

NÖVÉR



AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

Scientific and educational journal
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

2020. 33. ÉVFOLYAM 2. SZÁM

A TARTALOMBÓL:

Florence Nightingale élete és munkássága – Mit üzen napjaink ápoló hallgatóinak Florence Nightingale?

APN szerepe a hypertoniás beteg gondozásában a háziorvosi körzetben



KORMÁNY



INFORMÁCIÓ

**TÁJÉKOZÓDJON
HITELES
FORRÁSBÓL:**

koronavirus.gov.hu

VIGYÁZZUNK EGYMÁSRA!

Készült Magyarország Kormánya megbízásából.

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, 2020;33(2):1-40.

TARTALOMJEGYZÉK

SZERKESZTŐI LEVÉL	3
ÁPOLÁSTÖRTÉNET	
Florence Nightingale élete és munkássága – Mit üzen napjaink ápoló hallgatóinak Florence Nightingale?	4
<i>Mészáros Barbara</i>	
Florence Nightingale élete és munkássága – Mit üzen napjaink ápoló hallgatóinak Florence Nightingale?	9
<i>Sebestyén Anett Katalin</i>	
EREDETI KÖZLEMÉNY	
A fájdalomcsillapítás hatékonyságának szerepe daganatos megbetegedésekben	13
<i>Bögyös Dorina Viola, Dr. Király Edit PhD</i>	
A műtéten átesett malignus emlődaganatos betegek életminőség vizsgálata	18
<i>Tóth Enikő, Dr. Király Edit PhD</i>	
Gyógyszereszedési szokások felmérése hipertóniás felnőttek körében	23
<i>Varga Bernadett, Dr. Fusz Katalin PhD, Dr. Csima Melinda PhD, Lukács-Horváth Marianna, Deák András, Dr. Stromajer-Rácz Tímea PhD</i>	
ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY, TOVÁBBKÉPZÉS	
APN szerepe a hypertóniás beteg gondozásában a háziorvosi körzetben	29
<i>Vörös Tünde, Dr. Pakai Annamária PhD, habil, Szebeni-Kovács Gyula, Dr. Szabóné Bálint Ágnes, Dr. Oláh András PhD, habil</i>	
GRATULÁLUNK	37
KITEKINTÉS	
A WHO felszólítja a kormányokat, hogy az egészséges Európa érdekében investáljanak a betegápolói szakmába ...	39

CONTENTS

LETTER FROM THE EDITOR	3
NURSING HISTORY	
Florence Nightingale's life and work – Florence Nightingale's message for Today's Nursing Students.	4
<i>Barbara Mészáros</i>	
Florence Nightingale's life and work – Florence Nightingale's message for Today's Nursing Students.	9
<i>Anett Katalin Sebestyén</i>	
ORIGINAL CONTRIBUTION	
The Effectiveness of Pain Control in Cancer	13
<i>Dorina Viola Bögyös, Edit Király PhD</i>	
Evaluation of the Quality of Life of Patients with Malignant Breast Cancer after Surgery	18
<i>Enikő Tóth, Edit Király PhD</i>	
Survey of Medication Habits in Hypertensive Adults	23
<i>Bernadett Varga, Katalin Fusz PhD, Melinda Csima PhD, Marianna Lukács-Horváth, Deák András, Tímea Stromajer-Rácz PhD</i>	
REVIEW ARTICLE, CONTINUING EDUCATION	
The role of APN in the Care of Patients with High Blood Pressure	29
<i>Tünde Vörös, Annamária Pakai PhD, Gyula Szebeni-Kovács, Ágnes Szabóné Bálint, András Oláh PhD</i>	
CONGRATULATIONS.	37
OUTLOOK	
WHO calls on governments to invest in nurses for a healthy Europe	39

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja és a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskolája elismeri és beszámítja, 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 megfelelően képes ápolók képzéséhez, továbbképzéséhez.

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

A kiadvány megjelenését gondozza:

LITERATURA  MEDICA
1890 1998

LifeTime Media Kft. egészségügyi divíziója

Nyomdai munka: Vargé Hungary Kft. **Felelős vezető:** Egyed Márton
ügyvezető igazgató. **ISSN szám:** 0864-7003
Terjeszti a Magyar Posta Zrt.

Postacím: 1900 Budapest

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

Főszerkesztő/editor-in-Chief

Dr. Hirdi Henriett Éva (PhD)

szerkesztők/editors

Dr. Németh Anikó (PhD)

Dr. Papp Katalin (PhD)

szerkesztőbizottság/editorial board

Prof. Dr. Betlehem József (PhD)

Dr. Oláh András (PhD)

Dr. Pápai Tibor (PhD)

Dr. Rajki Veronika (PhD)

Szobota Livia

szakértők/experts

Arany Ida

Jakab Judit

Dr. Papp László (PhD)

Tóth Andrea

Dr. Tulkán Ibolya (PhD)

tanácsadó testület/advisory board

Boldogné Csurik Magdolna

Dr. Fedineczné Vittay Katalin

Dr. Helembai Kornélia (PhD)

Prof. Dr. OiSaeng Hong (PhD)

Prof. Dr. Kovács L. Gábor (PhD)

Dr. Maroska Anikó

Mészáros Magdolna

Sövényi Ferencné

Tóth Ibolya

Prof. PhD. Valérie Tóthova (PhD)

Dr. Velkey György

**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, 1450 Budapest, Pf. 74. címre), „Szerzői nyilatkozat”-ot is.

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

A szerkesztőség a beérkezett kéziratokkal (elfogadott vagy nem elfogadott) kapcsolatosan biztosítja az 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 kéziratrészt.

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 Hungarian with English summaries. The Journal also offers continuing education credits in every issue. Editorial office: PoB 214., H-1450 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

SZERKESZTŐI LEVÉL

Tisztelt Olvasók!

A NŐVÉR tudományos és továbbképző szakfolyóirat idén **Florence Nightingale élete és munkássága** címmel pályázatot hirdetett az egészségügyi közép fokú szakképzésben tanuló és az egészség tudományi felsőoktatási tanulmányokat folytató hallgatók körében. A pályázat célja Florence Nightingale születésének 200. évfordulója alkalmából, az ápolás egyik legjelentősebb alakja életének, munkásságának és szellemiségének bemutatása volt.

Florence Nightingale fennmaradt írásaiból tudhatjuk, milyen értékeket fogalmazott meg nemcsak a már végzett ápolók, hanem a képzésben résztvevők számára is. Nightingale elvei az Egyesült Királyságon kívül is hamar érvényre jutottak, és beépültek a tengerentúl is az ápolók képzésébe. Sőt, egyes képzőintézmények kifejezetten kérték, hogy személyes üzeneteivel is inspirálja az ápoló hallgatókat. Így tett például 1896-ban az USA Massachusetts államában található Waltham Training School for Nurses vezetője, Miss Charlotte Macleod is, aki arra kérte Nightingale-t, írjon levelet az iskola növendékeinek. Az ekkor írt levélben Nightingale többek közt kiemelte az élethosszig tartó tanulás fontosságát („*Let us never consider ourselves as finished Nurses ... We must be learning all our lives.*”), az aszeptikus jelentőségét („*Disinfectants are of the utmost importance... The a-septic means absolute cleanliness.*”), továbbá azt is, hogy az ápolást ne kötelességteljesítésként, áldozatként éljük meg, hanem örömforrásként („*Let us not treat Nursing as a sacrifice but as the great delight of life.*”) (Waltham, 1921).

Pályázatunkkal arra szerettünk volna választ kapni, hogy vajon mit üzen napjaink ápoló hallgatóinak Florence Nightingale?

A kiírásakor még nem tudtuk, hogy ez a téma milyen különös hangsúlyt kap idén, amikor az egész világot elérte az új koronavírus pandémia, mely miatt az egészségügyre nehezedő nyomás egyre fokozódik és a járvány elleni védekezés, illetve a közvetlen betegellátás biztosítása érdekében a közép- és felső fokú egészségügyi képzésben résztvevők önkéntes toborzása is megkezdődött. A képzettséggel már rendelkező ápolók korábban megszerzett tudásukat elevenítik fel, illetve menet közben újabb és újabb ismereteket igyekeznek elsajátítani a COVID-19 fertőzött páciensek minél hatékonyabb ápolása céljából. A különböző nemzetközi és hazai szervezetek pedig sokkal erőteljesebben hívják fel a figyelmet az ápolók képzésére, helyzetére, tevékenységi és illetékességi körük kiterjesztésének lehetőségeire.

A pályázatra 2020. február 20-ig összesen 28 pályamű érkezett be. Nagy örömmel szolgált, hogy sokan találták fontosnak, hogy elküldjék gondolataikat. A határidőre benyújtott pályaműveket kategóriánként a NŐVÉR folyóirat szerkesztőségének tagjaiból felkért, 3-5 tagból álló bíráló bizottságok, anonim módon minősítették. Az értékelés szempontjait egy előre elkészített bírálati lap alapján végezték. A zsűrizésben résztvevő tagoknak ezúton is hálás köszönettel tartozunk, hiszen a sok rendkívül értékes pályaműből nagyon nehéz feladat volt felállítani a rangsort.

A zsűri döntése alapján a pályázaton az alábbi eredmények születtek:

I. helyezett a közép fokú egészségügyi szakképzésből:

Mészáros Barbara, Egri Szakképzési Centrum Kossuth Zsuzsanna Szakgimnáziuma, Szakközépiskolája, Kollégiuma és Könyvtára tagintézménye

I. helyezett az egészség tudományi felsőoktatásból:

Sebestyén Anett Katalin, Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közszolgálati Kar, EMK

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara gondozásában megjelenő Nővér folyóirat nagy örömmel ad helyet jelen lapszámában a díjazott pályaművek közzétételére. Szívvel gratulálunk a nyerteseknek és képzőintézményeiknek, valamint minden pályázónak köszönjük az aktív részvételt és az igényes, szép pályaműveket!

További szakmai sikereket és jó egészséget kívánunk munkájukhoz, tanulmányaikhoz!

Dr. Balogh Zoltán PhD

felelős kiadó

Dr. Hirdi Henriett Éva PhD

főszerkesztő

Felhasznált forrás:

Waltham Training School for Nurses., Nightingale, F. (1921). The Waltham Training School for Nurses, 1885-1921. Waltham, Mass.: Waltham Training School for Nurses. <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015077347568&view=1up&seq=3>

Florence Nightingale élete és munkássága – Mit üzen napjaink ápoló hallgatóinak Florence Nightingale?

MÉSZÁROS Barbara

A kezdet

Florence Nightingale életrajzához kapcsolódó adatokat tanulmányozva elkezdett foglalkoztatni a kérdés, hogy valóban mit is jelent az a szó, hogy ápoló. Az ápoló szó meghatározására a Magyar Értelmező Kéziszótár a következő szócikket tartalmazza. „*Beteg vagy magatehetetlen embert, gyógyuláshoz segítve gondoz, ellát.*” (Juhász et al., 1992). Ez egy olyan szó, amely egyszerre jelenti önzetlenséget, mások iránti szeretetet és sok esetben a lemondást.

Az önzetlenségnek példaképe Florence Nightingale, aki követendő mintát ad napjaink ápolóinak, ápolónak tanuló diákjai számára. A diák szó ebben az esetben számomra nagyon sokat jelent, hiszen végzős tanulóként még mindig varázslatosnak tartom azt a szakmát, amelyet négy évvel ezelőtt szüleim támogatásával választottam.

Florence Nightingale életútját olvasva négy szó hívogatónan ragadta meg figyelmem, a „*hitt*”, „*lázadt*”, „*segített*” és „*vigyázott*” (Doba, 2010). Hitvallásának, életének keretét adott ez a négy szócska, hiszen ő volt az, aki egy másik életet, a fényűző pompát is választhatta volna magának hivatása helyett, hiszen 1820-ban az itáliai Firenzében egy jómódú angol arisztokrata család tagjaként látta meg a napvilágot. Az édesapa haladó gondolkodású emberként hitte, hogy gyermekei boldogulásához szükséges, hogy magas szinten taníttassa őket egy olyan korban, amikor még a férfiak elsőbrendűségével is meg kellett küzdeniük a lányoknak. Tanulmányai során a fiatal hölgy kiemelt fontosságot szentelt a matematika, a

logika és a tudományok világa mellett annak, hogy görögül, latinul tanuljon mindamelllett, hogy klasszikusokért érzett rajongását hirdette. A legfontosabb azonban az a hit, amely életét végigkísérte, amelyet az iskolapadban nem sajtáthattott el, viszont annál inkább a sajátja volt, hiszen lényéből fakadt.

A hit ereje

A hit ereje az ápolói munka egyik alapköve. Szentágotai János szavaival élve „*hiszek abban, hogy a hit csodákat tud tenni. És akár gyógyítani is lehet vele. Hippokratész óta a legfontosabb szövetséges a beteg élni akarása, bizalma orvosában és a gyógyszerben. Ez így van ma is, és így lesz a jövőben is.*” (Kristó Nagy, 2000).

Az orvos munkáját az ápoló segíti töretlen lelkesedéssel. Egy óriási csapatmunka ez, melynek gyümölcse megfizethetetlen, az életek megmentése, szebbé tétele.

Napjainkban ápolóvá válni egy nő, egy lány számára már nem rejt annyi fondorlatos buktatót, mint Florence Nightingale korában, hiszen neki az alapokért is meg kellett küzdenie.

Értékeljük mindazt, ami számunkra természetes?

A mai kor embere valóban értékeli mindazt, ami számára már megadatik?

Mi már iskolába járhatunk, szüleink támogatnak és azt csinálhatjuk, azon az úton járhatunk, amely az álmaink felé vezet. Florence szülei elleneztek törek-

MÉSZÁROS Barbara tanuló, Egri Szakképzési Centrum Kossuth Zsuzsanna Szakgimnáziuma, Szakközépiskolája, Kollégiuma és Könyvtára tagintézménye, 12. „A” szakgimnáziumi évfolyam

Levelező szerző (correspondent): MÉSZÁROS Barbara; E-mail: titkarsag@kossuthzsuzsa.hu

véseit és ennek ellenére kellett felvállalnia döntéseit és annak következményeit, hogy ápoló lesz. Megpróbálva ezzel mindazt, ami a korabeli Angliában szinte lehetetlen volt, hiszen az úrinők nem dolgoztak. Ő azonban mindezt, családjá rosszállása ellenére, a társadalom által nem becsült hivatás művelésére vállalkozott és ápoló lett.

A szülei mindvégig bíztak abban, hogy a döntését követő utazások eltántorítják gyermeküket eredeti elképzelésétől. Bejárta Egyiptomot, Görögországot és Olaszországot, de bárhol is fordult meg, mindenhol megfigyelt, módszeresen gyűjtötte tapasztalatait és a kórházakban tett látogatásáról naplót vezetett.

Tudta és mindvégig hitt benne, hogy számára egy sokkal nehezebb feladatot szántak az égiek, mint-hogy úrinőként élje le életét annak ellenére, hogy a különböző partik és rendezvények közkedvelt résztvevője is volt egyben. Kedvessége, humorérzéke, és műveltsége mindenkit lenyűgözött. Ő azonban, nem őszintén szerette ezt a világot, amit misem bizonyít jobban, minthogy hét évnyi jegyesség után kedvesével is csupán azért szakított, mert úgy érezte, hogy számára a látszat, az anyagi jólét nem elég.

Feladata és célja volt jót tenni az emberiségért, amellyel az életét tette élhetőbbé, családok hétköznapijait szebbé úgy, hogy közben önmaga is folyamatosan fejlődött. Olthatatlan tudásvágya volt mindig az, ami folyamatosan vitte őt előre a számára kiszabott úton.

A hit, mint az emberi természet alapköve

Tanulásával és az általa választott hivatással lázadt mindazzal szemben, ami megszokott volt a társadalom felsőbb köreiben. 1853-ban Párizsban a Szent Vince Irgalmas Nővéreinél betegápolást és sebkezelést tanult. Ez idő alatt mindent pontosan és részletesen tanulmányozott, jegyzeteket készített, kórházi dokumentumokat, zárójelentéseket elemzett, gyűjtötte az ápolási szokásokat és módszereket (Doba, 2010). Tudta, hogy céljai érdekében óriási áldozatokot kell hoznia, amely számára igazából nem járt lemondással. Napjaink ápolóihoz hasonlóan ez nem más volt részéről, mint szakmája iránti elhivatottság, mélyes alázat, amellyel mindenkinek, aki az egészségügyben dolgozik rendelkeznie kell. A betegek ugyanis, tőlünk várják a fájdalmak, kínok enyhítését és betegségeikre a megoldást. A legszebb dolog munkánkban, hogy betegségből egészséget, elesettségből magabiztosságot, szomorúságból, újra mosolyt varázsolhatunk az emberek arcára.

Törhetetlen hite, elhivatottsága vezérelte őt is, amikor 1853-ban állást vállalt egy londoni női kór-

házban, ahol újításokat vezetett be a hiányosságok kiküszöbölésére. *„A hit az emberi természet alapköve. Bennünk van, hogy minden jól végződik, ha a hitbe kapaszkodunk bele minden erőnkkel, és ez az, ami miatt nem látjuk azt, ami az orrunk előtt van.”* („*Filmidézetek a hitről*”, 2020).

Az előkelő hölgyeket kiszolgáló intézetben reformokat hajtott végre. Ételhordó lift alkalmazásával, a nővérek számára munkaterület beosztással és szobaszámot jelző csengővel tette hatékonyabbá az intézményben zajló munkát.

A XXI. századból visszatekintve ezek a reformok talán most semmiségnek tűnhetnek, de ezek segítségével megfelelő alapokra helyezte a nővérek, ápolók munkájának hatékony strukturáltságát.

Florence Nightingale azt is hirdette, úttörő szerepet vállalva ezzel, hogy az ellátás mindenkire vonatkozzon és remélte, hitt, lázadt az emberi gyarlóság ellen és mindvégig azért küzdött, hogy mindenki egyenlő mércével méretessen meg. Harcolt egy olyan világért, ahol joga van a nőknek, joga van a férfinak és ezek a jogok mindenkit egyenlő mértékben illetnek meg. A nővérek, ápolók nem tehetnek ugyanis különbséget az emberek között vallási hovatartozásuk, bőrszínük vagy végzettségük, illetve külső megjelenésük alapján. Ők azok, aki az embert látják, az esendő embert, akit Isten teremtett meg és akinek segítségre van szüksége.

Isten hitének legnagyobb bizonyítékaként jelenik meg, hogy ahonnan más menekült, ő oda ment. Ezt tette az 1854-es londoni kolerajárvány idején is, amikor önkéntes ápolóként dolgozott. A munkát, amelyet talán sokan valami szükséges rossznak tartanak, ő az emberiség szolgálatába állította, hiszen mindvégig tanult, napjaink jól hangzó színtagmáival élve, folyamatosan képezte magát.

Háború, ahol a lélekben béke van

Kitartásának csodálatos megnyilvánulása volt, hogy az 1854-ben a krími háborúról érkező hírek hatására, önzetlenül felajánlotta szolgálatait (Doba, 2010). Igaz, Sidney Herbert hadügyminiszter is tudta, hogy más nem is lehetne alkalmasabb a feladatra, hiszen olyan emberek megmentéséről volt szó, akik életüket áldozták a csatatéren a hazáért. Tudta, hogy ő sem önös érdekeit nézte, hanem munkáját az emberiség javának szolgálatába állítja. Megragadó személyiségével azt is elérte, hogy 38 ápoló társával együtt indulhatott a katonák segítségére. Az ottani vezetés azonban nem nyújtott számukra segítőkezet. Bizalmatlanul fogadták és ismét folytatnia kellett a küzdelmet azért, hogy elfogadják.

Ez volt az a fordulópont az életében, amikor ő maga is azt hitte, hogy itt már nem győzhet, hiszen

1. kép: Florence Nightingale. Coloured lithograph by J. A. Vinter, 1855, after H. Barraud. Forrás: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Florence_Nightingale._Coloured_lithograph_by_J._A._Vinter,_1_Wellcome_V0006574.jpg



a Dante által megírt Pokol bugyrai fogadták ebben a létesítményben, a törökországi Üsküdarban. Mindaz hiányzott, amelyre a legnagyobb szükség lett volna. A technikai felszereltség teljes hiánya mellett, embertelen magatartás, minimális ellátásban sem részesült közkatonák hangos jajgatása tette zajossá mindennapjait (**1. kép**). Olyan katonákat talált itt, akiket a gyógyuláshoz való joguktól megfosztottak, de „*abban a pillanatban, hogy már nem küzdünk egymásért, eltűnik belőlünk minden emberség*” (Idezzetek.hu, 2020).

Florence azonban ezt nem engedte, hiszen elsőként a lehető és legegyszerűbb dolgot a tisztaságot követelte meg és amiből hiány volt, kötszerek, gyógyszerek, élelmiszer sok esetben saját költségén fedezte. Mit sikerült elérnie mindezzel? Emberek, családapák, férjek, szerelmek, szeretők, édesanyák fiainak életét mentette meg, akik visszakaphatták segítségével életüket.

Önzetlen segítség az emberiségért

Segített egy rendszer kiépítésében, amelynek alapjai sem voltak meg. Lerakta az alapkövet, megtiltva a legegyszerűbb dolgokat ápolótársainak, a részegeskedést, a kicsapongó, erkölcstelen viselkedést és amennyiben szükséges volt, elküldte őket. Következetes magatartásával és hozzáértésével, maximális munkatempó megkövetelésével sokan saját maguk kérték áthelyezésüket egy másik kórházba.

Mindenki szerette? Valószínűleg nem, hiszen aki nem tudta és nem érezte, nem értette meg cselekedeteinek lényegét, hogy mit és miért tesz, nem tudta megszeretni őt.

Mit láthattak benne? Egy nőt, aki korával és társadalmi rangjával merőben ellentétben teljesen mást tesz, mint ami tőle elvárt. Fontoskodik, szervezkedik, saját területén mindig a középpontban van, követel, megreformál és tenni akar.

Tenni akart egy olyan világért, amely az emberiség, az egészségügy számára elengedhetetlen. Tenni akart egy olyan világért, amely az emberben nem az életet, nem a betegséget, nem a segítségért kiáltás hangját hallotta meg először, hanem a rangot, a társadalmi hovatartozást részesítette előnyben.

Elsősorban, azonban tenni akart önmagáért, hitéért, amelyben egyszer sem kételkedett, még akkor sem, ha napi 20 órát dolgozott és emberfeletti teljesítményt követelt meg tőle a történelem által kialakított helyzet.

