szolgáltatásra, amely segít a betegutak rövidítésében, illetve a mindennapi problémáik megoldásában.

Huntington-kór

A Huntington-kór autoszomális dominánsan öröklődő, központi idegrendszert érintő genetikai rendellenesség, amely a neuronok degeneratív folyamatainak folyamatos progressziójával jár (Walker, 2007). 1872-ben *George Huntington* különítette el egyéb choreáktól, de a betegség kialakulásáért felelős genetikai defektust csak 1993-ban írták le (Andrew et al., 1993). Mivel a betegség autoszomális dominánsan öröklődik, egy Huntington-kóros beteg 50% eséllyel örökíti tovább a betegséget a következő generációra nemtől függetlenül. A kaukázusi népességben az előfordulása 5-10/100 000 (Roos, 2010). Elmondható, hogy Ázsiában alacsonyabb előfordulás figyelhető meg,

Rövidítések jegyzéke

APN = (advanced practice nurse) kiterjesztett hatáskörű ápoló
 HD = (Huntington's disease) Huntington-kór
 HDQoL = (Huntington's disease health-related quality of Life) egészséggel összefüggő életminőség Huntington-kórban
 HDQoL-C = (Huntington's disease quality of life battery for carers) Huntington-kór életminőségi elemzése az ápolók számára
 SE GRI = Semmelweis Egyetem Genomikai Medicina és Ritka Betegségek Intézete
 SF-36 = (Medical outcomes study short-form 36) Életminőség kérdőív-36

míg Európában, Észak-Amerikában és Ausztráliában magasabb (Ajitkumar & De Jesus, 2022).

A jellemző klinikai képet három klasszikus tünetegyüttes jellemzi: a kezdeti kognitív és a pszichés zavar, valamint a később kialakuló motoros tünetek (Ajitkumar & De Jesus, 2022). Ezenfelül jellemző tünetek lehetnek még a fogyás, az alvászavar, a napi ritmus felborulása, valamint a vegetatív idegrendszeri zavarok is (Roos, 2010). A sokáig tünetmentes betegség általában lassú kognitív változásokkal kezdődik (Stoker et al., 2022). Átlagosan 40-45 éves korban jelennek meg az első tünetek, amelyek később progrediálnak (Ajitkumar & De Jesus, 2022).

Klinikai jellemzők

Pszichiátriai tünetek

A pszichiátriai tünetek nagy változékonyságot mutatnak, leginkább affektív zavarok, szorongás az első tünet, sok esetben személyiségváltozás is megfigyelhető (Tariska, 2021). A pszichiátriai tünetek negatív hatással vannak a mindennapi életre és a családra (Roos, 2010). Kezdetben a betegek figyelme gyengül, aminek következtében nő az impulzivitás és az ingerlékenység; az ingerlékenység sok esetben dühkitörésekhez és agresszióhoz vezethet (Ajitkumar & De Jesus, 2022). A családtagok arról számolnak be, hogy az érintett egyre nehezebben uralkodik az indulatain. Az ingerlékenység mértéke széles skálán mozog, az apróbb vitáktól kezdve egészen a fizikai erőszakig (Stoker et al., 2022). A Huntington-kóros betegek körében gyakori az öngyilkosság gondolata (5-10%), amelyet leginkább a betegség megállíthatatlan progressziója indukál. A leggyakoribb halál oka a már sokszor mozgásképtelen betegeknél a pneumonia (Honrath et al., 2018).

Kognitív tünetek

Nem ritka, hogy a kognitív funkciók hanyatlása hívja fel a figyelmet a betegségre. Nehezednek a döntések, csökken az ítélőképesség, ennek következtében fokozatosan, egyre nehezebben tudják tartani a napi rutint, az egyszerű feladatokat is nehezebben hajtják végre. Rugalmatlanabbá válnak, nehezen tudnak alkalmazkodni az új helyzetekhez, ami miatt egyes helyzetekre nem megfelelően reagálnak (Roos, 2010).

Motoros tünetek

A legjellegzetesebb motoros tünetek az akaratlan, nem kívánt mozgások, a chorea (Ajitkumar & De Jesus, 2022). Kezdetben ezek a mozgások a végtagok distalis részén a legjellemzőbbek, mint például az ujjakban vagy a kis arcizmokban. „Kívülről nézve” sokszor fel sem tűnnek vagy egyszerűen csak idegességgel magyarázzák a betegek ezeket a tüneteket. Az akaratlan mozgások, ha jelentkeznek, általában mindig jelen vannak, amikor a beteg ébren van. Fokozatosan nehezebbé válnak a mindennapi tevékenységek, mint az ágyból való felkelés, öltözködés, fürdés, takarítás, főzés, étkezés. Ezek a motoros tünetek a beteg munkájára is negatív hatással lesznek előbb-utóbb (Roos, 2010), illetve hajlamosak lesznek az elesésre, amik főleg enyhe vagy közepes stádiumban a jellemzők és az életminőséget még inkább rontják (Stoker et al., 2022).

Terápiás lehetőségek

A Huntington-kórra jelenleg még nincsen gyógy-mód. A tünetek csökkentésére jó pár terápiás lehetőség létezik, amelyeknek fő célja az életminőség javítása. A Huntington-kór kezelése összetett feladat. A gyógyszeres terápiák közül a tetrabenazinterápia került törzskönyvezésre ebben a betegségben a túlmozgások kontrolljára, az egyéb terápiákat, mint antidepresszívumok, antipszichotikumok off label használjuk. Legújabb megfigyelések szerint az új generációs antipszichotikumok jó hatással vannak mind az affektív, mind a kognitív tünetekre (Molnat et al., 2022). A betegség kezelése multidiszciplináris feladat (Ajitkumar & De Jesus, 2022). A multidiszciplináris ellátás ma már aranystandardnak tekinthető. A kezelés fő célja az életminőség javítása és a szövődmények kialakulásának csökkentése (Ajitkumar & De Jesus, 2022). A multidiszciplináris team tagjai szakorvosok (neurológus, pszichiáter, klinikai genetikus, palliatív orvos), szakápolók és különböző egészségügyi szakemberek, úgymint gyógytornász,

dietetikus, beszéd- és nyelésterapeuta, valamint szociális munkás (Mestre & Shannon, 2017).

Számos, nem gyógyszeres terápia is létezik Huntington-kóros betegek számára. Egyre több szakcikk foglalkozik a különböző kiegészítő terápiákkal. Ilyenek például a napi rutin kialakítása, a kognitív viselkedésterápia, a környezeti változások, a művészetterápia vagy a zeneterápia. A többtípusú, sokszínű terápia segíti a beteg szociális, lelki és érzelmi jóllétét, és egyben fizikailag és pszichológiailag támogatja a beteget (Stoker et al., 2022).

A Huntington-kóros betegek számára fontos a napirend kialakítása; ez olyan stabilitást ad nekik, amely által kevésbé fordul elő agresszív viselkedés. A kognitív viselkedésterápia hatékony lehet a pszichés zavarok korai stádiumában. A terápia sikere függ a beteg hozzáállásától és a betegség progressiójától. A személyre szabott kognitív terápia segítheti a beteg és családja megküzdését a betegséggel szemben, erre szolgáló eszközök például a stresszkezelési technikák, a relaxáció vagy a meditáció. A művészetterápia mint kommunikációs eszköz segíthet az érzelmek kifejezésében, a kommunikációban, mivel a Huntington-kóros betegek sokszor nehezen fejezik ki az olyan érzelmeiket, mint az unalom, a fáradtság, a magány vagy a frusztráció (Skirton, 2005).

A Huntington-kór hatása az életminőségre

Az egészséggel összefüggő életminőség (health related quality of life – HRQoL) fontos, a beteg által észlelt eredménymérő, amely által információt kapunk a beteg állapotáról, mindennapi tapasztalatairól (Hocaoglu et al., 2012).

A Huntington-kórra jelenleg csak tüneti kezelés létezik, ezért lényeges az életminőség javítása, változása pedig fontos a különböző terápiák hatékonyságának értékeléséhez (Dorey et al., 2016). A Huntington-kór – tüneteinek összetettsége miatt – az életminőség több területére is hatással van. Több tanulmány is arra a következtetésre jutott, hogy az általános kérdőívek nem elég szenzitívek ezek mérésére (Hocaoglu et al., 2012).

A betegség progresszív lefolyása számos területen hatást gyakorol az életminőségre, így a fizikai, kognitív, pszichés és szociális aspektusokra is. A legtöbb kutatás arra a következtetésre jutott, hogy a hangulatzavarok és az érzelmi élet károsodása rontja leginkább az életminőséget, szemben a motoros és kognitív funkciók romlásával (Dorey et al., 2016).

Míg más betegségnél bőséges szakirodalom foglalkozik a gondozók életminőségével (például demencia esetében), elenyésző azon kutatások száma, ame-

lyek a Huntington-kórral küzdő betegek családtagjainak életminőségét vizsgálják (Aubeeluck et al., 2012).

A múltban számottevő mennyiségű vizsgálat jutott arra a következtetésre – a közvetlen életminőség mérése nélkül –, hogy a gondozókra is hatással van a kórkép. A fellelhető irodalom rávilágít arra, hogy ebben a gondozói csoportban nagyban romlik az életminőség. Ennek okai a következők: elszigeteltség, megküzdési nehézségek, kognitív és viselkedési tünetek, pénzügyi nyomás, hozzáférés bizonyos szolgáltatásokhoz (például speciális segédeszközökhez és felszerelésekhez, szakirányú érdekképviselőhöz és támogatásokhoz), valamint az olyan szakemberekhez, akik megfelelően képzettek a Huntington-kór által előidézett, összetett családi dinamikák kezelésében. Napjainkban már sokkal alaposabban elemzett téma a Huntington-kórban szenvedő betegek vizsgálata (Aubeeluck et al., 2012).

A vizsgálat célja a magyar Huntington-kóros betegek életminőségének felmérése, feltérképezni, hogy a páciensek életminőségének mely területeire van hatással a betegség. További célcsoportot képeznek a betegek hozzátartozói, és annak vizsgálata, hogy az ő életminőségükre milyen kihatással van egy Huntington-kóros beteg ellátása. Végezetül vizsgáltuk, hogy milyen szolgáltatásokhoz jutnak hozzá a betegek és családtagjaik, illetve mennyire lennének nyitottak egyetemi végzettségű ápolók (APN) által nyújtott szolgáltatásokra.

A vizsgálatot a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatás-Értékelési Bizottsága engedélyezte. A vizsgálat helyszíne a Semmelweis Egyetem Genomikai Medicina és Ritka Betegségek Intézete (GRI) volt. Az intézetbe az ország egész területéről érkeznek páciensek; itt biztosított a Huntington-kóros betegek gondozása.

Anyag és módszer

A vizsgálat az SE-GRI-ben kezelt betegek körében történt. Beválasztási kritérium a Huntington-kór diagnózis volt, G10HO BNO-kóddal. A diagnózis minden esetben klinikai genetikai vizsgálattal volt alátámasztva. Más kezelt betegség nem volt kizáró ok, de ezeknek az életminőségre gyakorolt lehetséges hatásait a kiértékelésnél nem vettük figyelembe. A részvétel önkéntes alapon történt, illetve a betegek és a hozzátartozók a kérdőívek kitöltése előtt szóbeli és írásbeli tájékoztatást kaptak a vizsgálat menetéről.

Hipotézisek

1. Feltételezzük, hogy a Huntington-kóros betegek fizikai életminőségére és mentális életminőségére ugyanolyan hatással van a betegség.

