



Acta Sana

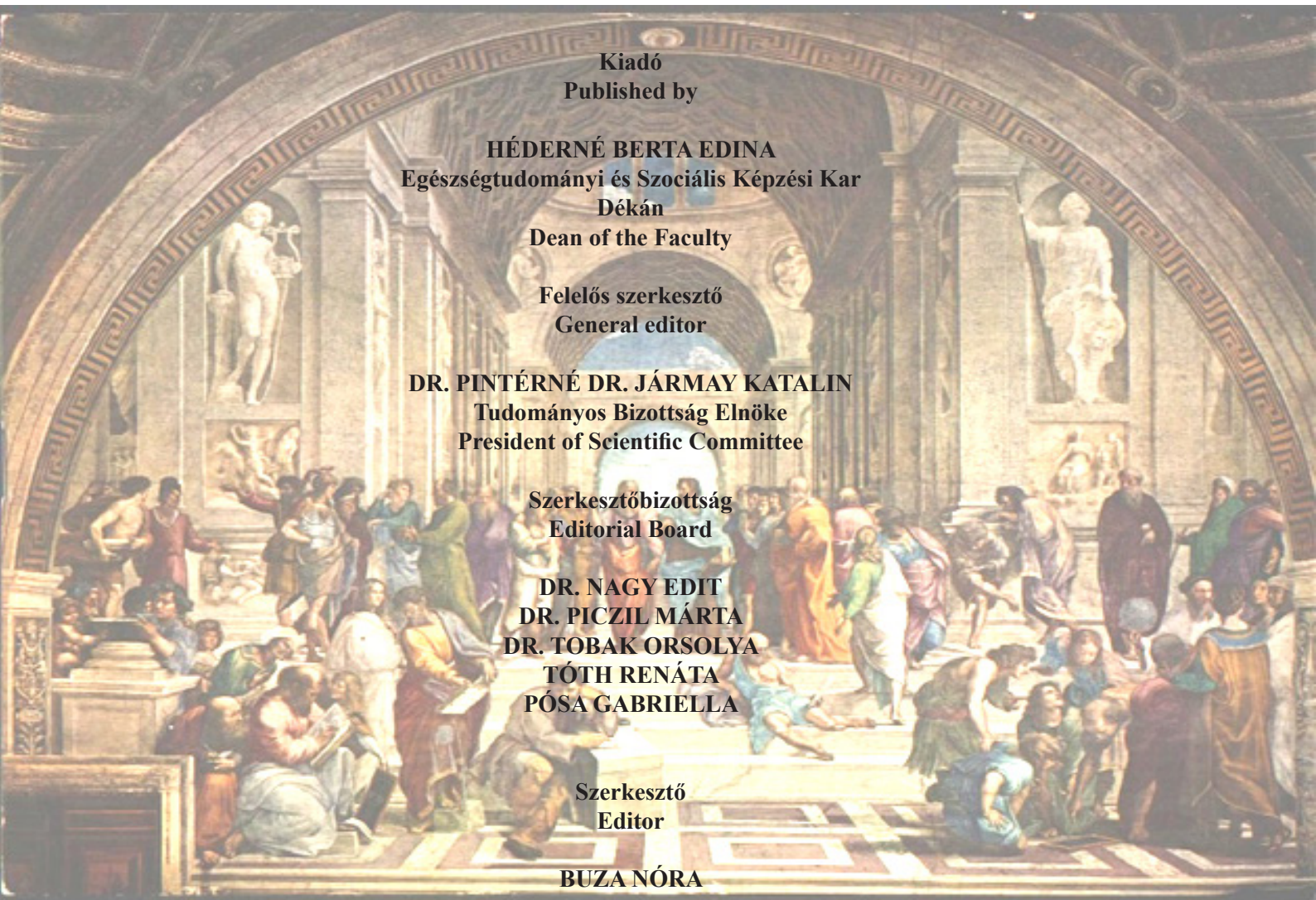
„Mens sana in corpore sano”

Tartalom

- **Mikrosebészeti technika alkalmazása az andrológiai sebészeti ellátásban**
- **A betegvezetés folyamata egy stroke beteg gondozása során - esetbemutató**
- **Aktualitások a bizonytalan időbeli eredetű ischaemiás stroke definitív ellátásában: thrombolysis és endovascularis intervenciók megítélése**
- **A fájdalom felmérése és a fájdalom menedzsment demenciában szenvedő idősök körében**
- **Adherencia javítása vese transzplantált betegek körében**
- **Rövid beszámoló az Európai Neurológiai Akadémia 3. Kongresszusáról**
- **Szabadegyetem Baselben**
- **Elsősegélynyújtó verseny megyei forduló eredményei**
- **XXXIII. OTDK eredményei**
- **2017: Kossuth Zsuzsanna emlékévé, Magyarország első főápolójának tiszteletére**
- **Kari Nap 2017.**
- **OTDK absztraktok**

2017. I. szám

**A Szegedi Tudományegyetem
Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
Tudományos Lapja**



**Kiadó
Published by**

**HÉDERNÉ BERTA EDINA
Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
Dékán
Dean of the Faculty**

**Felelős szerkesztő
General editor**

**DR. PINTÉRNÉ DR. JÁRMAY KATALIN
Tudományos Bizottság Elnöke
President of Scientific Committee**

**Szerkesztőbizottság
Editorial Board**

**DR. NAGY EDIT
DR. PICZIL MÁRTA
DR. TOBAK ORSOLYA
TÓTH RENÁTA
PÓSA GABRIELLA**

**Szerkesztő
Editor**

BUZA NÓRA

HU ISSN 2060-3142

Acta Sana

„Mens sana in corpore sano”

Az egészségügyi és a szociális ellátás elmélete és gyakorlata

A Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
Tudományos Lapja

2017.
XII. évfolyam 1. szám

**Az egészségügyi és a szociális ellátás elmélete és gyakorlata
A Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és
Szociális Képzési Kar Tudományos Lapja**

**2017.
XII. évfolyam 1. szám**

TARTALOMJEGYZÉK

<i>Tudományos fórum</i>	6
Mikrosebészeti technika alkalmazása az andrológiai sebészeti ellátásban Szatmári Angelika	7
A betegvezetés folyamata egy stroke beteg gondozása során - esetbemutató Szabó-Laboda Adrienn	10
Aktualitások a bizonytalan időbeli eredetű ischaemiás stroke definitív ellátásában: thrombolysis és endovascularis intervenciók megítélése Papp László	18
A fájdalom felmérése és a fájdalom menedzsment demenciában szenvedő idősök körében Boros Edit	20
Adherencia javítása vese transzplantált betegek körében Babarci Ágnes	22
<i>Nemzetközi kitekintő, aktualitások</i>	24
Rövid beszámoló az Európai Neurológiai Akadémia 3. Kongresszusáról Nagy-Grócz Gábor	25
Szabadegyetem Baselben Dr. Gábor Katalin	26

Elsősegélynyújtó verseny megyei forduló eredmény	
Papp Anita Tímea	27
XXXIII. OTDK eredményei	
Pósa Gabriella	28
2017: Kossuth Zsuzsanna emlékév, Magyarország első főápolójának tiszteletére	
Boros Edit, Domonkos Norbert, Oláh Mónika, Szatmári Angelika	29
<i>Hallgatói oldal</i>	31
Kari Nap 2017.	32
OTDK absztraktok	33
Útmutató az Acta Sana szerzői számára	42
Guidelines to the Authors of Acta Sana	44

Tisztelt Olvasó! Lecturi Salutem!

Üdvözet – Invocatio – az Olvasónak!

A Tudományos Bizottság ezúton köszönti olvasóit, és ajánlja figyelmükbe továbbra is a Kar tudományos folyóiratát.

A misszióját változatlanul őrző Acta Sana legfőbb feladata az elkövetkezőkben is hangsúlyt adni és méltó keretet biztosítani a Karon elért tudományos eredmények megismertetésének, valamint generálni az egyes szakterületek közötti tudományos párbeszédet az egyetemi hagyományoknak megfelelően.

A Szerkesztőbizottság támogatni kívánja a kutatóműhelyek kialakulását és működését - különösen az ápolás, fizioterápia, szociális munka és a védőnői munka területén -, továbbá a tudás határoktól független szabad áramlását. Megtisztelő érdeklődését és értékes hozzájárulását megköszönve várjuk kollégáink, hallgatóink és az együttműködő külföldi társintézmények munkatársainak közleményeit, amelyeket magyar és angol nyelven (magyar szerzők tollából is) az útmutatóban foglaltak szerint lehet benyújtani.

Szerkesztők

Greetings – Invocatio - to the Reader

Dear Reader,

The Scientific Committee are greeting the reader and thus recommending the scientific journal of the Faculty to your attention.

Preserving our mission, the main duty of Acta Sana will be in the future as well to focus on and to provide a frame for disseminating the scientific results achieved at the Faculty and to generate an interdisciplinary dialogue according to the University traditions.

The Editorial Board wish to support the development of research networks especially in the field of nursing, physiotherapy, social work and health visiting, and the free flow of knowledge without boundaries. Thanking you for your honouring interest and valuable contribution, we wait for the papers written by our colleagues, students and members of partner institutions abroad, which can be submitted in Hungarian and in English (from the pen of Hungarian authors, too) and according to the Guidelines.

Editors

TUDOMÁNYOS FÓRUM

Mikrosebészeti technika alkalmazása az andrológiai sebészeti ellátásban

Szatmári Angelika

tanársegéd, SZTE ETSZK Ápolási Tanszék

A technológiai fejlődés mindig visszatükröződik a sebészet fejlődésében is. A XX. század első felében az érsebészet által kidolgozott érvarrat finomodása, továbbfejlesztése egyúttal a mikrosebészeti technika alapjainak megteremtését jelentette.

A mikrosebészet a sebészetben belül a 2mm-nél kisebb erek és idegek egyesítésére alkalmazható, amely rekonstrukciók vagy anastomosisok készítésére szolgál. Manapság a miniatürizálás még kisebb, még finomabb eszközöket eredményez, amelyek precízebb és egyre kevésbé invazív sebészeti beavatkozásokat tesznek lehetővé.

A mikrosebészeti beavatkozások optikai nagyítással, ezekre a feladatokra kialakított speciális eszközök - operációs mikroszkóp, sebészeti műszerek- segítségével történnek. Az operációs mikroszkóp segítségével akár 16 szoros nagyítással 7/0, 8/0 fonalak használata mellett az anasztomózis két, vagy három rétegben is megvarrható a lumen szűkülése nélkül ^(1,2).

A mikrosebészeti technikát több sebészeti szakág (idegsebészet, fej-nyak sebészet, szemészet, plasztikai sebészet, transzplantációs sebészet) alkalmazza. Minden olyan műtéti beavatkozásnál alkalmazhatók ahol milliméteres nagyságrendű, vagy különösen érzékeny struktúrák (hereszövet, ductus deferens, idegrost, agyszövet) közelében kell dolgozni.

A korábbi években a meddőségi esetek háttére nagy százalékban nem került felismerésre. Ez a szám mára már jelentősen csökkent az immunológiai és genetikai, valamint a technológiai újítások eredményeként ^(1,2,3). Az asszisztált reprodukciós programok tapasztalatainak és a férfi meddőség okait feltáró vizsgálatok eredményeinek egybevetése nyomán további kutatások indultak és vezettek el az andrológiai műtétek során napjainkban alkalmazható mikrosebészeti technikák kidolgozásához ^(3,4).

Az andrológiai műtéti beavatkozásoknál anobstruktív azoospermia esetében a mikrosebészeti technikák alkalmazásának főbb indikációs területe a spermium nyerés céljából végzett herebiopszia (micro-TESE)^(3,4,5). A spermiumnyerés történhet még a mellékheréből (MESA) vagy a ductus deferensből (DESA). Klasszikus indikációt jelent a mikrosebészeti technika alkalmazására a vaso-vasostomia (VEA), varicocelektomia, továbbá az ér – ideg, vagy a genitális sérülésekhez kapcsolódó mikrosebészeti anasztomózisok kialakítása.

A mikrosebészeti vaso-vasostomia (VEA) a ductus deferens elzáródása, illetve műtéti férfi fogamzásgátlás utáni visszaállítás céljából végzett műtét a ductus deferens végeinek egyesítésével történik meg.

A mikrosebészeti varicocelektomia során a funiculus spermaticusban futó tágult vénák műtéti lekötése operációs mikroszkóp alatt történik a nyirokerek és az artériák megkímélése, valamint a legalacsonyabb kiújulási esély érdekében.

A mikrosebészeti herebiopszia azokban az esetekben válik szükségessé, ha az első biopszia során nem sikerült a hímvarsejt nyerés, vagy a konvencionális biopszia eredményességének valószínűségi foka nagyon alacsony, illetve olyan esetekben kerül erre sor, amikor a 9x-20x-os nagyítás mellett a tágult vagy tágultabb herecsatornácskák célzott mintavétele válik szükségessé ^(4,5,6). Az alkalmazott technikával 30%-al nagyobb eséllyel lehet érett spermiumot nyerni, valamint kisebb hereszövet kerül eltávolításra ⁽³⁾.