A sikerek láttán a katonai vezetők folyamatosan akadályozták munkáját, vádolták hozzáállását, sok esetben meghurcolták, hamis vádakkal illették.

Mi volt a vétké? Csupán annyi, hogy a közkatonákat, az embert, embernek nézte és mindeközben maximális precizitással látta el többi feladatát. Ő végezte el ugyanis az összes adminisztrációt és biztosította az ellátást. Nem csupán a testeket gondozta, hanem a lelküket is ápolta és tudta, hogy „*ott kezdődik a nagy-emberség, hogy az ember észreveszi, hogy mások is élnek a földön ökvüüle, és amit tesz, úgy teszi, hogy nemcsak magára gondol, hanem másokra is.*” (Stern, 2017).

Olvasószobát hozott létre a katonák számára és segítette őket a családjukkal történő kapcsolattartásban. A betegek cserében Főnöknek nevezték el, a szó legpozitívabb értelmében, elismerték, hogy ő lett a közösség vezetője (Juhász et al., 1992).

Esendő ember volt azonban ő is, amelynek tanúbizonysága, hogy törökországi kórházak látogatása közben elkapta a krími lázat, de küzdött az életéért, amellyel követendő példát adott betegtársainak. Betegen is lelkiismeretének parancsaként követte embertársai gyógyulását, hiszen tudta, hogy „*a szeretet a legjobb gyógyszer*” (Szenti, 1994). Odaadásának és kitartó munkájának, 24 órás szolgálatának bizonyítéka, a „*lámpás hölgy*” elnevezés. Lámpával a kezében éjszaka is járta a kórtermeket és segítette

2. kép: A „lámpás hölgy” (Forrás: Vártokné Fehér, 2017)



az elesetteket, ő maga volt a fénysugár az éjszakában (2. kép).

A háborúnak azonban vége lett és 1856 nyarán ő is hazatért Angliába, a kórházból utolsó betegét követően távozott el csupán (Doba, 2010).

Egy nő, aki nem szeretett volna hős lenni

Munkássága során ismertté vált és a legnagyobb elismerés volt az övé, hiszen betegek meséltek róla, akiknek az életét mentette meg. A köznép oly mértékben elismerte és ismerte munkáját, hogy legendává vált még életében, dalok születtek róla. Nagysága a legendák nagyságán is túlszárnyalt. Ő azonban nem akarta, hogy ünnepeljék őt. Továbbra is csupán tenni akart és megszerzett tudását, tapasztalatát szerette volna át- és továbbadni nemzetének. Szavaival élve az ápoló „*legyen szíves és szolgálatra kész, a betegre gondoljon és nem önmagára.*” (Doba, 2010).

Fogadta Viktória királynő is és tárgyalt a hadügyminiszterrel. Soha nem helyezte önmagát rivalda fénybe. Mindig a közboldogulást tartotta szem előtt és ennek megfelelően kérte, hogy egy bizottság jöjjön létre, amely a hadi egészségügy megújításával és fejlesztésével foglalkozna. Éjjel- nappal jelentéseket, beszámolókat készített és reformjavaslatai alapjaként közel ezer oldalas beszámolóval támasztotta alá azt, hogy mindarra, amit ő elképzelt, nélkülözhetetlen szüksége van nemzetének (Doba, 2010).

Nők és férfiak, eltelt századok és napjaink útvesztői

Miért volt neki ilyen nehéz dolga? A XXI. században, haladó és folyamatosan fejlődő társadalmunkban is nehéz dolga van egy nőnek a férfiak világában.

Florence Nightingale korában, amikor a férfi szava szent volt, mivé válhatott ezzel szemben egy hölgy véleménye? Mit ért egy nő, aki reformálni, újítani szeretne? Hogyan tudta mégis elérni célját? Kitartással, hittel és áldozatos munkával. Mindazt, amit tett folyamatos bizonyítékokkal támasztotta alá. Lejegyezte, hogy a sérüléseket szerzett katonák halálát sok esetben a kórházi körülmények okozták. Mi is szolgálhatott volna erre perdöntőként, mint az a több tízezer halott, aki üsküdari temetőben nyugodott.

A fejlődést azonban nem tartotta elképzelhetőnek fejlesztés nélkül. Elengedhetetlennek tartotta az egészségügyben dolgozók képzését, amit az általa készített jelentés alapján szerveztek meg. Így jöhetett létre 1859-ben a Katonai Orvosi Egyetem, amely munkájának legnagyobb elismerése volt. Az általa létrehozott alapítványhoz rengeteg bevétel érkezett, amely segítségével a londoni Szent Tamás Kórház Nightingale-féle tanintézete 1860-ban megnyithatta kapuit. Mindvégig felügyelte az intézményben folyó munkát és az ő elképzelései alapján valósult meg az oktatás kidolgozott tanterv segítségével, amely az elméleti és gyakorlati képzést is magába ölelte.

Soha nem pihent, ápolt, dolgozott, kutatott, egy jobb, élhetőbb, haladóbb szemléletű társadalom, egészségügy reményében. Ennek fényében született meg egyik legkiemelkedőbb munkája a *Notes on nursing*, a klasszikus bevezetés az ápolás tanba, amely az első ápolói kézikönyvnek tekinthető, forradalmi újítás volt.

Megfigyelései, tapasztalatai mellett hangsúlyos helyen szerepelt a statisztikai analízis, amely területén szintén reformot hajtott végre, egy ún. rózsadiagram használatával, amely segítségével többek között a hadikórházak halálozási arányait lehetett ábrázolni, ezzel is bizonyítva azt, hogy a diagrammok többet jelentenek egy egyszerű rajznál (Doba, 2010).

Üzenet a palackban, az utókor számára

Mindent megtett, minden áldozatot meghozott, amit csak egy halandó tehet. Élete utolsó éveiben az 1850-es évektől kezdve szervezete legyengült, ágyhoz kötve élte mindennapjait, de még ekkor is folyamatosan dolgozott.

Viktória királynő még életében elismerte mindazt, amit tett. Királyi Vörös Kereszt Kitüntetésben

részesítette 1883-ban, és a birodalomban első nőként kapta meg a királytól 1907-ben az angol Becsületrendet (Doba, 2010).

Szülei aggodalma, ami a korabeli viszonyokban természetesnek mondható volt, nem igazolódott be, hiszen gyermekük követendő példakép lett.

Halála is hűen tükrözte életét és mindazt, amilyen ő volt valójában, és amit tett kora és a jövő emberiségéért. Nem engedte meg, hogy a számára kijáró pompás temetés keretében helyezték végső nyugalomra a Westminster katedrálisba. St. Margaret templom sírkertjében pihent meg teste, de szelleme, munkássága továbbra is él közöttünk.

Századunk tükörképe

Napjaink ápolóinak nem csupán követendő mintaként szolgál, hanem van valaki számunkra, akiből a XXI. században is érot meríthetünk. Életútját, munkásságát tanulmányozva, egy önzetlen ember képe rajzolódott ki előttem, aki egy olyan korban is

tenni szeretett és tett, ahol a nő nem élhetett teljes jogú életet. Ő azonban, társadalmának szellemiségét megreformálva, a munkához való hozzáállásában alázatot, kitartást és emberfeletti teljesítményt vitt végbe. Tette ezt úgy, hogy mindig társadalmának érdekeit helyezte előtérbe, mintát adva arról, hogy amennyiben hiszünk önmagunkban, ismerjük értékeinket, egy akadály sem lesz utunkból elgördíthetetlen.

Korunk társadalmának ápolóinak is rengeteg nehézséggel kell szembesülnie, de van valami, amit soha nem szabad elfelejteni, háttérbe szorítani, az a hit, és szellemiség, amivel ezt a pályát választottuk és ezen a területen szeretnénk dolgozni a jövőben is.

Hiszek abban, hogy a legnagyobb ajándékot adhatjuk át munkánkkal az emberiségnek, a gyógyulás reményét, a meggyógyulásba, az élni akarásba vetett hitet, magát az életet hiszen, „*ha valaki olyan életet él, amely mindenki számára fejlődést hoz, és ez a fejlődés állandó, nem hal meg vele, az ilyen ember életét Igaz Életnek nevezhetjük.*” (Doba, 2010).

Irodalomjegyzék

1. Doba, É. (2010). Florence Nightingale – a lámpás hölgy. Hozzáférhető 2020-02-18. Retrieved from <https://www.ujakropolisz.hu/cikk/florence-nightingale-lampas-holgy>
2. „Filmidézetek a bitről”. Az Álmosvölgy legendája c. film. Hozzáférhető 2020-02-18. Retrieved from <https://www.citatum.hu/kategoria/Hit/Film>
3. „Idezzetek.hu”. Jóság kategória. 2012 c. film. Hozzáférhető 2020-02-18. Retrieved from <https://www.idezzetek.hu/category/35-Josag/quotes?page=11>
4. Juhász, J., Szőke, I., O. Nagy, G., Kovalszky, M. (1992). *Magyar értelmező kéziszótár I.* Budapest: Akadémiai Kiadó
5. Kristó Nagy, I. (2000). SZENTÁGÓTHAI JÁNOS (1912–1994, orvos, agykutató). In: Gondolattár, Ezredvég. Hozzáférhető 2020-02-18. Retrieved from <https://www.arcantum.hu/hu/online-kiadvanyok/Gondolattar-kristo-nagy-istvan-gondolattar-1/ezredveg-68B1/szentagothai-janos-19121994-orvos-agykutato-80FD/>
6. Stern, Á. (2017). 12 idézet a ma 100 éve született Szabó Magdától. Hozzáférhető 2020-02-18. Retrieved from <https://nlc.hu/magyarorszagkul/20171005/szabo-magda-idezetek/>
7. Szent, T. (1994). A szeretet. Nővérek továbbképzése Csongrád megyében. Hozzáférhető 2020-02-18. Retrieved from <http://mek.niif.hu/08900/08971/08971.pdf>
8. Vártokné Fehér, R. (2017). Florence Nightingale (1820–1910) élete és munkássága. Kossuth Zsuzsanna Emlékév. Hozzáférhető 2020-02-18. Retrieved from <http://magyarapolasi Egyesulet.hu/wp-content/uploads/2017/05/Florence-Nightingale-%C3%A9lete-%C3%A9s-munk%C3%A1ss%C3%A1ga.pdf>



KÖNYVAJÁNLÓ

Várhatóan 2020. áprilisában jelenik meg Sebők Erika ápolónő **Egy nővér mindennapjai** című könyve a Könyv Guru gondozásában.

E könyvet ajánljuk szeretettel olvasóink figyelmébe.

ÁPOLÁSTÖRTÉNET

Florence Nightingale élete és munkássága – Mit üzen napjaink ápoló hallgatóinak Florence Nightingale?

SEBESTYÉN Anett Katalin

ÖSSZEFOGLALÁS

Minden év május 12-én ünnepelik az ápolók nemzetközi napját. Az idei év nagy jelentőségű, hiszen az ápolók egyik legnagyobb példaképének, Florence Nightingale születésének 200. évfordulója van. A lámpás hölgyként is ismert ápoló életútja nem volt egyszerű, sok mindennel kellett szembenéznie. Az ápolói hivatás tisztelétét és az ápolók elismerését vívta ki. Küzdött a nők jogaiért is. Rengeteget tanult, melynek köszönhetően a mai napig használta statisztikai módszereket dolgozott ki. Feljegyzéseinek köszönhetően számos, ma is használatos statisztikai összefüggést állapított meg. Számszerű adatokkal támasztotta alá, hogy milyen fontos kapcsolat van a halálozás és a higiénés körülmények között. Több ápolói képzés is indult tanácsaira, valamint a kórházi rendszereket is megreformálta. Egyik legkiválóbb műve a feljegyzések az ápolásról (Notes on nursing), melyet ma is az ápolás első kézikönyvének tartunk.

Kulcsszavak: ápolás, ápolók nemzetközi napja, Florence Nightingale, nightingale-i üzenet

Florence Nightingale's life and work – Florence Nightingale's message for Today's Nursing Students
Anett Katalin SEBESTYÉN

SUMMARY

The International Nurses Day is organized every year on May 12. This year is special, because Florence Nightingale, who is one of the nurses' ideal, will have the 200th anniversary of her birth. The nurse's life, who is also known as the „lady with the lamp”, wasn't easy, because she needed to face many things/issues. However, she achieved the respect of the nurse profession and the appreciation of the nurses. She has also fought for women rights and studied a lot – thanks for those, she worked out statistic methods that nowadays we still use. As a result/because of her memorandums, she allocated many statistical coherences that are still valid. She confirmed with numerical dates, how big the connection between death and hygiene circumstances is. To her advice, more nursing educations were started, as well as the hospital systems were reformed by her. One of her greatest work is the Notes on nursing, which is counted until today as the number one handbook of nursing.

Keywords: care, International Day of nursing, Florence Nightingale, Nightingale's message

SEBESTYÉN Anett Katalin
hallgató, Semmelweis Egyetem,
Egészségügyi Közszolgálati Kar,
Egészségügyi Menedzserképző
Központ, egészségügyi
menedzser II. évfolyam
ápolási referens, okleveles
ápoló, Petz Aladár Megyei
Oktató Kórház, Győr

Levelező szerző

(correspondent):
SEBESTYÉN Anett Katalin,
E-mail: seanett88@gmail.com

Beérkezett: 2020. február 20.
Elfogadva: 2020. április 15.

Az Ápolók Nemzetközi Napját minden év május 12-én ünneplik világszerte. Ezen a napon született 1820-ban Olaszországban az ápolók egyik legnagyobb példaképe, Florence Nightingale (**1. kép**) (Karri, 2018).

Az olaszországi Firenzében látta meg a napvilágot, de a család későbbiekben Nagy-Britanniába költözött, így ott élte a jómódú, arisztokrata család mindennapjait. Szomjazott a tudásra, lenyűgözték a tudományok, különösen a matematika. Jobban élvezte a számok varázsát, a filozófiát, mint a partik és esték szervezését. Műveltségének köszönhetően kereste az élet értelmét, nem nyugodott bele abba,

hogy életének ne lenne más értelme, mint feleségként gyermekeket szülni (Doba, 2010).

Rengeteget olvasott, ennek köszönhetően jutott tudomására a kolerajárvány, amely mély nyomokat hagyott benne. Ennek köszönhetően megerősödött a vágya, hogy ápoló lesz és embereken szeretne segíteni. Több rokonát és ismerősét ápolta, gondozta. Nem ismert jobb érzést, mint azt, hogy embereken segít, és ezáltal életüket jobbá teheti. A naplózás és feljegyzések szerelmese volt, egyik bejegyzésében így fogalmaz:

„Az emberi nyomorúság jár mindig az eszemben, ez gyötör... hazugnak érzem, ha a költők a világ dicsőségét

zengik. *A legtöbb ember, akivel találkozom, gondban, szegénységben, betegségben él.*” (Perkó & Sövényi, 2017).

Ekkor 25 éves volt és már biztos volt hivatásában, így 1845 decemberében szüleit sokkolta bejelentésével: kórházi ápolónak fog állni. Az akkori kor arisztokrata elvárásaiba ez nem fért bele, így szülei ellenezték, és úgy vélték, lányuk nem tudja, mit jelent e hivatás (Vártokné, 2011). Az ápolók megítélése az 1850-es években nagyon rossz volt, többségük tanulatlan, züllött életet éltek, ennek is köszönhetően féltették lányukat. Édesanyja különösen, és abban bíztak, hogy egy utazás majd észhez téríti és kiábrándul terveiből. Bejárta Görögországot, Egyiptomot és több európai országot is. Utazásai alatt nem csak a nyelveket tanulta meg, de mindvégig naplót vezetett. Ahol tehetett, ellátogatott a helyi kórházakba és az ottani tapasztalatokat is feljegyezte, melynek később sok hasznát vette. 1844-ben elvégzett egy 3 hónapos nővér iskolát, melyet mindvégig titokban tartott.

Első munkahelye a londoni kórház volt, ahol nagy tudásának köszönhetően irányította az ott szolgáló sorstársait. Több európai nagyváros kórházában szerzett tapasztalatait itt kamatoztatta. A párizsi Szent Vince Irgalmas Nővéreknél tanulta meg a sebezés és betegápolás fortélyait. Az itt eltöltött idő alatt tanulmányozta és elemezte a dokumentumokat, zárójelentéseket, gyűjtötte az ápolási szokásokat, módszereket, melyekből következtetéseket vont le. A legfontosabb az volt, hogyan lehet az ápolást minél jobban megszervezni.

„*Furcsának tűnhet ezt kijelenteni, de a legelső követelmény egy kórház iránt az, hogy ne ártson a betegnek.*” – írta naplójában.

Tapasztalatainak köszönhetően több modern intézkedést is bevezetett: ételhordó liftet a házban és olyan csengőt, amely mutatja a kórterem számát. Újításait sokan nem nézték jó szemmel, így rengeteg konfliktusba került. Florence ragaszkodott elveihez és mindvégig azt vallotta, hogy az ellátásnak független kell lennie az ember vallásától, nemétől és hovatartozásától. Küzdött a nők jogaiért is. Az 1854-es londoni kolerajárvány idején, mint önkéntes ápolónő dolgozott, betegeit nagy odaadással gondozta, ápolta, akik rajongtak személyiségéért (Perkó & Sövényi, 2017).

1853-ban a krími háború kitörése után, amint tudomására jutott, hogy az angol katonák ellátása nincs megszervezve, és milyen körülmények között fekszenek a sebesültek, azonnal tudta, hogy cselekednie kell. Felajánlotta segítségét, a hadügyminisztérium kijelölte vezető ápolónőnek és további ápolókat toboroztak. 38 másik hazafias ápolónővel útnak indultak (Mary et al, 2010). November 5-én érkeztek meg Scutariba. Ezen az egyetlen napon több mint 600 súlyos sérült katonát hoztak a kórházba. Egy olyan helyre ahol, az ellátáshoz és ápoláshoz még a legalap-

1. kép: Florence Nightingale. (Forrás: [https://en.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale#/media/File:Florence_Nightingale_\(H_Hering_NPG_x82368\).jpg](https://en.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale#/media/File:Florence_Nightingale_(H_Hering_NPG_x82368).jpg))



vetőbb eszközök sem voltak meg. Az ide került sebesült és legyengült emberek többsége nem is maga az elszenvedett sérüléstől került életveszélyes állapotba vagy halt meg, hanem mert nem volt, aki enni és inni adjon számukra. Florence és csapata így először betegkonyhát állított fel, ahol tejet forraltak és leveket főztek. Ahhoz, hogy ápolni és sebet tudjanak kötözni maguk állítottak elő kötszereket vászonnál és vattából, valamint lámpásokat is gyártottak. Rengeteget dolgoztak, Florence 24 órából átlagosan 20-at a betegek között töltött, ahol sokszor erőn felül küzdött az ápoltjaiért. Amikor ideje engedte, levelet írt az angol kormányának, további eszközt és humán erőforrást kért, így érkezett a csapatába 47 új nővér (Vértes, 1996). Nagy erőket fordított arra, hogy a kórházban tisztaság legyen, kötelezővé tette az egyenruhát és tiltotta az erkölcstelen viselkedést. Az intézkedéseknek köszönhetően a halálozási ráta drasztikusan csökkent: 42%-ról 2,2%-ra.

Az éjszakák rendjét sem bírta a véletlenre, maga járőrözött egy lámpással kezében és figyelte betegei állapotát valamint azt, hogy elvárásainak megfelelően végezték-e a munkájukat az ápolók. Kitaró járőrözése miatt a katonák a lámpás hölgyként (*The Lady with the lamp*) emlegették (**2. kép**), mely név az élete végéig elkísérte.

Később több törökországi kórházba is ellátogatott, ahol híre mindig megelőzte őt: szentként emlegették és munkásságáról felemelően beszéltek. Hitték, ahol ő megjelenik ott gyógyulás várható. Később maga is beteg lett, 2 hétig küzdött életéért. Még

fel sem épült teljesen, már újra a hivatásának élt és betegei között tevékenykedett.

A háború befejeztével, 1856 nyarán – mikor az utolsó katona is elhagyta a kórházat –, hazatért Angliába. Hazájában hősként ünnepelték, Viktória királynő is fogadta és a későbbiekben is többen úgy fogalmaztak róla, hogy az egyik legnemesebb és legönfeláldozóbb nő, aki másoknak és másokért áldozta életét (3. kép) (Florence, 1916).

Munkásságával rengeteg új dologra hívta fel a figyelmet: feljegyzéseinek köszönhetően számos, ma is használatos statisztikai összefüggést állapított meg. Számszerű adatokkal támasztotta alá, hogy milyen szoros a kapcsolat a halálozás és a higiénés körülmények között. Több ápolói képzés is indult tanácsaira, valamint a kórházi rendszereket is megreformálta (4. kép).

Egyik legkiválóbb műve a *Notes on nursing*, feljegyzések az ápolásról, melyet ma is az első ápolás kézikönyvének tartunk. Egészsége a kor előre haladtával megtört, később ágyhoz kötötté vált, de ez nem korlátozta, hogy hivatását folytassa. Az ápolás iránti elkötelezettségét megtartva írásban folytatta és intézte ügyeit. 1901-ben elveszítette látását, majd 1910-ben Londonban elhunyt.

Munkásságával megteremtette az ápolói hivatás etikai alapjait, és e hivatás megbecsülését kívívta. Egy olyan tudományágot hozott létre, mely nélkül a gyógyítás és az orvoslás sem működne ilyen hatékonyan: az ápolástant (Perkó & Sövényi, 2017).

Mit üzen napjaink ápolóinak (ápoló hallgatóinak) Florence Nightingale?