2. Feltételezzük, hogy a Huntington-kóros betegek saját szubjektív megítélésük szerint magasabbra becsülik életminőségüket, mint az őket gondozó családtagok.
3. Feltételezzük, hogy a Huntington-kóros betegek családtagjainak életminőségét nagyban befolyásolja ápolói szerepük.
4. Feltételezzük, hogy a Huntington-kóros betegek és családtagjaik nyitottak lennének egyetemi végzettségű ápolók által nyújtott segítségre.

Felhasznált kérdőívek

A Huntington-kórral érintett betegek általános életminőség-felmérésére az SF-36 kérdőívet és a EuroQoL-skálát használtuk. A Huntington-kóros betegek családjának életminőségét a HDQoL-C kérdőív segítségével mértük fel. Mindegyik kérdőív tartalmazott saját kérdéseket is, amelyek szociodemográfiai adatokat tartalmaztak, illetve az egyetemi végzettségű ápolók által nyújtott lehetőségek elfogadottságát mérték fel.

Az SF-36 kérdőív 36 kérdése nyolc területen méri fel az életminőséget; egyik része a fizikális, másik része a mentális egészségre vonatkozik. Vizsgálja a fizikai működést, a szerepkorlátokat, az érzelmi problémákat, a fájdalmat, az általános egészségpercepciót, a vitalitást, az érzelmi állapotot, a társas kapcsolatot és az egészségi állapot változását. Ezt a kérdőívet több száz kutatásban és vizsgálat során használták a világ minden területén (Novák et al., 2006).

Az EuroQoL által kifejlesztett, általános életminőség-kérdőív, amelyen 0–100 közötti értékű skálán lehet bejelölni az életminőséget.

A HDQoL-C egy Huntington-kór-specifikus, többdimenziós, validált kérdőív, amelyet a Huntington-kórban szenvedő személyeket gondozók szubjektív életminőségének mérésére fejlesztettek ki.

Felhasznált programok

A kérdőívek a Google Forms felmérésadminisztrációs szoftver felhasználásával készültek. Az eredményeket Microsoft Excel program segítségével rendszereztük, a statisztikai vizsgálatokhoz pedig a Statistical Package for the Social Sciences for Windows version 26.0 (SPSS 26.0) statisztikai programot használtuk.

Eredmények

Szociodemográfiai jellemzők

A HDQoL-C kérdőív is tartalmaz szociodemográfiai kérdéseket, ezt egészítettük ki még egyéb saját kérdésekkel. Ugyanezeket kapták meg a Huntington-

I. táblázat: Demográfiai adatok a kutatásban résztvevők körében

		Huntington-kóros beteg (n=20)	Huntington-kóros beteg családtagja (n=21)
Kitöltő	férfi	40%	52,4%
	nő	60%	47,6%
Átlagéletkor		51,37 év	50,41 év
Iskolai végzettség	általános iskola	5%	4,8%
	szakmunkásképző	35%	19%
	érettségi	30%	38,1%
	egyetemi alapképzés	15%	28,3%
	egyetemi mesterképzés	10%	9,5%
Lakhely	Pest vármegye és Budapest	55%	57,1%
	többi vármegye	35%	42,9%
Családi állapot	egyedülálló	30%	19%
	házastárssal él együtt	60%	52,4%
	élettársi kapcsolatban él	10%	9,5%
	özvegy	–	14,3%

kóros betegek is. A kérdőív szociodemográfiai részében a válaszadók nemére, életkorára, iskolai végzettségére, lakhelyére, családi állapotára kérdeztünk rá.

A Huntington-betegek vizsgálatában összesen 20 fő (100%) vett részt, ebből 8 fő (40%) férfi és 12 fő (60%) nő volt a nemek szerinti eloszlás. Családtagjaik vizsgálatában összesen 21 fő töltötte ki a kérdőívet, ebből 11 fő (52,4%) férfi és 10 fő (47,6%) nő volt. A Huntington-kóros résztvevők átlagéletkora 51,37 év (SD=11,31, minimum-maximum=32-77), 1 kitöltő nem válaszolt erre a kérdésre. A családi részben a kitöltők átlagéletkora 50,41 év (SD=17,06, minimum-maximum=25-78). A Huntington-kóros betegek iskolai végzettségét hatkategóriás kérdéssel mértük fel, a többség szakmunkás képzettségű volt vagy érettségizett. A családi kérdőívre választ adók közül a többségnek érettségije volt. A betegek és családjuk családi állapotát is megvizsgáltuk, és elmondható, hogy a legtöbbször házastárssal él együtt. A pontos szociodemográfiai eloszlásokat az **I. táblázat** mutatja.

Az életminőség vizsgálata

Első hipotézis

Feltételezzük, hogy a Huntington-kóros betegek fizikai és mentális életminősége különbözik, jobb a mentális életminőség, mint a fizikai.

Az életminőséget az SF-36 kérdőívvel mértük fel, és nyolc dimenzióban vizsgáltuk.

A kérdőív megbízhatóságát (reliability) minden dimenzióban az alfa-érték szemlélteti. Az átlagértékeket megfigyelve elmondható, hogy a testi fájdalom dimenziójában a legjobb az életminőség értéke (M=78,12, SD=25,73, medián=88,75). A második helyen a szociális működés dimenziója áll. A legrosszabb életminőség-érték a fizikai szerep dimenziójában született (M=38,15, SD=43,59, medián=0). A pontos értékek a **II. táblázatban** láthatók.

A vizsgált nyolc dimenziót két fő csoportba osztottuk az SF-36 útmutatója alapján. Az egyik cso-

II. táblázat: SF-36 kérdőív eredményei

	Cronbach's alfa	Átlag (M)	Szórás (SD)	Medián
Fizikai aktivitás (n=19)	0,984	59,21	39,41	55,00
Fizikai szerep (n=19)	0,900	38,15	43,59	0,00
Érzelmi szerep (n=20)	0,787	41,66	41,71	33,33
Vitalitás (n=19)	0,841	63,42	33,16	65,00
Mentális egészség (n=18)	0,866	68,88	27,21	72,00
Szociális működés (n=20)	0,730	74,37	30,47	87,50
Testi fájdalom (n=20)	0,951	78,12	25,73	88,75
Általános egészség (n=19)	0,846	47,36	31,19	50,00

port a fizikai egészség volt, ebbe tartozott a fizikai aktivitás, a fizikai szerep, a testi fájdalom és az általános egészség. A másik csoport a mentális egészség volt, ebbe tartozott a vitalitás, a szociális működés, az érzelmi szerep és a mentális egészség.

Shapiro–Wilk-féle normalitáspróba alapján a fizikai egészség ($p=0,209$) és a mentális egészség ($p=0,79$) közel normális eloszlásból származik, jelentősen kilógó adat nincsen. A Huntington-kóros betegek fizikai életminősége ($M=57,75$, $SD=31,00$) és mentális életminősége ($M=63,37$, $SD=30,83$) nem különbözik: $t(16) = -1,228$, $p=0,237$. Statisztikailag nincs szignifikáns különbség a fizikai és mentális életminőség között.

Második hipotézis

Feltételezzük, hogy a Huntington-kóros betegek saját szubjektív megítélésük szerint magasabbra becsülik életminőségüket, mint az őket gondozó családtagok.

A hipotézis bizonyításához az EuroQoL-skálát használtuk, amelyen 0–100 közötti értéken lehet bejelölni az életminőséget. A betegek ($n=17$) saját megítélésük szerint jelölték be, hogy milyenek érzik életminőségüket. A családtagok ($n=17$) azt jelölték be, hogy a Huntington-kóros családtagjuknak az ő véleményük szerint milyen az életminősége. Az eredmény jelentős különbséget mutat a betegek és családjuk véleménye alapján. A pontos eredményt az **1. ábra** mutatja.

A hipotézis igazolódott. Az eredményt nagyban befolyásolta az is, hogy volt olyan beteg, ahol a család nem töltötte ki a kérdőívet, mivel a Huntington-kóros beteg még nem igényelt segítséget.

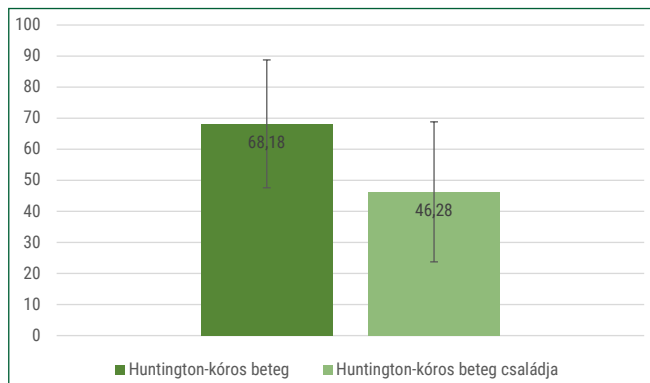
Harmadik hipotézis

Feltételezzük, hogy a Huntington-kóros betegek családtagjainak életminőségét nagyban befolyásolja ápolói szerepük.

A Huntington-kóros betegek családtagjainak az életminőségét a HDQoL-C kérdőívvel vizsgáltuk meg.

A HDQoL-C kérdőívben a Huntington-kóros betegek ápolásának az életminőségre gyakorolt hatását vizsgáltuk három dimenzióban. A kérdőív első

1. ábra: Huntington-kóros betegek és családjuk életminőség-vizsgálata EuroQoL-skálával (Hibasáv: szórás)



része a Huntington-kóros kapcsolatos általános kérdéseket tartalmaz.

A második dimenzióban kimondottan a gondozói szerepnek az életminőségre gyakorolt hatását vizsgáltuk. Jó életminőségről senki nem számolt be, ez az érték többször lett ellenőrizve, közepes életminőségről 57% (12 fő), rossz életminőségről 38,1% (8 fő) számolt be.

A harmadik dimenzióban az étellel való elégedettséget vizsgáltuk. Ebben a dimenzióban a válaszadók 38,1%-a (8 fő) jó életminőségről számolt be, közepes életminőségről 47,6% (10 fő), rossz életminőségről pedig mindössze 9,5% (2 fő) számolt be. A pontos értékeket a **III. táblázat** mutatja.

Az utolsó dimenzió az életérzéseket vizsgálta. A válaszadók 9,5%-a (2 fő) számolt be jó életminőségről, 57,1% (12 fő) közepes életminőségről, 28,6% (6 fő) pedig rossz életminőségről számolt be. A pontos értékeket a **III. táblázat** mutatja.

Az életminőséget a kérdőív összesen három területen méri, amelyek a következők: gondozói szerep hatása az életminőségre, elégedettség az étellel, életérzések. Elmondható, hogy a többségnek mind a három mért területen közepes az életminősége.

Egyetemi végzettségű ápolók által nyújtott segítség iránti igény

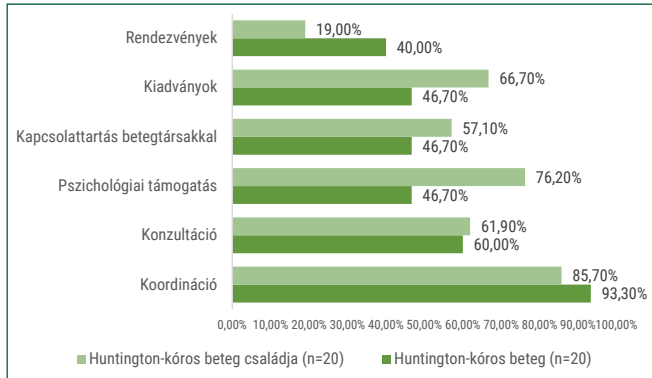
Negyedik hipotézis

Feltételezzük, hogy a Huntington-kóros betegek és családtagjaik nyitottak lennének egyetemi végzettségű ápolók által nyújtott segítségre.