Az operációs mikroszkópok segítségével végzett mikrosebészeti eljárások új távlatokat nyitnak az andrológiai sebészetben, amelynek jelentőségét többek között alátámasztja az is, hogy a párok 15%-a küzd meddőségi problémákkal és az esetek 50%-ában a háttérben meghúzódó ok a férfinál mutatható ki^(6, 10, 11). A nemzetközi statisztikák szerint ez az érték a kelet európai országokban különösen magas⁽⁶⁾. Az orvostudomány és a technikai megoldások nagy ütemű fejlődése alapvető jelentőségű. A nemzetközi szakirodalom a felmerülő fertilitási problémák komplex jellegéből adódóan a betegvezetés kiemelt jelentőségére hívja fel a figyelmet, további releváns kutatásokat szorgalmazva orvoslás, valamint az ápolás elmélete és gyakorlata számára egyaránt^(7, 8, 9, 12, 13).

Irodalomjegyzék:

1. **A. Sacca, A. L. Pastore, M. Roscigno, R. Naspro, F. Pellucchi, A. Fuschi, S. Maruccia, A. Territo, F. Pisano, L. Zanga, E. Capitano, A. Carbone (2016):** Conventional testicular sperm extraction (TESE) and nonobstructive azoospermia: is there still a chance in the era of microdissection TESE? Results from a single non-academic community hospital. *Andrology*, 4: 425-429.
2. **Aaron M. Bernie, M.D., M.P.H., Kalee Shah, B.A, Joshua A. Halpern, M.D., Jasson Scovell, B.A., Ranjith Ramasamy, M.D. (2016):** Outcomes of microdissection testicular sperm extraction in men with nonobstructive azoospermia due to maturation arrest. *Fertility and Sterility*, 3: 569-573.
3. **Aaron M. Bernie, M.D., M.P.H. , Douglas A. Mata, M.D., M.P.H. , Ranjith Ramasamy, M.D., and Peter N. Schlegel, M.D., F.A.C.S. (2015):** Comparison of microdissection testicular sperm extraction, Conventional testicular sperm extraction, and testicular sperm aspiration for nonobstructive azoospermia: a systematic review and meta-analysis. *Fertility and Sterility*, 5: 1099-1103.
4. **Giorgio Franco, Filomena Scarselli, Valentina Casciani, Cosimo De Nunzio, Donato Dente, Costantino Leonardo, Pier Francesco Greco, Alessia Greco, Maria Giulia Minasi and Ermanno Greco. (2016):** A novel stepwise micro-TESE approach in non obstructive azoospermia. *BMC Urology*, 4: 2-8.
5. **Ranjith Ramasamy, M.D., Wendy O. et.al. (2015):** Comparison of Models for Predicting sperm Retrieval Before Microdissection Testicular Sperm Extraction in Men with Nonobstructive Azoospermia. *The Journal of Urology*, 189: 638-642.
6. **Jungwirth, A. et al. (2012):** European Association of Urology Guidelines on Male Infertility: The 2012 Update. *European Urology*, 6, 324-332.
7. **Helembai Kornélia (szerk.) 2015:** Betegvezetés az ápolás folyamatában.
E-Tankönyv, <http://elearning.szte.hu/mod/szte/frontpage.php>, SZTE.
8. **Kornelia Helembai PhD (2014):** Framing the Concept of Patient/Client Conducting. *Acta Sana*, IX. évfolyam 2. szám.
9. **Pilar Arranza, Sara M. Ullab, José L. Ramosa, Carolina del Rincóna, Teresa López-Fandoa (2005):** Evaluation of a counseling training program for nursing staff. *Patient Education and Counseling* 56: 233–239.

10. **Greil, A. L. (1997):** Infertility and Psychological distress: a critical review of the literature. *Social Science and Medicine*, 45, 1679-1704.
11. **Schneid-Kofman, N.- Sheiner, E. (2005):** Does stress effect male infertility?- A debate. *Medical Science Monitor*, 11, 11-13.
12. **Peterson, B. D. et al. (2006):** Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, 21, 2443-2449.
13. **Pook, M. et al. (1999):** Coping with infertility: distress and changes is sperm quality. *Human Reproduction*, 14, 1487-1492.

A betegvezetés folyamata egy stroke beteg gondozása során - esetbemutatás

Szabó-Laboda Adrienn ügyvivő-szakértő,

Dr. Papp László főiskolai docens, Papp Anita tanársegéd

SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Ápolási Tanszék

email: labodaa@freemail.hu

Absztrakt

A betegvezetés, mint ápolói kompetencia fontos szerepet játszik az ápolási folyamat megvalósulásában. A betegség lefolyását befolyásolja a beteg veszteségre adott reakciója, szemlélete, megküzdési stratégiája. Az ápolási folyamat holisztikus megvalósulásának záloga a fizikális szükségleteken túl a fenti befolyásoló tényezők figyelembe vétele az ápolási terv kialakítása során.

Jelen tanulmány egy stroke-on átesett páciens betegvezetési folyamatát mutatja be egy konkrét eseten keresztül. A stroke a harmadik leggyakoribb halálok Magyarországon, így az ilyen betegségben szenvedők gondozása kiemelt jelentőségű. Az esetbemutatás során képet kapunk a stroke-on átesett betegek betegútjáról is. A páciens betegvezetése már a szegedi Neurológiai Klinika Stroke Osztályának őrzőjében elkezdődött és végig kísérte az intenzív osztályon át a neurorehabilitációs osztályig.

Kulcs szavak: betegvezetés, stroke, thrombolysis, prevenció

Abstract

Counseling as a part of nursing competence has an important role in the nursing process. The procession of this illness is strongly influenced by the patient's reaction to the loss of body functions, views and coping strategies. The key to fulfill holistic nursing is to react to those influences along with physical needs when shaping the nursing plan.

This study presents the counseling process using a stroke patient's actual case. Stroke is the third leading cause of mortality in Hungary, so caring for these patients should be emphasised in health care. The case study also shows the treatment path of a person who suffers from stroke. The counseling process started as early as it was possible, and lasted from University of Szeged's Neurology Clinic's Stroke Subintensive Ward to Neurorehabilitation.

Keywords: counseling, stroke, prevention, thrombolysis

Bevezetés

A stroke a mortalitási és morbiditási statisztikák előkelő helyén áll a világ fejlett országaiban, emellett az összes betegség között az agyi érkatasztrófának a legnagyobb a gazdasági terhe és a társadalomra gyakorolt hatása. Hazánkban a stroke kiemelt fontosságú népegészségügyi problémát jelent, mivel hosszú távú önellátási deficitet okoz. A betegség mortalitása csökkenő tendenciájú, de még mindig jelentősen magas. A kórkép leggyakrabban 60 év felettieket érint, de a betegek 25%-a 60 év alatti. A fiatalabb korosztályok viszonylag magas érintettsége, főleg férfiakra jellemző, de mindkét nemet érinti. Fejlett országokhoz képest, hazánkban a stroke-betegek átlagosan 5-10 évvel fiatalabbak. (1)

Szegeden 2016. évben 1263 beteg került felvételre (1334 esetből) a Neurológiai Klinika Stroke osztályára akut stroke diagnózissal, amelyből 83 betegnél volt szükség thrombolysis kezelésre. A beteg közel egyenlő arányban volt nők és férfiak (39 nő, 44 férfi), és átlagéletkoruk 72,05 év volt.

A betegellátás során a kimenetel szempontjából az első észlelő feladata kiemelkedő. Kulcsfontosságú a mentők mielőbbi értesítése a stroke-ra utaló tünetek, illetve figyelmeztető jelek észlelésekor, mivel a statisztikai vizsgálatok is azt bizonyítják, hogy ez szignifikáns mértékben csökkenti a kórházba érkezés és az ellátás megkezdése közötti időt. Emiatt nélkülözhetetlen az adott területen élő lakosságra irányuló, szervezett prevenció. (1)

Amennyiben felmerül az időablakon belüli, definitív stroke ellátás lehetősége, az OMSZ (Országos Mentőszolgálat) kiemelt betegutat biztosít, melynek során a helyszíni ellátást legfeljebb 30 percen belül be kell fejezni, és meg kell kezdeni a beteg szállítását a stroke centrumba. A mentésirányítók értesítik a Sürgősségi Betegellátó Osztályt (SBO), hogy időablakon belüli stroke-s beteget szállítanak az osztályra. A beteget már egy neurológussal kibővült sürgősségi team várja és megtörténik az elsődleges vizsgálat (neurológiai státusz, labor) és az előre egyeztetett CT vizsgálatra szállítják a beteget. A képalkotó diagnosztikai vizsgálat során megtörténik a diagnózis felállítása ischaemiás vagy vérzéses stroke irányába. Ezt követően a CT-ből a beteg Stroke Osztályon való elhelyezése történik, amely thrombolysis kivitelezésére felkészült és alkalmas osztály. (2)

Amennyiben a betegnél nem vérzéses stroke diagnózist állapítanak meg és a diagnózis felállítás a tünetek megjelenésétől számított 3-4,5 órás időablakon belül történik, akkor megkezdhető a thrombolysis. (3)

A stroke túlélési láncának (tünetek felismerése, mentők riasztása, mentőellátás, kórházi ellátás) bármelyik pontján jelentkező indokolatlan késedelem a betegség kimenetelét súlyosbíthatja, esetleg a betegség halálozási arányát növelheti.

Esetbemutató

30 éves nőbeteg sürgősséggel kerül felvételre, időablakon belüli (1 óra) stroke diagnózisával thrombolysis céljából. A páciens vezető tünete bal oldali végtaggyengeség.

Felvételi státusz: Normál testalkatú nőbeteg. BMI: 25, RR: 98/69 Hgmm, P: 95/ min. Lázatlan. Hallása, látása panaszmentes. Kültakaró ápolat, bőrén sérülés nem látható. Éber, tiszta tudat, megtartott orientáció. Meningeális izgalmi jel nincs. Baloldalon Babinszky pozitivitás, bal oldali hypoton hemiparesis, bal felső végtaggal időnként befelé csavaró mozgás észlelhető. Beszéd, beszédértés eltérés nélkül. Hozzá tartozó elmondása szerint felvétel napján 7:30-7:45 között hirtelen bal oldala elgyengült, bal szájzuga elhúzódott, elesett, eszméletét nem veszítette el, fejét nem ütötte be. A beteg anamnéziséből kiderül, hogy aktuális panaszai a mozgás nehezítettsége és az ebből következő önellátási deficitiek.

A beteg önellátását FIM skála segítségével mértük fel, mely során 71-es pontot ért el, mely jelentős önellátási hiányt jelez. A páciens a hely- és helyzetváltoztató mozgás tekintetében teljes segítségre szorul, mely azt jelenti, hogy kevesebb, mint 25%-ban képes elvégezni ezeket a tevékenységeket. Az önellátás képességében részleges függőség alakult ki, mérsékelt segítségre szorul. A kommunikáció és szociális képességek kis mértékben szenvedtek károsodást, bizonyos tevékenységekhez igényel segítséget. (Pl.: Probléma megoldó képessége.) (4)

Gyógyszerallergia: Sumetrolim.

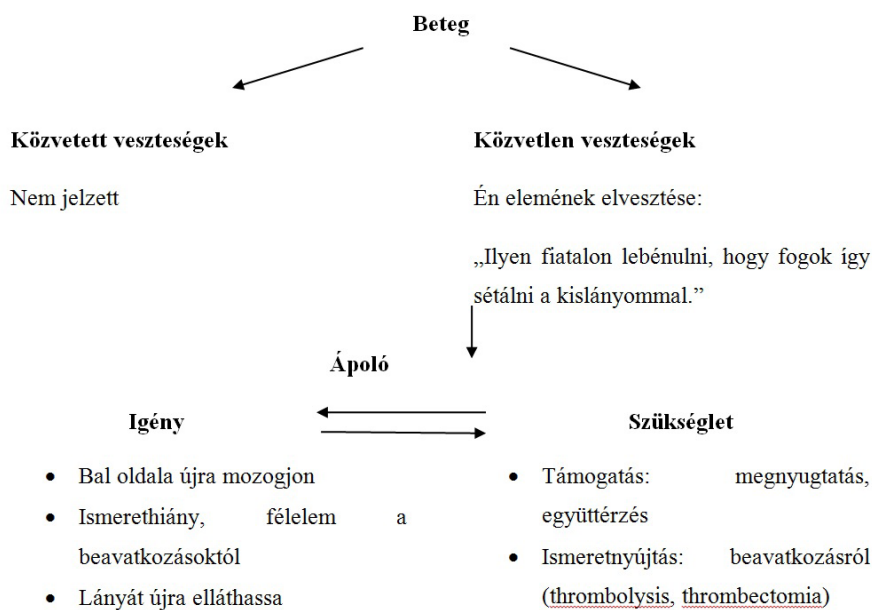
Az anamnézis-feltevő beszélgetés alapján egy rizikófaktor (fogamzásgátló szedés) volt feltárható (desogestrel). Korábbi ismert betegsége a páciensnek nem volt. A CT vizsgálat a betegnél ischaemiás stroke-ot igazolt.