Napjaink felgyorsult világában nem olyan egyszerű a hivatásról beszélni, hiszen a gondolkodásunk a modern világ hatására más irányba változott: nagyobb bizalmat helyezünk a mérhető, kézzel fogható és várhatóan nagy anyagi vonzattal járó ügyekbe, mint az egyszerű emberi megérzésbe vagy ösztönbe. Márpedig hivatásról csak akkor beszélhetünk, ha cselekményeinket nem (csak) az érte kapott juttatás miatt tesszük meg, hanem egy magasabb emocionálisabb értelmet és kiteljesülést várunk tőle. Egy életen át tartó küldetés értelméről beszélni manapság már koránt sem olyan egyszerű, mint Florence Nightingale korában: a mai kor emberét sokkal inkább érdekli a számokban kifejezhető haszon, a gazdasági és pénzügyi mutatók, és a minél előbb, minél nagyobb ha-



2. kép: A lámpás Hölgy (Forrás: <https://www.vitaminasparaalexito.com/2017/03/sin-excusas-ni-pretectos-no-excuses-or.html>)

szonnal megtérülő befektetések. Az alacsony piaci értéket képviselő szakma dolgozóit ezért a társadalom nagyobb része nem érti, nem tudja, mit is jelent az elhivatottság, hiszen csak az anyagi haszonra gondol. Az ápolói presztízs napjainkban is alacsony, ugyanúgy, mint az 1840-es években, amikor példaképünk munkásságába kezdett, bár az okok azóta változtak. Florence megmutatta számunkra, hogy a sok nehézség ellenére, családjával szembeszállva, kitartott választott hivatása mellett. Tudta, hogy útja nem lesz könnyű, sok munka vár rá, és rengeteg szenvedés, de bízott abban, hogy egyszer élvezheti majd munkájának gyümölcsét. A sok tanulás és kitartó feljegyzéseinek köszönhetően nemcsak a kor emberei ismerték nevét, de maradandó munkássága és alkotása révén a világ ismeri tanításait és minden ápoló példaképékként tekint rá. Megmutatta nekünk, ápolóknak, hogy emberek életén miként tudunk könnyíteni, milyen fontos az, hogy emberként bánjunk velük, és ott legyünk akkor is, mikor a legnehezebb. A lámpás hölgy úgy vélte, a hivatás sosem lehet öncélú, annak mások felé kell irányulnia, másokért kell cselekednünk. Erre utal az alábbi mondataival is:

3. kép: Az Irgalmas Angyalként is nevezett Florence Nightingale 1855-ben Scutariban. (Forrás: https://en.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale#/media/File:Coloured_mezzotint;_Florence_Nightingale,_Wellcome_L0019661.jpg)



4. kép: Florence Nightingale 1886-ban a végzős ápolói osztállyal. (Forrás: https://en.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale#/media/File:Florence_nightingale_at_st_thomas.jpg)



„Az ápolás olyan küldetés, mely megtanít minket arra, hogy ne mindig csak önmagunk legyünk fontosak, hanem vegyük észre a másik embert. Hivatásként érdemes csak megélni, mert különben elveszti valódi értékét; akár azzal, hogy divattá válik, akár azzal, hogy kenyérkeresetté süllyed” (Egri, 2005).

A mai világban is nehéz kiállni hivatásunk mellett. Ő is csak egy ember volt a több millió között, ám akarásával és kitartásával hatalmasat alkotott. Megmutatta nekünk, hogy ha összefogunk, akkor nagy sikereket érhetünk el. Hasonlóan, mint mai világunkban, kevés volt a humán erőforrás, hiszen ők is 38-an indultak el útjukra. A több ezer sebesülthez alig jutott ápoló, azonban összefogva csapatmunkában jelentősen tudták csökkenteni a halálozás mértékét. Ez a mai világra is igaz: kevesen vagyunk, de ahhoz hogy sikereket érjünk el csapatban, vagyunk elegendőek! És ha csapatban sikereket érünk el, akkor ez a csapat

vonzó lesz, és egyre többen szeretnének majd a tagjai lenni, ehhez a team-hez tartozni.

Szinte mindenki táskájában lapul jó ideje egy sebtapasz. Hosszú, hosszú ideig, akár évekig is úgy hogy nem használtuk, nem volt rá szükség. Egy nap azonban ismerősünket baj éri, egy kis seb lesz rajta. A nálunk évekig lapuló ragtapasznak hirtelen mekkora szerepe lesz, örülünk, hogy itt van és most hasznát tudjuk venni. A társadalom legtöbb tagja így vélekedik az ápolókról, mint a sebtapaszról. Addig, míg nincs rájuk szüksége, addig nem fontosak, tudjuk, ott vannak és ha kell majd „használjuk” őket. Igen ám, de ha nincs utánpótlás, nincs „ragtapasz gyár” akkor előbb utóbb kifogy a készlet. Az emberek lelkének, mi ápolók vagyunk a sebtapaszuk. Mi vagyunk velük a legtöbbet, az egészségügyi ellátó rendszer tagjai közül, mi tudjuk róluk a legtöbb információt. Florence Nightingale is úgy vélte, hogy sok esetben elég egy jó szó, egy kis törődés, mellyel a beteg állapotán sokat tudunk javítani. Később az ápoló iskolák megalakításával az utánpótlásáról is gondoskodott.

Florence Nightingale nem csak az ápolók munkáját alapozta meg, de a kórházi minőségbiztosítás alapjait is megfogalmazta. Megfigyeléseinek összegyűjtésével, a *Notes on Nursing* munkájával az ápolási standardokat foglalta össze (Belicza & Lám, 2011). Megfigyeléseivel és folytonos elemzéseivel megmutatta, hogy egy kis odafigyeléssel mekkora minőségi javulás érhető el. Modern szemléletének köszönhető a bizonyítékokon alapuló orvoslás és ápolás alapjai is.

Florence Nightingale, a lámpás hölgy élete során nem csak az embereket, hanem az emberiséget szolgálta. Példamutatásával és a hivatásának való élésével sok ember szimpátiáját elnyerte. Megmutatta nekünk, hogy a nehézségek ellenére is van értelme küzdeni egy jó cél érdekében.

Irodalomjegyzék

1. Belicza, É., Lám, J. (2011). Egészségügyi minőségbiztosítás E-book. Hozzáférhető 2020.02.14 <https://docplayer.hu/24529288-Egeszsegugyi-minosegbiztositas-e-book-belicza-eva-lam-judit.html>
2. Doba, É. (2010). Florence Nightingale - a lámpás hölgy. Hozzáférhető 2020-02-10 <https://www.ujakropolisz.hu/cikk/florence-nightingale-lampas-holgy>
3. Egri, L. (2005). Hivatás és küldetés az ápolásban. *IME* III.10. 44-48.
4. Florence Nightingale. (2015). Famous Scientists. Elérhető 2020-02-15 famousscientists.org. 15 Aug. 2016. Web. 2/16/2020 <www.famousscientists.org/florence-nightingale/>.
5. Florence, N. (1916). Florence Nightingale and the War. *Hospital* (Lond 1886). 59(1550): 487-488.
6. Karri, L. A. (2018-2019). Florence Nightingale. NWHM Fellow. Hozzáférhető 2020.02.16 <https://www.womenhistory.org/education-resources/biographies/florence-nightingale>
7. Mary E. Garofalo, RN, BSN and Elizabeth, F. PhD. (2010). Florence Nightingale (1820-1910): Feminism and Hospital Reform. *Am J Public Health*. doi:10.2105/AJPH.2009.188722. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920963/>
8. Perkó, M., Sövényi, F. (2017). Az ápolástörténet gyöngyszemei Florence Nightingale-re emlékezünk. *Nővér*, 30 (3), 1-44. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5229743/>
9. Vártokné Fehér, R. (2011). Magyar Ápolók Napja 2011. *IME* X.2.23-25.
10. Vértes, L. (1996). Florence Nightingale születésének évfordulójára. *Nővér*, 9.2.21-23.

EREDETI KÖZLEMÉNY

A fájdalomcsillapítás hatékonyságának szerepe daganatos megbetegedésekben

BÖGYÖS Dorina Viola, Dr. KIRÁLY Edit PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

Bevezetés: A daganatos megbetegedés napjainkban kiemelkedő fontosságú népegészségügyi probléma, vezető halálokok közé sorolandó kórállapot. Mivel ma már ezzel a betegséggel is hosszsan el lehet élni, ezért nagyon fontos az életminőség, amit a fájdalom nagymértékben befolyásol. **A vizsgálat célja:** Megvizsgálni és feltárni a hazai daganatos fájdalomcsillapítás területén felmerülő esetleges problémákat, és ezekre a problémákra megoldási javaslatot adni.

Anyag és módszer: Kérdőíves vizsgálatunknál tumoros betegekben szenvedőket kérdeztünk, akik fájdalomtól szenvedtek, és otthonukban éltek mindennapjaikat. A kutatás anonim keresztmetszeti vizsgálat, melynek során leíró és összehasonlító statisztikai módszereket alkalmaztunk. **Eredmények:** A válaszadók átlagéletkora 55 év volt. A leggyakoribb primer daganat megjelenési helye az emlő (n=25) és a tüdő (n=13). A betegek közel 30%-ánál alakult ki áttét. A megkérdezettek 42%-ának volt erős fájdalma (VAS ≥ 7 pont), aminek időtartamát napi 1-2 (n=40), illetve napi 4-5 órára (n=30) becsülték. A válaszolók majdnem kétharmada NSAID tartalmú készítményt (n=64) használt. Az enyhe (n=18) és erős opioid (n=15) alkalmazók közel egyenlő arányban oszlottak meg. Szignifikáns különbséget találtunk az „enyhe-közepes” (p=0,01) és az „enyhe-erős” fájdalmat (p=0,004) jelző csoportok vizsgálatánál a magasabb számú opioid tartalmú szerek használata miatt. Ebből kiderült, hogy a nagyobb fájdalmat érző személyek használtak erős hatású fájdalomcsillapító szereket. A betegek több mint a fele használ valamilyen altatót vagy nyugtatót kiegészítésül. Az áttéttel élő betegek (n=28) nagyobb arányban használnak erős (n=7), illetve enyhe opioidot (n=10), mint azok, akiknél áttét nem jelentkezett.

Következtetések: A kapott eredmények alapján hazánkban viszonylag kevés daganatos beteg használ erős opioid tartalmú szert, annak ellenére, hogy fájdalma erős. Emiatt fontos lenne a fájdalom erősségének minél pontosabb megítélése. A mellékhatásoktól való félelem gyakran nem indokolt és nem korlátozhatja a megfelelő terápia beállítását.

Kulcsszavak: fájdalom, tumor, fájdalomcsillapítók, opioidok, életminőség

The Effectiveness of Pain Control in Cancer

Dorina Viola BÖGYÖS, Edit KIRÁLY PhD

SUMMARY

Introduction: Cancer diseases pose a serious public health issue nowadays, as they are among the leading causes of death. As today it is possible to live with this disease for a long time, the quality of life, which is greatly affected by pain, becomes a very important factor.

Objective: The purpose of the research is to investigate and explore potential existing problems in the field of cancer pain relief in Hungary and to propose solutions to these problems.

Material and method: In our questionnaire survey, we asked patients suffering from tumors who were in pain and living their lives at home. The research was an anonymous cross-sectional study using descriptive and comparative statistical methods.

Result: The average age of respondents was 55 and most of them were women. Answers showed that primary tumors appear mostly in breasts (n=25) or the lungs (n=13). Metastasis developed by almost 30% of the patients. 42% of the respondents experienced severe pain (VAS ≥ 7 point), which they estimated to last for 1-2 (n=40) or rather 4-5 hours daily (n=30). Almost two third of the respondents were using products containing NSAID (n=64). The number of mild (n=18) versus strong painkiller (n=15) users were almost equal. There was a significant difference between groups of patients experiencing "mild-medium" (p=0,01) versus "mild-strong" pains (p=0,004) due to the usage of medication containing stronger opioids. From this revealed that individuals with greater pain used potent analgetics. More than half of the patients use some sort of sleep or relax aid as a supplement to their medication. Patients with metastasis (n=28) use strong (n=7) as well as mild analgesics (n=10) in greater numbers than those without metastasis.

Conclusion: The results reveal that in Hungary, relatively few patients with cancer diseases use strong opioid-containing drugs despite of the fact that their pains are severe. Therefore, a nearly precise estimate of pain levels would be important. Fear of side effects is often unjustified and cannot limit the choice of appropriate therapy.

Keywords: pain, tumor, painkillers, opioids, quality of life

BÖGYÖS Dorina Viola diplomás ápoló, Országos Gerincgyógyászati Központ, Gerincsebészeti és Ortopédiai Osztály, Budapest

DR. KIRÁLY Edit PhD
ápolási igazgató, MSc ápoló,
Jávorszky Ödön Kórház, Vác

Levelező szerző

(correspondent):

BÖGYÖS Dorina Viola; E-mail:
bdorina0815@gmail.com

Beérkezett: 2020. február 11.

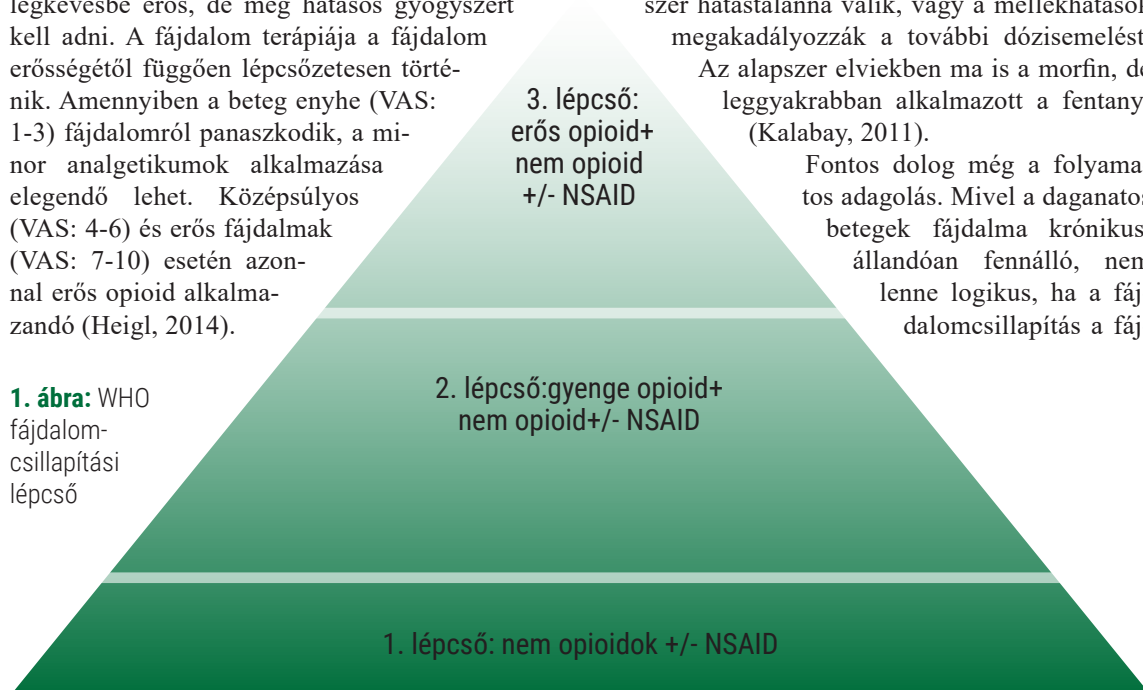
Elfogadva: 2020. április 13.

Bevezetés

A fájdalomcsillapítás az egészségügyi ellátásban kiemelkedő fontosságú, mégis sok esetben háttérbe kerülő probléma. Ez különös jelentőséggel bír daganatos betegek esetén, mivel a fájdalom a beteg szokásos napi aktivitását és életminőségét súlyosan korlátozhatja. A daganatos fájdalom életvégi csillapítása rendkívül fontos, de a nemzetközi kutatások szerint a lehetőségeket a mindennapokban nem aknázzák ki kellőképpen (Biró, 2013). Tanulmányok igazolják azt is, hogy az elégtelen fájdalomcsillapítás csökkenti a betegek várható élettartamát (Heigl, 2014). Magyarországon a daganatos fájdalom gyakran alulkezelt. Ennek legfőbb oka lehet az orvosok, a betegek és a társadalom idegenkedése az opioidoktól, a mellékhatásoktól való félelem, a fájdalom súlyosságának aluldiagnosztizálása, és a szigorú vényírási szabályok (Budai, 2014). „*A megfelelő fájdalomcsillapítás szakmai, etikai és erkölcsi kötelesség, hogy a betegeket megszabadítsuk a szenvedéstől, biztosítván számukra a megfelelő életminőséget és emberi méltóságot.*” (Heigl, 2014). Az egészségügyi ellátáshoz való jog is tartalmazza, hogy: „*6. § Minden betegnek joga van sürgős szükség esetén az életmentő, illetve a súlyos vagy maradandó egészségkárosodás megelőzését biztosító ellátáshoz, valamint fájdalmának csillapításához és szenvedéseinek csökkentéséhez.*” (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 1997).

Azt, hogy milyen fájdalomcsillapító gyógyszer kerül alkalmazásra, elsősorban a fájdalom súlyossága szabja meg. Általános szabály, hogy a legkevesbé erős, de még hatásos gyógyszert kell adni. A fájdalom terápiája a fájdalom erősségétől függően lépcsőzetesen történik. Amennyiben a beteg enyhe (VAS: 1-3) fájdalomról panaszkodik, a minor analgetikumok alkalmazása elegendő lehet. Középsúlyos (VAS: 4-6) és erős fájdalmak (VAS: 7-10) esetén azonnal erős opioid alkalmazandó (Heigl, 2014).

1. ábra: WHO fájdalomcsillapítási lépcső



A rosszindulatú daganatok okozta fájdalom csillapításában az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által kifejlesztett algoritmust fogadják el és alkalmazzák a legszélesebb körben (**1. ábra**), amely szerint a legfontosabb a lépcsőzetesség elve. Az ajánlás szerint az analgetikus terápiát nem opioidok adásával kell kezdeni, első lépcsőben paracetamol vagy nem szteroid fájdalomcsillapító (NSAID) adása javasolt. Leggyakoribb nem szteroidok például az ibuprofen, naproxen, acetyl-salicylsav, indometacin, noraminophenazon, aminophenazon és a diclophenac. Jellemző rájuk a plafon-effektus, miszerint egy bizonyos dózis felett már nem fokozódik a hatásuk, ugyanakkor gyakrabban alakulnak ki a mellékhatások. Ha hatástalannak bizonyulnak, haldéktalanul át kell térni a következő lépcsőre.

Amennyiben a nem opioid hatására nem csökken kellő mértékben a fájdalom, a beteg kezelését egy gyenge opioiddal lehet kiegészíteni, például codeinnel. Második fájdalomcsillapítási lépcsőt, azaz a gyenge opioidokat is a plafon jellegű dózis-hatás-görbével jellemezhetjük. A gyenge opioid és a nem opioid kombináció hatástalansága esetén át lehet térni erős opioid adására azzal a feltétellel, hogy a beteg az első lépcső fájdalomcsillapító gyógyszereit változatlanul szedi (Boér, 2011).

Harmadik fájdalomcsillapítási lépcső, azaz az erős opioidok használatára általában az enyhe opioidok hatástalanná válása után kerül sor. A dózis-hatás görbéjük lineáris, azaz az adag emelésével folyamatosan nő a fájdalomcsillapító hatás is. Az erős opioidok egymással történő felváltása (opioid-rotáció) lehet szükséges, ha az egyik szer hatástalanná válik, vagy a mellékhatások megakadályozzák a további dózisemelést.

Az alapszer elviekben ma is a morfin, de leggyakrabban alkalmazott a fentanyl (Kalabay, 2011).

Fontos dolog még a folyamatos adagolás. Mivel a daganatos betegek fájdalma krónikus, állandóan fennálló, nem lenne logikus, ha a fájdalomcsillapítás a fáj-

dalom jelentkezésekor történne. Az „éjjel-nappali” adagolás (around-the-clock) az adott szerek hatás-tartamának és felszívódásának figyelembevételével folyamatosan hatékony hatóanyag-koncentrációt és ezzel folyamatos fájdalommentességet tesz lehető-vé (Pikó, 2009).

Vizsgálatunk célja volt annak elemzése, hogy da-ganatos betegségek esetén mennyire adekvátak és hatékonyak az alkalmazott különböző fájdalomcsil-lapító terápiák a betegek mindennapos életvitelének a fenntartásában.

Anyag és módszer

A vizsgálati adatgyűjtés egy online felületen történt, ahol egy daganatos betegekből álló csoport tagjai tölthették ki a kérdőívet. A válaszolók otthonélő, különböző korú és nemű betegek voltak, eltérő da-ganatos megbetegedésekkel. Kérdőíves módszerrel vizsgáltuk, hogy a fájdalomra milyen szereket hasz-nálnak, az alkalmazott fájdalomcsillapító okoz-e mellékhatást, szükséges-e valamilyen alvászsegítőt alkalmazni, és hogy a fájdalom megléte milyen ha-tással van a mindennapos életvitelükre (öltözködés, tisztálkodás, takarítás, bevásárlás).

A fájdalom súlyosságának megítélésére 10 pon-tos vizuális analóg skálát (VAS- skála) használtunk. 1 pontot jelentett a minimális fájdalom, és 10 pontot a tűrhetetlen fájdalom.

A kérdőív 2017. október elejétől 2017. novem-ber végéig volt online elérhető. Ez idő alatt összesen 109 kérdőív érkezett vissza, amelyekből 97-et lehe-tett bevonni a vizsgálatba. A kutatás egy keresztmet-szeti vizsgálat volt, mert a következtetésekhez csak egyetlen időpillanatban végzett megfigyelések szolgá-ltak.

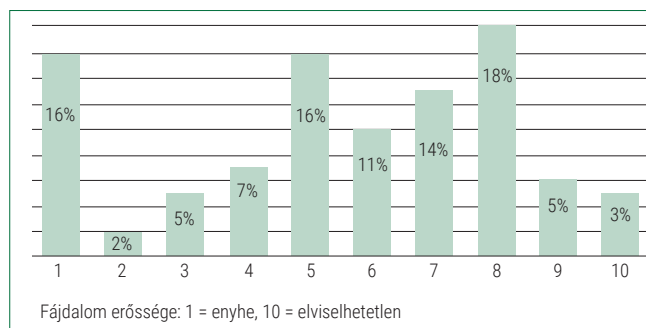
A kérdőívek feldolgozása Microsoft Excel tá-blázattal történt. Leíró statisztikai módszereket, és a gyakoriságok közötti szignifikancia vizsgálatra Khi-négyzet-tesztet alkalmaztunk. Szignifikánsnak tekintettük a különbséget, ha $p < 0,05$ volt.

Eredmények

A válaszadók átlag életkora 55 év volt. A legfia-talabb 20 éves, a legidősebb válaszoló 86 éves volt. A kérdőívet kitöltők 71%-a nő volt. A résztvevő sze-mélyek legtöbbször szakközépiskolai, vagy gimnáziumi végzettséggel rendelkezett (n=35), amit a szak-munkás iskola (n=26), főiskolai, egyetemi (n=20), felsőfokú képzés-és az OKJ-s végzettség követett (n=13), 3 résztvevőnek volt 8 általános iskola a leg-magasabb végzettsége.