III. táblázat: HDQoL-C kérdőív eredményei

	Jó életminőség	Közepes életminőség	Rossz életminőség
Gondozói szerep hatása az életminőségre (n=20)	0%	57,1%	38,1%
Élégedettség az étellel (n=20)	38,1%	47,6%	9,5%
Életérzések (n=20)	9,5%	57,1%	28,6%

2. ábra: Huntington-kóros betegek és családjuk által igénybe veendő szolgáltatások



Saját kérdőívet készítettünk, hogy felmérjük, a betegek és a családtagok mennyire lennének nyitottak egyetemi végzettségű ápolók által nyújtott segítségre.

Első lépésként felsoroltuk, hogy milyen szolgáltatásokra lenne lehetőség. Ezek:

- Koordináció – Segítség a különböző szolgáltatások elérésében (például gyógytorna, dietetikai tanácsadás).
- Konzultáció – Gyakorlati tanácsok a Huntington-kór tüneteinek kezelésére.
- Pszichológiai támogatás – Valaki, akivel beszélhet a gondolatairól és aggodalmairól.
- Kapcsolattartás betegtársakkal.
- Huntington-kórral kapcsolatos kiadványok.
- Huntington-kórral kapcsolatos rendezvények.

A betegek és a családjuk részéről is a legtöbb lehetőség népszerű volt. A legnépszerűbb lehetőség a koordináció, segítség a különböző szolgáltatások elérésében (például: gyógytorna, dietetikai tanácsadás) volt mindkét csoport számára.

A következő kérdéscsoportban azt mértük fel, hogy a beteg gondozása folyamán mely segítő szolgáltatásra lennének nyitottak a Huntington-kóros betegek és hozzátartozóik. Mindkét csoportban a „Koordináció, segítség a különböző szolgáltatások elérésében (például: gyógytorna, dietetikai tanácsadás)” területre volt a legnagyobb igény. A Huntington-kóros betegeknek ez 93,3%-os arányt jelentett, a családtagoknál 85,7%-ot. Ezt követően a „Konzultációs, gyakorlati tanácsok a Huntington-kór tüneteinek kezelésére” lehetőség volt a második legnépszerűbb a betegek közt. A hozzátartozóknál a „Pszichológiai támogatás, valaki, akivel beszélhet gondolatairól és aggodalmáról” lehetőségre érkezett a második legtöbb válasz, 76,2%-os arányban.

A Huntington-kóros betegeknek kevesebb mint a felét (46,5%) érdekelné a pszichológiai támogatás, valaki, akivel beszélhet gondolatairól és aggodalmáról;

a kapcsolattartás betegtársakkal; a Huntington-kórral kapcsolatos kiadványok. A legkisebb érdeklődést, 40%-ot a Huntington-kórral kapcsolatos rendezvények kapták.

A családtagoknál a harmadik helyen (66,7%) a Huntington-kórral kapcsolatos kiadványok szerepeltek. Mindössze a negyedik helyen (61,9%) szerepelt a „Konzultációs, gyakorlati tanácsok Huntington-kór tüneteinek kezelésére” opció. A kapcsolattartás betegtársakkal a válaszadók több mint a felét (57,1%) érdekelné. A legkisebb érdeklődést a (19%) Huntington-kórral kapcsolatos rendezvények kapták. A pontos eredményeket a **2. ábrán** lehet megtekinteni.

Az utolsó előtti kérdés a „Ha lebetőségre lenne erre, mit preferálna jobban?” volt. A Huntington-kóros beteg válaszadók közül 8 fő (40%) a személyes találkozót preferálná, 1 fő az online/telefonos beszélgetést, 9 fő (45%) pedig mindkét lehetőségre nyitott. A családtagok közül 8 fő (38,1%) választaná a személyes konzultációt, 2 fő (9,5%) preferálná jobban az online/telefonos beszélgetést, 11 fő mind a két lehetőségre nyitott lenne.

Következő lépésként megkérdeztük, hogy a fent említett segítséget elfogadnák-e egyetemi végzettségű ápolóktól. A kérdőív alapján elmondható, hogy mind a betegek, mind a családtagjaik nyitottak lennének erre. A pontos eredményt a **IV. táblázat** mutatja.

Az utolsó kérdés mindkét csoport számára ugyanaz volt: „Mit javítana vagy mit változtatna a Huntington-kóros betegek ellátásában?” A Huntington-betegek közül többen válaszolták, hogy azt szeretné, hogy minél előbb legyen gyógymód a betegségekre. A kitöltők között volt egy, aki teljesen összeszedetten, tényszerűen leírta, milyen változtatásokat gondol szükségesnek: „Orvosok érzékenyítése, pszichológiai tanácsadás biztosítása, szociális háló kialakítása, elérhető támogatások összegének újragondolása, házi orvosok edukációja a betegséggel kapcsolatban, orvos-beteg kapcsolat javítása, betegek tájékoztatása az aktuális kutatásokról.” A többi válaszadó is hasonlóan produktív javaslatokkal szolgált: „Kevés az olyan otthon, ahol szakértelemmel fogadják a Huntington-betegeket. Na-

IV. táblázat: Huntington-kóros betegek és családjuk nyitottsága egyetemi végzettségű ápoló által nyújtott szolgáltatásokra

	Huntington-kóros beteg	Huntington-kóros beteg családja
Igen	80%	90,5%
Nem	5%	-
Talán	-	9,5%

gyon kevés az információ az alapellátásban, és a sima kórházi szinten. Összességében elmondható, hogy nagy problémát jelent a betegséggel kapcsolatos ismeretek hiánya (orvosi és szakdolgozói körökben) és az ellátás nem megfelelő kiépítése.”

A betegségben szenvedők reménytelenségét talán a legjobban az a beteg fogalmazta meg, aki csupán annyit írt: „Nincs türelmem leírni.” A családok válaszai a „Mit javítana vagy mit változtatna a Huntington-kóros betegek ellátásában?” kérdésre szerteágazónak bizonyultak. A válaszokat két részre lehet bontani: egészségügyi szervezési problémára és a szociális rendszer hiányosságaira. Kitételeikben kevésbé hangsúlyozták az orvosi szerepet, bár érkezett olyan, amely szerint: „Az évi egyszeri kontrollvizsgálat nagyon kevés.” Ezzel szemben sokkal nagyobb hangsúlyt kapott az ápolók számszerű és ismeretbéli hiánya. „Szerintem nagyon sok kórházi ápoló nincs tisztában ezzel a betegséggel, hogy hogyan kell ezekhez a betegekhez hozzáállni. Speciális képzés kellene!”, meg „Ápolói hálózat kiépítése, az otthonápolás segítése”. A hiányzó ismeretek a szociális ellátórendszert is erősen jellemzik a kitöltők szerint, illetve rámutattak a meglévő struktúra jelentős hibáira is. Pár példa erre: „A megváltozott munkaképesség és fogyatékoság megalapítása megalázó, hosszadalmas és sok tudatlanságon alapul szerintem a hatóság részéről.” „Jó lenne, ha ezekért a támogatásokért nem kéne » közélharcot folytatni« és nem járna annyi megalázással az igénylésük.” Sokan írták a bentlakásos otthonok hiányát, ahol szeretteiket megfelelően elhelyezhetnék. Az egyik hozzátartozó meglátása: „Ha a társadalom több információt, ismertetést kapna erről a betegségről, talán megértőbbek lennének az emberek velünk. Többször találkoztam az egészségügyben is teljes ismerethiányból adódóan, hogy nem tudták hogyan kezeljék a problémával élő beteget, nem szíviesen veszik, ha felvilágosítást adok.” Végül pedig volt olyan válaszadó, aki egyszerűen azt válaszolta: „Mindent.”

A családok életminőségének javítására megkérdeztük a családtagokat, hogy saját belátásuk szerint mi segítené. Az első kérdés az volt, hogy mi fejlesztené legjobban az életminőségét mint gondozó. Érkezett pár nagyon meghatározó válasz erre a kérdésre: „Ha rám is jutna figyelem.”, „Ha visszakaphatnám a régi feleségemet, de sajnos ez nem lehetséges.” A legtöbb válasz mindössze csak annyi volt, hogy egy kis szabadidőt szeretnének, hogy ne csak ápolók legyenek. Sokan szeretnék, hogy családtagjuk megfelelő ápolást kapjon, ezáltal megnyugodna, de ahogy azt már korábban is megtudtuk, nincs meg hozzá a megfelelő intézményi háttér. „Ha lenne egy intézmény, ahol csak a Huntington-betegekkel foglalkoznak.” „Ha lenne megfelelő hely, ahol emberi bánásmódot kap.”

Az életminőségre vonatkozó utolsó kérdés a családtagok számára az alábbi volt: „Bármilyen más, amit megfigyelt a gondozói munkával kapcsolatosan, de a kérdőív nem tért ki rá?” Nagyon szerteágazó válaszok érkeztek: „A megelőzést tartom a legfontosabbnak, felhívni a családokat, akiknél előállt a betegség, mire számíthatnak az utódok.” „A gyógyszeres kezelés miatt a család életminősége nagyon sokat javult, az érzelmi hullámzás csitulása sokkal elhetőbb közeget teremtett.” „A tesztek kitöltése értelmileg egyre nehezebb a feleségemnek és a bonyolult kérdésekre lassan, nehezen válaszol.” „Ha egyszerűbbé tennék a szociális hozzájárulás igénylését, például a ház átalakításánál (küszöbök kivétele, fürdőszoba átalakítása stb.).” „Nehéz, hogy a házastársam már nem ugyanaz, akit elvettem feleségül.”

Megbeszélés

A Huntington-kór egy súlyos, neurodegeneratív betegség, amely jelentős hatással van a betegek és családjuk életminőségére. A tünetei összetettek és sokrétűek, a betegek életminősége pedig nagymértékben romlik a betegség előrehaladtával, mint azt a vizsgálat láthatóvá tette.

Jelenleg sem az érintettek és családjuk, sem az ápolók számára nincsen elérhető magyar nyelvű tájékoztató a Huntington-kóros betegek ápolásáról, gondozásáról.

A Huntington-betegek számára célszerű lenne olyan betegoktató anyag készítése, amely által a beteg a betegség korai szakaszában informálódhat a betegségéről.

Családjuk számára pedig lényeges lenne olyan, magyar nyelvű ápolási segédlet kidolgozása, amely tartalmazza a Huntington-kóros betegek életminőségét javító tevékenységeket, praktikákat, konkrét tanácsokkal és tippekkel.

Szakápolók számára ajánlott lenne kidolgozni egy magyar nyelvű útmutatót Huntington-kóros betegek ápolásáról, felsorolva a jellemző tüneteket és a legfontosabb teendőket az ápolók számára. A főbb pontok: mozgászavarok miatti balesetveszély, így a biztonságos környezet kialakítása, a beteg önállóságának fenntartása, megfelelő táplálkozás és folyadékbevitel, valamint lelki támogatás és segítségnyújtás.

Ritka betegségekből szakmai nap szervezése, a „Ritka Nap”, amely során a szakdolgozók megismernék különböző ritka betegségeket és az ellátásuk legfontosabb pontjait.