A tünetek és az időbeliség mérlegelésével, a beteg beleegyezése után a neurológiai team thrombolysist indikált, mely sikertelennek bizonyult. A páciens neurológiai státusza nem javult, ezért a neuroradiológus thrombectomiát végzett, majd intenzív osztályos megfigyelésre szorult. A beavatkozást követő 24 óra elteltével került vissza a beteg a Stroke osztályra.

A beteg neurológia státuszában a thrombectomiát megelőző állapothoz képest jelentős javulás volt észlelhető. Bal felső végtag mozgásában minimálisan deficit volt észlelhető, alsó végtagjait és jobb kezét mozgatni tudta, facialis paresise csak jelzetten állt fenn. A kritikus állapot lezárása után lehetőségünk nyílt a szükségletek és az igények felmérésére, mely a betegvezetés szempontjainak figyelembe vételével történt.

Ennek elemeit az 1. sz. ábra mutatja be.

1. sz. ábra. A szükségletek és igények felmérése a betegvezetési folyamat alkalmazásával



A beszélgetés során a tünetek és fizikai panaszok mellett a beteg viselkedése utal az aktuális érzelmi állapotra, megküzdési stratégiáira. A beteg elmondja, hogy meg van ijedve, hogy baloldali végtaggyengesége maradandó károsodású lesz. Nem akar ilyen fiatalon mások segítségére szorítani. A stroke betegségről már hallott, de nem mélyedt el a témát illetően, hisz erre nem volt eddig szüksége. (5)

Az ellátási folyamat következő lépése az ápolási folyamat elemeinek a beteggel közös kialakítása volt, melyet az 1. sz. táblázat foglal össze.

1. sz. táblázat Az ápolási folyamat keretterve

Keretterv				
Kinek?	Miért?		Mit?	Hogyan?
	Á p o l á s i diagnózis	Betegvezetési di- agnózis		
„Ilyen fiatalon lebénulni, hogy fogok így sétálni a kislánnyal?”	Mozgáskészség romlása az agyi ér elzáródása miatt, amely bal oldali végtagbénulásban nyilvánul meg.	Tehetlenség érzése a bal oldali végtagbénulás miatt, amely érzelmi központú k é r ő d z ő stratégiában nyilvánul meg.	P1/1: Megnyugtatózás, biztatás. Együttérzés kimutatása. P1/2: Figyelem elterelés	Orientáció: Ismeretnyújtás konzultáció lehetőségek ismertetése a betegségről. Facilitáló stratégia , é r z e l m e k t i s z t á z á s a , kikérdezés.
„Nem ismerem a kezelési lehetőségeket, nem igazán értem, amit az orvos mondott, elmondaná még egyszer?”	Ismerethiány orvosi szakfejezések miatt, amiről a beteg verbálisan beszél.	Adekvát viszonyulás az ismerethiányhoz, tehetlenség érzés miatt, amely probléma központú stratégiában nyilvánul meg.	P/2: A beteg pszichés felkészítése a thrombectómiára és rehabilitációra, kezelés ismertetése ápolói kompetencián belül.	Orientáció: Ismeretnyújtás, konzultáció. Facilitáló stratégiák: minimális szóbeli megerősítés.

(6)

A megbeszélés során egyértelműen kiderült, hogy a beteg legjelentősebb problémája a mozgászavar, melyet az alábbi módon fogalmazott meg: „Ilyen fiatalon lebénulni, hogy fogok így sétálni a kislánnyal?” Az ápoló, ezt figyelembe véve, és a fizikális aspektust beemelve a panaszba, megfogalmazta ápolási diagnózisát: Mozgáskészség romlása az agyi ér elzáródása miatt, amely bal oldali végtagbénulásban nyilvánul meg.

A beteg fenti kijelentését a betegvezetés szempontja szerint elemezve érzelemközpontú, kérdő stratégia merül fel. Ennek jelei a következmények felett aggodalom, és a panaszok felől nehezen terelhető gondolkodás. Az ápoló ebben a helyzetben elsősorban megnyugtatózással, biztatással, az együttérzés kimutatásával és a figyelem elterelésével tudja támogatni betegét. További lehetőség különféle facilitáló stratégiák alkalmazása, amely az érzelmek tisztázását, kikérdezést, minimális szóbeli megerősítések használatát foglalja magában. Ebben az esetben a kognitív aspektust ismeretek nyújtásával és konzultációs lehetőségek biztosításával lehet kielégíteni.

A beteg megfogalmazta továbbá ismereteinek hiányát, saját szavaival: „Nem ismerem a kezelési lehetőségeket, nem igazán értem, amit az orvos mondott, elmondaná még egyszer?” Ebben az esetben az ápoló által megalkotott ápolási diagnózis a következő volt: Ismerethiány orvosi szakkifejezések használata miatt és figyelemzavar miatt, amiről a beteg verbálisan beszámol.

A fenti idézet arra utal, hogy a beteg elfogadja állapotát, a betegség leküzdésére törekszik. A betegvezetés szempontjai szerint ez adekvát viszonyulásra utal, mely során a beteg alternatívákat mérlegel, döntéseket hoz, azaz problémaközpontú stratégiát alkalmaz. Ebben a helyzetben kiemelt ápolási feladat a beteg pszichés felkészítése a thrombectomiára és rehabilitációra, melynek kognitív összetevője a konzultáció, ismeretnyújtás, a pszichés aspektust pedig facilitáló stratégiákkal segíthetjük.

A beteg ellátásának következő lépése a gondozási terv kialakítása, mely az egyes ápolási napok beteggel egyeztetett céljait és tevékenységeit tartalmazza.

Első napon tervezett programok között szerepelt a megnyugtató, biztatás, együttérzés kimutatása, figyelem elterelése a problémáról, illetve a beteg pszichés felkészítése a thrombectomiára. A megvalósítás során felmerült a betegnél az én fontos elemének elvesztése, tehetetlenségérzése, szorongás a jövőre tekintve, ismerethiány a betegséggel és kezeléssel kapcsolatban. A beteg először nem értette meg az orvos közlését, amit a személyzet felé jelzett. Fontos volt az érzelmek tisztázása, kikérdezés, saját erő mozgósítása. Kiemelendő elem továbbá a problémaközpontú megküzdési stratégia megjelenésének tendenciája, hiszen kilátástalannak látta helyzetét, mert a thrombolysist követően állapota nem javult.

Nap végére a tehetetlenség érzésének megszűnése látszott a betegen, minimális szóbeli megerősítések megjelenése jellemezte a kliens viselkedését. Viszonyulása adekváttá vált, melyet az jelzett, hogy számára megfelelő segítő források elérésére törekszik, fejleszti ismereteit, lehetőségeket feltérképezi, átgondolja. Elfogadja, vállalja a szembesülést problémáival.

Gondozási terv: 2-4. nap

A beteg állapota napról- napra javult, először ágy szélére ült ki, majd kísérettel mosdóba kísért. A második napon már bal kezét is jobban mozgatta, fogásnál erőtlenebb volt. A mozgás támogatására rendszeres fizioterápiában részesült. A pszichés vezetés során továbbra is nagy szerepe volt a biztatásnak, megnyugtatónak, együttérzésnek, amit a beteg is megfogalmazott: „Köszönöm, hogy biztatott, remélem minden rendben lesz.” A konzultációs lehetőségek biztosítása, az ismeretek bővítésének lehetősége folyamatos volt, mely során a figyelemelterelés is megvalósult, hiszen kislányáról mesélt és elmondta, hogy sokszor tévét néz. Ezekben a napokban már adekvát viszonyulás jellemezte: „Most mi lesz a következő lépés?”

A betegség akut szakaszának lezárásával fontos ápolási momentum a beteg pszichés felkészítése a neurorehabilitációra. Ez a klinika rehabilitációs osztályán zajlott, ahol a rehabilitációs team

(ápoló, orvos, pszichológus, gyógytornász, ergoterapeuta) segítségével folyhat a beteg egyénre szabott rehabilitációja 6-8 hét közötti intervallumban. Ezt követően otthonában is van lehetőség folytatni a gyógytornát, otthoni szakápolás keretében 2x14 vizit erejéig. A beteg a lehetőségekkel kapcsolatban az alábbi véleményt fogalmazta meg: „Ezek a lehetőségek elég jól hangzanak, csak sokáig tart. Már szeretném én vinni a lányomat az óvodába!” A kijelentésen csökkent önértékelés, érzelmközpontú kérődző stratégia jelei rajzolódnak ki, mely a rehabilitáció során követendő gondozási irányt is kirajzolja.

Gondozási terv: 4-7. nap

A beteg ebben az időszakban egyre erősebbnek érezte magát. Ezt úgy fogalmazta meg, hogy: „Ma már egyedül kiültem ágyszélére és kísérettel mosdóba is kimentem.” Kommunikációjában megjelentek a bizalom jelei, mivel bízott benne, hogy a rehabilitációról teljes felgyógyulásban távozzon. Lefoglalta magát, nem csak a problémájával foglalkozik: „Hozott ma a nagynéném egy jó könyvet, egészen elkalandozom, ha olvasom.” Továbbgondolta, hogy mit tehet annak érdekében, hogy egyre közelebb kerüljön a teljes gyógyuláshoz. A beteg tapasztalatai a foglalkozás fontosságáról: „Most már szinte mindig történik valami, amit csinálhatok.” A gondozási folyamat értékelését a 2. sz. táblázat foglalja össze.

2. sz. táblázat. A beteg és az ápoló értékelése a gondozási folyamatról

Gondozási terv értékelése

<i>Kliens értékelése:</i>	<i>Terapeuta értékelése:</i>
<ul style="list-style-type: none"> „Azért látom, hogy a többi beteghez képest én sokkal gyorsabban alakulok” 	<ul style="list-style-type: none"> A beteg probléma központú megküzdési stratégia felé indult, időnként még megjelenik a kérődző stratégia is.
<ul style="list-style-type: none"> „Nagyon jól esett, hogy ennyit foglalkoztak itt velem ” 	<ul style="list-style-type: none"> A betegséghez való viszonyulása adekvát, reális.
<ul style="list-style-type: none"> „Végre közelebb jutok ahhoz, hogy én vigyem a kislányomat az oviba” 	<ul style="list-style-type: none"> Én elemének visszaszerzésének útján halad.
	<ul style="list-style-type: none"> Fontos személy visszaszerzéséhez egyre közelebb kerül. (6)

A beteg egy héttel a történetet követően, kielégítő általános állapotban, Neurorehabilitációs osztályra került további ellátás céljából. Az akut osztályról való távozáskor megtörtént a beérkezéskor alkalmazott önellátás ismételt felmérése FIM skála segítségével. A score ebben az esetben 120 pont, mely jelentős javulást mutat. A beteg szinte minden öngondoskodási elemet önállóan volt képes végrehajtani néhány képességnél pedig részleges függőség maradt fenn, melyet a rehabilitációs osztályos kezeléssel teljesen megszüntethető. (4)

Hivatkozási jegyzék

1. **Neurológiai Szakmai Kollégium és a Magyar Stroke Társaság Vezetősége:** A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja a cerebrovaszkuláris betegségek ellátásáról.
2. **OMSz, Szervezési és Módszertani Osztály:** Munkaanyag: A stroke mentőellátása
3. **Dr. Csiba L.:** Fejezetek a neurológiából. Debreceni Egyetemi Kiadó
4. **Dr. Papp K.:** Rehabilitáció.
5. **Dr. Helembai K.:** Általános ápoláslélektan. A beteg/ kliens vezetés pszichológiája
Medicina Könyvkiadó Zrt. Bp. 2010
6. **Dr. Helembai K., Boros E., Domonkos N., Dr. Erdősi E. és mtsai:** Betegvezetés az ápolásfolyamatában

Aktualitások a bizonytalan időbeli eredetű ischaemiás stroke definitív ellátásában: thrombolysis és endovascularis intervenciók megítélése

Papp László PhD, MSc, RN, főiskolai docens,

SZTE ETSZK Ápolási Tanszék

A stroke betegség rokkantságot okozó hatása miatt jelentős népegészségügyi probléma. Az összes stroke kb. 80 %-a az agyi erek elzáródására visszavezethető ischaemiás típusba sorolható, míg 20 % vérzéses eredetű. Az ischaemiás stroke végleges, definitív ellátása megoldást jelenthet a tüneteket okozó probléma felszámolására vagy hatásainak nagymértékű csökkentésére, ezért a sürgősségi neurológiai ellátás egyik kulcspontja.