A primer daganatok közül a leggyakoribb az emlőrák volt (n=25), ami a tüdő (n=13), a hasnyál-

2. ábra: Fájdalom erősségének gyakorisága VAS-skálán



I. táblázat: A különböző fájdalom megélési csoportokban alkalmazott fájdalomcsillapítók

Fájdalomcsillapító típusa	A fájdalom megélése VAS-skála alapján		
	enyhe (1-3) n=22	közepes (4-6) n=33	erős (7-10) n=42
Nem opioid/ NSAID	21 (95%)	19 (58%)	23 (55%)
Enyhe opioid	1 (5%)	6 (18%)	11 (26%)
Erős opioid	0 (0%)	7 (21%)	8 (19%)

mirigy (n=10), az agy (n=7), a bőr és vastagbél (n=5-5), illetve a petefészek és méh (n=4-4) daganata követett. A többi daganatféle egy-két esetre kor-látozódott. A válaszadók 29%-a felelt igennel, és 71%-uk felelt nemmel arra a kérdésre, hogy van-e áttétjük.

A fájdalom megjelenésének helyeül legtöbbször a has és az oldalak területét fájlalták (n=31). Keveseb-ben jelezték a fej- (n=15), mellkasi- (n=11) és csont-fájdalmakat (n=11). Egyéb fájdalmak csak szórva-nyosan fordultak elő.

A **2. ábra** a fájdalom erősségének gyakoriságát mutatja be VAS-skálán. A betegek jelentős részének (42%) volt kifejezetten erős fájdalma (VAS ≥ 7 pont), és csupán 22%-uknál volt a fájdalom jól tolerálha-tó (VAS ≤ 3 pont). A válaszadók közül a legtöbbször (n=40) azt válaszolták, hogy napi 1-2 órányi fájdalomtól szenvednek. A betegek nagy része (n=30) 4-5 órára tette a fájdalmuk napi időtartamát, és 17 beteg pedig szinte egész nap kénytelen elviselni valamifé-le fájdalmat. 10 fő azoknak a száma, akik napi 8-10 órán keresztül éreznek fájdalmat. Fájdalommentes-ségről senki sem számolt be.

A válaszolók majdnem kétharmada (n=64) nem opioid/NSAID fájdalomcsillapító készítményt hasz-nált. Jóval kevesebb az enyhe- (n=18) és az erős opioid készítményeket használók aránya (n=15). Az **I. táblázat** részletezi a különböző fájdalom megélési csoportokban alkalmazott fájdalomcsillapítók gya-korisági előfordulását. Szignifikáns megoszlási kü-lönbég jelentkezett az „enyhe – közepes” ($p=0,01$), illetve az „enyhe – erős” ($p=0.004$) fájdalmat meg-

II. táblázat: Az alkalmazott különböző fájdalomcsillapítók mellékhatásainak gyakorisága

Mellékhatások	A fájdalomcsillapító típusa		
	Nem opioid/ NSAID n= 64	Enyhe opioid n=18	Erős opioid n=15
rossz közérzet	21 (33%)	3 (17%)	3 (20%)
aluszékonyság	12 (19%)	5 (28%)	3 (20%)
gyomorpanaszok	7 (11%)	3 (17%)	4 (27%)
szédülés, gyengeségérzet	10 (16%)	1 (6%)	1 (7%)
székrekedés	7 (11%)	2 (11%)	2 (13%)
egyéb	7 (11%)	4 (22%)	2 (13%)

III. táblázat: A fájdalom megélésének hatása a napi tevékenységre

Korlátozott napi tevékenységek	A fájdalom megélése VAS-skála alapján		
	enyhe (1-3) n=22	közepes (4-6) n= 33	erős (7-10) n=42
öltözködés	9 (41%)	13 (39%)	18 (43%)
tisztálkodás	8 (36%)	9 (27%)	12 (29%)
takarítás	4 (18%)	7 (21%)	8 (19%)
bevásárlás	1 (5%)	4 (12%)	4 (10%)

élő csoportok között a nagyobb arányú opioid fájdalomcsillapítók alkalmazása miatt. Ez azt jelenti, hogy azok a vizsgálati személyek nyúltak az erősebb hatású szerekhez, akik nagyobb fájdalmat éreztek. Egyéb relációban nem volt szignifikáns megoszlási különbség.

A **II. táblázat** az alkalmazott különböző fájdalomcsillapítók 5 leggyakrabban előforduló mellékhatását mutatja be. A leggyakoribb mellékhatások a rossz közérzet, aluszékonyság és gyomorpanaszok voltak, azonban ezek gyakorisági megoszlása nem különbözött szignifikánsan a különböző fájdalomcsillapítási típusoknál. Az erős opioidokat kapó betegek körében legmagasabb arányban gyomorpanaszok fordultak elő, de ez sem érte el a szignifikáns különbség szintjét ($p=0,280$) összehasonlítva a gyengébb fájdalomcsillapítókkal. A válaszolók 60%-ának kellett valamilyen altatót vagy nyugtatót szednie a fájdalomcsillapító kiegészítéseként a pihentető alvás érdekében.

Áttét megjelenése szerinti eloszlás alapján 28 áttéttel élő és 69 áttét nélküli beteg volt. A betegek által használt fájdalomcsillapítók közül az erős opioid mutatott jelentős eltérést. Az áttéttel élő betegekből 7 fő (25%) használt erős opioidot, amíg az áttét nélküli betegekből csak 8 fő (12%) ($p=0,009$). NSAID-ot az áttétes betegekből 11 fő használt, gyenge opioidot pedig 10 fő. Az áttét nélküli betegekből 53-en

használtak NSAID-ot, 8 fő gyenge opioidot. A megoszlásbeli különbség nem szignifikáns.

A fájdalom megélésének a hatását a napi tevékenységre a **III. táblázat** mutatja be. Minden csoportban magas volt a napi tevékenységet korlátozó tényezők előfordulása, de a vizsgált négy paraméter terén nem tudunk kimutatni lényeges megoszlási különbségeket a fájdalom függvényében, még az erős fájdalmat megélők csoportjában sem.

Megbeszélés, következtetések

A tumoros megbetegedések komoly kihívást jelentenek a mai egészségügyi ellátás számára is, mivel az előrehaladott, áttétes daganatos betegek az utóbbi évtizedek terápiás változásainak hatására, krónikus, hosszan túlélő betegekké váltak. Ezeknek a betegeknek a fájdalomcsillapítása terápiás szemléletváltást követel (Ruzsa & Horváth, 2014), mert a daganattal élő betegek igen nagy része tapasztal betegsége miatt súlyos, életminőséget jelentősen korlátozó fájdalmakat, amelyek megfelelő kezelése sokszor nem történik meg (Heigl, 2014). Ennek egyik oka, hogy a betegek és az orvosok egyaránt vonakodnak az opiátok használatától. Ez a vonakodás abból adódik, hogy hiányos ismeretekkel rendelkeznek az egészségügyi szakemberek is, ezáltal a betegeket sem tudják megfelelő tájékoztatásban részesíteni. A fájdalom nem megfelelő kezelésének másik fő oka lehet a fájdalom alul diagnosztizálása. Számos esetben előfordul, hogy a beteg nem mer szólni arról, hogy fájdalmat érez, ezáltal nem tudják megfelelő kezelésben részesíteni. Fontos, hogy megfelelő legyen a diagnózis felállítása, amivel elkerülhető az alapfájdalom alul- vagy felülkezelése. Ehhez szükséges az alapos anamnézis felvétel, a beteg pontos kikérdezése. Fel kell mérni a fájdalom mellett a beteg testi és lelki állapotát is, illetve az eddigi gyógyszeres és fájdalomcsillapítási szokásait.

Egy 1993-as amerikai tanulmány szerint a daganatos fájdalom megfelelő kezelésének legfőbb akadálya a fájdalom rossz megítélése az orvosok részéről, további akadályok közé tartozott a betegek vonakodása a fájdalom beszámolásáról, és a fájdalomcsillapítóktól, illetve az orvosok vonakodása az opiátok felírásától (Von Roenn, Cleeland, Gonin, Hatfield, & Pandya, 1993). E problémák kiküszöbölése mellett szükséges az újonnan felismert támadáspontú gyógyszerek jobb megismerése, tapasztalatok szerzése és beépítésük a meglévő protokollokba, továbbá a régóta alkalmazott szerek használatának újragondolása annak érdekében, hogy kevesebb krónikus mellékhatást észleljünk, és jobb életminőséget érthessünk el (Ruzsa & Horváth, 2014).

A folyamatos fájdalommentesség biztosítása érdekében a gyógyszereket nem szükség szerint, hanem előre meghatározott gyakorisággal („around the clock”) adagoljuk, és a WHO fájdalomcsillapító lépcsőit használva állítsuk be a gyógyszerelést. Soha nem a beteg várható élettartama, hanem panaszai szerint, gondos megfontolás alapján, a készítményekre vonatkozó tényeket mérlegelve válasszuk ki a legmegfelelőbbnek tűnő kezelést. Vizsgálatunkban nem tudtuk igazolni, hogy ezen betegeknél betartják a WHO többlépcsős fájdalomcsillapítási ajánlását. A nagyobb fájdalomcsillapítási igény meg lett volna, mivel a betegek 42%-a jelentős fájdalomról panaszkodott és az is jelzi az insuficiens terápiát, hogy nagyon magas arányú volt a napi tevékenység korlátozásáról és alvászavarról beszámoló betegek aránya.

Az adekvát fájdalomcsillapító terápia beállításhoz fontos lenne a fájdalom minél objektívebb megítélése. Erre a VAS-skála önmagában csak korlátozottan alkalmas, mivel nagyon függ a beteg szubjektumától, aktuális környezeti befolyásoltságtól. Ezt igazolta vizsgálatunk is, hiszen a változó erősséggel megélt fájdalom ellenére nem tudunk igazolni megoszlási különbséget a napi tevékenység korlátozása terén. Így a fájdalom erősségének minél pontosabb megítélésére a komplett klinikai kép kiértékelése javasolható, ami azonban időigényes mind az ellátó orvos, mind a beteg számára.

Korlátja lehet a megfelelő dózisz terápia beállításának a mellékhatásoktól való félelem. Különösen igaz ez az opioid típusú fájdalomcsillapítókra. Vizsgálatunk során nem találtunk szignifikánsan több

mellékhatást egyik fájdalomcsillapító csoportban sem. Korlátja ennek a kiértékelésnek, hogy nem ismerjük a szedett gyógyszerek dózisének, és valószínűleg kimaradtak a vizsgálatból a terminális állapotok miatt nagy dóziszú gyógyszert szedő betegek. Így ez az elemzés csak fennjáró betegekre vonatkoztatható. Ezen betegeknél azonban megállapítható, hogy nem kell félni a fájdalomcsillapítók okozta mellékhatásoktól. Ez különösen igaz az új gyógyszerformák megjelenésére (pl. retard készítmények, fájdalomcsillapító tapaszok), ami a nyújtott hatóanyag-leadásuk révén lehetővé teszi az adagok gyakoriságának ritkítását, illetve a parenterális beviteli forma csökkenését a gasztrointesztinális mellékhatásokat, javítva ezzel a beteg együttműködését a kezelés során (Antal & Klebovich, 2008).

Összességként megállapíthatjuk, hogy a vizsgálatba bevont daganatos betegek nem részesültek adekvát analgetikus terápiában. Ennek javítására elsődleges lenne az egészségügyi szakemberek minél magasabb szintű képzése a fájdalom és annak csillapításának témakörében. Ugyanez elmondható a páciensek oldaláról is. Minél szélesebb körű ismeretterjesztő oktatást kellene végezni mind a tumoros betegségek lefolyása, mind a kínzó érzések elkerülhetőségének megismertetése terén. Ezt el lehetne érni országosan szervezett média bevonásával végzett akciókkal, illetve az ellátó ápolók ismeretanyagának lényeges elmélyítésével. Nagyon fontos, hogy mindent megtegyünk ezen betegek életminőségének javítása érdekében, hiszen napjainkban a fájdalom a megfelelő terápiával teljes mértékben uralható.

Irodalomjegyzék

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. *A Betegek jogai és kötelezettségei*. Retrieved 2017. 11. 25., from <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.TV&celpara=>
- Antal, I., & Klebovich, I. (2008). A fájdalomterápia farmakokinetikán alapuló optimalizálása - innovatív hatóanyag-leadó rendszerek. *Lege Artis Medicinae*, 18(11), 783-789.
- Biró, E. (2013). Opioidokkal történő fájdalomcsillapítással kapcsolatos attitűdök magyar felnőttek körében. *Orvosi Hetilap*, 154(12), 455-463. doi:10.1556/OH.2013.29569
- Boér, K. (2011). A csontáttétek okozta fájdalom csillapítása. *LAM KID*, 1(2), 12-19.
- Budai, E. (2014). Rosszindulatú daganat okozta krónikus fájdalom klinikai vonatkozásairól és csillapításáról. *Magyar Orvos*, 22(03), 13-17.
- Heigl, P. (2014). Daganatos fájdalmak csillapítása. *Orvosi Hetilap*, 155(3), 93-99. doi:10.1556/OH.2014.29808
- Kalabay, L. (2011). A daganatos beteg fájdalomcsillapítása. In L. Kalabay (Ed.), *A daganatos betegek gondozása* (pp. 47-56). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Pikó, B. (2009). *Pikó Béla. Onkológiai betegek fájdalomcsillapítása (without english abstract)* <http://www.webdoki.hu/cikk.php?cid=51140> Webdoki 2009 (Vol. -).
- Ruzsa, Á., & Horváth, Z. (2014). Új irányok a daganatos fájdalomcsillapításban. *Klinikai Onkológia*, 1(3), 189-193.
- Von Roenn, J. H., Cleland, C. S., Gonin, R., Hatfield, A. K., & Pandya, K. J. (1993). Physician attitudes and practice in cancer pain management: A survey from the eastern cooperative oncology group. *Annals of Internal Medicine*, 119(2), 121-126. doi:10.7326/0003-4819-119-2-199307150-00005

EREDETI KÖZLEMÉNY

A műtéten átesett malignus emlődaganatos betegek életminőség vizsgálata

TÓTH Enikő, Dr. KIRÁLY Edit PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

Bevezetés: A morbiditási statisztikában a fejlett és fejlődő országokban egyaránt az emlődaganat áll a ranglétra első helyén.

A vizsgálat célja: Feltérképezni a malignus emlő daganatos nők műtét utáni életminőségét, mely főként a különböző korosztályok összehasonlítására és a társas viszonyok változására terjedt ki.

Anyag és módszer: A felmérés 2017 novemberében történt az Országos Onkológiai Intézetben kérdőíves módszerrel, melyben 70 fő vett részt.

Eredmények: Az életkorok eloszlásának függvényében rendezett adatok alapján a 60 év feletti korosztály több pszichés tünetről számolt be, mint a fiatalabb csoport. A betegségük alatt a negatív irányba módosult társas kapcsolatú nők közül többen éltek egyedül és rosszabb életminőségről számoltak be.

Következtetések: Családi támogatás hiányában rendkívül hasznos lenne, ha hangsúlyozottabbak lennének az elérhető lehetőségek, hogy a nők minél előbb visszailleszkedhessenek a társadalomba.

Kulcsszavak: emlő, emlődaganat, életminőség, felmérés, kapcsolatok

Evaluation of the quality of life of patients with malignant breast cancer after surgery

Enikő Tóth, Edit Király PhD

SUMMARY

Introduction: In the morbidity statistics, breast cancer is ranked first in both developed and developing countries.

The aim of the study: To map the quality of life after surgery of women with malignant breast cancer, which mainly involved the comparison of different age groups and changes in social relations.

Material and method: The survey was conducted in November 2017 at the National Institute of Oncology using a questionnaire method, in which 70 people participated.

Results: Based on age-disaggregated data, the over-60s reported more psychiatric symptoms than the younger group. During the course of their illness, many of the socially altered women in their lives were living alone and reporting a lower quality of life.

Conclusion: In the absence of family support, it would be extremely beneficial to increase the opportunities available for women to reintegrate into society as soon as possible.

Keywords: breast, breast cancer, quality of life, survey, relationships

TÓTH Enikő
diplomás ápoló, Országos
Gerincgyógyászati Központ,
Gerincsebészeti és Ortopédiai
Osztály, Budapest

Dr. KIRÁLY Edit PhD
ápolási igazgató, MSc ápoló,
Jávorszky Ödön Kórház, Vác

Levelező szerző
(correspondent):
TÓTH Enikő;
E-mail: toth.ena17@gmail.com

Beérkezett: 2020. február 25.
Elfogadva: 2020. április 14.

Bevezetés

Egyre gyakoribb rosszindulatú elváltozás a nők körében az emlőrák kialakulása. Előfordulása a világon évente 1 millió új esetre és 370 ezer halálesetre tehető (Tompa, 2011). A korszerű kezeléseknél köszönhetően a halálozások aránya csökkenő tendenciát mutat, a megbetegedések száma azonban növekszik (Lázár és mtsai., 2010). A jelenkori kezelés célja, hogy egyfajta multidiszciplináris gondozást hozzon létre, amely tartalmazza a kezeléseken kívül a

rehabilitációt is. Így a daganatos betegek gondozása során figyelni kell a pszichés támogatásra, nem csak a testi tünetekre. Ennek tudatában fontos, hogy az életévekhez, melyeket a kezeléseknél köszönhetően nyertek, milyen életminőség társul (Nemzeti rákellenes program, 2006).

Az emlőműtétek hordozhatnak magukkal súlyosabb lelki sérelmeket. Okozhat undort és szégyenérzetet a nők körében. A női mell az anyaság és szexuális vonzerő szimbóluma, ezért fokozhatja az emlőeltávolító műtét a betegekben a szorongást és

a félelmet a testképtől. Az önértékelés zavara miatt a műtéten átesett nők elutasítóan viselkednek a közeli kapcsolataikkal, holott kifejezetten a támogató háttérre lenne szükségük, mivel ez a fajta biztonság a fizikai és lelki állapotukon kívül az életminőségekre is kihat (Riskó, 1999).

Minden műtéti beavatkozás előtt fontos a beteg pszichés állapotának a felmérése. A felismert zavarok nemcsak a terápiák és az együttműködés miatt fontosak, hanem a rehabilitáció hatásosságára is kihatnak. A magas szorongási szint megegyezhet a depressziós tünetek szintjével, ami hosszútávon megküzdési nehezítettséggel bír. A mai világban a technika fejlődésének, így a lerövidített kórházban tartózkodásnak köszönhetően egyre nehezebb felismerni és ezáltal kezelni a betegeket érő megrázkódásokat (Kovács és mtsai., 2017). Fontos megemlíteni az öngyilkossági gondolatok megjelenését is, ami háromszorosát mutatta az átlag populációhoz képest. Ezenkívül egy elemzés kimutatta, hogy az idő elteltével a társas kapcsolatok és a hozzákapcsolódó élmények csökkentek (Rohánszky, Katonai, & Konkoly, 2014). A fiatalabb nőknek rosszabb tapasztalataik, testi tünetek voltak a kezelésük alatt, emellett jobban nyugtalanította őket a testkép változásuk, mint a 40 évnél idősebb korosztályt. A magasan iskolázott és magasabb jövedelemmel rendelkezőknél több feszültséget és érzelmi zavart okozott a betegségük, - ami kihatott a testképre és az egészségügyi funkciókra is -, mint az alacsonyabb iskolai végzettségűeknél. Ez annak köszönhető, hogy a nagyobb tudással rendelkezők ismereteiket táגיthatják a kezelésükről, ezáltal erősen koncentrálnak a betegségekre, ami befolyásolhatja a pszichoszociális életminőségüket. Az alacsony végzettségű nők pedig az információ hiányában kevésbé terheltek érzelmileg (Tan et al., 2014). A tájékozódás és a tanácsadás fontos szerepet játszik a páciensek életében, mivel nemcsak a pszichés betegségek javulásában, hanem az egész onkológiai ellátás területén emelheti a minőségi gondozást (Khalil et al., 2016).

A vizsgálat célja

A vizsgálatunk célja volt, hogy helyzetképet adjunk a malignus emlő daganatos nők műtét utáni életminőségéről, különös tekintettel az aktív munkát végzők, illetve a már visszavonulóban lévő nők csoportjaira.

Anyag és módszer

A vizsgálat 2017 novemberében, az Országos Onkológiai Intézetben, az Emlő és Lágyszövetsebészeti osztályán történt a kórház Etikai Bizottsága enge-

délyével. A felmérésre kiadott kérdőívek száma 100 darab volt, ebből a válaszadók száma 70 fő.

A demográfiai adatok tartalmazták a betegek koráról, lakóhelyükről, iskolai végzettségükről és családi állapotukról való információkat, kiegészítve a társas kapcsolatok változásaihoz kapcsolódó adatokkal (pozitív vagy negatív irányú változás következett be, mennyire támaszkodhattak családjukra, barátokra). Az Európai Rákkutató és Terápiás Szervezet Mell-daganattal kapcsolatos életminőség kérdőívéből alkalmazásra került néhány kérdés, ahol 4-es fokú Likert-skálán kellett a megkérdezetteknek az elmúlt hétről az egyes érzéseiket és állapotukat jelölni (feszültség, bizakodás, szorongás, fájdalom, testileg kevésbé vonzódás, és a meztelen test látványa).

Az adatok Microsoft Excel 2010 szoftver alkalmazásával kerültek rögzítésre és feldolgozásra. A statisztikai elemzésnél az abszolút és relatív gyakoriságot, folytonos változók homogén megoszlása esetén a csoportok egyeztetésére az átlag értéket adtuk meg +/- SD értékkel. A szignifikancia szinteket a chi-négyzet próbával elemeztük, 95%-os valószínűségi szinten ($p < 0,05$).

Eredmények

A kutatásban részt vett személyek átlagos életkora 66 év volt, amit két csoportra bontottunk. Egyik csoportban a 60 év alattiak ($n=50$ fő), a másikban a 60 év felettiak ($n=20$ fő) szerepelnek. Mindkét csoporton belül a budapesti lakhellyel rendelkezők vannak többségben. Emellett a 60 év felettiak közül többen élnek faluhelyen (20%). Az iskolai végzettség mérésénél a 60 év alattiak 48%-a, a 60 év felettiak 50%-a járt valamilyen egyetemi képzésre. Nem találtunk szignifikáns különbséget a két csoport között a lakhely és a végzettség terén (**I. táblázat**), míg a fiatalabb korosztályban nagyobb arányú volt a hajadonok, illetve az idősebbek körében az özvegyek száma ($p=0,002$).