Egy következő vizsgálat tárgyát képezheti, hogy kiterjesztett hatáskörű ápoló (advanced practice nurse – APN) gondozásának köszönhetően milyen mértékben javulhat a betegek és gondozóinak életminősége. Tágabb értelemben érdemes lenne megvizsgálni, hogy

krónikus neurológiai és pszichiátriai betegeknél milyen szerepe lehet a kiterjesztett hatáskörű ápolónak.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton köszönjük a kérdőív kitöltését a Huntington-kóros betegeknek és családjaiknak.

Szerzői munkamegosztás: Sz. K. K.: Kutatás tervezése, kivitelezése, közlemény megírása, adatfeldolgozás és statisztikai próbák elvégzése. M. M. J.: Ku-

tatás tervezése, a kézirat véleményezése, korrekciója. M. V.: Kutatás tervezése, kivitelezése. Á. A.: Kutatás tervezése, 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

- Ajitkumar, A., & De Jesus, O. (2022). Huntington Disease. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing LLC.
- Andrew, S. E., Goldberg, Y. P., Kremer, B., Telenius, H., Theilmann, J., Adam, S., Starr, E., Squitieri, F., Lin, B., Kalchman, M. A., & et al. (1993). The relationship between trinucleotide (CAG) repeat length and clinical features of Huntington's disease. *Nat Genet*, 4(4), 398–403. <https://doi.org/10.1038/ng0893-398>
- Aubeeluck, A. V., Buchanan, H., & Stupple, E. J. (2012). 'All the burden on all the carers': exploring quality of life with family caregivers of Huntington's disease patients. *Qual Life Res*, 21(8), 1425–1435. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-0062-x>
- Dorey, J., Clay, E., Khemiri, A., Belhadj, A., Cubillo, P. T., & Toumi, M. (2016). The quality of life of Spanish patients with Huntington's disease measured with H-QoL-I and EQ-5D. *J Mark Access Health Policy*, 4. <https://doi.org/10.3402/jmahp.v4.27356>
- Hocaoglu, M. B., Gaffan, E. A., & Ho, A. K. (2012). The Huntington's Disease health-related Quality of Life questionnaire (HDQoL): a disease-specific measure of health-related quality of life. *Clin Genet*, 81(2), 117–122. <https://doi.org/10.1111/j.1399-0004.2011.01823.x>
- Honrath, P., Dogan, I., Wudarczyk, O., Görlich, K. S., Votinov, M., Werner, C. J., Schumann, B., Overbeck, R. T., Schulz, J. B., Landwehrmeyer, B. G., Gur, R. E., Habel, U., & Reetz, K. (2018). Risk factors of suicidal ideation in Huntington's disease: literature review and data from Enroll-HD. *J Neurol*, 265(11), 2548–2561. <https://doi.org/10.1007/s00415-018-9013-6>
- McColgan, P., & Tabrizi, S. J. (2018). Huntington's disease: a clinical review. *Eur J Neurol*, 25(1), 24–34. <https://doi.org/10.1111/ene.13413>
- Mestre, T. A., & Shannon, K. (2017). Huntington disease care: From the past to the present, to the future. *Parkinsonism Relat Disord*, 44, 114–118. <https://doi.org/10.1016/j.parkrel.2017.08.009>
- Novák, M., Stauder, A., & Mucsi, I. (2006). Az életminőség egészségügyi kutatásának általános szempontjai. In: M. Kopp & M. E. Kovács (Eds.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón* (Vol. 24–36). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Roos, R. A. (2010). Huntington's disease: a clinical review. *Orphanet J Rare Dis*, 5, 40. <https://doi.org/10.1186/1750-1172-5-40>
- Skirton, H. (2005). Huntington disease: a nursing perspective. *Medsurg Nurs*, 14(3), 167–172, quiz 173.
- Stoker, T. B., Mason, S. L., Greenland, J. C., Holden, S. T., Santini, H., & Barker, R. A. (2022). Huntington's disease: diagnosis and management. *Pract Neurol*, 22(1), 32–41. <https://doi.org/10.1136/practneurol-2021-003074>
- Tariska, P. (2021). Neuropszichiátria. In: A. Németh & J. Füredi (Eds.), *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest: Medicina Kiadó.
- Walker, F. O. (2007). Huntington's disease. *Lancet*, 369(9557), 218–228. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)60111-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)60111-1)

Lázcsillapítás régen és most: a velünk élő múlt

SIMON János

ÖSSZEFOGLALÁS

Célkitűzés: A szerző megkísérli bemutatni a laikus szülők lázzal kapcsolatos ismereteit és attitűdjét a lázcsillapítással kapcsolatos aktuális szakmai ajánlásokkal kapcsolatban; felmérni, változott-e azon szülők megítélése, akik gyermekük lázát önállóan kezelik. E pillanatkép kontextusba helyezése érdekében pedig összefoglalja, milyen változáson ment keresztül a láz megítélése a történelem folyamán, napjainkig.

A vizsgálat módszere: A keresztmetszeti vizsgálatra 2022. november 12. és 2022. december 24. között került sor egy saját szerkesztésű online kérdőívvel nem egészségügyi végzettségű szülők körében.

Eredmények: A laikus szülők többsége az alapfogalmakkal sincs tisztában. Amennyiben nem saját lázukat, hanem gyermekükét kell menedzselniük, sokkal hamarabb kezdenek el lázat csillapítani. A megkérdezettek 58%-a a gyógyszeres lázcsillapítást kiegészíti fizikai módszerekkel (borogatás, hűtőfürdő) is. Számos tévhit él ma is a lázzal kapcsolatban. Megjelent a szülők körében egy olyan nézet, hogy az önálló lázmenedzsment helyett orvoshoz illik fordulni.

Következtetések: A lázzal kapcsolatos ismeretek terjesztése és a tévhitekkel való leszámolás létfontosságú volna a túlhasznált sürgősségi ellátás terhelésének csökkentéséhez.

Kulcsszavak: láz, gyermekellátás, lázcsillapítók, lázfóbia

Decreasing Fever now and then: The Past Living with us

János SIMON

SUMMARY

Purpose: To assess lay parents' knowledge and attitudes towards fever; to find out to what extent they know and use fever control recommendations for their children; to assess whether the perceptions of parents who manage their children's fever independently have changed. And to put this snapshot into context, it summarizes how the perception of fever has changed through history to the present day.

Methods: The cross-sectional study was conducted between November 12, 2022 and December 24, 2022 through self-constructed online questionnaire among non-medical parents.

Results: Most parents are not even aware of the basic concepts. If they do not have to manage their own fever, but their child's, they will begin to reduce the fever much sooner. 58% of those surveyed also use physical methods (compresses, cooling baths) in addition to medication. Many misconceptions about fever persist. There is an opinion among parents that it is better to consult a physician than to manage fever on your own.

Conclusions: Disseminating knowledge about fever and tackling misconceptions would be vital to reduce the burden of overused emergency care.

Keywords: fever, childcare, antipyretics, fever phobia

SIMON János
diplomás ápoló, mentőápoló,
kommunikációs szakos bölcsész,
a Semmelweis Egyetem
I. Sz. Gyermekklinika
Sürgősségi Osztályának
korábbi szakápolója

Levelező szerző

(corresponding author):
SIMON János
E-mail:
simon.h.janos@gmail.com

Beérkezett: 2023. június 20.

Elfogadva: 2023. október 29.



Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.36.0030> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

Napjainkban a láz- és fájdalomcsillapításra használatos gyógyszerekből vásárol legtöbbet a lakosság a világon (El-Radhi, 2011). Legtöbbjük vény nélkül kapható, hiszen alkalmazásukat – és a lázcsillapítás egyéb módjait – a jogalkotó, az orvostársadalom és a néphagyomány a betegekre, illetve gyermekek esetén a szülőkre delegálta. A lakosság él is az így szerzett

kompetenciájával, csillapítja a lázat. Csillapítja, mert a láz egy olyan dolog, amit a közvélekedés, a tévéreklámok, az irodalmi és filmélmények alapján csillapítani kell, különben „baj lesz”. Ezzel szemben a tudomány jelen állása szerint a láz a szervezet gyógyulást elősegítő reakciója, nem káros, hanem szükséges és hasznos, tehát csillapítani csak akkor kell, ha nagyon rosszul érezzük magunkat tőle, és akkor is csak a közérzetünk javítása céljából. Vajon az a laikus, aki-

nek saját kompetenciájába tartozik a lázcsillapító gyógyszerek bevétele vagy beadása, tud-e erről? És ha tud, elfogadja, alkalmazza-e ezt a tudást?

A lázcsillapítás problémakörének megértését tovább bonyolítja, ha valaki nem magáról, hanem a gyermekéről dönt (Villarejo-Rodríguez & Rodríguez-Martín, 2019).

A gyermekek lázcsillapításával kapcsolatos ellátói kommunikáció ugyanakkor még mindig nem egységes, annak ellenére, hogy már hazánkban is egyetlen evidence-based protokoll él (Házi Gyermekorvosok Országos Érdekképviseleti és Szakmai Egyesülete, 2017), a „rég, jól bevált” módszerekhez és elvekhez ragaszkodók továbbra is kitartanak (Karászi, 2020).

Élettani háttér

Mint azt minden egészségügyi képzésben részvevő ellátó jól tudja, a testhőmérséklet állandósága a hőtermelés és hőleadás egyensúlyán alapul. A lázat okozó pirogén anyagok (főként az interleukin-1) pedig a hőközpont érzékenységén csökkentenek, ami ennek hatására – nagyjából egy termosztáthoz hasonlóan – magasabbra helyezi az úgynevezett „set pointot”, és az emiatt fokozódó hőtermelés és csökkenő hőleadás addig emeli a test hőmérsékletét, amíg az új set pointot el nem éri. Ez is egy szabályozott, kontrollált folyamat, a láz nem emelkedik a végtelenségig (Fonyó & Geiszt, 2014).

A miatta megemelkedett légzésszám és szívfrekvencia viszont jobb oxigenizációt okoz, fokozza a fagocitózist (a 39 °C-os testhőmérséklet például már bakteriosztatikusnak mondható), valamint növeli az interferon antivirális aktivitását is (Villarejo-Rodríguez & Rodríguez-Martín, 2019), tehát nagyban segíti a gyógyulást. Amikor pedig a kórokozók száma az immunrendszer összehangolt intervenciójának köszönhetően (amelynek a láz, mint látjuk, szerves eleme) lecsökken, akkor csökkennek az endogén és exogén pirogén anyagok is, és újra kialakul az eredeti hőtermelési-hőleadási egyensúlyi állapot, de már fiziológias testhőmérsékleten (Fonyó & Geiszt, 2014).

Ma a lázról él sok igen elterjedt tévhit, ebből az egyik legnépszerűbb szerint a vérben található fehérvérsejt esetleges kicsapódását (és így a beteg halálát) okozhatja a láz, ha nem lépünk időben közbe. De egyetlen olyan dokumentált eset sincs, amikor egyéb befolyásoló körülmény nélkül valaki ebbe halt volna bele, ugyanis a láz kontrollált folyamat, nem pedig egy elszabadult hajóágyú.

Hazánkban a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium által 2011-ben kiadott, lázas gyermek ellátásáról szóló protokoll (Házi Gyermekorvosok Országos Érdekképviseleti és Szakmai

Egyesülete, 2017) kimondja: Az egyéb riasztó tünet nélküli, három napnál nem hosszabb lázat nem kell csillapítani. Erre csak akkor kerüljön sor, ha az kifejezetten rossz közérzettel, elviselhetetlen vagy nagyon nehezen elviselhető állapottal jár, vagy a gyermek krónikus betegségben szenved. Önmagában a magas testhőmérséklet tehát nem indikációja a láz csillapításának, mivel az nem veszélyes a gyermekre. A láznak nincs szervkárosító hatása sem, és természetesen nem okoz fehérvérsejtcsapódást (Novák & Kovács, 2018).