Az ischaemiás stroke beteg első ellátásának alapvető kérdése a tünetek jelentkezése és az intervenció megkezdése között eltelt idő. Az időablak meglehetősen szűk, intravénás thrombolysis esetén 3 óra, arra alkalmas betegek esetén 4.5 óra, míg endovascularis intervenciók esetén 6 óra. A rekanalizáció megkezdésének számos abszolút és relatív kontraindikációja van, melyeket a beavatkozás megkezdése előtt vizsgálni és mérlegelni szükséges. (1,2)

Az ischaemiás stroke betegek ellátása alapvetően két kritikus fontosságú szakaszra osztható. Az első szakasz a tünetek megjelenésétől a specifikus ellátásra alkalmas kórházba érkezésig eltelt idő, mely optimális esetben kevesebb, mint 60 perc. (2) Ebben a szakaszban több szereplőnek van jelentős szerepe: ilyenek a tüneteket észlelő beteg és / vagy hozzátartozója, és a prehospitális ellátásban tevékenykedő kollégák. Tekintettel arra, hogy a végső diagnózis csak a képalkotó vizsgálatok eredményeinek ismeretében állítható fel, és az ajánlás szerint egyes esetekben (pl. basilaris occlusio) még 12 órával a stroke kialakulása után is megkísérelhető az ér megnyitása, törekedni kell arra, hogy a betegek a lehető leghamarabb kórházba kerüljenek. (1)

Abban az esetben, ha a tünetek kezdeti időpontja bizonytalan (pl. a beteg a stroke tüneteire ébredt, vagy több óra telt el azóta, hogy utoljára tünetmentesnek látták), szintén arra kell törekedni, hogy a beteg minél hamarabb specifikus ellátóhelyre kerüljön. Ebben az esetben reális esélye lehet a kiterjesztett időablak alkalmazásának, illetve annak, hogy a beteg olyan stroke központba kerüljön, ahol az érelzáródás helye (pl. a hátsó scala keringészavara) vagy a diffúziós / perfúziós MRI vagy perfúziós CT alapján megkezdődjön a rekanalizációs kezelés. (1)

Az ischaemiás stroke betegek ellátásának második szakasza a kórházba érkezés és a definitív beavatkozás megkezdése között eltelt idő. Optimális esetben ez az időszak nem hosszabb, mint 90 perc, ideálisan 60 perc. (2) A rendkívül szűk időkeret betartásához gyakorlott stroke team szükséges, melynek tagja neurológus szakorvos, ápoló, laboratóriumi szakember, radiológus, és intervenció esetén neurointervencióban képzett szakember. A rendelkezésre álló időben számos vizsgálat szükséges valamennyi, akut ischaemiás stroke tünettől érkező beteg esetén (1. sz. táblázat).

1. sz. táblázat: Minden beteg esetén szükséges vizsgálatok akut ischaemiás stroke tünetek esetén (1)

Natív koponya CT vagy MRI
Vércukor gyorseszteszt
O ₂ szaturáció
Se elektrolitok/vesefunkció (natrium,-kálium,-urea,-kreatinin szint)
Teljes vérkép/thrombocytá szám
Szívizomelhalást / ischaemiát jelző enzimek
Protrombinidő/INR
aPTI
EKG

Az akut koponya CT vagy MRI eredménye alapján jelenthető ki, hogy a tüneteket vérzés vagy ischaemia okozza. A vércukorszint és a prothrombinidő / INR ellenőrizhető ágy melletti gyorseszteszttel, de mivel eltéréseik abszolút kontraindikációt jelenthetnek, az intervenció csak az eredmény birtokában kezdhető meg.

Az akut ischaemiás stroke aktuális ellátási protokolljából kiemelendő, hogy a rekanalizációs kezelés időablakán túl (ami intravénás thrombolysis esetén 3-4.5 óra, endovascularis kezelés esetén 6 óra) megfontolható a perfúziós CT vagy perfúziós / diffúziós MRI vizsgálat. Ezek a technikák pontosíthatják az ischaemiás károsodás súlyosságát, és személyre szabott döntést tesznek lehetővé a szóba jöhető terápia vonatkozásában. (1)

Felhasznált irodalom:

1. Egészségügyi szakmai irányelv: Az akut ischaemiás stroke diagnosztikája és kezelése. 2017. április 25-i változat. Elérhető a Magyar Stroke Társaság honlapján: <https://www.doki.net/tarsasag/stroke/dokumentumtar> (a letöltés ideje 2017. június 30.)
2. Jauch, E.C. et al: Guidelines for the early management for patients with acute ischaemic stroke. 2013; DOI: 10.1161/STR.0b013e318284056a elérhető: <https://stroke.ahajournals.org/content/44/3/870.full.pdf>

A fájdalom felmérése és a fájdalom menedzsment demenciában szenvedő idősök körében

Boros Edit, tanársegéd,

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék

A demencia világszerte jelentős népegészségügyi probléma, napjainkban csaknem 47 millióan szenvednek ebben a betegségben. Magyarországon jelenleg legalább 200 ezer beteget érint ez a kórkép. Ezen megbetegedés során magasabb agykérgi funkciók sérülnek, így a betegek szóbeli, emlékező és felidéző képessége jelentősen sérül. Ezek a változások a betegek mindennapi életét megváltoztatja, a betegek önellátását, társas kapcsolatait nagyban veszélyezteti. Demens betegek nem mindig tudják verbálisan kifejezni az érzelmeiket, vagy megnevezni a tüneteiket. Így a fájdalmukat sem tudják a környezetük számára jelezni, holott tudjuk, hogy a fájdalommenedzsment első lépése a probléma meghatározása és a fájdalom pontos felmérése. A fájdalom tipikus tüneteinek túl, demens betegeknél tapasztalhatunk atipikus tüneteket is, mint a nyugtalanságot, zavarodottságot, erőszakosságot, étvágybeli változásokat és a napi rutin megváltozását. A fájdalom jelenlétére utalhat a fájdalmas terület nyomkodása vagy éppen a védekező, nyöszörgő hang adása, sírás és az arc grimaszolása. (1)

Fájdalom felméréséhez a különböző stádiumokban más felmérő eszközök alkalmazását ajánlják a szakirodalmak. Enyhe és közepes súlyos formában a VAS (vizuál analóg skálát) vagy a leíró skála alkalmazása javasolt. Súlyos stádiumban, amikor a beteg nem tudja magát szóban kifejezni azokat a skálákat kell előtérbe helyezni, amelyek az ápolói megfigyeléseken alapulnak. Ilyen nemzetközi fájdalom felmérő skála a Doloplus 2 (Behavioural Pain Assessment in the Elderly), PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia Scala) és a PADE (Pain Assessment for Dementing Elderly) skála. (1, 2, 3)

A pontos felmérés után tudjuk meghatározni az egyénre szabott fájdalomcsillapítási beavatkozásokat. A beavatkozásnál a nemzetközi ajánlást, a fájdalomcsillapítás lépcsőit alkalmazzuk. A beteg ellátásánál másik fontos szempont, hogy a kiválasztott készítmény csökkentse a beteg viselkedési tüneteit, mint az agressziót. Számos kutatás igazolta, hogy demens betegeknél az agitáltságot jobban csökkentik a paracetamol készítmények és biztonságosabban használhatóak, mint az antipszichotikumok. Nem gyógyszeres fájdalomcsillapítás közül hatékonyak bizonyult a megnyugtató kommunikáció, nyugodt, barátságos környezet biztosítása. Ezen módszereken kívül jól eredményeket hozott a zeneterápia és reflexológia alkalmazása is, mellyel szintén csökkenthető a beteg nyugtalansága és fájdalma. (1, 4, 5) A személyközpontú demensellátás célja az, hogy az ellátottak számára a „well-being” azaz a jó közérzet lehetőségek szerint biztosítva legyen, melyhez hozzátartozik a fájdalommentesség is melyet egy teljes egészségügyi teamnek kell támogatnia.

Irodalomjegyzék:

1. Achterberg, W., Pieper, M. J. C., van Dalen-Kok, A. H., ... Corbett, A. (2013). Pain management in patients with dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1471. <https://doi.org/10.2147/CIA.S36739>
2. Chen, Y.-H., & Lin, L.-C. (2016). Ability of the Pain Recognition and Treatment (PRT) Protocol to Reduce Expressions of Pain among Institutionalized Residents with Dementia: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Pain Management Nursing*, 17(1), 14–24. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.08.003>
3. Warden, V., Hurley, A. C., Volicer, L., & al., et. (1998). Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(1), 9–15. <https://doi.org/10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7>
4. Corbett, A., Husebo, B., Malcangio, M.,....., & Ballard, C. (2012). Assessment and treatment of pain in people with dementia. *Nat Rev Neurol*, 8(5), 264–274. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1038/nrneurol.2012.53>
5. Brorson, H., Plymoth, H., Örmon, K., & Bolmsjö, I. (2014). Pain Relief at the End of Life: Nurses' Experiences Regarding End-of-Life Pain Relief in Patients with Dementia. *Pain Management Nursing*, 15(1), 315–323. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.10.005>

Adherencia javítása vese transzplantált betegek körében

Babarci Ágnes

tanársegéd

SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Ápolási Tanszék

e-mail: babarci@etszk.u-szeged.hu

Vese transzplantáció az elsődlegesen választandó terápia végstádiumú vesebetegek számára. (1,2,3) Átültetést követően számos tényező határozza meg a graft működését, ezek közül kiemelten fontos az immunszuppresszív terápia. (3,4)

Az adherencia terápiához való ragaszkodást, terápiahűséget jelent, ahol a páciensnek nagyfokú felelőssége van saját gyógyulásában. Beteg együttműködést a kutatások többsége gyógyszeresedés tekintetében elemzi, de természetesen az életmódbeli ajánlások vonatkozásában is vizsgálhatjuk. A WHO 5 fakotort nevez meg, melyek befolyásolják az adherenciát: szociális és gazdasági, terápiához köthető, betegekre jellemző, állapothoz kapcsolható, egészségügyi ellátó rendszerhez és teamhez kapcsolható tényezők. (5)

Az adherenciát vizsgálva vese transzplantált betegek körében számos külföldi kutatást, irodalmi összefoglalót találunk, azonban hazai szakirodalom nem bővelkedik a témával kapcsolatos publikációban. Szignifikáns összefüggést találtak az életkor (≤ 50 év), férfi nem, munkanélküliség, alacsony iskolai végzettség, 3 hónapnál hosszabb ideje beültetett graft, élődonoros vese transzplantáció, ≥ 6 társbetegség, ≥ 5 gyógyszer/nap, ≥ 2 gyógyszerbevétel/nap, depresszió, szorongás és non-adherens viselkedés között. (6) A napi egyszeri gyógyszerbevétel javítaná a betegek gyógyszeresedéssel kapcsolatos együttműködését. (3)

A férfiak adhereensebbek a gyógyszeresedéssel kapcsolatban, míg a nők jobban betartják a fertőzések megelőzésére vonatkozó ajánlásokat. Kevesebb számú gyógyszer szedése és kevesebb jelentett gyógyszer mellékhatás jobb adherenciában nyilvánul meg. Idősebb és házas emberek jobban betartják a cardiovascularis betegségek megelőzésére irányuló ajánlásokat. A fiatalabb betegek ellenben jobban betartják az önmonitorozási ajánlásokat, az egyedülálló, fiatalok és nők jobban figyelnek a napvédelmi előírásokra (1)

Ausztrál kutatók vizsgálták, hogy az átültetés utáni sikeres együttműködésre hatással lehet a műtétre való felkészítés is. Amennyiben a recipiens irreális elvárásokkal rendelkezik az átültetés utáni életről, rosszabb lesz az adherenciája. (2)

Kutatások szerint javíthatja az adherenciát multidiszciplináris egészségügyi team létrehozása, gyógyszeresedési intézkedések, telemedicina, automatikus ismertető, valamint gyógyszeradagoló készülék, mely rögzíti a kiadást. Automatikus emlékeztetők és az egyénre szabott orvosi figyelmeztetések kombinációja szintén pozitívan hat az adherenciára. (7,8)

Irodalomjegyzék:

1. Hedayati, P., Shahgholian, N., & Ghadami, A. (2017). Nonadherence behaviors and some related factors in kidney transplant recipients. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 22(2), 97-101. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_220_15
2. Crawford, K., Low, J. K., Manias, E., & Williams, A. (2016). Healthcare professionals can assist patients with managing post-kidney transplant expectations. *Res Social Adm Pharm*. doi: 10.1016/j.sapharm.2016.11.013
3. Muduma, G., Shupo, F. C., Dam, S., Hawken, N. A., Aballéa, S., Odeyemi, I., & Toumi, M. (2016). Patient survey to identify reasons for non-adherence and elicitation of quality of life concepts associated with immunosuppressant therapy in kidney transplant recipients. *Patient Prefer Adherence*, 10, 27-36. doi: 10.2147/PPA.S96086
4. Lennerling, A., & Forsberg, A. (2012). Self-reported non-adherence and beliefs about medication in a swedish kidney transplant population. *Open Nurs J*, 6, 41-46. doi: 10.2174/1874434601206010041
5. Rebařka, A. (2016). Medication adherence after renal transplantation-a review of the literature. *J Ren Care*, 42(4), 239-256. doi: 10.1111/jorc.12181
6. Belaiche, S., Décaudin, B., Dharancy, S., Noel, C., Odou, P., & Hazzan, M. (2017). Factors relevant to medication non-adherence in kidney transplant: A systematic review. *Int J Clin Pharm*, 39(3), 582-593. doi: 10.1007/s11096-017-0436-4
7. Steinberg, E. A., Moss, M., Buchanan, C. L., & Goebel, J. (2017). Adherence in pediatric kidney transplant recipients: Solutions for the system. *Pediatr Nephrol*. doi: 10.1007/s00467-017-3637-0
8. Reese, P. P., Bloom, R. D., Trofe-Clark, J., Mussell, A., Leidy, D., Levsky, S., . . . Volpp, K. (2017). Automated reminders and physician notification to promote immunosuppression adherence among kidney transplant recipients: A randomized trial. *Am J Kidney Dis*, 69(3), 400-409. doi: 10.1053/j.ajkd.2016.10.017

NEMZETKÖZI KITEKINTŐ, AKTUALITÁSOK

Rövid beszámoló az Európai Neurológiai Akadémia 3. Kongresszusáról**Nagy-Grócz Gábor**

SZTE-ETSZK, Fizioerápiás Tanszék

MTA-SZTE Idegtudományi Kutatócsoport

Az Európai Neurológiai Akadémia 2017. június 24. és 27. között rendezte meg harmadik alkalommal az éves kongresszusát Hollandiában, Amszterdamban. A konferencia résztvevőinek száma meghaladta a 6000 főt. Külön meglepetésként a holland királyné is megtisztelte jelenlétével a kongresszust.

A plenáris előadások középpontjában idén olyan vizsgálatok álltak, amelyek az elmúlt évek adatait feldolgozva mutatták be többek között az epilepszia, a szklerózis multiplex és a különböző neuromuszkuláris betegségek (Pompe kór, amiotrófiás laterálszklerózis, Charcot-Marie-Tooth betegség) kezelésének tapasztalatait, valamint a kezelés eredményességét. Külön kiemelték az egyes beteg regiszterek fontos szerepét, amelyekben a páciensek betegséggel kapcsolatos minél több adatát gyűjtik össze a további epidemiológiai vizsgálatok céljából. Amszterdamban jelenleg a sztrókos és a Parkinson kóros betegek regiszterét használják, de már folyamatban van a szklerózis multiplexes páciensekkel kapcsolatos adatrögzítő bevezetése is. A klinikai ismeretek mellett a kutatási eredmények bemutatására is nagy hangsúlyt fektettek, elsősorban a poszter előadások formájában. Az előadások 24 különböző szekcióra osztva zajlottak, több mint 600 poszter került bemutatásra, az elmúlt évekhez hasonlóan elektronikus formában.

A kongresszus, a korábbi évekhez hasonlóan lehetővé tette a klinikai gyakorlatba újonnan bevezetett módszerek megismerését, ill. a különböző betegségekben alkalmazott terápiákkal kapcsolatos eredmények elsajátítását. Továbbá a legújabb kutatási eredményekkel való találkozást a neurológia tárgykörében, amely alapot szolgáltathat saját kutatási témához is.

Szabadegyetem Baselben**Dr. Gábor Katalin**

főiskolai docens

SZTE ETSZK Alkalmazott Orvostudományi Szakcsoport

2017. március 25-én alkalmam volt Baselben egy 700 fő feletti laikus hallgatóságunknak előadni a baseli egyetem egyik épületében (Universitätsspital Basel, 4031 Basel, Hebelstrasse 20, Zentrum für Lehre und Forschung). A szabadegyetem témája a szív volt. Az előadások főként a felnőtt kori degeneratív szívbetegségekről, azok okairól, megelőzési lehetőségeikről és modern terápiájukról szóltak. Az én előadásom címe „A szív és a veleszületett szívbetegségek - múlt és jelen” volt, amiben szó volt ezeknek a betegségeknek a létrejöttéről, gyakoriságáról, a 30 évvel ezelőtti és mostani helyzetről és lehetőségeikről megelőzésükkel és ellátásukkal kapcsolatban.

A hallgatóságban négy országból olyan német ajkú hallgatóság jelent meg, akik számára fontos volt az egészségtudatos életmód, és az ezzel kapcsolatos módszerek ismerete, és érdeklődtek az egyes egészségi problémák és azok kialakulása, megelőzése iránt. Az előadásokat érdeklődéssel fogadták, az előadók nagy része előadását laikusok számára érthető formában adta elő. Két magyar, egy svájci és egy lengyel előadó volt, az előadásokat szinkron tolmácsok fordították. Sok kérdést is feltett a hallgatóság, melyeket aztán időhiány miatt sajnos le kellett állítani.

A város is ünnepi díszben fogadott minket. Gyönyörű, enyhe, napsugaras idő volt, óriási tömeg, mivel éppen a 2017-es Baselworld óra és ékszer kiállítás zajlott, és ezen a hétvégén volt a fűvószenekarok felvonulása is, ami egész vasárnap délután a legkülönbözőbb stílusú fűvós zenével töltötte meg a várost. Megmérettetés és élmény is volt ez számomra, mindenkinek hasonlókat kívánok.

Elsősegélynyújtó verseny megyei forduló eredmény

A 46. Országos Elsősegélynyújtó Verseny megyei fordulójára 2017. május 25-én került sor Hódmezővásárhelyen. A megyén belül megrendezett területi versenyek győztes csapatai vehettek részt a megmérettetésen, gyermek, ifjúsági és felnőtt kategóriában. Az egész napos verseny során több állomáson a csapatok elméleti ismereteit és gyakorlati készségeit, rátermettségüket mérték fel. A verseny lebonyolítását és a színvonalas szituációkat önkéntesek, imitátorok, versenybírók és az OMSZ munkatársai segítették.

A megyei fordulón kategóriánként első helyezést elért csapatok indulhatnak a szeptemberben megrendezésre kerülő országos versenyen.

Karunk csapata sikeresen vette az akadályokat és kategóriájában első helyezést ért el, így szeptemberben ismét szurkolhatunk a csapatnak.

Csapat tagjai: Palusek Tímea, Dovalovszki Dóra, Berecz Lilla, Kószó Lilla, Dér Nikolett
Felkészítő: Papp Anita Tímea

Gratulálunk a csapatnak kiemelkedő teljesítményéért! Köszönjük a Kar önkéntes imitátorainak a felkészülés során nyújtott segítséget!



XXXIII. OTDK eredményei

Lezárult a XXXIII. Országos Tudományos Diákköri Konferencia az Orvos- és Egészségtudományi Szekcióban.

Az Egészségtudományi Szekcióban szerepelt hallgatónk:

- Apró Zoltán (dentálhigiénikus), témavezetője Dr. Németh Anikó,
- Aszódi Fanni (gyógytornász), témavezetője Koncsek Krisztina
- Borsics Márta (gyógytornász), témavezetője Sági Mariann
- Csath Veronika (szociális munkás), témavezetője Dr. Piczil Márta, Szabó Péter
- Gál-Ingess Dóra (ápoló), témavezetője Dr. Németh Anikó
- Kasza Blanka Bernadett, Kiss Zsuzsanna Róza (gyógytornász), témavezetőjük Dr. Domján Andrea
- Nyemesok Emese (védőnő), témavezetője Lobanov-Budai Éva
- Savanya Brigitta (gyógytornász), témavezetője Dr. Barnai Mária, Lobanov-Budai Éva
- Székelyhidi Éva (dentálhigiénikus), témavezetője Dr. Németh Anikó

Gratulálunk az OTDK-n II. helyezést elért hallgatónknak:

Kasza Blanka és Kis Zsuzsanna

Szeretnénk gratulálni

- a konferencián előadó hallgatónknak, akik öregbítették Karunk hírnevét felkészülésükkel és tudományos munkájukkal

Szeretnénk köszönetet mondani

- a felkészítő oktatóknak
- a zsűriző kollégáknak (Dr. Barnai Mária, Dr. Domján Andrea, Dr. Gábor Katalin, Dr. Lantos Katalin, Dr. Nagy Edit, Dr. Tobak Orsolya,)

További sok sikert kívánunk tudományos munkájukhoz!

Pósa Gabriella

Kari TDK vezető

2017: Kossuth Zsuzsanna emlékévé, Magyarország első főápolójának tiszteletére

Boros Edit, Domonkos Norbert, Oláh Mónika, Szatmári Angelika

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék

Kossuth Zsuzsanna 1917. február 19.-én született Sátoraljaújhelyen, aki a hazánk első főápolója, Kossuth Lajos legkisebb húga volt. A testvérpár életútja és munkássága szorosan összefonódott, melynek egyik oka az volt, hogy Kossuth Lajos hűgára úgy tekintett, mint az ikerlelkére. Kossuth Lajos hűga sorsát sokáig egyengette, így Zsuzsanna fiatal korában olyan feladatot látott el, mely ezen időszakban nem a szokványos női szerepek közzé tartozott.

Igen fiatal korában megtapasztalta a pusztító járvány okozta veszteségeket. A Kossuth család minden tagja sokat fáradozott a kolera járvány terjedésének megakadályozásában és felszámolásában. Szervezték a betegek elhelyezését, így Zsuzsanna is részt vett a koleragyánús betegek ápolásában. Ennek köszönhetően, már ekkor rengeteg tapasztalatot szerzett az ápolás területén. Ezen időszak után vált testvére „titoknokává” és segédkezett a Törvényhatósági Tudósítások szerkesztésében. Ekkor szerzett a közigazgatási ismeretekben és a történelemben is jártasságot. Bátyja letartóztatása után nehéz feladat hárult Zsuzsannára. Ő biztosította a családjá megélhetését és támaszt nyújtott idős szüleinek. Kossuth Lajos 3 évi rabsága után a Kossuth testvérpár házasságot kötött a Meszlényi testvérpárral. A házasságkötés és gyermekei születése után sem vetett végett a közéleti szereplésének. 1845-ben Kossuth Zsuzsanna a Védegylet Fejér megyei küldöttségnek a tagja, de hiába kapta a megbízást a tudósítások megírására csak a karzaton foglalhatott helyet, mivel a nőknek abban az időben csak a karzaton volt a helye. 1848 januárjában veszítette el férjét, aki azon az úton betegedett meg, melyet azért tett meg, hogy Kossuth Lajos politikáját támogassa.

Kossuth Lajos 1849. április 16-án nevezte ki hűgát „az összes táborig kórházak főápolónőjének”. Kossuth Zsuzsanna gyorsan felismerte azt a problémát, hogy sem a táborig kórházak száma, sem a felszereltsége nem elegendő. Pár hónap leforgása alatt minden kórházat felkeresett, megszervezte az újabb táborig kórházak létrehozását és felszerelésének biztosítását. Munkássága alatt 72 újabb táborig kórház szerveződött, bevezették az egységes műszerezettségét. Szükségesnek látta a betegellátásban résztvevők számának növelését, felhívására egyre több nő kapcsolódott be a betegellátásba. Mindezek mellett szervezte az önkéntesek betanítását is. Fáradhatatlan munkája során nem tett különbséget a magyar katonák és a hadifoglyok között, ugyanolyan odaadással gondozta őket és nem az ellenséget látta bennük. A fizikai segítségnyújtás mellett kiemelkedően fontosnak tartotta a sérültek lelki állapotának gondozását is. Meghatározta az ápolónői munka alapjait, mind a teendőkre, mind az ápoló tulajdonságaira nézve.

A világosi fegyverletétel letétel után Kossuth Zsuzsanna menekülésre kényszerült. Menekülés közben, a viszontagságos körülmények miatt meghalt a kislánya. Először Belgiumban majd az Amerikai Egyesült Államokban, nagy szegénységben, betegségben töltötte száműzetését. 1854. június 29.-án New Yorkban, 37 évesen a tüdőbajának súlyosbodása következtében halt meg.

Kossuth Zsuzsanna fáradhatatlan, kitartó munkával és teljes meggyőződéssel építette ki azt a betegellátó rendszert melyre méltán mondhatjuk, hogy nemcsak hazánkban, hanem Európában is egyedülálló volt. A világban az ápolás alapelveit Florence Nightingale nevéhez fűzik, aki pár évvel később hasonló munkát végzett a krími háború alatt. Ennek ellenére büszkén mondhatjuk, hogy hazánkban Kossuth Zsuzsanna olyan maradandó cselekedetet vitt véghez, mely megelőzte saját korát. Szellemi öröksége és munkássága minden egészségügyi dolgozó számára példa értékű, követendő. Kossuth Zsuzsanna születésének évfordulóját- február 19-ét- a Magyar Országgyűlés az 5/2014. (II.7.) számú határozatával a Magyar Ápolók Napjának nyilvánította.