A vizsgált populációk jellemzőbben inkább pozitív irányú társas kapcsolati változást észleltek a betegségük során (**II. táblázat**), de nagy arányú a negatív tapasztalatok előfordulása is. A két csoport megoszlásában nincs szignifikáns különbség. A családi támogatottságra való számíthatóság terén lényegesen kedvezőbb a helyzet; mindkét csoportban 100% körüli a támogatottság. Arra a kérdésre, hogy a családban van-e olyan ember, akivel meg tudják beszélni a problémáikat, tudnak-e pszichésen támaszkodni rájuk a 60 év feletti betegeknek 100%-os volt az igen válasz, míg a 60 év alattiaknál csak 76% ($p=0,016$).

A testi tünetek és érzések előfordulási gyakoriságát az elmúlt hétre vonatkozóan kellett megvá-

I. táblázat: Demográfiai adatok életkor szerinti megoszlása

		60 év alattiak (n=50)	60 év felettiak (n=20)	p érték
Lakhely	Budapest	23 (46%)	10 (50%)	0,542
	Egyéb város	21 (42%)	6 (30%)	
	Falu	6 (12%)	4 (20%)	
Végzettség	Nyolc általános	0	1 (5%)	0,376
	Szakmunkás	9 (18%)	2 (10%)	
	Gimnázium	17 (34%)	7 (35%)	
	Egyetem	24 (48%)	10 (50%)	
Családi állapot	Hajadon	14 (28%)	1 (5%)	0,002
	Házass	25 (50%)	13 (65%)	
	Elvált	10 (20%)	0	
	Özvegy	1 (2%)	6 (30%)	

II. táblázat: Családi támogatottság életkor szerinti megoszlása

		60 év alattiak (n=50)	60 év felettiak (n=20)	p érték
Társas kapcsolatok változása	Pozitív irányba	24 (48%)	8 (40%)	0,297
	Negatív irányba	19 (38%)	6 (30%)	
	Nem változott	7 (14%)	6 (30%)	
Családi támogatásra számíthat	Igen	46 (92%)	20 (100%)	0,192
	Nem	4 (8%)	0	
Megbízható emberre támaszkodhat	Igen	38 (76%)	20 (100%)	0,016
	Nem	12 (24%)	0	

laszolniuk. Nem volt jelentős különbség a két csoport között (**III. táblázat**). A fiatalabb populáció 50%-ban, az idősebb korosztály 70%-ban jelezte a betegségérzetet. A feszültség érzése kérdésnél a 60 év felettiak több mint 50%-a jelezte, hogy nem érzi magát stresszesnek. A fiatalabb populáció 52%-a nyilatkozta, hogy kissé nyugtalannak érzi magát. A 60 év alattiak közül többen beszámoltak kevés fájdalom érzetről (70%), míg a 60 év felettiak közül csak 58%-uk. Nagymértékű fájdalom 6%-ban a 60 év alattiak között fordult elő. Szorongás és álmatlanság a 60 év felettiéknél 55%-ban csekély mértékben megfigyelhető, a fiatalabb populációban 52%-ban. A női testről feltett kérdésekben a válaszadók száma mérsékelten csökkent (60 év alattiak 46 fő, a 60 év felettiak 19 fő). A fiatalabb korosztály érezte a testi változásokat zavarónak, de az alacsony esetszám miatt a különbség nem szignifikáns.

A társas kapcsolatok vizsgálatánál két csoportra osztottuk a betegség alatt pozitív és negatív irányba módosult kapcsolatokat (**IV. táblázat**). A két csoport között nem volt számottevő megoszlási különbség a gyermekek száma és a családi támogatás terén, viszont a pozitív változást megélők környezetében gyakorlatilag mindig megtalálható volt egy pszichés

problémákat is megértő társ, míg a negatív változást megélőknél ez szignifikánsan alacsonyabb volt ($p=0,001$).

Hasonló felosztást használva a testi tüneteket és érzéseket mértük fel. Nem mutatott jelentősebb eltérést az életminőségi paraméterek megoszlása terén (**V. táblázat**), a pozitív irányba változottak közül 56%-uk érezte magát elesettnek, míg a negatív irányba változottak közül 76%. Összehasonlításra került a pozitív bizakodás a jövőre nézve. Az első populációból 93,75%-uk jelezte, hogy bizakodva áll az élet előtt. A negatív irányba változottak között 88% nyilatkozta, hogy szintén bízik a jobb jövőben.

A betegség alatt a test vonzóságának megítélésénél a negatív irányú változást átélőknél kiemelkedően nagyobb arányú volt a test miatti probléma ($p=0,030$), és szignifikancia közeli szintet ért el a zavaró meztelen test látványa.

Megbeszélés, következtetések

A malignus emlődaganat műtétén átesett nőket a vizsgálatban két korcsoportba osztottuk a 60. életévet tekintve elválasztó vonalnak. Az önkényesen kiválasztott határérték háttérben az állt, hogy a

III. táblázat: Testi tünetek és érzések az életkor megoszlása szerint

		60 év alattiak	60 év felettiak	p érték
Elesettség	Egyáltalán nem	19 (38%)	4 (20%)	0,347
	Egy kissé	25 (50%)	14 (70%)	
	Meglehetősen	5 (10%)	1 (5%)	
	Nagymértékben	1 (5%)	1 (5%)	
Feszültség	Egyáltalán nem	18 (36%)	10 (50%)	0,514
	Egy kissé	26 (52%)	7 (35%)	
	Meglehetősen	5 (10%)	3 (15%)	
	Nagymértékben	1 (2%)	0	
Fájdalom	Egyáltalán nem	7 (14%)	5 (25%)	0,175
	Egy kissé	29 (58%)	14 (70%)	
	Meglehetősen	11 (22%)	1 (5%)	
	Nagymértékben	3 (6%)	0	
Szorongás	Egyáltalán nem	12 (24%)	5 (25%)	0,842
	Egy kissé	26 (52%)	11 (55%)	
	Meglehetősen	11 (22%)	3 (15%)	
	Nagymértékben	1 (2%)	1 (5%)	
Testileg kevésbé vonzó	Egyáltalán nem	11 (22%)	7 (35%)	0,238
	Egy kissé	13 (26%)	8 (40%)	
	Meglehetősen	16 (32%)	3 (15%)	
	Nagymértékben	10 (20%)	2 (10%)	
Meztelen test látványa	Egyáltalán nem zavar	14 (30,4%)	8 (42,1%)	0,246
	Egy kissé zavar	13 (28,2%)	8 (42,1%)	
	Meglehetősen zavar	9 (19,5%)	2 (10,5%)	
	Nagymértékben zavar	10 (21,7%)	1 (5,2%)	

nők jelentős része 60 év felett már nyugdíjas, míg 60 év alatt aktívabb életvitelt folytat. Azt találtuk, hogy az életkor előrehaladtával a nők rosszabb testi tünetekről számoltak be. Az elesettség és betegség érzetnél kiemelkedő eltérés nem volt a két csoport között, de az idősebbek gyengébbnek érezték magukat, ami akár a természetes öregedésnek is betudható. Minden nőnek nehézséget jelentett elfogadni, hogy a műtét során megváltozott a nőiességük, így kevésbé érzik magukat vonzóknak. A testük vonzóságának csökkenését a várakozásunknak megfelelően a 60 év alattiak élték meg rosszabbul. Ez megegyezik

May Leng Tan és munkatársai vizsgálatával, akik az emlődaganatos nők közül szintén a fiatalabbaknál tudták igazolni, hogy jobban aggódtak a testképük miatt, mint az idősebbek (Tan et al., 2014).

Társas viszony terén a negatív irányba módosultnak értékelt nőket összehasonlítottuk a pozitív kapcsolatúakkal. A családi állapot szempontjából az előbb említett csoportban több volt a hajadon és az özvegy, valamint a támogatás terén is ők jelezték a legkevesebb segítséget. Hasonló eredményeket talált Kriston Pálma is az emlődaganatos nőbetegek pre- és posztoperatív pszichológiai állapotának vizsgálata

IV. táblázat: Család támogatása a társas kapcsolatok megoszlása alapján

		Pozitív irányú (n=32)	Negatív irányú (n=25)	p érték
Gyermekek	Nincs	4 (12,5%)	5 (20%)	0,728
	Egy	12 (37,5%)	8 (32%)	
	Két vagy több	16 (50%)	12 (48%)	
Családi támogatás	Igen	31 (96,8%)	22 (88%)	0,193
	Nem	1 (3,1%)	3 (12%)	
Mebízható ember	Igen	31 (96,8%)	14 (56%)	0,002
	Nem	1 (3,1%)	11 (44%)	

V. táblázat: Testi tünetek és érzések a társas kapcsolatok megváltozása függvényében

		Pozitív irányú (n=32)	Negatív irányú (n=25)	p érték
Elesettség	Igen	18 (56,2%)	19 (76%)	0,121
	Nem	14 (43,7%)	6 (24%)	
Feszült	Igen	20 (62,5%)	17 (68%)	0,665
	Nem	12 (37,5%)	8 (32%)	
Bizakodó	Igen	30 (93,75%)	22 (88%)	0,446
	Nem	2 (6,25%)	3 (12%)	
Szorongás	Igen	24 (75%)	20 (80%)	0,655
	Nem	8 (25%)	5 (20%)	
Fájdalom	Igen	26 (81,25%)	20 (80%)	0,323
	Nem	6 (18,75%)	5 (20%)	
Testileg kevésbé vonzó	Igen	20 (62,5%)	22 (88%)	0,03
	Nem	12 (37,5%)	3 (12%)	
Meztelen test látványa	Igen	19 (63,3%)	19 (86,3%)	0,064
	Nem	11 (36,6%)	3 (13,6%)	

során. A felmérésében, akik kapcsolatban éltek, azok életminősége magasabb értékeket mutatott (Kriston, 2016). Kutatásunk során a negatív irányba módosult társas kapcsolatú nőknél az életminőség rosszabb volt, főleg a testük megítélésében. Szignifikánsan többen jelezték, hogy úgy érzik, kevésbé vonzóak a helyzetükben, emellett nehézséget jelent számukra testük látványa.

A vizsgált 60 év felettek között több volt az özvegyként egyedül élő nő, aminek következménye lehet a nagyobb társadalmi elszigetelődés. Ennek ellenére a kutatásunkban az ő családi támogatottságuk pozitív értékeket mutatott. Kiemelkedően fon-

tosnak tartjuk a család szerepét a daganatos betegek körében. A társas kapcsolatok hiányában ugyanis az embereknek jobban romlik az önbecsülésük, és ezzel párhuzamban az önmagukról alkotott testképük is. Vizsgálatunk is igazolta, hogy akiknek stabil pszichés háttere volt, ott a műtét ellenére pozitívan alakultak a társas kapcsolataik.

Véleményünk szerint érdemes lenne fókuszálni a kevés pszichés támogatottságú betegek körére, mivel megfelelő, célzott programok segítségével javítható lenne ezen betegek életminősége, önképe, és így hatékonyabban vissza tudnának térni az aktív társadalmi élethez.

Irodalomjegyzék

- Khalil, A., Faheem, M., Fahim, A., Innocent, H., Mansoor, Z., Rizvi, S., & Farrukh, H. (2016). Prevalence of Depression and Anxiety amongst Cancer Patients in a Hospital Setting: A Cross-Sectional Study. *Psychiatry Journal*, 1-6. doi: 10.1155/2016/3964806
- Kovács, P., Koncz, Z., Peti, J., Gódey, A., Horváth, D., Gerlinger, L., ... Riskó, Á. (2017). Az onkopszichológiai rehabilitáció területei és kihívásai. *Magyar Onkológia* 61(3), 284-291.
- Kriston, P. (2016). Emlődaganatos nőbetegek pre- és posztoperatív pszichológiai állapotának vizsgálata az észlelt fájdalom, a betegség attribúciók, és az egészségmagatartás összefüggésében. *Impulzus- Szegedi Pszichológiai Tanulmányok*, 3(1), 4- 12.
- Lázár, G., Besznyák, I., Boross, G., Farsang, Z., Gulyás, G., Jakab, F., & ... Tóth, L. (2010). Az emlőrák korszerű sebészeti kezelése. *Magyar Onkológia*, 54(3), 227-228. doi: 10.1556/MOnkol.54.2010.3.4
- Nemzeti Rákellenes Program. (2006). *Nemzeti Rákellenes Program*. Budapest: Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet
- Riskó, Á. (1999). *Bevezetés az onkopszichológiába*. Budapest.
- Rohánszky, M., Katonai, R., & Konkoly, T. B. (2014). Magyar daganatos betegek pszichoszociális állapota. *Orvosi Hetilap*, 155(26), 1024-1032. doi: 10.1556/OH.2014.29849
- Tan, M. L., Idris, D. B., Teo, W. L., Loh, S. Y., Seow, G. C., Chia, Y. Y., & Tin, A. S. (2014). Validation of EORTC QLQ-C30 and QLQ-BR23 questionnaires in the measurement of quality of life of breast cancer patients in Singapore. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 1(1), 22-32. doi: 10.4103/2347-5625.135817
- Tompá, A. (2011). A daganatos betegségek előfordulása, a hazai és nemzetközi helyzet ismertetése. *Magyar Tudomány*, 172(11), 1333-1345.

EREDETI KÖZLEMÉNY

Gyógyszerszedési szokások felmérése hipertóniás felnőttek körében

VARGA Bernadett, Dr. FUSZ Katalin PhD,
Dr. CSIMA Melinda PhD, LUKÁCS-HORVÁTH Marianna, DEÁK András,
Dr. STROMAJER-RÁCZ Tímea PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: A magas-vérnyomás betegség a legismertebb rizikófaktor a kardiovaszkuláris megbetegedések és a stroke kialakulásában. Jelen vizsgálat célja, a 40 évnél idősebb, hipertóniában szenvedő betegek életmódjának, betegség reprezentációjának, valamint gyógyszereszedési szokásainak felmérése

Anyag és módszer: Kvantitatív, keresztmetszeti, leíró kutatásunkat 2017-ben online kérdőív formájában végeztük 40 évnél idősebb magas-vérnyomás betegségben szenvedők körében (n=267). Az adatgyűjtés eszköze a Brief Illness Perception Questionnaire rövidített változata, a Morisky Medication Adherence Scale (8-item) és saját szerkesztésű kérdőív.

Eredmények: A kor előrehaladtával magasabb terápiahűség jellemző a vizsgált populációra (r=0,26; p<0,001). A páciensek, akiknek a körzeti orvos javasolt életmódbeli változtatásokat, magasabb terápiahűséggel bírnak (p=0,032). Akiknek magasabb volt az eddig mért legmagasabb vérnyomásuk (r=0,18; p=0,003), nehezebben élik meg a betegségüket (r=0,15; p=0,014).

Következtetések: Az egészségmagatartás és a körzeti orvos tájékoztatása befolyásolhatja a hipertónia megélését és a terápiahűséget. Az egészségmagatartás és a terápiahűség szintjének növelésében a háziorvosok mellett, kiemelt szerepe lehet a kiterjesztett hatáskörű közösségi szakápolóknak.

Kulcsszavak: magas-vérnyomás betegség, egészségmagatartás, betegségreprezentáció, terápiahűség

Survey of Medication Habits in Hypertensive Adults

Bernadett VARGA, Katalin FUSZ PhD, Melinda CSIMA PhD, Marianna LUKÁCS-HORVÁTH, András DEÁK, Tímea STROMAJER-RÁCZ PhD

SUMMARY

The aim of the study: Hypertension is the best known risk factor in development of cardiovascular diseases and stroke. Survey has assessed –in hypertensive patients over 40, - the illness representation, lifestyle and medicine taking habits.

Material and method: Quantitative, cross-section descriptive research was conducted in 2017 with online questionnaire among hypertensive people over 40 (n=267) using shortened version of Brief Illness Perception Questionnaire, Morisky Medication Adherence Scale (8-item) and our questionnaire.

Results: Therapy adherence is typical for older individuals in surveyed population. (r= 0,26; p<0,001). Who were advised by general practitioners (GP) to implement lifestyle changes show more inclination following therapy. (p=0,032). Those with higher blood pressure (r=0,18; p=0,003) has harder time living with hypertension. (r=0,15; p=0,014).

Conclusion: Quality of living with hypertonia and therapy adherence can be influenced by health behaviour and the information provided by general practitioners (GP). Beside the, general practitioners (GP) advanced practice nurse can have significant role in increasing the level of health behaviour and therapy adherence.

Keywords: hypertension, health behaviour, illness representation, therapy adherence

VARGA Bernadett szakoktató,
PTE-ETK, Kaposvári Képzési
Központ, Ápolástudományi,
Alapozó Egészségtudományi és
Védőnői Intézet

DR. FUSZ Katalin PhD
tudományos segédmunkatárs,
PTE-ÁOK, Élettani Intézet

DR. CSIMA Melinda PhD
egyetemi docens, KE-PK,
Neveléstudományi Intézet,
Pedagógia-Pszichológia
Tanszék

LUKÁCS-HORVÁTH Marianna
szakoktató, PTE-ETK,
Kaposvári Képzési Központ,
Diagnosztikai Intézet

DEÁK András mb. ápolás-
szakmai igazgató helyettes,
PTE-KK, Sürgősségi Orvostani
Tanszék, Sürgősségi Beteg-
ellátó Osztály

DR. STROMAJER-RÁCZ
Tímea PhD adjunktus, képzési
igazgató, PTE ETK Kaposvári
Képzési Központ, Ápolástudo-
mányi, Alapozó Egészségtudo-
mányi és Védőnői Intézet

Levelező szerző
(correspondent):
VARGA Bernadett; E-mail:
varga.betti34@gmail.com

Beérkezett: 2020. január 30.
Elfogadva: 2020. március 29.

Bevezetés

A WHO felmérése szerint a magas-vérnyomás világszerte a vezető halálozás és a rokkantságot okozó betegségek egyik legfőbb rizikófaktora. A világon körülbelül 1 milliárd embert érint és évente 9,4 millió halálesetet okoz (WHO, 2019). Magyaror-

szágon a 2014-es ELEF felmérés szerint, a 65 év feletti lakosság 66,5%-a ismert magas-vérnyomás beteg (KSH, 2015). A frissen felfedezett hipertóniás beteg számára a terápiás együttműködés mindenképp életmódváltásban, és többnyire élethosszig szükséges, rendszeres gyógyszereszedésben nyilvánul meg. A hipertónia kontrolljában a megfelelő egész-

sémgagatartással kapcsolatos változók (testmozgás, sófogyasztás, alkoholfogyasztás, háziorsói vizit) jelentős befolyásoló tényezőnek bizonyulnak. Egy kutatás szerint az ételek sózásának elkerülése 80%-kal javítja, a rendszeres testmozgás pedig 2,61-szeresére növeli az optimális vérnyomás fenntartását (Teshome et al, 2018; Karamánné Pakai, 2015; Oláh et al, 2012). A magas – vérnyomás betegség kezelésének másik fontos alappillére a gyógyszeres terápia. Azonban csak akkor biztosítható a vérnyomás céltartományban tartása, ha a beteg következetesen betartja az orvosi utasításokat. A gyógyszeres adherencia nem más, mint a gyógyszerelési előírások szigorú betartása, a terápiahűség. A nem megfelelő adherenciára visszavezethető a kontrollálatlan hipertónia, mely kedvezőtlen szövődményekkel járhat, mint például a stroke, a veseelégtelenség vagy a hirtelen halál (Okunrinboy et al, 2019). Az orvos által felírt antihipertenzív szerek megfelelő szedése esetén biztosítható a vérnyomás hatékony szabályozása. Az idősebb betegeknek gondot okozhat a terápia elhúzó jellege, a gyógyszeres utasítások megértése, ami a betegségük súlyosbodásához vezethet (Park et al., 2018). A nem megfelelő terápiás együttműködés rontja a betegek életminőségét, növeli a magas-vérnyomáshoz kapcsolódó szövődmények kialakulásának kockázatát és az egészségügyi ágazatnak is többletkiadással jár. Az alapellátásban dolgozó egészségügyi szakemberek központi szerepet játszanak a hipertónia menedzselésében. Kutatások rávilágítottak arra, hogy a szokásos konzultációk során nyújtott életmódbeli ajánlások javítják a betegek sémgagatartását, például 5-10%-al csökkentik a zsírfogyasztást, 36%-al csökken az alkoholtartalmú italok fogyasztása, növelik a zöldség-gyümölcs-, halfogyasztást és 44-77%-ban segíti a dohányzásról való leszokást (Kotseva, 2015). Ugyanakkor nemzetközi kutatások igazolták, hogy az egészségügyi szolgáltatók számára könnyen elérhető hipertóniás populáció, a háziorsók mégsem fordítanak kellő hangsúlyt az életmódbeli változtatások oktatására és a gyógyszeres terápia esetleges módosítására az őket felkereső betegek körében (Booth & Nowson, 2010).

Jelen vizsgálat célja, a 40 évnél idősebb, hipertóniában szenvedő betegek életmódjának, betegség reprezentációjának, valamint gyógyszeres utasítási szokásainak felmérése.

Anyag és módszer

Minta

Az adatfelvétel 265 magyar felnőtt bevonásával történt 2017-ben kvantitatív, leíró jellegű, keresztmetszeti vizsgálat formájában, véletlenszerű, cél-

irányos mintaválasztás módszerével, online kérdőív segítségével. Beválasztási kritérium volt a hipertónia, amely kezelésére legalább egyféle gyógyszert szed a résztvevő, valamint a 40 év feletti életkor. A kutatásból kizártuk azokat, akik mentális betegségük miatt nem tudják helyesen megítélni az állapotukat és nem képesek releváns válaszokat adni a feltett kérdésekre (Pakai & Kívés 2013; Karamánné Pakai & Oláh, 2014). A résztvevők eddig mért legmagasabb szisztolés vérnyomásértéke 182,69±24,16 Hgmm és diasztolés értéke 100,58±13,79 Hgmm.

A 265 kitöltő 89,4%-a nő, a résztvevők átlagéletkora 57,91 év (SD 8,356, min: 43, max:78). A felmérésben résztvevők 40,4% házastárs/élettársi kapcsolatban él, közülük 34,4%-a gyermeket is nevel. Az egyedül élők aránya 25,7%. A válaszadók több mint a fele (57,7%) középfokú végzettséggel rendelkezik. Kutatásunk során az alapfokú végzettséggel rendelkezők aránya volt a legalacsonyabb (14%). A válaszadók 36%-a falun, 32,5%-a kisvárosban, 36,6%-a megyeszékhelyen él.

Mérőeszköz

A saját szerkesztésű kérdőív szociodemográfiai adatokra (nem, kor, iskolai végzettség, lakhely, családi állapot) és sémgagatartásra vonatkozó kérdéseket tartalmaz. Az adatfelvétel során két standard kérdőív kérdéseit is alkalmaztuk.