Újabb tévhit, hogy a magas testhőmérséklet a „lázgörcs” kialakulásának esélyét növeli. A „lázgörcsöt” ugyanis nem a láz, hanem egy sor, a fertőzés következtében kialakult biokémiai reakció okozza, és éppen emiatt a lázcsillapító beadása sem csökkenti annak esélyét az arra hajlamos gyerekeknél (National Institute for Health and Care Excellence, 2021). Praktikusabb lenne a folyamatot nem is lázgörcsnek, hanem „infekció okozta görcsnek” nevezni.

Mai tudásunk – és a szakmai protokoll – szerint tehát a lázat csak akkor kell csillapítani, ha az rossz közérzetet okoz, vagyis ha a gyermek szenved tőle. De ha jól érzi magát, vagy éppen alszik, semmi nem indokolja ezt.

Korábban a 38,5 °C feletti testhőmérsékletet, azaz szinte minden lázat csökkentendőnek tartott az orvosi gyakorlat, igaz, nem evidence-based alapon, hanem csupán, „mert így szoktuk”. Ennek társadalmi elfogadottsága ma is nagyon erős. Pont, mint a kalcium alkalmazásáé anaphylaxia esetén. És ugyanolyan megalapozott.

De miért akarja mindenki mindenáron csillapítani a lázat? Ennek megválaszolásához be kell hoznunk a lázfóbia fogalmát, ami nem más, mint a láztól való félelem és a túlzott kezelésre való hajlam. Egy világszerte elterjedt jelenség, ami a laikusok mellett az ellátókat is érinti, legyen szó orvosokról vagy ápolókról (Clericetti et al., 2019). Ahhoz, hogy megértsük a lázzal – különösen gyermekünk lázával – kapcsolatos fóbiás rettegésünk természetét, érdemes történelmi kontextusba helyezni vizsgálatunk tárgyát.

Láz régen és most

A legősibb, lázról szóló írásos orvosi emlék az Egyiptomban fellelt Edwin- és Ebers-papirusz. Ezekben már leírták, hogy a lázért a helyi gyulladások felelnek. A fűzfalevél, amit ilyenkor gyógyszerként alkalmaztak, a legősibb ismert szaliciláthatásznalat volt gyulladás (és láz) ellen, amit az aszpirin béta-verziójának is tekinthetünk (Mahdi et al., 2006).

Mezopotámiában ezzel ellentétben a lázat és a gyulladást teljesen elkülönítették. A gyógyítók alapvetően papok voltak és ördögűzéssel próbálták a láztól megszabadítani a beteget (Zebroski, 2016).

Az ókori Kínában „forró betegségként” hivatkoztak rá, szimbólumában lángok láthatók.

A hindu hitvilágban a lázat Rudrának, a pusztítás istenének dühöngő tüzeként azonosították, félték tőle. A Susruta-iskolában a lázra ajánlott terápia a böjt, a tisztítókúra és a zabkásaital volt, nagyjából három évezreddel megelőzve a mai, hasonlóan evidence-based paramedicina-ajánlásokat.

Az ókori görögök a különböző láztípusokról és úgy általában a lázról jóval többet tudtak a többi ókori kultúránál. A legfőbb többlet, hogy ők egyértelműen leírták: a betegségek felelősek a láz kialakulásáért. Hippokratész a lázat még jótékony hatásúnak is tartotta: „A láz jótékonyan hatott a szemgyulladásra és meg is gyógyította azt” (El-Radhi, 2009).

Epheszoszi Rufusz továbbment: kifejezetten ajánlotta a lázterápiát. Maláriával próbálkozott az epilepszia ellen. Megelőzte a korát, ugyanis közel két évezreddel később, 1917-ben *Wagner von Jauregg* egy nagyon hasonló, merész próbálkozása már értő fülekre lelt: a neuroszifilisz maláriás lázzal sikerrel kezelte, amiért Nobel-díjat kapott (El-Radhi, 2009).

A zsidó-keresztény kultúrában isten büntetésének tekintették a lázat: „Megver téged az Úr nyavalyával, lázzal, hidegletelással és gyulladással, továbbá szárazsággal, kártékony időjárással és vetési ragyával, s az üldöz, míg el nem veszel.” („Szent Biblia: Második Törvénykönyv, 28. fejezet,” n.d.).

Galénosz (i. sz. 129–216), mint a jó ideig utolsó publikáló orvostudós, a betegségeket négy típusra osztotta: forró, hideg, nedves vagy száraz betegségre. A „forró betegségeket”, azaz a lázzal járó kórképeket hűtéssel kezelték követői, illetve bevett szokás volt az érvágás, más szóval a véreztetés. Érdekesség vele kapcsolatban, hogy egy kevésbé ismert értekezésében azt a kérdést feszegeti, hogy vajon tudomány-e a szó valódi értelmében a medicina (Magyar, 2011). Mivel például a lázat az ellátók ma sem kezelik egységesen és közülük sokakat érvek sem hatnak meg, e felvetése nem is lehetne aktuálisabb.

Az arab világ tudományos élete Európa sötét középkorával párhuzamosan valósággal virágzott. A kor egyik legismertebb tudósalakja, a „*Rhazes*”-ként ismert orvos megkülönböztette a lázat (emelkedett központi hőszabályozás) a hőgutától (normális központi hőszabályozás), azaz felismerte a „set point” fogalmát. Ez fontos mérföldkő a láz lényegének megértésében.

Galileo Galilei a XVI. században újra feltalálta a lázmérő elődjét, a termoszkópot, amit *Santorio Santorius* tökéletesített a XVII. század elején, ettől kezdve nevezhetjük a készüléket hőmérőnek. Innentől lehetőség nyílt mérésekre, megfigyelésekre. Szinte hihetetlen, hogy mindazt a tudást, amit az orvostudomány e témában addig összegyűjtött, pusztán ta-

pintással mérve szerezte meg, mérésre ugyanis addig nem volt mód (El-Radhi, 2009).

A láz természetének megismerése aztán nagy felismerésekhez vezetett. *Thomas Sydenham* a járványok megfigyeléséből nyert tudása alapján írta meg a lázról szóló könyvét 1666-ban, „*A láz gyógyításának módszere*” címmel. Azt gondolta, „*a láz hatalmas gyógyír; motor, amelyet a természet azért hoz a világra, hogy eltávolítsa ellenségeit*” (Avner, 2009).

Aztán jött a váltás. Nagyjából kétszáz évvel Sydenham után *Claude Bernhard* viszont abból a megfigyelésből, hogy az állatok elpusztultak, ha a kísérletek során a testhőmérsékletüket mesterségesen (melegítéssel) 5–6 °C-kal a normális fölé emelték, azt a téves következtetést vont le, hogy a láz káros és veszélyes (El-Radhi, 2009). Kortársa, *William Osler* továbbment: szerinte az emberiség három legnagyobb ellensége a háború, az éhínség és a láz, de ezek közül a láz a legnagyobb (El-Radhi, 2011).

Az élettani ismereteink majd csak a XX. század közepére jutottak el a folyamat megértésének gyökereihez.

A velünk élő múlt

Azt hihetnénk, hogy ma, amikor már nemcsak a kutatások igazolják egyértelműen, hogy a láz sem nem káros, sem nem veszélyes, hanem éppen ellenkezőleg, és egyértelmű protokoll mondja ki ezek alapján a tennivalókat, legalább a követendő szakirodalom egységes. Nos, ez sincs így. A *Magyar Családorvosok lapjában* 2019-ben még – ellentmondva a nemzetközi kánonnak – továbbra is abszolút értéként 39 °C szerepel, mint olyan testhőmérséklet, ami felett „feltétlenül javasolt” a lázcsillapítás (Bede, 2019). Hivatkozik még a fizikai lázcsillapítás jótékonyként vélt hatásaira is, amit pedig egyrészt a betegek döntő többsége traumaként él meg (Novák & Kovács, 2018), másrészt, ami logikailag ellentmond a láz élettani hátteréről szerzett tudásunknak. Nem nehéz belátni, hogy amíg a gyógyszeres lázcsillapítás során a set pointot csökkentjük, addig a fizikai lázcsillapítás olyan eljárás, mint a magasabbra állított hőfokú radiátort vízes lepedőkkel hűteni: a termosztát érzékelni fogja a hőmérséklet csökkenését és gondoskodni fog a vízes lepedők párolgása miatt kiesett hőenergia pótlásáról, azaz esetünkben a beteg dideregni kezd.

Tévhit

Számos tévhit tartja rettegésben a laikusokat a láz veszélyeit illetően. Egy részüket a fenti történeti áttekintésben már bemutattam, de elterjedt még az agykárosodás, a tanulási zavarok, a vakság és a halláskárosodás is. Ezek, akárcsak a láz okozta fehérje-

kicsapódás és az emiatti halál, minden tudományos alapot nélkülöznek, azonban generációk sokaságán való fennmaradásuk igazolja, hogy holmi tudományos eredmények nem győzik meg az ezektől fóbiásan rettegő embereket.

Egy 2019-ben végzett kutatás a 0–12 éves korú spanyol gyermekek szüleinek a lázzal kapcsolatos ismereteit mérte fel úgy, hogy vizsgálta egészségügyi végzettségű és e tekintetben laikus szülők mintáját is, egymással összevetve (Villarejo-Rodríguez & Rodríguez-Martín, 2019). Miközben mindkét csoport résztvevői között sokan két-három napig tartó, napközbeni változásokkal járó, gyakran spontán megszűnő folyamatként írták le a lázat, mint önkorlátozó folyamatot, a saját gyermekük lázas állapota esetén irracionális pánik lett rajtuk úrrá és tanácstalanok lettek, segítségre szorultak. Mindkét csoport tagjai elismerik, hogy ilyenkor szinte rögeszmésen ismételtetik a gyermekük testhőmérsékletének mérését, valamint hogy a következő jellemző érzések öntik el őket: lefagyás (reagálásképtelenség), bűntudat és megszállottság (a gyermek testhőmérsékletével kapcsolatban). És ilyenkor mind rossz szülőnek érzik magukat.

A szakmailag képzett csoport tagjai leginkább abban különböznek a laikusoktól, hogy mindezek felül két további szorongással is küzdenek. Egyrészt úgy érzik, a laikusokénál nagyobb felelősség terheli őket, a társadalom többet vár el tőlük hivatásuk vagy képzettségük miatt, másrészt pedig rettegnék attól a megalázó helyzettől, hogy a kollégáik előtt szegyenben maradnak tanácstalanságuk miatt (Villarejo-Rodríguez & Rodríguez-Martín, 2019).

Egy nagyon hasonló témával foglalkozó cikk (Urbane et al., 2019) szintén leírja a szülői fokozott aggodalmat, de azt is, hogy ez az oka az ügyeleti és sürgősségi ellátás túlhasználatának, és ami még nagyobb baj, a lázcsillapítók túlzott alkalmazását is eredményezik.

A válaszadók 92,8%-a ráadásul úgy gondolta, hogy beavatkozás nélkül a láz nem áll le magától és akár a gyermeke életét veszélyeztető szintig is emelkedhet, és ezt a hiedelmet az ő kutatásukban sem az iskolázottság, sem a gyermekek száma nem befolyásolta.