A Magyar Ápolási Egyesület Kossuth Zsuzsanna születésének 200. évfordulóját emlékévvé nyilvánította. Az Egyesület más szakmai szervezetekkel, ápolóképző helyekkel, így a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Karával ünnepi rendezvények, versenyek, pályázatok, szakmai és tudományos napok szervezésével emlékezik meg az egykori főápoló alakjára és munkásságára. Ebben a programsorozatban a karunk mind a tavaszi, mind az őszi félévben számos programot tervezett, amelyben nem csak a hallgatók, hanem a klinikai dolgozók mellett a laikusok is részt tudnak venni.

Felhasznált irodalom:

- 1. Balogh Z.:** Kétszáz éve született Kossuth Zsuzsanna, Magyarország első főápolója. *Nővér* 2017, 30. (1): 4-5.
- 2. Cziglényi B.:** Egy özvegyasszony szabadságharca-200 éve született Kossuth Zsuzsanna. *LAM- Orvostudományi folyóirat* 2017. 27.(1-2): 66-69.
- 3. Kertész E.:** Nők a történelemben/ Kossuth Zsuzsanna. Kossuth Kiadó. Budapest,1983
- 4. Vártokné Fehér R.:** Kossuth Zsuzsanna szellemi öröksége. Magyar Ápolási Egyesület. Budapest, 2014

HALLGATÓI OLDAL

Kari Nap 2017

Az idei Kari Napunk április 5-én került megrendezésre, vidámparki hangulat jegyében. Számos játékos és sportos program közül válogathattak a programra kilátogatók, hogy még vidámabban teljen el a nap. A regisztráció és a reggeli ETSZK-s zsíros kenyér elfogyasztása után, futással indítottuk a napot. A versenyzőknek az újszegedi liget körül kellett futniuk egy kört. Az első három befutó kari pólót nyert.



A sportos programok ezzel még nem értek véget. A nap folyamán kilátogatók hozták az IWI Nemzetközi Fitnesziskola, akik „Mini olimpiával” és karrier tanácsadással készültek. Ezek mellett az érdeklődők Körmenyi Bence és csapata jóvoltából közös funkcionális edzésen is részt vehettek. A délutánra is jutott egy sportos, átmozgató program, hiszen lehetőség volt TRX edzésen is részt venni. Állandó sportos programként az érdeklődőknek tudtak tollas labdázni, röplabdázni, és óriás trambulínon ugrálni.

Melter Livia hallgató segítségével az érdeklődők megismerkedhettek az íjászat rejtelmével is. Livia jóvoltából a hallgatók megtanulhatták az íjászat alapjait így nagy örömmel vetették bele magukat az íjászkodásba. A sportos programok mellett gondoskodtunk arról is, hogy a kilátogatók lazítani is tudjanak és átérezzék a vidámparki hangulatot. A kari napon lehetőség volt kipróbálni az óriás buborékfújást, hennatetoválást illetve érdekesebbnél, érdekesebb lufiból készült figurákat is kérhettek egy tehetséges lufi hajtogató művésztől. Nemesné Kiss Gyöngyi tanárnő jóvoltából különleges teákat is kóstolhattak a résztvevők.



Hagyomány szerint a Kari Napon véradásra is volt lehetőség. Hallgatóink mindig nagy örömmel és önzetlenséggel vesznek részt a karon szervezett véradásokon. A Kari Napon 36 egység vér gyűlt össze. Ez úton is köszönjük a lelkes véradóknak az önzetlen felajánlást!

A nap zárásaként ellátogatók karunkra Éles Éva, a szegedi Csillag Börtön és Fegyház börtönpszichológusa, aki érdekes és interaktív módon mesélt a munkájáról. Segítségével a hallgatóság betekintést nyerhetett a börtönben töltött életről illetve információkat kaptak a börtön belső szabályairól, a börtönviseltek szokásairól, viselkedésük hátterében meghúzódó folyamatokról.

Bízunk benne, hogy mindenki maradéktalanul jól érezte magát!

Etszk Hők és Szék csapata

OTDK absztraktok

Apró Zoltán, ETSZK II. évf.

SZTE ETSZK, Egészségmagatartás és - fejlesztés Szakcsoport

Szülők fogászati félelmének hatása a gyermek fogászati félelmére, valamint a gyermek félelmének hatása saját szájápolási szokásaira

Bevezetés:

A fogászati félelem gyakran fordul elő gyermekek és felnőttek körében egyaránt, melyek megnehezítik a fogászati beavatkozások menetét és fájdalmassá teszik azt. Ennek következtében a beavatkozások elhanyagolódnak, mely jelentősen elősegíti az egyes fogbetegségek kialakulását. A kutatás célja felmérni, hogy a szülők fogászati félelme hatással van-e a gyermekek fogászati félelmére, illetve hogy a gyermek saját félelme befolyásolja-e a szájápolási szokásait, valamint a fogorvos látogatásának gyakoriságát.

Módszerek:

Az adatfelvétel 2015. szeptember-október hónapokban történt két saját szerkesztésű kérdőívvel három vajdasági község általános iskoláiban 8-10 éves gyermekek és szüleik körében (N=79). A kérdőív tartalmazta a szülői (DFS) és a gyermek (DFSS-DS) fogászati félelem skálákat is. Az adatelemzés SPSS 22.0 program segítségével történt, független kétmintás T-, és Khi^2 -próba, Variancia (ANOVA) és korreláció analízis, Mann-Whitney-teszt alkalmazásával ($p < 0,05$).

Eredmények:

A gyermekek 21%-a tartozik a magas fogászati félelem csoportba. A lányok fogászati félelme szignifikánsan nagyobb, mint a fiúké ($p < 0,001$; $t = 3,705$). Minél nagyobb a szülő fogászati félelme, annál nagyobb a gyermek félelme is ($p < 0,001$; $r = 0,447$). A gyermek fogászati félelme nem befolyásolja jelentősen a napi fogmosás számát ($p = 0,957$; $U = 447$), a fogorvos látogatásának gyakoriságát ($p = 0,540$), az iskolán kívüli fogorvos látogatást ($p = 0,248$). A szülők képesek helyesen megítélni gyermekük fogászati félelmét ($p = 0,001$; $t = 3,794$): leginkább az izgatottságot (25,3%) és a félelmet (19%) jelölték meg gyermekükön észlelt tünetként a fogászati beavatkozások előtt.

Megbeszélés:

A szülők fogászati félelme jelentős hatással van a gyermek fogászati félelmére, éppen ezért szükséges már gyermekkorban megkezdeni ennek a félelemnek a prevencióját, melynek egyik eszköze lehet a gyermekbarát fogászati rendelők kialakítása.

Témavezető(k): Dr. Németh Anikó főiskolai docens

Aszódi Fanni, ETSZK IV. évf.

SZTE ETSZK, Fizioterápiás Tanszék

Egész testes elektromos stimuláció hatásának vizsgálata idős, inaktív egyénnél**Bevezetés:**

A rendszeres testmozgás elősegíti a függetlenség megtartását. Kevésbé áll fent az elkülönülés veszélye és preventív szerepet tölt be a civilizációs betegségekben. Az időskorra jellemző romlásokat sokszor a korlátozott aktivitás okozza, így leendő gyógytornászként azt látom helyesnek, hogy javítsunk a mozgás minőségén, és őrizzük meg a fittséget. Egy újszerű módszer, teljes testes elektromos stimuláció (WB EMS) a test nagyobb izmaira felrakott elektródákon keresztül képes segíteni az izommunkát, ami az izomtömeg növekedését és a zsírszövet csökkenését okozza, és befolyásolja a koordinációt, létrehozva a neuromuszkuláris adaptációt. Vizsgálatunk célja WB EMS tréning (10 hetes) hatásainak vizsgálata idős és inaktív egyén esetében.

Módszerek:

Egy 70 éves, előrehaladott térdízületi artrózissal rendelkező férfi felmérését a tréning előtt, az 5. és a 10. héten is elvégeztük. Rögzítésre került az izmok (musculus gluteus maximus, musculus quadriceps femoris és az ischiocruralis izomcsoport) maximális izomereje (háromszori feszítés átlagából), illetve a lépcsőzés technikája kvalitatív és kvantitatív módon. A funkcionális fittség felmérésére Jones és Rikli (2002) Senior Fitness Testjét használtuk.

Eredmények:

Már az 5. héten jelentős változásokat detektáltunk a vizsgált izmok erejében. Az izmok közötti szignifikáns különbség (100N, 50N) kiegyenlítődött. A tréninget megelőzően az alany nem tudta kivitelezni a váltott végtaggal történő lépcsőzést, azonban az 5. héten már nem okozott számára gondot. Ugyanazt a távolságot (felfelé- lefelé haladás) a 0. héten 46,78 sec, míg az 5. héten 29,73 sec alatt teljesítette.

Megbeszélés:

Az esettanulmány során tapasztalt pozitív változások arra engednek következtetni, hogy a módszer gyors és a mindennapi funkciókban mérhető változásokat hozhat egy idős, inaktív egyén esetében, amivel elősegíthetjük az időskor minőségi mivoltát.

Témavezető: Koncsek Krisztina egyetemi tanársegéd

Borsics Márta, ETSZK IV. évf.

SZTE SZAKK Központi Fizioerápia

Nem csak a húszéveseké a videójáték, egyensúlyfejlesztő tréning hatvan év felettek számára a Microsoft Xbox Kinect 360-nal**Bevezetés:**

Az egyensúly fenntartása funkcionális mozgásaink, fizikai aktivitásunk alapvető feltétele. Az életkor előrehaladtával a szenzoros, motoros és kognitív funkciók károsodnak, ezáltal megnőhet az elesés veszélye. Világszerte számos kutatás foglalkozik az idősokorúak esésprevenációs lehetőségeivel. Tanulmányunk a 60 év felettek poszturális kontrolljának fejlesztettségét vizsgálta, egy új technika, a mozgással irányított virtuális játékok alkalmazásával.

Módszerek:

Vizsgálatunkban harminc 60 év feletti ($68,57 \pm 5,17$; 29 nő, 1 férfi) önkéntes vett részt egy hat hetes, 18 alkalomból (harminc perc/alkalom) álló egyensúlyfejlesztő tréningprogramon. Alanyaink a Microsoft XBOX Kinect 360 felhasználásával mindennapi mozgásmintákhoz hasonló mozdulatokat végeztek.

Az eleséssel kapcsolatos félelmet a FES-I kérdőívvel, a résztvevők egyensúlyi paramétereit klinikai tesztekkel (FSST, FRT, SLST, TUG, ModTUG) vizsgáltuk a tréning előtt és után. A mért adatokat Variancia analízissel értékeltük.

Eredmények:

A FES-I kérdőív eredményei alapján a résztvevők eleséstől való félelme a közepes mértékű kategóriába tartozott és a tréningprogram után sem változott. Ugyanakkor, a tréningprogram hatására valamennyi klinikai egyensúlyi teszt eredményében (TUG, ModTUG, SLST, FRT, FSST) szignifikáns ($p < 0.05$) javulást tapasztaltunk.

Megbeszélés:

Vizsgálatunk igazolta, hogy az újszerű, mozgással irányított játékprogramok segítségével eredményes az idősokorúak egyensúlyfejlesztése. A közös, versenyszerű feladatok kivitelezése során kialakult játékelmény elősegítette az aktív és motivált részvételt, így a program számos pozitív hatása érvényesülhetett.

Témavezető: Sági Mariann gyógytornász

Csath Veronika, ETSZK II. évf.

SZTE ETSZK, Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék

Munkahelyi konfliktuskezelés a szociális szférában**Bevezetés:**

Kutatásunk a munkahelyi környezetet vizsgálja a szociális ellátórendszer intézményeiben, a munkahelyi konfliktusok és a konfliktuskezelés aspektusából. A szakirodalmi megállapítások tükrében közelítettünk a témához, ennek megfelelően célunk a munkahelyi konfliktusok és konfliktuskezelési gyakorlatok vizsgálata a munkahelyi egyensúlyt, klímát befolyásoló főbb tényezők mentén: munkahelyi szervezet, hierarchia, kommunikációs háló, vezetésfelfogás, vezetési gyakorlat, társas támogatottság, munka-család kapcsolat, munkahelyi stressz, kiégés, munkahelyi leterheltség.

Kutatásunkba beépítettük a családsegítő és gyermekjóléti szolgáltatás integrációjának aktualitása kapcsán annak vizsgálatát, hogy e strukturális átalakítás gerjesztett-e új munkahelyi konfliktusokat.