Morisky Medication Adherence Scale (8-item) (MMAS-8) (Morisky et al, 1986): nyolc kérdésből álló kérdőív, amely azt méri fel, hogy mennyire szedi következetesen a páciens az orvos által előírt gyógyszert. Az első hét kérdésre 0 vagy 1 pont kapható, az utolsó egy ötfokozatú Likert skála (0; 0,25; 0,5; 0,75 és 1 pont). A terápiahűség 6 pont alatt alacsony, 6-7,75 pont között közepes, míg 8 pont esetén magas.

Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) rövidített változata (Broadbent, et al, 2006): egy 8 kérdésből álló kérdőív, amelynek célja a betegség kognitív és érzelmi reprezentációinak gyors felmérése. A kérdésekre a választ 1-10-ig terjedő skálán kell bejelölni, annak függvényében, mennyire érzi magára nézve jellemzőnek a feltett kérdést. A nyolcadik item a 3 legfontosabb tényezőre kérdez rá, amelyek a páciens szerint hozzájárultak betegségének kialakulásához. A skála kiértékelésekor 7-70 pont kapható, minél magasabb a pontszám, annál nagyobb tehernek érzi páciens a betegségével való együttélést.

Statisztikai elemzés

Az SPSS 20.0 programcsomagot alkalmaztuk (SPSS, Chicago, IL). A leíró statisztikán belül abszolút és relatív gyakoriságot, illetve átlagot, szórást,

minimumot és maximumot számoltunk. A vizsgált változók közötti kapcsolat elemzéséhez khí-négyszet próbát, kétmintás t-próbát, varianciaanalízist és lineáris regressziót végeztünk. Az alkalmazott kérdőívek belső reliabilitását Cronbach-alpha-val ellenőriztük. Az eredményeket mindegyik teszt esetén $p < 0,05$ -nél tekintettük szignifikánsnak.

Eredmények

Egészségmagatartás és tápláltsági állapot

A fizikai aktivitás gyakoriságát egy egyszerű feleletválasztós kérdéssel mértük fel, a válaszadók 46%-a (n=122) „minden nap 30-60 percet” mozog, míg 30 fő (11,3%) válaszolt úgy, hogy általában kerüli a testmozgást. A páciensek 23,8%-nak (n=63) javasolta a körzeti orvosa a rendszeres testmozgást. A résztvevők 52,8%-a (n=140) semmilyen diétát nem követ, 9,4%-a (n=25) sószegény és 5,3%-a (n=14) zsírszegény étrendet tart. A páciensek 27,9%-nak (n=74) javasolta a háziorvosa a sóbevitel csökkentését és 16,6%-nak (n=44) a mediterrán étrendet. A legtöbben (56,6%; n=150) ritkán fogyasztanak állati eredetű zsírokat, és inkább jellemző a férfiakra, mint a nőkre ($p=0,006$).

A résztvevők testtömeg-index (BMI) átlaga 30,22 kg/m² (min: 17,47 kg/m²; max: 52,86 kg/m²; SD: 5,53). A páciensek 47,5%-a (n=126) az elhízott kategóriába tartozik (BMI >30 kg/m²), és 35,7%-a (n=95) túlsúlyos (BMI: 25-29,99 kg/m²). Összesen 108 főnek (40,8%) tanácsolta a körzeti orvos a test-

súlycsökkentést. A BMI-érték összefüggést mutat az iskolai végzettséggel, a lakhellyel és a testmozgással. Az alapfokú végzettséggel rendelkezők (n=37) tápláltsági állapota 32,01 kg/m², a felsőfokú végzettséggel rendelkezőké szignifikánsan alacsonyabb (n=75; BMI: 28,94 kg/m²; t=2,65; p=0,01). A falvakban élők (n=82) átlag BMI-értéke 31,44 kg/m², a megyeszékhelyen élőknek szignifikánsan alacsonyabb (n=97; BMI: 29,01 kg/m²; t=2,88; p=0,005). A testmozgást kerülők (n=48) és a naponta legalább 30-60 perc intenzív testmozgást végzők (n=70) BMI-értéke különbözik (33,02 kg/m² vs. 29,18 kg/m²; t=3,32; p=0,01).

A kávéfogyasztási szokásokra adott válaszok közül a „naponta 1 csésze” lehetőséget választották a legtöbben (73,2%; n=194). A megkérdezettek 34,7%-a (n=100) soha nem dohányzott, 34,3%-a (n=91) dohányzott, de már leszokott választ adta, a megkérdezettek 18,5%-a (n=49) pedig naponta egy doboz cigarettát szív el. A válaszadók 43,8%-a (n=116) nem szokott alkoholt fogyasztani, 25,7% (n=68) havonta egyszer és 2,6% (n=7) minden nap.

Gyógyszerszedési szokások

A páciensek 67,2%-át (n=178) tájékoztatta a háziorvos a vérnyomáscsökkentő gyógyszerek szedésének fontosságáról, és 29 főnek (10,9%) a lehetséges mellékhatásokra is felhívta a figyelmét.

A gyógyszereszedési szokásokat vizsgáló kérdőív-re (MMAS-8) adott válaszok átlagpontszáma 5,92 pont (n=265; min: 0,25; max: 8; SD: 1,99). A kérdőív

I. táblázat: Morsky Medication Adherence Scale (MMAS-8) értékelése (n=265)

Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) [Morisky et al. 1986]		igen (0 pont)	nem (1 pont)	
Néha elfelejti bevenni a gyógyszereit?		29,2%	70,8%	
Néhány ember nem szedi be a gyógyszerét, mert egyéb okok miatt elfelejtik. Gondolja végig az elmúlt 2 hetet. Volt néhány nap, amikor elfelejtette bevenni a vérnyomáscsökkentő gyógyszerét?		22,5%	77,5%	
Volt olyan, hogy lecsökkentette az előírt gyógyszeradagját, vagy abbahagyta a gyógyszereszedést az orvos értesítése nélkül, mert nem érezte jól magát, amikor szedte a gyógyszert?		32,2%	67,8%	
Ha elutazik vagy elhagyja az otthonát, előfordul, hogy néha otthon hagyja a vérnyomáscsökkentő gyógyszerét?		15%	85%	
Tegnap bevette a gyógyszerét?		nem (0 pont) 12,4%	igen (1 pont) 87,6%	
Ha úgy érzi, hogy a vérnyomása megfelelő kontrol alatt van, akkor előfordul, hogy abbahagyja a gyógyszer szedését?		18%	82%	
A mindennapi gyógyszereszedés egyeseknek igazi kellemetlenséget okoz. Érezte már úgy, hogy terhet jelent Önnek a mindennapi gyógyszereszedés?		35,2%	64,8%	
Milyen gyakran nehéz visszaemlékeznie arra, hogy bevette-e az összes gyógyszerét?				
soha (1 pont)	egyszer-egyszer (0,75 pont)	ritkán (0,5 pont)	általában (0,25 pont)	mindig (0 pont)
22,6%	38,5%	0%	18,1%	20,8%

belső reliabilitását jellemző Cronbach-alpha 0,75, ami megfelelő. A magas terápiahűségű csoportba (8 pont) 33 fő (12,5%), a közepes csoportba (6 és <8 pont között) 131 fő (49,4%) és az alacsony terápiahűségű csoportba (<6 pont) 101 fő (38,1%) került. A résztvevők legnagyobb arányban jelölték (87,6%), hogy bevették előző nap a gyógyszereiket. A válaszadók 35,2%-a érzi tehernek a mindennapi gyógyszereszedést (**I. táblázat**).

Az életkor és a terápiahűség között gyenge, pozitív irányú kapcsolat mutatható ki lineáris regresszió alapján ($r=0,26$; $p<0,001$). Az eredmények alapján elmondható, hogy a kor előrehaladtával inkább jellemző, hogy a betegek betartják az orvos által elrendelt gyógyszerek rendszeres szedését. A nem, a családi állapot, az iskolai végzettség és a lakóhely típusa nincs összefüggésben a terápiahűséggel ($p>0,05$).

91 páciens havonta jár kontrollra a körzeti orvoshoz, ők 6,41 pontot (SD: 1,42) értek el MMAS-8 kérdőívben, 47 fő csak évente egy-két alkalommal keresi fel házi orvosát, ők 5,08 pontot (SD: 2,47) kaptak ($t=-2,28$; $p=0,034$), azaz szignifikánsan alacsonyabb a terápiahűségük. Akiknek a körzeti orvos javasolt életmódbeli változtatásokat a hipertónia miatt, magasabb terápiahűséggel bírnak ($n=168$, MMAS-8: 6,12 pont; SD: 1,97), mint akik nem kaptak tanácsot ($n=97$; MMAS-8: 5,57 pont; SD: 1,96; $t=2,15$; $p=0,032$).

Az eddig mért legnagyobb vérnyomásértékek és a terápiahűség között szignifikáns kapcsolat nincs ($p=0,73$).

Megkérdeztük, alkalmaznak-e alternatív terápiás módszereket vérnyomásuk csökkentésére, és a válaszadók 30,2%-a ($n=80$) próbált már gyógyteát; 20 fő (7,5%) vény nélkül kapható gyógyszert, 14 fő meditációt (5,3%), 7 fő (2,6%) pedig akupunktúrát. Akik kipróbáltak már valamilyen alternatív terápiás lehetőséget, ők kevesebb pontot értek el az MMAS-8 skálán, azaz kisebb mértékű terápiahűség jellemző rájuk ($n=99$; MMAS-8: 5,59 pont; SD: 2,06), mint akik még nem próbáltak ki más terápiát ($n=166$; MMAS-8: 6,11 pont; SD: 1,93; $t=2,04$; $p=0,043$).

A magasvérnyomás-betegség megélése

A válaszadók 40,0%-a ($n=106$) 3-4 havonta, 34,3%-a ($n=91$) havonta jár a körzeti orvosához kontrollra, 19 fő (7,2%) viszont azt válaszolta, hogy nem jár kontrollra a körzeti orvosához. Azoknak, akik havonta járnak kontrollra a körzeti orvoshoz ($n=91$), az eddig mért legmagasabb szisztolés vérnyomásértékük átlagosan 186,85 Hgmm (SD: 23,11), akik csak évente egy-két alkalommal keresik fel a körzeti orvost, nekik 173,47 Hgmm (SD: 24,0), a különbség szignifikáns ($t=3,18$; $p=0,002$).

Felmértük, hogy milyen gyakran ellenőrzik a vérnyomásukat, és a legtöbben (36,6%; $n=97$) a „ritkán vagy havonta” választ adták. A második legtöbb (29,1%; $n=77$) válasz a „hetente 1-2 alkalommal” volt, míg 1,5%-uk ($n=4$) válaszolta, hogy soha nem ellenőrzi a vérnyomását. Jellemző még a vizsgált populációra, hogy akik naponta ellenőrzik a vérnyomásukat, ők gyakrabban keresik fel a házi orvosi praxist (51,2%-uk havonta), mint akik nem szokták ellenőrizni ($p=0,002$).

A betegség kognitív és érzelmi reprezentációjának felmérésére szolgáló kérdőív (BIPQ) kérdéseire adott átlag pontszám 37,81 volt (min: 14; max: 56; SD 6,836). A kérdőív belső reliabilitását jellemző Cronbach-alpha 0,72, ami megfelelő. A legmagasabb átlagpontot az a kérdés kapta, amely a betegség hosszára kérdez rá (7,58 pont, SD: 3,10, a legkevesebb pontot az alábbi kérdés ért: „Milyen gyakran érzi úgy, hogy a betegsége befolyásolja az Ön életét?” (3,51 pont; SD: 2,58) (**II. táblázat**).

Az utolsó kérdésnél a válaszadóknak meg kellett jelölni azt a három tényezőt, amely véleményük szerint leginkább hozzájárult betegségük kialakulásához. Összesen 23 faktort neveztek meg, ezek közül a stresszt jelölték meg a legnagyobb számban (152 válasz) a betegségükért elsősorban felelős faktorként. A második legmarkánsabb befolyásoló tényezőnek a túlsúlyt (82 válasz), a harmadiknak a genetikai tényezőket (78 válasz) jelölték meg a kutatásba bevont személyek. Továbbá nagy számban jelent meg a mozgásszegény életmód, étrend, dohányzás, mint fontos rizikótényező.

II. táblázat: Brief Illnes Perception Questionnaire (BIPQ) értékelése a kérdések átlagpontszáma alapján ($n=265$)

Brief Illnes Perception Questionnaire (BIPQ) rövidített változata [Broadbent et al. 2006]		átlagpont	SD
1.	Milyen gyakran érzi úgy, hogy a betegsége befolyásolja az Ön életét?	3.51	2.58
2.	Meddig fog Ön szerint tartani a betegsége? (rövid ideig - örökké)	7.83	3.10
3.	Mennyire érzi úgy, hogy van kontrollja a betegsége felett?	6.51	2.91
4.	Mennyire érzi úgy, hogy a kezelés segít a betegségén?	4.59	2.97
5.	Mennyire aggódik a betegsége miatt?	4.40	3.00
6.	Mennyire érzi úgy, hogy Ön érti a betegségét?	7.60	2.84
7.	Mennyire érzi úgy, hogy betegsége befolyásolja érzelmileg? (aggódik, ijedt, mérges, ideges)	4.43	3.21

Az életkor, a nem, a családi állapot, az iskolai végzettség és a lakóhely típusa nincs összefüggésben a magasvérnyomás-betegség megélésével ($p > 0,05$).

Gyenge pozitív kapcsolat van az eddig még legmagasabb szisztolés vérnyomásérték és a BIPQ pontjai között ($r = 0,18$; $p = 0,003$), azaz akiknek magasabb volt a vérnyomásuk, nehezebben élik meg a betegségüket. Gyenge pozitív a korreláció a BMI és a BIPQ pontjai között ($r = 0,15$; $p = 0,014$), azaz akiknek magasabb a BMI-értékük, nehezebben élik meg a betegségüket.

Akiknek magasabb a betegségpercepciójuk, tehát nehezebben élik meg a betegséget, gyakrabban vesznek részt ellenőrző vizsgálaton. Akik havonta járnak kontrollra a körzeti orvoshoz ($n = 91$), 39,43 pontot (SD: 6,67) értek el BIPQ kérdőívén, akik csak évente egy-két alkalommal keresik házi orvosukat ($n = 47$), ők átlagosan 35,11 pontot (SD: 7,52) kaptak ($t = 3,45$; $p = 0,001$). A betegségpercepciót mérő kérdőív (BIPQ) és a terápiahűség kérdőíve (MMAS-8) között sincs szignifikáns kapcsolat ($p = 0,15$).

Megbeszélés

Jelen kutatásban 256 fő vett részt, átlagéletkoruk 57,91 év, eddig mért legmagasabb átlagos szisztolés vérnyomásértékük 182,69 Hgmm és diasztolés értékük 100,58 Hgmm. Fenti paraméterek összhangban vannak más nemzetközi és hazai kutatásokkal (Al-Noumani et al, 2017; Lo et al, 2016; Valderrama et al, 2010). A válaszadók testtömeg-index (BMI) átlaga 30,22 kg/m², 47,5%-uk az elhízott kategóriába tartozik és 35,7% túlsúlyos. Az alapfokú végzettséggel rendelkezők tápláltsági állapota 32,01 kg/m², a felsőfokú végzettséggel rendelkezőké szignifikánsan alacsonyabb (28,94 kg/m²; $p = 0,01$). A falvakban élők átlag BMI-értéke 31,44 kg/m², a megyeszékhelyen élőknek szignifikánsan alacsonyabb (29,01 kg/m², $p = 0,005$). Összesen 108 főnek (40,8%) tanácsolta a körzeti orvos a testsúlycsökkentést. Booth és Nowson kutatásában a vizsgálatba bevont betegek 15%-a kapott felvilágosítást magasvérnyomás-betegségről, az általunk megkérdezettek egyharmada nyilatkozta, hogy tájékoztatták őket a sóbevitel csökkentéséről (Booth & Nowson, 2010). Eredményeink is igazolják a szociodemográfiai tényezők hatását, amelyeket a beteg tájékoztatásnál figyelembe kell venni.

A gyógyszereszedési szokásokat vizsgáló kérdőívre (MMAS-8) adott válaszok átlagpontszáma 5,92 ± 1,99 pont, amely külföldi kutatásokhoz hasonló (Oliveira-Filho et al, 2014; Alvarez et al, 2017). A magas terápiahűségű csoportba 12,5%, a közepes csoportba 49,4% és az alacsony terápiahűségű csoportba 38,1% került. Kayyat et al. tanulmányában a résztvevők 54%-a alacsony gyógyszereszedési

adherenciát mutatott (Khayyat et al, 2017). Hasonlóan Lo és munkatársai kutatásához, a mi általunk vizsgált populációra is a kor előrehaladtával nagyobb gyógyszereszedési fegyelem jellemző (Lo et al, 2016).

A válaszadók 40,0%-a ($n = 106$) 3-4 havonta, 34,3%-a ($n = 91$) havonta jár a körzeti orvosához kontrollra, 19 fő (7,2%) viszont azt válaszolta, hogy nem jár kontrollra a körzeti orvoshoz. Akik naponta ellenőrzik a vérnyomásukat, ők gyakrabban keresik fel a házi orvosi praxist, mint akik nem szokták ellenőrizni. Akiknek a körzeti orvos javasolt életmódbeli változtatásokat a hipertónia miatt, magasabb terápiahűséggel bírnak, mint akik nem kaptak tanácsot.

A Brief Illness Perception Questionery (BIPQ) átlagpontszáma magasabb (37,81 ± 6,836), Huda Al-Noumani és munkatársai 2015-ös tanulmányához képest (27 ± 12,2), (Al-Noumani et al, 2017), azaz általunk felmért magyar résztvevők nehezebben élik meg betegségüket. Rajpura és Nayak kutatásához hasonlóan legtöbben a stresszt jelölték meg, mint a legmarkánsabb tényező betegségük kialakulásának (Rajpura & Nayak, 2014). Akiknek magasabb volt az eddig mért legmagasabb vérnyomásuk, valamint akiknek magasabb a BMI-értékük nehezebben élik meg a betegségüket.

Az alternatív medicina alkalmazása a hipertónia kezelésére, számos külföldi kutatáshoz hasonlóan, a mi tanulmányunkban is fellelhető. Nemzetközi kutatások rávilágítanak arra, hogy ennek oka lehet a mellékhatásoktól való félelem, illetve a terápia költségvonzata. Osamor és Owumi szintén a komplementer medicina alkalmazását vizsgálta. Kutatásukban a megkérdezett alanyok 29%-a használt ilyen jellegű kezelést, szemben a mi kutatásunkkal, ahol a vizsgált populáció 37,4%-a vallotta ezt (Osamor & Owumi, 2010). Eredményeink szerint, akik kipróbáltak már valamilyen alternatív terápiás lehetőséget, ők kevesebb pontot értek el az MMAS-8 skálán, azaz kisebb mértékű terápiahűség jellemző rájuk.

Felmérésünkben a nem, a családi állapot, az iskolai végzettség és a lakóhely típusa nincs összefüggésben a terápiahűséggel és a betegségpercepcióval.

Kutatásunk korlátja, hogy az online felületen történő adatfelvétel következtében a válaszadók egy szűk körből kerültek ki (közösségi hálót használók), valamint a minta nem reprezentatív, így eredményeink korlátozott érvényességgel bírnak.

Eredményeink ismeretében szeretnénk felhívni a figyelmet a személyre szabott ellátás fontosságára, amelynek elengedhetetlen része a betegegyüttműködés, különös tekintettel az életmódbeli elemekre. Ennek a feladatnak az ellátására alkalmas lenne, a Magyarországon 2017 szeptemberében elindult APN képzés. Az első egyetemi végzettségű kiterjesztett hatáskörű közösségi szakápolók 2019 februárjában

szerezték meg képesítésüket, alkalmasak praxis közösségekben, családorvosi praxisokban a krónikus betegségek, mint a hipertónia felderítésére és nyommon követésére, gondozására (Oláh, A. et al, 2015). Az APN végzettségű ápolók kompetenciakörüknek megfelelően el tudják látni a magas-vérnyomás betegek észlelését, gyógyszerelését, betegedukációját

és egészségnevelését. Működésük emeli az ellátás színvonalát, javítja a betegelégedettséget (Betlehem & Oláh, 2017). Az APN végzettségű ápolók és a betegek közötti nyitottabb kommunikáció, valamint az egészségügyi szakember könnyebb elérhetősége, hozzájárul a betegek terápihatékonyágának növeléséhez.