Emellett a betegtájékoztásban is komoly hiányosságokra bukkantak. A szülők az esetek egy részében ugyanis úgy érzik, hogy nem veszik őket elég komolyan. A félelmeiket elintézik annyival, hogy „ez csak egy vírus”, anélkül, hogy magyarázatot adnának arra, hogy ez mit jelent, hogyan kell értékelni a gyermek állapotának súlyosságát.

Így aztán nem meglepő, hogy – egy másik kutatás tanulsága szerint – a lázat követő első huszonnegy

órán belül már orvoshoz fordul a megkérdezetteknek több mint a fele (Clericetti et al., 2019).

A kutatás célja és tárgya

Kutatásom célja volt, hogy bemutassam, mennyire tájékozottak a laikus szülők a lázzal és annak csillapításával kapcsolatban; mennyire hajlandók elfogadni és alkalmazni azt a tudást, amit a lázcsillapításhoz használniuk kellene; hogyan változott azoknak a szülőknek a megítélése, akik a gyermeküket ma is önállóan kezelik.

Kutatásom tárgya az egészségügyi ismeretek szempontjából laikusnak mondható szülők lázzal és lázcsillapítással kapcsolatos informáltságának, szokásainak és motivációinak kérdőíves felmérése és elemzése volt.

Hipotézisek

Első hipotézis (H1): Feltételezem, hogy mind a laikusok, mind az ellátók körében elterjedt az a nézet, hogy bizonyos hőmérsékletérték (jellemzően 38,5 °C) felett csillapítani kell a lázat.

Második hipotézis (H2): Feltételezem, hogy a gyermeke lázát csillapítani akaró gondos, de laikus szülőt a hozzá eljutó részleges, sok esetben ellentmondásos információk elbizonytalanítják, és ez az egyik oka annak, hogy felkeresi az orvosi ügyeletet vagy akár a sürgősségi osztályt.

Harmadik hipotézis (H3): Feltételezem, hogy sok, gyermeke lázával az éjszaka közepén orvoshoz szaladó szülő nem mer felelősséget vállalni, és saját maga csillapítani a gyermeke lázát, ezért viszi őt az orvosi ügyeletre vagy a sürgősségi osztályra.

Negyedik hipotézis (H4): Feltételezem, hogy van egy új attitűdbéli sajátosság is, mégpedig az, hogy a sokszor alig lázas gyermekkel a szülők egy része azért képes több órán át várakozni egy orvos által elrendelt lázcsillapításra, mert szerintük felelőtlen az, aki nem így tesz.

Anyag és módszer

Online kérdőíves felmérést készítettem, saját kérdésekből. A lekérdezés során szigorúan betartottam a Semmelweis Egyetem által elvárt etikai előírásokat. Az adatfeldolgozás leíró statisztikai módszertan szerint történt, Microsoft Excel program segítségével.

A kutatáshoz használt kérdőív tizennyolc kérdést tartalmazott: négy szociodemográfiai kérdést és tizennégy a lázzal, illetve annak csillapításával kapcsolatos ismereteket és szokásokat vizsgálta. Nyitott kérdést nem használtam, kizárólag zárt kérdéseket

I. táblázat: A láz veszélyei – egyéni vélemények (N=11)

Egyéni vélemények	Fő
40 Celsius-fok felett nagy a baj!	1
Keringési zavar a felgyorsult anyagcsere miatt.	1
Hosszú távon kárt nem okoz, viszont ha magas láza van, akkor jobban legyengül, étvágytalan lesz, és nehezebb a gyógyulása.	1
Ha rossz közérzettel párosul, az lassítja a gyógyulást (lelki oldal).	1
Ájulás.	1
Nem tudom.	1
Nincs tapasztalatom.	1
Attól függ, mennyi ideig magas.	1
Talán semmilyen, egyszerűen 38,5 felett nem hagyom tovább szökni a lázat.	1
Kimerítő a szervezetnek a hosszan tartó magas láz.	2

(egyszeres és többszörös választós) alkalmaztam, azonban az egyetlen többszörös választást felajánló kérdéskor volt egy „*egyéb*” szabad szöveges mező, amit igen sokan kitöltöttek.

A kérdőívet kizárólag olyan szülők töltötték ki, akik nincsenek kapcsolatban az egészségüggyel (sem ők, sem közvetlen rokonuk nem egészségügyi dolgozó).

A mintavétel bemutatása

Az online kérdőívek kiküldésére és visszaérkezésére 2022. november 12. és 2022. december 24. között került sor. A beérkezett kérdőívek száma 149. A visszaérkezett kérdőívek mindegyike alkalmas volt az elemzésre. A mintavételhez szükséges linket közösségi oldalon és e-mailen juttattam el a válaszadókhoz.

Eredmények

A kérdőívet összesen 149 fő töltötte ki. A kitöltők 32%-a férfi, 68%-a nő volt. A kitöltők 65%-a rendelkezett felsőfokú végzettséggel, 70%-uk fővárosi.

Alapfogalmak ismerete

Elsőként arra voltam kíváncsi, hogy a felmérésben részt vevő szülők (N=149) tudják-e, hány °C-tól nevezzük láznak a lázat. A válaszadók 71%-a tudta csak a helyes választ. Ez az arány a diplomás válaszadók (n=97) körében sem változott.

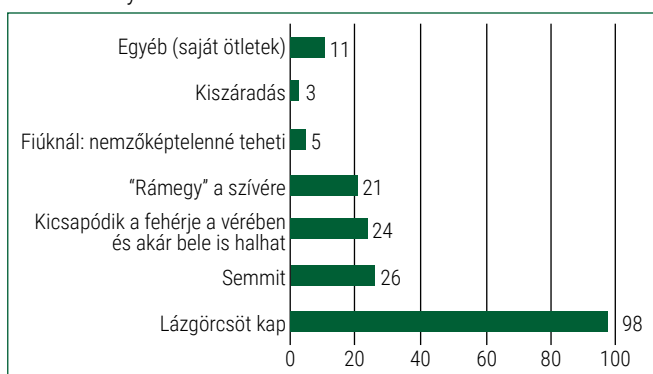
A következő kérdéssel azt vizsgáltam, hogy a szülők hogyan vélekednek a lázról. Az összes válaszadó (N=149) – három fő kivételével – úgy vélte, hogy a szervezetünk okozza a lázat a mi védelmünkben.

Az **I. táblázatban** gyűjtöttem össze a lázzal kapcsolatos azon kitöltők által rögzített hiedelmeket, amelyek az általam előre megadottakon felül érkeztek be. Jól látható, hogy az összelemszám (N=149) viszonylatában is jelentős mennyiségű, hiszen 11 olyan lehetséges szövődményt jelöltek meg, amelyről tartanak.

Az **1. ábrán** láthatók a láz válaszadók szerinti káros következményei, azaz a tévhitek, amelyekben belül az „Egyéb (saját ötletek)” tétel az **I. táblázat** elemeit összesíti.

Felmérésem során azt is vizsgáltam, hogy a szülők szerint hány Celsius-foktól indokolt lázat csillapítani. Az első erre vonatkozó kérdésben a hivatalos ajánlásra kérdeztem rá. Az eredmények alapján elmondható, hogy a válaszadók 5%-a szerint soha; 23% hiszi, hogy soha, kivéve, ha rossz a közérzet; 3% gondolja úgy, hogy már 37 °C felett; 31%-uk állítja, hogy 38 °C-tól, és szintén 31% véli úgy, hogy 38,5 °C-tól, 7%-uk szerint pedig 40 °C felett kell csillapítani a lázat a hivatalos ajánlás alapján.

A diplomás szülők körében (n=97) ugyanerre a kérdésre a válaszok nagyon hasonlóak az előző adatokéhoz, habár a hőemelkedést csillapítani már csak

1. ábra: Milyen károkat okozhat a láz?

1% akarná. 31%-a szerint 38 °C-nál kell a lázat csillapítani a hivatalos eljárás szerint, míg 33% gondolja úgy, hogy 38,5 °C-tól. Ugyanakkor 6%-uk véli úgy, hogy 40 °C felett; 2%-uk szerint soha, 27%-uk pedig hiszi, hogy soha nem kell, csak ha a gyermeknek rossz a közérzete.

Szerettem volna azt is megvizsgálni, hogy a gyermekorvos milyen tanácsokkal látta el a szülőket. Az összes válaszadónak (N=149) mindösszesen 11%-a válaszolta azt, hogy az orvosa nem tanácsolt lázcsillapítást, csak abban az esetben, ha a gyermeknek rossz a közérzete. 4% emlékszik úgy, hogy már a hőemelkedést (37 °C) is csillapítani javasolta. 37%-uk szerint 38 °C-tól kell a lázat csillapítani az orvos utasítása szerint, míg 30% gondolja úgy, hogy 38,5 °C-tól, és mindössze 1%-uk pedig úgy tudja, hogy csak 40 °C felett. Van még egy külön kategória itt, amit 17%, azaz nagyjából minden hatodik szülő választott, jelesül, hogy nem javasolt semmit az orvos, mert ő nem kérdezte.

A következőkben ugyanennek a kérdésnek már a gyakorlati megvalósulását mértem a válaszadók körében. Ezen belül első körben azt tudakoltam, hogy saját lázat mikortól csillapítja. 23%-uk soha nem csillapít lázat magának, csak ha rossz a közérzete. 3% már a hőemelkedés megjelenésekor (37 °C) beavatkozik. 31%-uk 38 °C-tól, 33%-uk 38,5 °C-tól, 5%-uk pedig 40 °C felett csillapítja csak a lázat.

Ezt követően pedig arra kérdeztem rá, hogy a gyermekük láza esetén hogyan járnak el. Lényegesen kevesebb, 28% helyett a válaszadóknak csupán a 15%-a az, aki soha, vagy csak rossz közérzet esetén csillapítja a lázat. 5%, azaz minden huszadik szülő (!) már a hőemelkedés kezdetén lázat csillapít, 43%-uk a láz kezdetén, 38 °C-nál, 34%-uk 38,5 °C-nál, 40 °C-nál pedig 3%.

Arra a kérdésemre, hogy a válaszadók (N=149) kit tartanak lázzal, lázcsillapítással kapcsolatban autentikus forrásnak, kinek hisznek, a saját gyermekorvost mindössze 57%-uk jelölte meg, míg a szülőket, nagyszülőket 23%. A megkérdezettek ötöde állítása szerint utána néz a hivatalos ajánlásnak.

Ugyanezen kérdésre a diplomás szülők (n=97) 23% helyett már csak 15%-a tájékozódik a nagyszülőktől, viszont valamivel többen, a megkérdezettek 26%-a igyekezne kideríteni a hivatalos ajánlást. Saját gyermekorvosára mintegy 59% hallgat.

Lázcsillapítási szokások

A válaszadók (N=149) arra a kérdésre, hogy hogyan csillapítják a gyermekük lázat, 3%-ban azt állítják, hogy sehogy, másik 3% csak fizikai lázcsillapítást alkalmaz, 36% kizárólag gyógyszerrel csillapít lázat,

és a megkérdezettek jóval több mint a fele (58%) mindkét módszert alkalmazza.

Megkérdeztem a felmérésben résztvevők véleményét külön a fizikai lázcsillapításról is. 74%-uk pozitívan nyilatkozott róla. Ezen belül 31% csak gyógyszerrel együtt, vagy annak használatát követően alkalmazza, 43% pedig külön feltétel támasztása nélkül szavaz bizalmat neki, szereti, számára jól bevált. 4% hatástalannak gondolja, 13% pedig úgy tudja, már nem ajánlott. 9%-uk mindössze, aki elég „billegő” állásponton van: nem igazán bízik benne, de ennek ellenére is el tudja képzelni, hogy kipróbálja.