Módszerek:

A véleményfeltáró kutatás két fázisban, két kérdőív alapján zajlott 2015.08.05. - 2015.08.25., valamint 2016.03.23. - 2016.04.09. közötti időintervallumban, szociális területen dolgozó szociális szakdolgozók online, név nélküli lekérdezésével. A kérdőívekben jellemzően zárt, strukturált kérdések szerepeltek, de néhány nyitott kérdés is helyet kapott. Az első, pilot study kitöltött, releváns és feldolgozott kérdőíveinek száma 133 ($n_1=133$), míg a második fázisban a minta nagysága 205 ($n_2=205$). Demográfiai jellemzőket a kutatás második szakaszában vizsgáltunk.

Eredmények:

Kutatási eredményeink megegyeztek a kutatási tanulmányba beemelt szakirodalmi állításokkal, miszerint a vizsgált munkahelyi egyensúlyt befolyásoló tényezők és a munkahelyi konfliktusok között van összefüggés. Kutatásunk eredménye egyedül a munka-család kapcsolat vonatkozásában nem egyezett a szakirodalommal. Beigazolódott, hogy a családsegítő és gyermekjóléti szolgáltatás integrációja nagymértékben gerjesztett új munkahelyi konfliktusokat a szociális szférában.

Megbeszélés:

Az eredmények alapján szükséges lenne a szociális szektorban a munkahelyi konfliktusok időbeli felismerése, vállalása és professzionálisabb kezelése a kutatásunk által (is) feltárt, további negatív következmények elkerülése végett. Továbbá szükséges lenne az integráció újragondolása és/vagy fokozott segítségnyújtás a területen dolgozók felé.

Témavezetők: Dr. Piczil Márta főiskolai docens, Szabó Péter tanársegéd

Gál-Inges Dóra, ETSZK IV. évf.

SZTE ETSZK, Egészségmagatartás és - fejlesztés Szakcsoport

Észlelt munkahelyi stressz hatása az ápolók életmódjára, egészségére, alvására**Bevezetés:**

A munkahelyi stressz, a rossz egészségi állapot szempontjából az egészségügyi dolgozók, különösen az ápolók, rendkívül veszélyeztetett csoportba tartoznak. A tartósan fennálló munkahelyi stressz testi és lelki betegségeket okozhat, alvászavar, krónikus hátfájdalom, elhízás, drog abúzus, daganatos megbetegedések fordulhatnak elő nagy számban. A kutatás célja felmérni az észlelt munkahelyi stressz hatását az ápolók életmódjára, egészségére és alvására.

Módszerek:

Az online adatfelvétel 2015. április-május hónapokban történt egy saját szerkesztésű kérdőívvel, melyet több, egészségügyi dolgozót tömörítő közösségi oldalon helyeztünk el. 657 kitöltőből 556 értékelhető válasz érkezett ápolóktól (N=556). Az adatelemzés SPSS 19.0 program segítségével készült, χ^2 -, független kétmintás T-próba, Spearman-féle rangkorreláció alkalmazásával ($p < 0,05$).

Eredmények:

Minél stresszesebbnek ítéli meg valaki a munkahelyét, annál rosszabbnak értékeli saját egészségi állapotát ($p < 0,001$; $r = -0,223$), saját táplálkozási szokásait ($p < 0,001$; $r = -0,196$), valamint annál kevesebbszer étkezik naponta ($p < 0,001$; $r = -0,180$). Táplálkozásukat rendszertelennek ($p < 0,001$) és kapkodónak ($p = 0,006$) ítélik meg a stresszes válaszadók. A magas munkahelyi stressz negatívan befolyásolja az alvásminőség megítélését ($p < 0,001$; $r = -0,166$) és az alvás mennyiségét ($p < 0,001$). Rájuk jellemző a többszöri felébredés ($p = 0,009$) és fáradt ébredés ($p < 0,001$) is. A krónikus betegségek ($p = 0,062$) és a káros szenvedélyek (alkoholfogyasztás: $p = 0,348$; dohányzás: $p = 0,342$) tekintetében nem mutatkozott szignifikáns különbség az alacsony munkahelyi stressz csoporthoz képest.

Megbeszélés:

A munkahelyi stressz negatív hatással van az egészség önértékelésére, a táplálkozási szokásokra, valamint az alvás minőségére. Éppen ezért fontos lenne, hogy az ápolók rendelkezzenek kellő ismeretekkel, képességekkel a stresszkezelés terén is, mely alkalmas lenne saját egészségük védelmére.

Témavezető(k): Dr. Németh Anikó főiskolai docens

Kasza Blanka Bernadett, ETSZK IV. évf.,

Kiss Zsuzsanna Róza, ETSZK IV. évf.

SZTE ETSZK, Fizioterápiás Tanszék

Bemutakozik a Musculus transversus abdominis, a lumbális stabilitás egyik főszereplője

Bevezetés:

A nem specifikus deréktáji fájdalom 20–30%-ban érinti a fiatal felnőtteket, háttérben gyakran a gerinc lokális stabilizáló izomzatának funkciózavara áll. A lumbális gerinc stabilizátorai közül kiemelt szerepű a musculus transversus abdominis (Tra). Vizsgálatunk célja, felmérni a Tra szelektív feszítési képességét, annak fejleszthetőségét gyógytornász hallgatók körében.

Módszerek:

25 önkéntest vizsgáltunk (24 lány, 1 fiú, átlagéletkoruk: 22,5 +/- 1 év). A deréktáji panaszokat az Oswestry kérdőívvel mértük fel. A szelektív feszítés vizsgálata és tanítása során felületes EMG-vel és ultrahanggal kontrolláltuk a Tra működését. A szelektív kontrakció alatt az izom maximális vastagságát mértük. Alanyaink a Tra szelektív feszítését négy héten keresztül gyakorolták. Vizsgáltuk a statikus egyensúlyi paramétereket, a testtömeg-középpont kitérését a NeuroCom Basic Balance Masterrel rögzítettük. Az izom maximális vastagságát és az egyensúlyi paramétereket a tréningprogram előtt és után is felmértük.

Eredmények:

Alanyaink a derékfájdalmat illetően a minimális károsodás kategóriájába tartoztak. A résztvevők a tréningprogramot megelőzően nem voltak képesek a Tra – többi hasizomtól – elkülönített megfeszítésére. A kontrollált feszítés elsajátítása és gyakorlása után képesek voltak az izmot szelektíven megfeszíteni. A statikus egyensúlyi paraméterekben jelentős változás nem történt.

Megbeszélés:

Korábbi kutatások rámutattak, hogy a Tra stabilizáló funkciójának helyreállítása a nem specifikus derékfájdalmak terápiájának fontos eleme. Vizsgálatunk igazolta, hogy a Tra szelektív feszítése jól elsajátítható módszer. A szelektív feszítés tanítása és gyakorlása – a többi lokális stabilizáló izom funkciójának helyreállítása mellett – a nem specifikus derékfájdalmak terápiájának alapját képezi. További tanulmányt tervezünk nem specifikus derékfájdalommal érintett alanyok lokális stabilizátorainak vizsgálatára és kezelésére.

Témavezető(k): Dr. Domján Andrea főiskolai docens

Nyemcsok Emese, ETSZK IV. évf.

SZTE ETSZK, Egészségmagatartás és - fejlesztés Szakcsoport

A jelentudatos táplálkozás szerepe a serdülők tápláltsági állapotában és táplálkozási szokásaiban

Bevezetés:

Táplálkozás közben számos olyan tevékenységet végezhet a serdülő, amely elvonhatja a figyelmét az étkezésről. Ennek következtében pedig túlzott élelmiszer fogyasztásba kezdhet, ami túlevéshez, s végül elhízáshoz és súlyos egészségügyi problémákhoz vezethet. Az újabb kutatások a jelentudatos táplálkozást sikeres módszerként alkalmazzák az életmódváltó programok során.

A kutatás célja felmérni, hogy milyen kapcsolat van a serdülők jelentudatos táplálkozása, tápláltsági állapota és evési magatartása között.

Módszerek:

A kutatás papír alapú kérdőívvel 2016. május-június időszakában történt, 9., 10., 11. évfolyamos gimnazista és szakközépiskolás diákok körében. A kérdőív saját szerkesztésű kérdései a táplálkozási szokásokra vonatkoztak, a jelentudatos táplálkozás (MEQ) mérése saját fordítású teszttel (Cronbach-alfa 0,711) történt. A 648 kitöltött kérdőívből 636 lett értékelhető. Az adatelemzés SPSS 22.00 program segítségével készült; korreláció- és varianciaanalízissel, valamint Khi-négyzet próbával ($p < 0,05$).

Eredmények:

Minél magasabb a tanulók BMI-je, annál inkább jellemző rájuk az *érzelmi evés* ($p=0,003$; $r=0,118$), valamint a *külső ingerek által befolyásolt táplálkozás* ($p=0,043$; $r=0,080$). A naponta többször *zöldséget-gyümölcsöt* ($p < 0,001$), *teljes értékű gabonát* ($p=0,013$), *tiszta vizet* ($p=0,043$) fogyasztókra; illetve a *nassolást* ($p < 0,001$), *gyorséttermet* ($p < 0,001$), *cukrozott szénsavas üdítőket* ($p=0,017$) kerülőkről mondható elleginkább a jelentudatos táplálkozás. Az evési formák esetében (egyedül, iskolában, barátokkal, családdal) azokra volt szignifikánsan legjellemzőbb a jelentudatos táplálkozás, akik csak az *evésre koncentráltak*, más tevékenységet nem végeztek étkezés közben. Az evési formák és BMI alakulása között azonban nem volt kimutatható szignifikáns összefüggés.

Megbeszélés:

A kutatás eredményei alapján megállapítható, hogy a jelentudatos táplálkozás védőfaktorként szolgálhat a serdülők táplálkozásának és BMI-jének, így végső soron az egészségének az alakulásában.

Témavezető: Lobanov-Budai Éva főiskolai tanársegéd

Savanya Brigitta, ETSZK IV. évf.

SZTE ETSZK, Egészségmagatartás és - fejlesztés Szakcsoport, SZTE ETSZK, Fizioerápiás Tanszék

A helyes testtartást elősegítő fizioerápiás és mentálhigiénés intervenció tapasztalatai

Bevezetés:

A helytelen testtartás a mozgásszegény életmód és számos egyéb ok mellett pszichés tényezőkre is visszavezethető. A kutatás célja felmérni, hogy célzott mozgás és mentálhigiénés programmal hogyan befolyásolható a testtartás, illetve a szelfhez való pozitív viszonyulás.

Módszerek:

A teljes programot 34 fő teljesítette, átlag életkor 21,47 év. Az intervenció munkája 14 hétig tartott, melyben a résztvevők véletlenszerűen két csoportba lettek osztva. Az intervenció csoport (N=15) egyidejűleg részesült mozgásterápiás- és mentálhigiénés fejlesztésben, míg a kontroll csoport (N=19) csak a mozgásprogramban vett részt. Az adatok felvétele papír alapú önkitöltős tesztekkel és fizioerápiás felméréssel, a testtartás változása a test szagittális hossztengeleynének helyzete alapján történt.

Az adatok feldolgozása a Microsoft Excel 2010, az SPSS 22, a Paint és a GIMP2.8 programok segítségével; míg az elemzése varianciaanalízissel, egymintás t-próbával, Khi-négyzet-próbával lett végezve ($p < 0,05$).

Eredmények:

Mindkét csoportban pozitív irányú, szignifikáns változásokat tapasztaltunk a testtartásban, a gerinc mozgásterjedelmében, az izomerőben, valamint az önértékelésben ($p = 0,05 - 0,001$). Azonban a kontroll csoportnál a *szelfhez való viszonyulás és a gerinc mozgásterjedelmében* kevesebb dimenzióban volt kimutatható a szignifikáns növekedés. További különbség még, hogy az intervenció csoportból többen *érzeték jól magukat* a tréning végére ($p = 0,002$), valamint váltak *egészségtudatosabbá* ($p = 0,006$) a kontroll csoporthoz képest.

Megbeszélés:

A mozgás- és a mentálhigiénés tréning együttes alkalmazása a széleskörűbb javulás lehetőségét adja meg a kliensek számára. A mozgásprogram önmagában is jelentősen javítja a testtartást és a fizikai mutatókat, valamint az önértékelést. Vizsgálataink bizonyítják, hogy a mentálhigiénés tréninggel kiegészített mozgásprogram több dimenzióban hoz szignifikáns javulást.

Témavezetők: Lobanov-Budai Éva főiskolai tanársegéd, Dr. Barnai Mária főiskolai docens

Székelyhidi Éva, ETSZK II. évf.

SZTE ETSZK, Egészségmagatartás és - fejlesztés Szakcsoport

Orális implantátummal rendelkező páciensek szájhigiéniája**Bevezetés:**

A fogászati implantátumok beültetését követően törekedni kell az implantátum és az arra került pótlás élethosszának megnövelésére, gondozására, szájhigiéniára kialakítására, fenntartására. A kutatás célja felmérni, hogy az implantálást követően hogyan változik a páciensek szájhigiéniás szokása, valamint ez összefüggésbe hozható-e a tájékoztatásra szánt idővel, és az alkalmazott szemléltető segédeszközökkel.