Irodalomjegyzék

- Al-Noumani, H., Wu, J. R., Barksdale, D., Alkhasawne, E., Knafel, G., Sherwood, G. (2017). Relationship Between Medication Adherence and Health Beliefs Among Patients with Hypertension in Oman. *Sultan Qaboos Univ med J.* 17 (3):e329-e333. doi:10.18295/squmj.2017.17.03.012. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5642364/>
- Alvarez, P., Zeng, J., Tuttle, L., Viera, A. J. (2017). Patients' confidence in methods of blood pressure assessment and their reported adherence to antihypertensive medications. *Blood Press Monit.* 22(5), 259-264. doi:10.1097/MBP.0000000000000269.
- Betlehem, J., Oláh, A. (2017). Az ápolás megújulásának lehetősége hazánkban, *IME-Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 16 (9),5-8.
- Booth, A. O., Nowson, C. A. (2010). Patient recall of receiving lifestyle advice for overweight and hypertension from their General Practitioner. *BMC Family Practice.* 11:8. doi:10.1186/1471-2296-11-8. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2831841/>
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res.* 60(6), 631-7. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.10.020
- Karamánné P, A. (2015). Az idősek egészségi állapota, biológiai változások és a prevenció szerepe a mortalitási és a morbiditási adatok tükrében In: Lampek, K., Rétsági, E. (szerk.). *Egészséges időskor: Az egészségfejlesztés lehetőségei idős korban* (pp.48-64) Pécs: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.
- Karamánné P, A., Oláh, A. (2014.A). Irodalomkutatás a gyakorlatban: Irodalomkutatás a leggyakrabban használt adatbázisok felhasználásával. In: Ács, P., Oláh, A., Karamánné P, A., Raposa, LB. Ács, P. (szerk.) *Gyakorlati adatelemzés* (pp. 33-84) Pécs: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar
- Karamánné P, A., Oláh, A. (2014.B). Elméleti áttekintés a tudományos kutatásokról. In: Ács, P., Oláh, A., Karamánné P, A., Raposa, LB. Ács, P.(szerk.) *Gyakorlati adatelemzés* (pp. 9-32) Pécs: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar
- Khayyat, S. M., Hyat Alhazmi, R. S., Mohamed, M. M., Abdul Hadi, M. (2017). Predictors of Medication Adherence and Blood Pressure Control among Saudi Hypertensive Patients Attending Primary Care Clinics: A Cross-Sectional Study. *PlosOne* 2017. január 30. 12 (1); e0171255, doi:10.1371/journal.pone.0171255
- Kotseva K. (2015). Implementation of cardiovascular disease prevention guidelines in clinical practice-can we do better? *Curr Treat Options Cardiovasc Med.*17 (12),58. doi:10.1007/s11936-015-0415-9.
- Központi Statisztikai Hivatal (2015). Európai lakossági egészségfelmérés, 2014. *Statisztikai tükrök* 29 1-9. Retrieved from https://www.ksh.hu/apps/shop.kiadvany?p_kiadvany_id=79467&cp_temakor_kod=KSH&cp_lang=HU
- Lo, S. H., Chau, J. P., Woo, J., Thompson, D. R., Choi, K. C. (2016). Adherence to Antihypertensive Medication in Older Adults With Hypertension. *J Cardiovasc Nurs.* 31(4), 296-303. doi:10.1097/JCN.0000000000000251
- Morisky, D. E., Green, L. W., Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 24 (1), 67-74. doi:10.1097/00005650-198601000-00007
- Okunrinboye, H. I., Otakpor, A. N., Ilesanmi, O. S. (2019). Depression and medication-adherence in patients with hypertension attending a tertiary health facility in Southern-West Nigeria. *Pan African eMedical Journal* 32 (27), 1-12. doi:10.11604/pamj.2019.33.27.12941
- Oláh, A., Radnai, B., Müller, A., Gál, N., Fullér, N. (2012). Vitális paraméterek. In: Oláh, A. (szerk.). *Az ápolástudomány tankönyve* (pp. 313-338). Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Oláh, A., Máté, O., Bethlehem, J., Fullér, N. (2015). Advanced Practice Nurse (APN) MSc képzés bevezetése Magyarországon. *Nővér*, 28 (2),1-44.
- Oliveira-Filho, A. D., Morisky, D. E., Neves, S. J., Costa, F. A., Lyra, D. P. (2014). The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: validation of a Brazilian-Portuguese version in hypertensive adults. *Res Social Adm Pharm.* 10 (3), 554-61. doi:10.1016/j.sapharm.2013.10.006.
- Osamor, P. E., Owumi, B. E. (2010). Complementary and alternative medicine in the management of hypertension in an urban Nigerian community. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 10:36 doi:10.1186/1472-6882-10-36. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2912779/>
- Pakai, A., Kívés, Zs. (2013). Kutatásról ápolóknak, Minta-vétel és adatgyűjtési módszerek az egészséggtudományi kutatásokban. *Nővér*, 26 (3), 20-43.
- Park, N. H., Song, M. S., Shin, S. Y., Jeong, J.-h. (2018.). The effects of medication adherence and health literacy on health-related. *International Journal of Older People Nursing* 13 (3), 1-10. doi:10.1111/opn.12196.
- Rajpura, J., Nayak, R. (2014). Medication Adherence in a Sample of Elderly Suffering from Hypertension: Evaluating the Influence of Illness Perceptions, Treatment Beliefs, and Illness Burden. *J Manag Care Pharm.* 20 (1), 58-65. doi:10.18553/jmcp.2014.20.1.58.
- Teshome, D. F., Demssie, A. F., Zeleke, B. M. (2018). Determinants of blood pressure control amongst hypertensive patients in Northwest Ethiopia. *Plos One* 13 (5); e0196535. doi:10.1371/journal.pone.0196535. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5931630/>
- Valderrama, A. L., Tong, X., Ayala, C., Keenan, L. N. (2010). Prevalence of Self-Reported Hypertension, Advice Received From Health Care Professionals, and Actions Taken to Reduce Blood Pressure Among US Adults-HealthStyles. *J Clin Hypertens.* 12 (10),784-792. doi:10.1111/j.1751-7176.2010.00323.x.
- WHO (2019). World Health Organisation. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> Hozzáférhető 2019-09-23

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY, TOVÁBBKÉPZÉS

APN szerepe a hypertóniás beteg gondozásában a háziiorvosi körzetben

VÖRÖS Tünde, Dr. habil PAKAI Annamária, SZEBENI-KOVÁCS Gyula,
Dr. SZABÓNÉ BÁLINT Ágnes, Dr. habil OLÁH András

ÖSSZEFOGLALÁS

Nemzetközi szinten az APN ápoló szerepe a magas vérnyomás kezelésében sokat bővült. Az ápolók bevonása a vérnyomás kezelésébe, a szakszerű vérnyomásmérés elsajátításával és a betegoktatással kezdődött és a leghatékonyabb stratégiává vált a vérnyomáscsökkentés terén. Az egyetemi végzettségű APN ápolók feladatai közé tartozik a felmérés, nyomon követés, diagnosztika, gyógyszeres kezelés, egészségnevelés, betegeducatio, ellátás koordinálása, teljesítményellenőrzés és a minőség javítása. Hazánkban a hypertóniások ellátását és gondozását az alapellátásban háziiorvosok végzik. A napi szinten ellátandó betegek száma miatt az egy főre jutó ellátási idő folyamatosan csökken. A magas számú akut betegek ellátása miatt kevesebb idő jut a krónikus betegek gondozására. Hazánkban 2017 őszén indult az egyetemi végzettséget adó APN képzés. Az első egyetemi végzettségű APN közösségi szakápolók 2019 februárjában kerültek ki a rendszerbe. Képzettségüknek megfelelően alkalmasak háziiorvosi praxisokban, praxis közösségekben a kompetencia szintjüknek megfelelően krónikus betegek gondozására és nyomon követésére.

Kulcsszavak: magas vérnyomás, APN ápoló, gondozás, kompetencia, irányelv

The role of APN in the Care of Patients with High Blood Pressure

Tünde VÖRÖS, Annamária PAKAI PhD, habil, Gyula SZEBENI-KOVÁCS, Dr. Ágnes SZABÓNÉ BÁLINT, András OLÁH PhD, habil

SUMMARY

Internationally the role of Advanced Practice Nurses (APN) has grown a lot in the treatment for high blood pressure. The tasks of Advanced Practice Nurses with an advanced degree include the observation, following, diagnostics, medicinal treatment, health education, education of patients, coordination of care, checking of performance and improvement of quality. In Hungary the family doctors do the care of people with hypertonia in the primary care. Because of the number of patients who must be treated every day comes less time per capita in the care. For a high number of acute patients must be cared and for this reason less time remains for the care of chronic patients. In Hungary the education for Advanced Practice Nurse (APN) with an advanced degree has started in autumn 2017. The first of these nurses will get out of the education in February 2019. Due to their education they will be able to care acute illnesses in practices of family doctors and in communities of practice. Besides they will be able to explore, care and follow chronic patients.

Keywords: high blood pressure, Advanced Practice Nurses (APN), care, competence, guidelines

VÖRÖS Tünde ápoló MSc, szakdolgozói vezető, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház Kaposvár, Szemészet osztály, Kaposvár

DR. HABIL PAKAI Annamária egyetemi docens, tanszékvezető, képzési igazgató, PTE Egészségtudományi Kar, Szombathelyi Képzési Központ, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet, Védőnői és Prevenció Tanszék

SZEBENI-KOVÁCS Gyula szakoktató, PTE ETK, Pécsi Képzési Központ, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet, Pécs

DR. SZABÓNÉ BÁLINT Ágnes ápoló Msc Gyevi-Med Egészségügyi és Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság, Szeged-Algyő

DR. HABIL OLÁH András egyetemi docens, intézetigazgató, dékán, PTE ETK, Szombathelyi Képzési Központ, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet

Levelező szerző

(correspondent):

DR. HABIL PAKAI Annamária;

E-mail:

annamaria.pakai@etk.pte.hu

Beérkezett: 2020. január 28.

Elfogadva: 2020. február 11.

Problémafelvetés, témaválasztás indoklása

A világon megközelítőleg egymilliárd hypertóniában szenvedő ember él, ami a világ lakosságának 1/6-át jelenti. Előrejelzések szerint 2025-re 60%-kal nő a hypertóniások száma, vagyis a felnőtt lakosság 29%-a szenved majd magas vérnyomás betegségben. A WHO

2010 évi összefoglalója alapján elmondható, hogy a 25 év feletti felnőtt populációban a férfiaknál minden régióban nagyobb a hypertonia előfordulása, de ez Amerikában és Európában szignifikánsan eltér a nőktől (Carter et al, 2012).

Az Európai Lakossági Egészség Felmérés (ELEF) adatai szerint a hypertonia betegség előfordulása a felnőtt lakosság körében 32%, ami a kor előrehaladtával

fokozatosan nő, a 65 év feletti korosztálynál már eléri a 65%-ot. Magyarországon a háziiorvosi praxisba bejelentkezett felnőtt korú lakosság körében már 5,5 millióra tehető a hypertóniások száma. A Háziiorvosi Morbiditási Adatgyűjtési Program (HMAP) adatai szerint a hypertonia praevaenciája mindkét nemben nő (ELEF, 2010; Szegedi et al, 2014).

Világszerte, de főleg a magas jövedelemmel bíró országokban, egyre emelkedik a serdülő és fiatalkorú hypertóniások száma. Az USA-ban a gyermekkori és pubertáskori hypertonia előfordulása 1-3%-ra tehető. Fontos tudni, hogy akinél a hypertóniához obesitas társul, ott a fiúknál 30%, lányoknál 25-30%-ra tehető a hypertonia előfordulása (Carter et al, 2012). Hazai vonatkozásban a magyar serdülőpopuláció átlag-vérnyomásértékei a nemzetközi értékeknél magasabbak, mindkét nemben a szisztolés vérnyomás a korral lineárisan emelkedett. A debreceni Hypertension Study szerint a prevalencia a 15-18 éves korosztályban 2,5% volt és a fiúk szisztolés vérnyomása jelentősen (6-11 Hgmm), a lányoké kisebb mértékben (1-5 Hgmm) volt magasabb az amerikai hasonló korú fiatalokénál (Kiss, 2015).

Az időskorú lakosság aránya világszerte nő. A 2012. évi lakossági szűrési adatok is azt mutatják, hogy az 56. évtől a növekedés erőteljes és 70 év felett már megközelíti, férfiaknál jelentősen meghaladja a vizsgált egyének 40%-át. Nemzetközi és hazai adatok is bizonyítják, hogy a hypertonia gyakorisága nemenként is változik. 55 éves kora alatt a férfiaknál, 55-64 éves kor között a férfiaknál és nőknél egyaránt, 64 éves kor felett a nőknél magasabb a hypertonia praevaenciája. A hypertonia kialakulásában fontos szerepe van a testsúllynak, a diabetesnek, a genetikának, a pszichés állapotnak, a fizikai aktivitásnak, OSA-nak (Obstruktív Alvási Apnoe) (Szegedi et al, 2014; Kiss, 2015; Karamánné Pakai, 2015).

Hazánkban a primer és szövődménymentes hypertonia, kardiovaszkuláris rizikótényezők felmérése, gondozása a háziiorvosok tevékenységi körébe tartozik. Ugyanezen betegek szűrését és gondozását nemzetközi viszonylatban már nem a háziiorvosok, hanem magasan képzett APN-ek (Advanced Practice Nurse) végzik. Világviszonylatban a kiterjesztett hatáskörű ápolók kompetenciájába tartozik a fizikális betegvizsgálat, eszközös betegvizsgálat, diagnosztikai jellegű beutalások, diagnózis felállítása, kezelési terv összeállítása, gyógyszerrendelés, krónikus betegségek nyomon követése, kezelése és értékelése (Delamaire & Lafortune, 2010).

Az APN ápolók részt vesznek még allergiás, légúti betegségek és a diabetes kezelésében (Cooke, 2016). Napjainkban az APN ápolók szerepe a magas vérnyomás-kezelésben az ellátás valamennyi aspektusát magában foglalja, beleértve az észlelést és nyomon

követést, diagnosztikát és gyógyszeres kezelést, beteggondozást, tanácsadást, az ellátás koordinálását, a lakosság egészségének igazgatását (Clark et al, 2010; Oláh et al, 2015; Betlehem & Oláh, 2017).

Az ápoló szerepe a hypertonia kezelésében nemzetközi tanulmányok alapján

Az ápoló szerepe a magas vérnyomás kezelésének javításában, nemzetközi viszonylatban az elmúlt 50 évben jelentősen bővült. Az kiterjesztett hatáskörű ápolók bevonása a vérnyomásméréssel valamint a betegek oktatásával kezdődött, és az egyik leghatékonyabb stratégiává vált a vérnyomáscsökkentés terén. Napjainkban az ápolók és a magasan képzett ápoló szakemberek APN szerepe a magas vérnyomás-kezelésben az ellátás valamennyi aspektusát magában foglalja. Ide tartozik: észlelés, nyomon követés, diagnosztika, gyógyszeres kezelés, egészségnevelés, betegeducatio, ellátás koordinálása, teljesítményellenőrzés és a minőség javítása. A betegközpontú, multidiszciplináris csapat kulcsfontosságú tényezője a hatékony ellátási modelleknek, amelyekről megállapították, hogy javítják az ellátási folyamatokat és az ellenőrzési arányokat. A team alapú hypertóniás gondozás magában foglalja a páciens, a páciens gondozóját, és más szakembereket, mint például ápolók, gyógyszerészek, orvos asszisztensek, dietetikusok, szociális munkások és közösségi ápolók. Ezek a szakemberek segítik az elsődleges gondozó tevékenységét a magas vérnyomás ellátásával kapcsolatos feladatok megosztásával, ide értve a gyógyszerelést és az aktív betegfelügyeletet. A team-alapú hypertonia gondozásban részt vevő ápoló munkájának köszönhetően csökkent a gondozásban lévő beteg szisztolés és diasztolés vérnyomása, és hatékonyabb volt a normál vérnyomás elérése, mivel rutinszerűen mérik a vérnyomást az egészségügyi rendszerben. A vérnyomásmérés után az APN rögzíti az adatokat, majd elemzi a hypertóniás protokollnak megfelelően, hogy a mért érték normál vagy magas vérnyomás tartományában van-e. Ezen kívül felméri a beteg kardiovaszkuláris kockázatát. Az APN-nek fontos szerepe van a betegoktatásban, a telefonon és e-mail-en való nyomon követésben az ellátás során. Nyomon követi a kimaradt találkozásokat, hogy fenntartsa a kapcsolatot a pácienssel és megerősíti az ideális vérnyomásérték elérésének a fontosságáról. Gyakran a kiterjesztett hatáskörű ápoló az első egészségügyi szakember, aki észleli a magas vérnyomást, ezért fontos szerepet tölt be a betegekkel és más egészségügyi szakemberekkel való kommunikációban, a kezelési irányelvek végrehajtásában (Himmelfarb et al, 2016).

Az APN-k felelősek a magas vérnyomás kezelés farmakológiai és diagnosztikai vonatkozásáért. A nemzeti kezelési irányelvek alapján, protokollok használatával az APN-k felírják és dozírozzák a gyógyszereket a normál vérnyomásérték elérése érdekében. Megfigyelhető volt, hogy az ápolók által végzett magas vérnyomás kezelés során több volt a vérnyomáskontroll. Ezáltal a nem megfelelő vérnyomásérték esetén gyakrabban változtatták a terápiát és érték el a normál vérnyomásértékeket. A magas vérnyomás kezelésén kívül az APN-k hatékonyan kezelik a kardiovaskuláris kockázati tényezőket, mint a diabetes és a dyslipidémia (Himmelfarb et al, 2016).

A hypertonia gondozásában az APN ápolóknak emellett fontos szerepe van a kliens oktatásban és a tanácsadásban az életmódbeli változások végrehajtásának céljából.

A kiterjesztett hatáskörű ápoló feladatai közé tartozik a beteggel való találkozás során, hogy mérje fel a beteg ismeret szintjét a betegségével kapcsolatban, beszélje meg a beteggel az aggályait és tisztázza a félreértéseket, tájékoztassa a beteget a vérnyomás értékéről, világosítsa fel a beteget a konkrét kezeléssel, szóban és írásban, hangsúlyozza a kezelés folytatásának szükségességét, vonja be a beteget a döntéshozatalba, a kezelés beépítésének segítése a beteg napi életmódjába, a vérnyomás ellenőrzésének ösztönzése, a kezelési terv végrehajtása lépésekben, a dózisok módosítása a mellékhatások csökkentésének érdekében, a terápia költségeinek minimalizálása, visszajelzés adása a vérnyomásértékről, a családtagok oktatása a vérnyomásmérés fontosságáról és helyes technikájáról és együttműködés más szakemberekkel (Registered Nurses Association of Ontario, 2009; Himmelfarb et al, 2016).

Irányelv az APN ápoló számára a hypertonia kezelésére

Az APN ápoló feladatai

Anamnézis felvétele

A magas vérnyomás diagnosztikájában az APN ápolóknak fontos szerepe van az anamnézis felvételében mely magában foglalja a korábbi orvosi (magas vérnyomás-*időtartam, története; korábbi vérnyomás kezelés eredményei és mellékhatásai; gyógyszerhasználat /gyógynövények, vény nélkül kapható gyógyszerek, fogamzásgátlók, szteroidok, nem szteroid gyulladáscsökkentők, étvágycsökkentők, triciklikus antidepresszánsok, MAO, inhibitorok, kokain, egyéb gyógyszerek/; cukorbetegség; szívbetegség; vesebetegség; dyslipidémia;*

dohányzás), a családi (hypertonia; korai kardiovaszkuláris betegségek; cerebrovascularis betegség; cukorbetegség; dyslipidémia) -, szociális (pszichoszociális stressz; dohányzás; alkohol) anamnézist, a kliens étrendjének és testmozgási szokásainak (fizikai aktivitás; súlyváltozás; az utolsó étkezés során elfogyasztott: nátrium, koleszterin, gyümölcsök és zöldségek, teljes kiőrlésű péksütemény) felderítését és a tüneteinek (végszervi károsodásra utaló tünetek; agyvérzés vagy átmeneti ischaemiás roham; angina vagy miokardiális infarktus; szívvelégtelenség; vesebetegség; perifériás érbetegség; retinopátia; másodlagos magas vérnyomás okozta tünetek) áttekintését (Kumar et al, 2015).

Elengedhetetlen a beteg fizikális vizsgálata, egy általános vizsgálat (testsúly, testmagasság BMI), a szív- (zörej; S3/S4 galopp; arrithmia; lateral eltolódott szívcsúcs lökés; eltérés a két kar vérnyomása között), tüdők meghallgatása, a szem, fül és nyak vizsgálata (hypertenzív retinopathia vizsgálata (arteriolaris szűkület, vérzés, fokális arteriola szűkület); carotis zöreje; túltelített vénák; megnagyobbodott pajzsmirigy; pajzsmirigy göb), has - (hasi és femorális zöreje /hasi aorta, femoralis artéria/; hasi aorta aneurizma; nem fiziológiás aorta pulzáció; vese tapintása) és a végtagok megtekintése (csökkent vagy hiányzó artériás pulzus; perifériás ödéma; zörejek) valamint az idegrendszer vizsgálata (korábbi tünet / tünetek teljes neurológiai értékelése vagy jelenlegi stroke / átmeneti ischaemiás roham esetén: agyidegek vizsgálata (II–XII); fokozott reflexek; spazmusok, Babinszki jel; izomsorvadás; csökkent szenzoros funkció /fájdalom, hőmérséklet, finom érzékelés, propriocepció/)(Kumar et al, 2015).

Ezen felül fontos az ismételt vérnyomásmérés, a laborvizsgálatok elrendelése (Hgb, Htk vizsgálat, éhomi vércukor meghatározás, szérum összkoleszterin (HDL, LDL), szérum trigliceridszint meghatározás, Na, K, húgysav, kreatinin, Hgb A1c, vizeletvizsgálat), az eszközös vizsgálatok (otthoni és/vagy ABPM vérnyomás monitorozás boka-kar index) és a konziliáris vizsgálatok (ECHO-kardiográfia, HOLTER monitorozás, Carotis UH, hasi UH, szemfenék vizsgálat). (Kiss, 2015; Kumar et al, 2015).

Életmódbeli tanácsadás

Az APN ápoló követi a páciens életmódját, hogy felismerje azokat a tényezőket, amelyek befolyásolják a hypertonia kezelését, meglátja a potenciális lehetőségeket a változtatásra, amelyek segítséget nyújtanak a célok elérésében és megakadályozzák a komplikációk kialakulását. Az ápoló tájékoztatja a páciens az étrendi kockázati tényezőkről. Tanácsot ad a magas vérnyomásos betegeknek a megfelelő diéta kiválasztására, a napi ajánlott nátrium bevitelére (65-100 mmol/nap). Az APN ápoló értékeli a páciensek test-

tömeg indexét és derékbőségét. Támogatja a klienst a 25kg/m²-nél alacsonyabb BMI (Body Mass index) eléréséhez vezető úton. Felméri a páciens fizikai aktivitás szintjét. Szakember bevonásával tanácsokat ad a megfelelő testmozgás kiválasztására. Felméri a páciens alkohol fogyasztási szokását és annak mennyiségét. Ismeri a dohányzás káros hatását a szív- és érrendszerre. Létrehozza a páciens dohányhasználati státuszát és segíti a dohányzástól való leszokásban. Segít a stressz hatékony kezelésében (Jones et al, 2015)(Ajánlás: C).

Értékelés

Az APN ápoló értékelje a célszervi károsodást, szív- és érrendszeri megbetegedések jelenlétét vagy hiányát, a betegség terjedelmét, a terápiára adott választ. Ismerje a másodlagos hipertonia ismert okait például: krónikus vesebetegségek, Cushing-szindróma, obstruktív uropathia, primer aldosteronizmus, alvási apnoe, vagy pajzsmirigy betegség (Jones et al, 2015)(Ajánlás: C).