Azon kérdésemre, hogy a megkérdezett szülő vajon felkelti-e az álmában belázasodó gyermekét akkor is, ha annak semmi egyéb panasza nincs, a megkérdezettek (N=149) nem kevesebb, mint 14%-a így dönt, 86%-a viszont hagyja aludni.

A lázon kívül egyéb panaszt nem mutató gyermekkel a válaszadók (N=149) 70%-a (saját bevallása szerint) nem tesz semmit, ha a gyermek egyébként jól van. 23% azonnal lázat csillapít, 4% ügyeletre vagy sürgősségi osztályra viszi gyermekét, 3% pedig házhöz hívja az orvost.

„Ha orvoshoz viszi pusztán láz miatt, miért teszi?” – Erre a kérdésre csupán a válaszadók (N=149) 65%-a mond nemet (azaz hogy nem tenne ilyet), 30%-a szerint csak az orvos tudja eldönteni, szükséges-e további vizsgálat vagy kezelés. 4% bizonytalan abban, mi a teendő és ezért fordul orvoshoz, 1% pedig bevallottan nem mer felelősséget vállalni a döntése esetleges következményeiért.

Végezetül érdekes volt látni, hogy a válaszadók 70%-a szerint felelőtlen az a szülő, aki önállóan menedzseli gyermeke lázat, mivel nem tudhatja, nincs-e nagyobb baja, 93% viszont a lázas gyermekét önállóan kezelő szülő mellett teszi le a voksát, gondoskodónak, de nem túlféltőnek tartja.

Megbeszélés

Egykori ellátóként tudom, hogy olykor felmerül bennünk a gyanú, hogy a szülő túl korai lázcsillapítása tudáshiányon alapul. Ez csak részben igaz. Amint láthatjuk, miközben a saját lázuknál sokkal bátrabbak voltak a válaszadók, a már hőemelkedést is csillapítók száma közel duplájára nőtt, ha gyermekük volt lázas, az épp csak lázas állapotot (38 °C) is bő negyedével többen kezelik lázcsillapítóval gyermeküknél, mint saját maguknál. Tehát a tudáshiány nem egyedüli ok.

Az pedig, hogy mire hallgatnak e kérdésben, meg látásom szerint tükrözi egyebek mellett a nem egy séges ellátói kommunikáció okozta bizalmatlanságot a „rendszerrel” szemben.

Az a feltételezésem, mely szerint mind a laikusok, mind az ellátók körében elterjedt az a nézet, hogy bizonyos hőmérsékletérték (jellemzően 38,5 °C) felett csillapítani kell a lázat, igaznak bizonyult.

Az a feltételezésem, mely szerint a gyermeke lázát csillapítani akaró laikus szülőt a hozzá eljutó ellentmondásos információk csak elbizonytalanítják és ez az egyik oka annak, hogy a csillapítható lázat is komoly indoknak tekintik orvosi ügyeleten vagy akár sürgősségi osztályon való megjelenéshez, valószínűleg szintén igaz, de ez már nem annyira egyértelmű, ugyanis a válaszadók saját magukkal kerültek ellentmondásba. Miközben az egyik kérdésnél csak 7% (diplomások között 3%) mondta azt, hogy pusztán a láz miatt is elviszi ügyeletre a gyermekét vagy orvost hív hozzá, addig egy erre burkoltabban utaló másik kérdésemre már jóval többen feleltek így. Ez az ellentmondás egyébként önmagában is beszédes.

Azon feltételezésem azonban, mely szerint sok, gyermeke lázával akár az éjszaka közepén orvoshoz szaladó szülő egyszerűen nem mer felelősséget vállalni a döntéséért és szeretné azt átadni másnak, nem bizonyult megalapozottnak. Fontos itt megjegyezni, hogy gyermek-sürgősségi osztályon dolgozva személyes tapasztalatom volt, ami erre utalt. Rendszeresen hangzott el, hogy „*akartam, hogy lássa orvos*”. Azonban az, hogy az odaérkező szülők között ez sokszor előfordult, nem jelent semmiféle általánosítható szabályszerűséget, nem lett volna szabad ebből komolyabb következtetést levonnom. Kutatásom tehát cáfolta ezen hipotézisemet, ugyanakkor fontos dologra tanított: az ilyen, eleve szelektált mintának az alkalmanként mutatkozó sajátosságai alapján való szabályalkotás hibás gyakorlat.

Az a feltételezésem, hogy az éjszaka felkeltett, váróba hurcolt, ott alvó vagy sírdogáló gyermekkel a szülők azért szenvedik végig ezt a folyamatot, mert szerintük ez a helyes szülői magatartás, igaznak bizonyult, azonban az általam vártnál jóval kisebb arányban fordul elő.

Következtetések

A láz- és fájdalomcsillapítók a lázfóbia miatti túlfogyasztása komoly egészségügyi kárt okoz. Mostanra közhelyszámba megy ulcerogén hatásuk, de már az is igazolt tény, hogy a várandós anyák által szedett paracetamol növeli az asthma bronchiale kockázatát a születendő gyermeknél, az anyáknál pedig praeclampsziát, koraszülést, phlebothrombosiszt és tüdőembóliát okozhat, de az epidemiológiai adatok alapján az is valószínűsíthető, hogy a vizsgált gyógyszerreknél nagyobb a szív-, hasfali és szájüregi rendellenességek kockázata (Burdan et al., 2012). De a

nem várandósok között, a teljes populációban is sok kárt okoz, a májátültetések világszerte vezető oka a paracetamolmérgezés (Novák & Kovács, 2018).

A lázfóbia tehát egyrészt közvetetten felelős a fenti egészségügyi szövődmények kialakulásáért, másrészt a gyermek-sürgősségi ellátás túlhasználatáért, amelynek már kismértékű csökkenése is érezhető kapacitásfelszabadulást okozna. Milyen út vezethet ehhez?

Ha a kalcium allergia elleni hatástalanságáról – bár hatalmas harc árán – mostanra sikerült úgyahogy szakmai konszenzust kialakítani és már csak nagyon dilettáns ellátók alkalmazzák allergiás reakcióra, talán van remény ennek a nyilván nagyobb és erősebb beidegződésnek az újrakeretezésére is.

Fontos lenne az egészségügyi szaktanárok és alapvető biológiai ismereteket tanító általános iskolai és középiskolai tanárok tájékoztatása is.

Be kellene tehát vezetni erre a konkrét, hatalmas esetszámot adó szituációra, amikor pusztán láz miatt visznek gyermeket sürgősségi ellátásra, egy dedikált kommunikációs protokollt. Ha létezik ellátási protokoll, miért ne alkalmazhatnánk kommunikációs protokollokat is?

Nagyban tehermentesítené az ellátórendszert – különösen az ügyeleket és sürgősségi osztályokat – egy olyan forródrót, ami megnyugtatná a bizonytalanokat és kiválthatná a szintén az ellátást nehezítő, folyamatos telefonhívás-áradatot, ami a gyermekügyeleket és gyermek-sürgősségi osztályokat éri éjszakánként és hétfévente azon szülők részéről, akik maguk sem biztosak abban, hogy érdemes elindulniuk, de áment szeretnének kapni erre valamilyen professzionális személytől.

Nagyon hasznos, hiánypótló megoldás lenne egy olyan interaktív, keresőmotor-optimalizált weboldal, ahol ezek az információk közérthetően, röviden le vannak írva és lehet kérdezni.

Ezeknél lényegesen kisebb határfokú, de még mindig nagy segítség lehetne egy – egyéb hasznos információkat is összegyűjtő – tájékoztató füzet, amit a gyermek születésekor a főként reklámajándékokból álló csomaggal együtt megkaphatnának a szülők. Ennek költségét és logisztikáját akár allokálhatnánk teljes egészében a promóciós csomagot ma is finanszírozó cégekre egyszerű feltételként előírva ezt, az ellátórendszert tehát anyagilag nem terhelné, és – feltételezve, hogy a szülők egy része legalább elolvassa – valamekkora könnyítést hozhatna ez is a gyermekellátásban.

Köszönetnyilvánítás

Köszönöm *dr. Novák Hunor* „evidence-based” gyermekorvosnak az inspirációt így ismeretlenül is, aki-

nek a lázcsillapítással kapcsolatos publikációi ültették el e kutatás gondolatának csíráit bennem. A sok „*így szoktuk*”-indikáció megkérdőjelezése és a bizonyítékon alapuló terápia kizárólagosságába vetett hitét nekem is sikerrel adta át.

Érdekeltségek: A szerzőnek nincsenek érdekeltségei.

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

Irodalomjegyzék

- Avner, J. R. (2009). Acute fever. *Pediatrics in review*, 30(1), 5–13. <https://doi.org/10.1542/pir.30-1-5>
- Bede, A. (2019). A lázcsillapítás irányelvei a 21. században. *Magyar Családorvosok Lapja* (1), 5–6.
- Burdan, F., Starosławska, E., Szumiło, J., Dworżańska, A., Dworżański, W., Kubiawski, T., Cendrowska-Pinkosz, M., & Urbańczyk-Zawadzka, M. (2012). Toksycznosc rozwojowa leków przeciwbólowych i przeciwgorączkowych dostępnych bez recepty [Developmental toxicity of the over-the-counter analgetics and antipyretics]. *Polski merkuriusz lekarski: organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, 32(192), 410–413.
- Clericetti, C. M., Milani, G. P., Bianchetti, M. G., Simonetti, G. D., Fossali, E. F., Balestra, A. M., Bozzini, M. A., Agostoni, C., & Lava, S. A. G. (2019). Systematic review finds that fever phobia is a worldwide issue among caregivers and healthcare providers. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 108(8), 1393–1397. <https://doi.org/10.1111/apa.14739>
- El-Radhi, A. S. (2009). History of Fever. In A. S. El-Radhi, J. Carroll, & N. Klein (eds.). *Clinical Manual of Fever in Children* (pp. 287–298). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- El-Radhi, A. S. (2011). The Role of Fever in The Past and Present. *Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences*, 19(1), 9–14. Retrieved from http://jag.journalagent.com/ias/pdfs/IAS_19_1_9_14.pdf
- Fonyó, A., & Geiszt, M. (2014). *Az orvosi élettan tankönyve* (8 ed.). Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Házi Gyermekorvosok Országos Érdekképviseleti és Szakmai Egyesülete. (2017). A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja lázas gyermekek ellátásáról. Retrieved from <http://www.hgye.hu/index.php?id=3&cid=15>
- Karászi, J. (2020). Láz, lázcsillapítás. In: Berkó, P. (ed.). *Betegségek megelőzése és korai felismerése*. <https://doi.org/10.1556/9789634544302>
- Magyar, L. A. (2011). Galen on medicine. Excerpt from the „Introduction, or the Physician”. Translation, notes and preface by Magyar László András dr. *Orvosi Hetilap*, 152(4), 142–145. <https://doi.org/10.1556/oh.2011.ho2327>
- Mahdi, J. G., Mahdi, A. J., Mahdi, A. J., & Bowen, I. D. (2006). The historical analysis of aspirin discovery, its relation to the willow tree and antiproliferative and anticancer potential. *Cell Proliferation*, 39(2), 147–155. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2184.2006.00377.x>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Fever in under 5s: assessment and initial management. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng143/chapter/recommendations#antipyretic-interventions>
- Novák, H., & Kovács, Á. (2018). Láz és lázcsillapítás: Jelentősen megváltozott ajánlások. *Védőnő*, 28(5), 30–32.
- Szent Biblia: Második Törvénykönyv, 28. fejezet. (n.d.). Retrieved from <https://katolikus.hu/szentiras/KNB/MT%C3%B6rv/28>
- Urbane, U. N., Likopa, Z., Gardovska, D., & Pavare, J. (2019). Beliefs, Practices and Health Care Seeking Behavior of Parents Regarding Fever in Children. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(7), 398. <https://doi.org/10.3390/medicina55070398>
- Villarejo-Rodríguez, M. G., & Rodríguez-Martín, B. (2019). A Qualitative Study of Parents' Conceptualizations on Fever in Children Aged 0 to 12 Years. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16), 2959. <https://doi.org/10.3390/ijerph16162959>
- Zebroski, B. (2016). A Brief History of Pharmacy: Humanity's Search for Wellness. Retrieved from https://books.google.hu/books?hl=hu&lr=&id=jr1mCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=nergal+ashoka+fever&ots=e0zOijjwX2&sig=FlAoO6aVSOZneQQD7WY_AuTzXg&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false



Gratulálunk!