Módszerek:

A papíralapú és online adatfelvétel 2015 júniustól novemberig történt saját készítésű kérdőívvel. A 86 kitöltő az ország különböző pontján működő rendelőkbe látogató, valamint közösségi oldalak fogászati csoportjaiba felvett páciensek voltak. Az adatelemzés SPSS 22.0 program segítségével készült, Khi2-próbával és Kruskal-Wallis teszttel ($p < 0,05$).

Eredmények:

A fogorvoshoz járás gyakorisága megnőtt a beavatkozás után ($p < 0,001$). A szájapoláshoz használt eszközök közül a gépi fogkefe aránya nőtt ($p < 0,001$), míg a kézi fogkeféé csökkent ($p < 0,001$). Több páciens tisztítja az érintett területeket egy sörtecsomós fogkefével ($p = 0,031$), illetve a nyelvtisztító, fogselyem, superfloss, fogköztisztító fogkefe, szájjuhany és szájöblögető ($p < 0,001$) használata is jelentősen emelkedett. Minél több időt szánnak a szakemberek a fogászati rendelőben a szájhigiéniás tájékoztatásra, annál gyakrabban használják a páciensek nyelvtisztítót ($p = 0,008$), superflosst ($p = 0,009$), fogköztisztító kefét ($p = 0,013$). Az egy sörtecsomós fogkefét ($p = 0,034$), superflosst ($p = 0,002$), fogköztisztító kefét ($p = 0,012$), szájjuhanyt ($p = 0,031$) gyakrabban használják azok, akik tájékoztatása esetén a szakember szemléltető segédeszközt is használt.

Megbeszélés:

A páciensek szájhigiéniája nőtt, a szakemberek által történő tájékoztatás ideje és módja a szájapolásban minőségi változást idézett elő. A hosszú távú sikeresség érdekében ezt a tényezőt érdemes figyelembe venni és az utógondozásra nagy hangsúlyt fektetni.

Témavezető(k): Dr. Németh Anikó főiskolai docens

Útmutató az Acta Sana szerzői számára

A folyóirat célja: Az Acta Sana lektorált folyóiratként összefoglaló közleményeket, eredeti tudományos munkákat és esetismertetések közöl. Előnyben részesülnek azok a közlemények, melyek az ápolói, védőnői, fizioterápiás és szociális munka elméletéhez és gyakorlatához, valamint képzéséhez kapcsolódnak.

Közöljük még hallgatóink Országos Tudományos Diákköri Konferencián díjazott előadásait közlemények formájában, beszámolókat országos és nemzetközi konferenciákról.

A kéziratok elbírálásának és elfogadásának joga a szerkesztőséget illeti. Az útmutató gondos tanulmányozása és a kéziratnak az abban foglaltak szerinti elkészítése meggyorsítja a kéziratok szerkesztőségi feldolgozását.

Kézirat nyelve: magyar (magyar és angol nyelvű összefoglalóval), vagy angol (magyar szerző esetén magyar és angol nyelvű összefoglalóval; külföldi szerző esetén csak angol nyelvű összefoglalóval).

A kéziratokat elektronikus formában kérjük beküldeni. Az illusztrációkat (számítógéppel rajzolt ábrák, táblázatok, grafikonok) külön fileként, fekete-fehér színben, jól elkülöníthető formában kérjük elküldeni. A fotók reprodukálásához eredeti papírképet, esetleges elektronikus hordozón a már digitálisan feldolgozott képet szükséges csatolni. A használt szoftver megjelölése kívánatos. A Microsoft Office program csomag használatát kérjük.

A kézirat tartalmazza: 1. címlap; 2. magyar összefoglalás, kulcsszavak; 3. angol összefoglalás (angol címmel), key words; 4. rövidítések jegyzék (ha van); 5. szöveg; 6. irodalomjegyzék; 7. táblázatok; 8. ábrajegyzék; 9. ábrák, külön mellékletként.

Forma és stílus: Az oldalszámozást a címlaptól kezdve folyamatosan kell megadni. Az egyes felsorolt tételeket külön lapon kell kezdeni.

1. A címlapon sorrendben a következők szerepeljenek: a kézirat címe, mely rövidítést nem tartalmazhat, a szerzők neve- az utolsó szerző neve előtt "és"- a szerzők munkahelye (feltüntetve a város is), pontos utalással arra, hogy mely szerző mely munkahelyen dolgozik.

2-3. Az összefoglalást magyar és angol nyelven kell beküldeni, külön-külön lapon. Nem tartalmazhat rövidítéseket. Megszerkesztésénél az alábbiakat kell figyelembe venni:

“Bevezetés”, “Célkitűzés”, “Módszer”, “Eredmények” és “Következtetések” lényegre törő megfogalmazása történjen oly módon, hogy csupán az összefoglalás elolvasása is elegendő legyen a dolgozat lényegének megértéséhez. Az összefoglalókat kérjük a fentiek szerint egyértelműen tagolni. A magyar és angol összefoglalás hossza igazodjon egymáshoz, az egy szabvány gépelt oldalt - külön-külön - ne haladják meg.

Az egészségtudománnyal kapcsolatos közleményekben az Index Medicusban használt kulcsszavakat kell alkalmazni.

4. A kéziratban előforduló, nem általánosan elfogadott rövidítésekről külön jegyzéket kell készíteni.

5. A kézirat világos szerkesztése különösen fontos az olvasó számára. Az eredeti közleménynél a bevezetőben néhány mondatban meg kell jelölni a kérdésfelvetést. A részletes történelmi bevezetést kerülni kell.

6. A módszertani részben világosan és pontosan kell leírni azokat a módszereket, amelyek alapján a szerzők az eredményeket megkapták. Amennyiben a módszereket már közzétették, csak a metodika alapelveit kell közölni, hivatkozva a megfelelő irodalomra.

A statisztikai módszereket és azok irodalmát is meg kell adni.

Az eredmények és megbeszélés részeket külön és világosan kell megszerkeszteni.

A megbeszélés rész legyen kapcsolatban az idevonatkozó legújabb ismeretanyaggal, valamint azokkal a megállapításokkal, amelyekből a szerzők a következtetéseket levonták. Az eredmények újszerűsége világosan tűnjön ki.

A módszerek, eredmények, megbeszélés részek megfelelő alcímeket kapjanak.

A közlemények hossza a 10 szabvány (1800 karakter/oldal) gépelt oldalt nem haladhat meg.

utalás történt és direkt kapcsolatban vannak a kutatott problémával. A hivatkozásokat idézettségük sorrendjében kell megadni, az egyes tételeket új sorokban, sorközzel elválasztva. Háromnál több szerző esetén a három szerző neve után “és mtsai” (négy szerző esetén a harmadik szerző neve után “és mtsa”) írandó. A folyóiratok nevének nemzetközi rövidítését kell használni.

Példa:

Kovács I.: A védőnő szerepe a perinatalis halálozás prevenciójában. Orv. Hetil., 2002, 123, 1234-1238.

8. Az idézett hivatkozások száma maximálisan 30, amelytől eltérni csak különlegesen indokolt esetben lehet. A kézirat szövegében az utalás az adott tétel számának zárójelben való megadásával történjen.

Az irodalomjegyzék végén meg kell adni a levelező szerző nevét és pontos címét.

9. A táblázatokat címmel kell ellátni, minden táblázatot külön lapon kell megadni. A címben és a táblázatban szereplő esetleges rövidítések magyarázata a táblázattal egy lapon szerepeljen.

10. Valamennyi ábra címét és a hozzátartozó esteleges rövidítések magyarázatát egy közös lapon kell megadni.

Az ábrákon és a táblázatokon ugyanazon adatok ne szerepeljenek.

A könyvismertetés formai követelményei: A kézírata kövesse az Acta Sana kéziratokra vonatkozó szempontjait. A könyv leírása tartalmazza a mű valamennyi bibliográfiai adatának pontos feltüntetését. (A mű szerzőjének / szerkesztőjének nevét, idegen nyelvből fordított könyvnél a fordító nevét. A mű címét, megjelenésének évét, kiadóját, a kiadó városának nevét, terjedelmét és ISBN számát)

Ortográfia: A köznyelvben meghonosodott idegen szavak írhatók magyar helyesírás szerint, egyébként az etimológikus írásmód követendő.

A kézirat elfogadására akkor kerülhet sor, ha maradéktalanul megfelel az útmutatóban foglaltaknak.

Az Acta Sana évente két alkalommal jelenik meg: márciusban és októberben.

A kéziratok a Szerkesztőbizottsághoz július 15-ig, vagy december 15-ig nyújthatók be:

E-mail: apolasi@etszk.u-szeged.hu

Postai úton:

**Acta Sana Szerkesztősége,
SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,
6726 Szeged, Temesvári krt. 31.**

Szerkesztőség

Guidelines to the Authors of Acta Sana

Aim of the journal: Acta Sana “Mens sana in corpore sano” - The Theory and Practice of Health and Social Care - is a peer-reviewed Scientific Journal of the University of Szeged, Faculty of Health Sciences and Social Studies. The journal carries comprehensive articles, original scientific papers and case studies. Papers connected to the education, theory and practice of nursing, health visiting, physiotherapy and social work are preferred. Awarded *National Scientific Student Conference* presentations by the students of the Faculty are published as papers, as well as accounts on home and international conferences. The editorial board reserves the right to judge and accept manuscripts. Studying this guide and preparing the manuscript according to it will accelerate the editing processing.

The language of the manuscript: Hungarian (with abstract written in Hungarian and English) or English (with abstract written only in English).

Manuscripts should be sent in electronically. Please, attach the illustrations (computer drawings, charts, diagrams) as separate files in well differentiated black and white form. In case of photographs, please send the paper pictures but you may send electronically processed images, too. You should also indicate the software used. Please use the Microsoft Office package.

The manuscript includes: 1 the title page, 2 English summary (with English title) and keywords, 3 a list of abbreviations (if needed), 4 text, 5 list of literature, 6 charts, 7 list of diagrams, and 8 diagrams separately.

Format and style:

Pages should be numbered continuously starting from the title page. Individual items should be listed on separate pages.

1. The following should appear on the title page in this order: the title of the manuscript without any abbreviations, the name of the author(s) with an “and” before the last one, the workplace of the authors.

2-3. The summary should be sent in Hungarian and /or in English in separate pages. They should not contain abbreviations. The following should be taken into consideration: the “introduction,” “aims,” “methods,” “results,” and “conclusions” should be formulated briefly so that the reader be able to understand the gist of the paper by reading the summary only. The summary should be divided clearly to show these parts. The Hungarian and English version should look similar and they should not be longer than a standard typed page each.

Keywords in Index Medicus should be used in papers on medicine.

4. A separate list should be made on abbreviations that are not generally accepted.

5. A clear layout is especially important for the reader. The raised question should be formulated in a few sentences in the beginning of the main part of the paper. Detailed historic introduction should be avoided.

6. In the part of the methodology, the implemented methods that led to the results should be described clearly and accurately. If the methods were published earlier, only the basic principles should be outlined referring to the adequate literature.

Statistical methods and their literature should also be added. The results and discussion parts should be edited separately and clearly. The discussion should be connected to the latest adequate information and to the statement that the authors sed to make their conclusions. The novelty of the results should be evident. The methods, results and discussion should be completed with suitable subtitles. The length of the paper should not exceed ten standard (1,800 characters/page) typed pages.

7. References. The list of literature should be limited to the latest original publications and summaries. Only those references can be listed among the literature which are referred to in the text and are in direct connection with the discussed issue. The references should be put in the order of their appearance in the text. Each item should be written in new lines divided by empty lines.

In case of more than three authors, “et al.” should be written after the third author. As for journals, their international abbreviation should be used.

Example:

Kovács I.: A védőnő szerepe a perinatalis halálozás prevenciójában. Orv. Hetil., 2002, 123, 1234-1238.

8. The number of references cannot be more than 30, from which you can deviate only in a special, justifiable case. Numbers in brackets in the text should indicate references. At the end of the references, the correspondent author’s name and full address must be added.

9. Charts should have titles and each chart should be on a separate page. The explanation of the abbreviations – if any – in the title and the chart should appear on the same page as the chart.

10. All titles and explanations of abbreviations that belong to diagrams should be put on a common page.

The same data should not appear in the diagrams and in the charts.

Orthography: Common foreign words can be written according to the rules of Hungarian spelling otherwise etymological spellings should be followed.

Papers are accepted only if they fully comply with these guidelines.

Acta Sana is published two times per year: in March and October.

The manuscripts should be submitted to the Editorial Board no later than 15 of July or 15 of December:

E-mail: apolasi@etszk.u-szeged.hu

Address:

**Acta Sana Szerkesztősége,
SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,
6726 Szeged, Temesvári krt. 31.**

Editors