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara 2023. november 24-én tartotta éves Díjátadó Gáláját.

A Kamaráért végzett munka elismeréseként „Az Év Kiváló Szakdolgozója Díjban” részesült:

Subitsné Hartman Judit, Vas Vármegyei Markusovszky Egyetemi Oktatókórház laboratóriumi analitikusa.

Szekeres-Simonová Erika, a Netis Zrt. és ALSAD Medical Kft. dietetikusa, egészségügyi szakértője pedig különdíjasként részesült az elismerésben.

A MESZK és a LITERATURA MEDICA Kiadó Kft. által létrehozott, a fiatal generáció kiemelkedő szakmai teljesítményt nyújtó szakdolgozó elismeréseként az „Év Elhivatott Fial Szakdolgozója Díjban” részesült:

Psóra Krisztina, a Fejér Vármegyei Szent György- Általános Sebészeti Osztály ápolónője).

A Kamaráért végzett munka elismeréseként „Az Év Kiváló Szakdolgozói Közössége Díjban” részesült:

Jász-Nagykun-Szolnok Vármegyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet – Bőrgyógyászati Osztályának ápolói közössége: Szmolnik Katalin vezető ápoló, Andó Éva osztályos ápoló, Bogdán Nikoletta osztályos ápoló, Horváth Eszter ambuláns nővér, Juhász-Kókai Etelka osztályos ápoló, Krupincza Anita osztályos ápoló, Monzéger Erzsébet osztályos ápoló, Papp Andrea osztályos ápoló, Terjéki Melinda osztályos ápoló, Ulviczki István betegkísérő.

A Heves Vármegyei Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet- Fül-Orr Gégészeti Osztályának ápolói közössége: Nagy Attiláné főnővér, Bakos Tünde ápoló, Balogné Sipeki Nikolett ápoló, Cseh Éva ápoló, Merk Csabáné ápoló, Nagyné Csányi Anita ápoló, Pappné Simon Judit ápoló, főnővér h., Pikó-Horváth Eszter ápoló, Plósz Ferencné ápoló, Rusznyák Borbála ápoló, Somosi Bertalanné adminisztrátor, Szikora Csabáné ápoló, Tribik Adrienn ápoló, pedig különdíjasként részesült az elismerésben.

Az ünnepség végén került sor az „*Ápolás hivatásáért díj*” átadására, ami évente egy olyan egészségügyi szakdolgozónak adományozható, aki magas színvonalú tevékenységével példa értékűen hozzájárult a betegek ellátásához, gyógyításához. A díjat **Szánti Istvánné**, a MESZK Járóbetegellátásért felelős alelnöke, egyetemi ápoló, asszisztens vehette át.

Kimagasló teljesítményükhöz szívből gratulálunk!

Tisztelt Olvasóink!

Egy újabb izgalmas év vége felé közeledünk, és szeretnénk megköszönni, hogy rendszeresen olvassák folyóiratunkat. Az idei évben is rengeteg érdekes és inspiráló cikk jelent meg oldalainkon, célunk változatlanul az volt, hogy megfelelő szakmai fejlődési lehetőséget biztosítsunk az egészségügyi szakdolgozók számára, és megerősítsük szakértelmüket.

Mindannyian tudjuk, hogy ápolás milyen fontos és felelősségteljes hivatás, melynél nélkülözhetetlen tudásunk folyamatos frissítése. Éppen ezért, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara gondozásában megjelenő NŐVÉR tudományos és továbbképző szakfolyóirat kiadója és szerkesztőbizottsága továbbra is elkötelezett abban, hogy az egészségügyi szakdolgozók számára biztosítsa a folyamatos továbbképzés lehetőségét.

Mivel az online tanulmányok és oktatási anyagok egyre népszerűbbek a mai digitális korban, folyóiratunk szerkesztősége is lépést kíván tartani ezzel az iránnyal. Tapasztalataink szerint az e-learning anyagok remek lehetőséget nyújtanak az olvasóknak, hogy a saját időbeosztásukhoz igazítva bővítsék tudásukat. Így mindazok számára kiváló lehetőséget teremtenek, akik elfoglaltságaik, földrajzi elhelyezkedésük miatt nem tudnak részt venni a hagyományos továbbképzési fórumokon.

Nagy örömünkre szolgál tájékoztatni Önöket arról, hogy törekvéseink az elmúlt években sikerrel jártak, hiszen a NŐVÉR az elméleti ismeretek és gyakorlati tapasztalatok terjesztésén felül több mint 13.000 szakdolgozótársunknál járult hatékonyan hozzá a pontszerző továbbképzési kötelezettség teljesítéséhez is. Az **I. számú táblázat** tartalmazza mindazon e-továbbképzéseinket, melyeket a NŐVÉR folyóiratban megjelent publikációk segítségével hívtunk életre.

A Covid pandémia alatt a MESZK Országos Szervezete úgy döntött, hogy a NŐVÉR folyóirat online változatához történő hozzáférést a jövőben nem köti előfizetési kötelezettséghez, ezzel is megkönnyítve a szakdolgozók otthoni tanulását, kutatását, valamint önképzésüket, továbbképzésüket. Így az elmúlt években az előfizetéssel nem rendelkező felhasználók is elvégezhették – visszamenőlegesen a 2018. évi évfolyamokig – az egyes lapszámokhoz kötődő 20-20 pontot érő továbbképzéseket (**1. ábra**). Ez a kezdeményezés egy újabb lépés volt a folyóirat küldetése felé, hogy minél szélesebb közönségnek nyújtson minőségi tudást és információkat.

Az elmúlt évek során nyitottak voltunk arra is, hogy egyes kurzusokat témakörönként csoportosítsunk, s így az érdeklődők könnyedén megta-

I. számú táblázat: A NŐVÉR folyóirat pontszerző továbbképzései

NŐVÉR – szakmai tudományos továbbképzés	Lapszám	Továbbképzés nyilvántartási száma	Pontérték	Pontot szerzők létszáma (fő)
I.	2015. évi	SZTK-A-077265/2016	16	9
II.	2016. évi	SZTK-A-077269/2016	16	11
III.	2017. évi	SZTK-A-073902/2017	20	22
IV.	2018. évi	SZTK-A-065230/2018	20	2309
V.	2019. évi különszám	SZTK-A-77852/2018	20	422
VI.	2019. évi	SZTK-A-80016/2019	20	3481
VII.	2020. évi	SZTK-A-85892/2020	20	2659
FOGL21	Válogatás (fogl-eü.)	SZTK-A-23791/2021	20	2041
VIII.*	2021. évi különszám	SZTK-A-8456/2022	20	2157 (folyamatban)
IX.*	2021. évi	SZTK-A-20290/2023	20	(folyamatban)
X.*	2022. évi	SZTK-A-20291/2023	20	(folyamatban)
XI. DENTÁL*	Válogatás (dentál-higiéné)	SZTK-A-57017/2023	20	(folyamatban)

*A MESZK e-Továbbképzés felületén jelen pillanatban elérhető képzések.

lálhassák az őket legjobban érdeklő témákat. Ily módon került összeállításra például a foglalkozás-egészségügyi szakterületen tevékenykedők számára az SZTK-A-23791/2021 számú továbbképzési anyag, vagy épp a legutóbb minősített, SZTK-A-57017/2023 számmal nyilvántartásba vett, a szájrégi prevenció fontosságát hangsúlyozó kurzus.

A MESZK 2022-ben megújult e-Továbbképzés felületén jelen pillanatban négy NŐVÉR folyóirat által támogatott képzés érhető el térítésmentesen, melyek átlagosan 4-5 szakmacsoport számára biztosítanak pontszerzési lehetőséget. A továbbképzési tananyagok a <https://oktatas.mesz.hu/bejelentkezés/feluletire> történő belépést követően érhetőek el a Programok, rendezvények/MESZK e-Továbbképzések menüpontban vagy a logóra kattintva a főoldal gyakran használt funkciói közt.

Bármennyire is egyszerű így a továbbképzés teljesítése, természetesen itt sem érdemes az utolsó pillanatra hagyni a képzésre történő jelentkezést, vagy éppen a teljesítéshez szükséges „vizsgázást”. Hiszen az online rendszerben minden kurzus jelentkezési és vizsgaidőszakból áll, melyek egy-egy hónapig tartanak. Tehát a kurzus felvétele után még nem lehet rögtön vizsgát tenni, hiszen a jelentkezési időszakban még nem érhetőek el a kurzus oktatóanyagai, meg kell várni a következő hónapban esedékes vizsgaidőszak elindulását. A jó hír viszont, hogy egy vizsgaidőszakon belül akár többször is ki lehet tölteni a tesztet – ha esetleg elsőre nem sikerülne elérni a teljesítéshez szükséges minimum ponthatárt –, és a sikeres vizsgát követően azonnal kinyomtatható a pontigazolás.

Szerkesztőségünk örömmel ad hírt arról is, hogy már előkészítés alatt áll a következő e-learning anyag is, mely a NŐVÉR folyóirat 2023. évi lapszámaiban megjelent válogatott kéziratából áll össze. Az új e-learning anyag várhatóan 2024. I. félévében válik elérhetővé a MESZK e-Továbbképzés felületen.

Fontos tudni, hogy nemcsak az e-Továbbképzés révén, hanem magával a tudományos közlemények publikálásával is szerezhetőek szabadon választható

1. ábra: Képernyőfotó az e-Továbbképzés felületről



elméleti továbbképzési pontok. *Az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól szóló 63/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet 6. § (1) bekezdésének d) pontjában foglaltak szerint szabadon választható elméleti továbbképzésnek minősül az adott szakterületen végzett tudományos tevékenység. E rendelet 2. mellékletének 4.1. és 4.2. pontja alapján a Nővér folyóiratban megjelent tudományos közleménnyel első szerzőként 15 továbbképzési pontot, társszerzőként pedig 10 pontot lehet megszerezni. A továbbképzés minősítését a továbbkepzes@okfo.gov.hu e-mail címre megküldött, kitöltött nyomtatványon (SZTK-D-1 Adott területen végzett tudományos tevékenység) lehet kérni, mely a www.enkk.hu oldalról tölthető le.*

Reméljük, hogy a folyóiratunk továbbra is segíti Önöket inspirációhoz jutni és érdekes tartalmakat találni. Bízunk benne, hogy a jövőben is megtalálják azokat az elemeket, amelyekért szeretik és érdemes a NŐVÉR-t olvasni.

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

Dr. Balogh Zoltán PhD
felelős kiadó

Dr. Hirdi Henriett Éva PhD
főszerkesztő