Az APN ápoló legyen tisztában a hipertonia kockázati tényezőivel, ide tartozik a korai érrendszeri megbetegedés (55 évnél fiatalabb férfi, 65 évnél fiatalabb nő), az életkor, a túlsúly (24,5kg/m²-nél magasabb BMI), a magas só bevitel, az ülő életmód, a túlzott alkoholfogyasztás, a bármilyen dohány vagy nikotin fogyasztása, a diabetes mellitus, a microalbuminuria, a vesebetegség. Ismerje a szív- és érrendszeri betegségek kockázati tényezőit, a magas vérnyomás, rendellenes lipidszint (összcholesterin 200 mg/dl vagy magasabb; HDL kevesebb mint 40 mg/dl; LDL nagyobb mint 100 mg/dl; triglicerid nagyobb mint 150 mg/dl), diabetes vagy praediabetes, bármilyen dohány termék, illetve nikotin használata, elhízás vagy túlsúly, fizikai inaktivitás, családi anamnézisben kardiovasculáris betegség, terhességi praeclampsia és túlzott alkoholbevitel (Jones et al, 2015)(Ajánlás: C).

Vérnyomásmérés

Az APN ápoló minden alkalmat használjon ki a vérnyomás mérésére a hipertonia korai kimutatásának érdekében. Ismerje a megfelelő vérnyomásmérési technikát és tudja alkalmazni. Legyen alkalmas a megfelelő mandzsettaméret kiválasztására, a kalibrált készülék alkalmazására, ismerje a magas vérnyomás diagnosztikai folyamatát, tájékoztassa a páciens az otthoni vérnyomásmérési technikákról a diagnózis felállításának segítése céljából és hívja fel a figyelmét a célzott vérnyomásérték elérésére és annak fenntartására (Jones et al, 2015)(Ajánlás: C).

Magas vérnyomásról beszélünk, ha a szisztolés vérnyomás 140 Hgmm vagy annál magasabb a diasztolés vérnyomás 90 Hgmm vagy annál magasabb. Legalább kétszer történjen meg a vérnyomás mérése, a két mérés között legalább két perc teljen el. A vérnyomásmérés előtt a páciens pihenjen zajmentes helyen. Kerülje a koffeinos italokat, a dohányzást a mérés előtt legalább 30 perccel. A páciens egy támlás széken üljön, háta legyen megtámasztva, lábai egymás mellett a földön összezárva, karja megtámasztva a szív magasságában. Mindkét karon történjen vérnyomásmérés, kivéve, ha az egyik karon ellenjavallt. A mandzsetta hossza a kar körfogatának 80%-a, szélessége a kar körfogatának 40%-a (ha a mandzsetta túl nagy akkor alacsony értéket kapunk, ha túl kicsi akkor magasabb értéket kapunk) (Oláh et al, 2012).

Az APN-nek következő kórtörténeteket kell figyelni, ami kiválthatja a magas vérnyomást: koronaria betegség, szívelégtelenség, vesebetegség, diabetes mellitus, diszlipidémia, alvási apnoe, köszvény, dohányzás, alkoholfogyasztás.

Káros hatások a korábbi antihipertenzív terápia, egyéb vényköteles OCT gyógyszerek, alternatív gyógymódok (gyógynövények), homeopátiák, magas vérnyomás, szív- és érrendszeri betegségek, cukorbetegség, diszlipidémia vagy másodlagos hipertonia okai, magas vérnyomás okairól szóló korábbi orvosi értékelés (pl.: labilis magas vérnyomás vagy magas vérnyomás paroxizmusa, fejfájás, szívdobogás, gyengeség, izzadás, hiányzó femorális artériás pulzus, hypokaliémia, hypercalcaemia, emelkedett kreatinin). Célszervi károsodásra utal, ezért az APN ápolónak fel kell ismernie a következőket: bal kamra hypertrophia, angina, miocardiális infarktus, szívelégtelenség, stroke, tranzien ischaemias attac, neuropathia, perifériás artériás betegség, retinopathia, krónikus vesebetegség (Jones et al, 2015)(Ajánlás: C).

Terápia

A terápia célja a célszervi károsodás minimalizálása a vérnyomás csökkentésével. Ez életmód változtatásával és gyógyszeres kezeléssel érhető el.

Nem farmakológiai intézkedések

A nem farmakológiai intézkedéseken belül az APN-nek fontos szerepe van a táplálkozási tanácsadásban. Ajánlja a csökkent nátrium bevitelt, napi bevitel kevesebb legyen, mint 2300mg, a kívánt testtömegindex elérését, étkezési zsírok, koleszterin bevitelének csökkentését, alkoholfogyasztás mérséklését, megfelelő mennyiségű kálium felvételét (banán, bab, burgonya...), magas kálium tartalmú étrend biztosítását, megfelelő mennyiségű kalcium felvételt, rendszeres

testmozgást (legalább napi 30 percet), és a dohányzás abbahagyását (Jones et al, 2015)(Ajánlás: C).

Gyógyszeres terápia

Az elsődleges hipertonia kezelésében alkalmazott gyógyszerterápia általános elvei a 2014. évi közös nemzeti bizottság ajánlásain alapulnak.

A 60 éves vagy annál idősebb hipertoniás betegek gyógyszerterápiájának beindítása 150/90 Hgmm-nél ajánlott. 30-59 évesek számára a cél a 140 Hgmm-nél alacsonyabb szisztolés érték, és a diasztolés érték kevesebb, mint 90 Hgmm. Ugyanazok a küszöbértékek és célok (kevesebb, mint 140/90) javasoltak diabéteszes vagy krónikus vesebetegségben szenvedő magas vérnyomású felnőtteknél, mint a 60 évesnél fiatalabb általános hipertoniás populációnál. Indítsa el az egyik hatóanyagot, állítsa be a maximális dózist. Ha a normál vérnyomásérték nem érhető el a kezdeti gyógyszerrel a maximális dózis mellett, akkor adjon hozzá egy másik gyógyszert egy másik osztályból (tiazid típusú diuretikum, CCB (Calcium Csatorna Blokkoló), ACEI (Angiotensin Konvertáló Enzim Inhibitor) vagy ARB (Angiotensin Receptor Blokkoló), és állítsa be a maximális dózist. Ha a vérnyomás cél nem érhető el 2 gyógyszer maximális dóziséval, válasszon egy harmadik gyógyszert a listából (tiazid típusú diuretikum, CCB, ACEI vagy ARB), elkerülve az ACEI és az ARB együttes alkalmazását. Adagolja a harmadik gyógyszert a maximális ajánlott dóziséig a vérnyomás cél eléréséhez. Ha a vérnyomás cél nem érhető el a felsorolt gyógyszerekkel vagy bármelyik gyógyszer ellenjavallt, illetve ha 3-nál több gyógyszer felhasználása szükséges, akkor a vérnyomásérték elérése érdekében, minden esetben a páciens forduljon orvoshoz. Az általános populációban, beleértve a cukorbetegeket is, a kezdeti antihipertenzív kezelésnek tartalmaznia kell egy tiazid típusú diuretikumot, kalciumcsatorna blokkolót (CCB), angiotenzin-konvertáló enzim inhibitor (ACEI) vagy angiotenzin receptor blokkolót (ARB). A cukorbetegségben szenvedő betegek 2 gyógyszeres kezelést igényelnek.

Ismerje meg a helyi kedvezményes gyógyszer-programokat, és tartsa be a legfrissebb listát. Amennyire lehetséges, rendelje meg a listából származó gyógyszereket. Bármilyen probléma esetén, kérjen tanácsot orvostól. Alapvető fontosságú a betegek gyógyszereinek pontos adagolásának betartása és az életmód változtatás végrehajtása. A gyógyszeres beavatkozás javítása érdekében naponként egyszer ellenőrizni kell az adagolást. A várandós vagy szoptató betegeknek a magas vérnyomás kezelésére szakorvoshoz kell fordulni (Jones et al, 2015) (Ajánlás: C).

Részletes gyógyszerelés

Nemzetközi viszonylatban az APN ápolók protokollok szerint végzik a hipertoniás betegek gondozását, ezen belül a gyógyszerrel való ellátását. Jones és munkatársai 2015-ben kidolgoztak egy irányelvet a kiterjesztett hatáskörű ápolók számára, mely tartalmazza a felírható gyógyszereket, gyógyszercsoportra, hatóanyagra és dózisa lebontva (Jones et al, 2015).

Tiazid típusú diuretikumok

Tiazid típusú diuretikumot ne adjon olyan betegeknek, akiknek ismert a gyógyszerrel szembeni érzékenysége, a készítmény bármely összetevője vagy a szulfonamid-származékkal szemben vagy anuriája van. A tiazid típusú diuretikumok a cukorbetegségben szenvedő betegek glükóz értékében változást okozhatnak. A köszvényes betegeknek a tünetek fellángolhatnak. Közepesen magas vagy magas koleszterinszint-koncentrációban szenvedő betegeknek nőhet a koleszterinszint. A betegek folyadék és elektrolit szintjében egyensúlytalanságot tapasztalhatnak. Ha a vérnyomás nem csökken a kezelés időtartama alatt 3-4 hét után sem, akkor növelhető az adag. Ha továbbra is magas a vérnyomás, célszerű hozzáadni egy másik gyógyszercsoportba tartozó vérnyomáscsökkentőt. A tiazid típusú diuretikumok nagyon gyakran kombinált terméként kaphatók. Ha a vérnyomáscsökkentő terápia során a diuretikum a kezdeti gyógyszer, akkor a második gyógyszer bármely más gyógyszerosztályból származhat. Ha azonban a diuretikumon kívül egy másik osztályból származó gyógyszert választanak kezdetben, akkor a második gyógyszernek szinte mindig vízajtó hatásúnak kell lennie (Jones et al, 2015).

Angiotenzin konvertáló enzimgátló (ACEI) és angiotenzin receptor blokkolók (ARB)

Nem adható ACEI vagy ARB azoknak a betegeknek, akiknél a gyógyszer vagy a készítmény bármely összetevője iránti érzékenysége van. A cukorbeteg esetében, akik ACEI-t vagy ARB-t is szednek, nem ajánlott aliszikirent szednie, ha a GFR becslése 60 ml/perc alatt van (enyhe veseelégtelenség), mert a kombináció fokozhatja az ACEI vagy az ARB nephrotoxikus hatását. A betegeknek a szérum káliumszintet, a szérum kreatinin szintet és a vérnyomást rendszeresen ellenőrizni kell. ACEI-t és ARB-t egyidejű terápiaként nem alkalmazható.

Az angiotenzin konvertáló enzimgátló (ACEI) és az angiotenzin receptor blokkolók (ARB-k) okozhat angioödémát, amely a legnagyobb gyakorisággal a terápia első 3 hónapjában fordul elő, de előfordulhat az első dózis bevétele után is (kevésbé valószínű az ARB-vel). Száraz hacker, nem termelő hatású

I. táblázat: Az APN ápolók által adható gyógyszerek (Forrás: Jones et al, 2015)

Gyógyszercsoport	Gyógyszernév	Napi kezdő dózis	Napi maximális dózis	Megjegyzés
Tiazid típusú diuretikum	Hidroklorotiazid (HCT) tbl	12,5mg-25 mg/nap	50 mg/nap	Nem adható hatóanyaggal szembeni érzékenység, szulfonamid származék allergia, diabetes, köszvény, magas koleszterinszint, folyadék- és elektrolit zavar esetén.
	Indapamid tbl	1.25 mg/nap	2,5 mg/ nap	Nem befolyásolja a lipidszintet
Angiotenzin konvertáló enzimgátló (ACEI)	Lisinopril tbl	10 mg/nap	40 mg/nap	Nem adható ha allergia van a gyógyszer összetevőire, a GFR 60 ml/perc alatt van. A kezelés alatt ellenőrizni kell a szérium kálium és szérium kreatinin, kalcium szintet. Mellékhatásként előfordulhat száraz köhögés.
	Enalapril tbl	5 mg/nap	10-20 mg/nap	
Angiotenzin receptor blokkolók (ARB)	Losartan tbl	25 mg/nap	100 mg/ nap	
	Valsartan tbl	40 mg/nap	80-320 mg/ nap	
	Irbesartan tbl	75 mg/ nap	150-300 mg/nap	
Kalcium-csatorna blokkoló	Dihidropiridin-amlodipin-bezilát tbl	2,5 mg/nap	5-10 mg/nap	A nem dihidropiridin-kalcium-csatorna-blokkolók (például a diltiazem, a verapamil) a vérnyomáscsökkentő hatásukon túl kismértékű védőhatást fejtenek ki a proteinuria tekintetében diabéteszes nephropathiában. Mellékhatásai, székrekedés, láb duzzanat, gingivális hiperplázia,
Non-dihidropiridinek	Diltiazem tbl	120-180 mg/nap	240-360 mg/nap	
	Verapamil tbl	180 mg/nap	360 mg/ nap	

köhögés általában a kezelés első néhány hónapjában következik be, 1-4 héttel a kezelés abbahagyása után (kevésbé valószínű az előfordulása ARB-nél). Előfordulhat hyperkalemia kialakulása, ezért a káliumszintet rendszeresen ellenőrizni kell (Jones et al, 2015).

Angiotenzin konvertáló enzim inhibitor (ACEI)

A napi egyszeri vagy kétszeri adagolású ACE gátlók esetében, a vérnyomáscsökkentő hatás csökkenhet az adagolási intervallum végére. Ha a betegnek 2-3 hét után nem megfelelő a vérnyomása, növelhető az adag a maximális dózissal (Jones et al, 2015).

Kalcium-csatorna blokkoló

A nem dihidropiridin-kalcium-csatorna-blokkolók (például a diltiazem, a verapamil) a vérnyomáscsökkentő hatásukon túl kismértékű védőhatást fejtenek ki a proteinuria tekintetében diabéteszes nephropathiában.

A kalciumcsatorna-blokkolók mellékhatásai a székrekedés, a grapefruit termékekkel való kölcsönhatás, duzzanat a lábakban vagy a kezekbe és a gingivális hiperplázia.

A nondihidropiridin-kalciumcsatorna-szerek (például verapamil, diltiazem) és a p-adrenerg blokkoló szerek egyidejű alkalmazása negatív hatást gyakorolhat a myocardium kontraktilitására, a szívfrekvenciára és az AV-vezetésre, és gátolhatja egyes béta blokkolók hatását. (Jones et al, 2015)(Ajánlás: C).

Az APN ápolók által adható gyógyszereket a **I. táblázat** tartalmazza (Jones et al, 2015).

Kezelési terv

A nyomon követés során az APN ápoló állítson fel a beteg számára elérendő vérnyomás érték cél, ennek elérését ellenőrizze minden találkozáskor. Határozzon meg kezelési tervet kliense számára.

Kérdezze meg a beteget, hogy az utolsó találkozás óta hányszor és milyen módon ellenőrizte a vérnyomását. Mit szeretne tenni annak érdekében, hogy a kitűzött vérnyomásértéket elérje. Küldje a beteget rendszeresen laborvizsgálatra a protokollnak megfelelően. Végezzen a betegen EKG vizsgálatot.

Minden abnormális vérnyomás érték esetén konzultáljon orvossal, illetve küldje a páciens orvosi konzultációra. Dokumentálja a betege minden adatát.

Az APN ápoló készítsen részletes kezelési tervet, kövesse a beteg gyógyszereszedésének módját, segítse a klienst a kitűzött vérnyomásértékeinek elérésében. Építsen ki bizalmi kapcsolatot, szánjon időt a páciens aggályainak feltérképezésére és megértésére. Kérdezzen rá a gyógyszereszedési szokásaira. Beszéljen meg a beteggel gyógyszereszedési stratégiát, melynek segítségével javíthatja a gyógyszereszedés módját. Tájékoztassa betegét az általa szedett gyógyszer mellékhatásáról. Találkozzon betegével rendszeresen, hogy nyomon tudja követni a megfelelő gyógyszereszedést.

Az kiterjesztett hatáskörű ápoló adjon tanácsot a páciensnek megfelelő étrendről, vonjon be diétetikust a tanácsadásba. Javasolja a rendszeres vércukorszint ellenőrzést a cukorbeteg és a krónikus vesebeteg számára. A zsírok fogyasztásának csökkentésére tegyen javaslatot. A kívánt testtömeg BMI elérése és az elért eredmény fenntartásában támogassa a páciens. Javasolja a kálium tartalmú élelmiszereket, ha diuretikumokat szed a beteg. Megfelelő kalcium tartalmú ételek fogyasztását ajánlja.

Azokat a pácienseket, akik ülő munkát végeznek, ösztönözze a napi 30 perces testmozgásra. Támogassa dohányzó klienst a dohányzásról való leszokásban.

Az APN ápoló tájékoztassa a klienst a stroke tüneteiről, melyek a következők: hirtelen szibbadás, vagy gyengeség az arcon, a karon vagy a lábakon, zavartság, beszédzavar, látászavar. Hívja fel a figyelmet a szívroham tüneteire: szédülés, egyensúlyvesztés, súlyos fejfájás, nyomás a mellkason, ami kisugárzik a vállra, nyakra és a karokra, fokozott izzadás, gyengeség, émelygés, légszomj. Beszélje meg vele, hogy ezen tünetek közül bármelyik jelentkezése során keresse fel a kezelőorvosát.

Tájékoztassa a beteget, hogy bármilyen kérdéssel, panasszal forduljon az APN ápolóhoz vagy keresse fel az orvosát (Jones et al, 2015).

Következtetés

Nemzetközi viszonylatban a kiterjesztett hatáskörű ápolók az egészségügyi ellátás szerves részét képezik. Magyarországon 2017-ben a nemzetközi tapasztalatokat figyelembe véve, elindult az első

egyetemi végzettséget adó APN képzés. A közösségi specializációt választó szakápolók a diploma megszerzése után magasabb kompetenciát kaphatnak a betegek ellátásának területén. Ezáltal képessé válnak önállóan a kliens anamnézisének felvételére, fizikális vizsgálat elvégzésére, diagnózis felállítására, terápia elrendelésére, a gyógyszer rendelés módosítására, leállítására, a fennálló terápia hatásosságának kiértékelésére, a nem gyógyszeres terápia meghatározására és kiértékelésére, sürgősségi esetben sürgősségi ellátásra való beutalásra, kezelési terv összeállítására, éves kontrollvizsgálat elvégzésére háziorvosi konzultációval, telemedicina eszközeinek alkalmazására, szükséges esetben a terápia módosítására, betegdokumentáció vezetésére, képalkotó diagnosztikai és vérkémiai vizsgálatok elrendelésére és kiértékelésére, szakambulanciára történő beutalásra, védőoltások elrendelésére és felírására a felnőtt praxisban (Oláh et al, 2015; Betlehem & Oláh, 2017; Kumar et al, 2015).

Kutatások bizonyítják, hogy ezekben az országokban észrevehetően csökken a vizsgálatokra a várakozási idő, magasabb a betegelégedettség és az ellátás minősége is nő. Ahhoz, hogy az ellátást hatékonyan tudják biztosítani, fontos az ápolók kompetenciájának kiterjesztése. *„Az APN ápolók meghatározott betegcsoport esetén megfelelő felkészültség alapján, önálló döntési joggal bírnak, saját felelősségre, számon kérhető módon cselekszenek. Képesek gyógyszeres és nem gyógyszeres terápiát alkalmazni. Egyetemi végzettséggel rendelkeznek. Képzési programja az előzetes tanulmányokra alapoz. Alkalmazása nemzetközi viszonylatban számos ország egészségügyi ellátási modelljében már bevezetésre került (Ausztrália, Egyesült Királyság, Kanada, USA stb.), tehát rendelkezünk nemzetközi tapasztalatokkal. Alkalmazása költségvetés szempontjából legalább is azonos költségszint mellett ellátás minőség növekedést eredményez. Működése garantálja és emeli az egészségügyi ellátás minőségét. Javítják a betegelégedettséget a különböző ellátási szintereken és alkalmazása csökkenti az intézeti várakozási időt.”* (Oláh et al, 2015; Betlehem & Oláh, 2017). Magyarországon a tartósan betöltetlen háziorvosi praxisok száma folyamatosan nő. Ezzel egyidejűleg az egy orvosra jutó ellátandó betegek száma is növekszik, ami maga után vonja, hogy az egy betegre fordítható ellátási idő, folyamatosan csökken. Az egyetemet végzett APN ápolók belépése a rendszerbe, óriási terhet vehetne le a háziorvosi ellátás válláról. Hiszen az egyetemen kapott képzettségüknek megfelelően, bizonyos orvosi kompetenciába tartozó feladatokat is el tudnak végezni. Az APN ápolók képessé válnak akut betegségek felismerésére, kompetencia körön belüli ellátására, a króni-

kus megbetegedésben szenvedő betegek ellátására, gondozására, hiszen jelentős mértékű önállósággal rendelkeznek. Igényük van új készségekre, mint a kritikus gondolkodás és információelemzés, jó kommunikáció és prezentációs képesség, betegirányítás, menedzsment és a feladatok delegálása. Az APN alapú ellátás előnyei lehetnének a magasabb diagnosztikai pontosság, a komplettebb kórtörténet felvétel, teljesebb egészségnevelés, tanácsadás, jobb

beteg compliance, hatékonyabb ellátás, jobb betegkövetés.

Az APN ápoló több egészségügyi tanácsot adhatna, ezáltal javulna a betegelégedettség, és az orvosok most meglévő nagyfokú terhelése is csökkenne. Az APN attitűdje továbbá, hogy törekszik és fontosnak tartja az ismeretek szakszerű alkalmazását, ezzel biztosítva a betegek szakszerű és biztonságos ellátását (Oláh et al, 2015; Betlehem & Oláh, 2017).

Irodalomjegyzék

- Betlehem, J., & Oláh, A. (2017). Az ápolás megújulásának lehetősége hazánkban. *IME- Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 9, 5-8.
- Carter, BL., Bosworth, HB., Green BB. (2012). The Hypertension Team: The Role of the Pharmacist, Nurse and Teamwork in Hypertension Therapy. *J Clin Hypertens*, 14(1), 51-65. doi: 10.1111/j.1751-7176.2011.00542.x.
- Clark, CE., Smith, LF., Taylor, RS., Campbell, JL. (2010). Nurse led interventions to improve control of blood pressure in people with hypertension: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 23;341:c3995. doi: 10.1136/bmj.c3995.
- Cooke, C. (2016). The Role of Nurse Practitioners in Health Care: Providing Patient-Centered Care. Retrieved from: <https://www.pcpc.org/sites/default/files/PCPCC-May-2016-National-Briefing-Webinar-slides-Role-of-NPs-final.pdf>
- Delamairé, ML., Lafortune, G. (2010). Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries (pp.20-21). Paris: OECD Retrieved from: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5kmbrcfms5g7-en.pdf?expires=1580027706&id=id&accname=guest&checksum=6B3748017A146EA764B908D861B0A05E>
- Egészségfelmérés (ELEF) 2009. (2010). *Statisztikai Tükör*, 4(50), 1-7.
- Himmelfarb, CR., Commodore-Mensah, Y., Hill, MN. (2016). Expanding the Role of Nurses to Improve Hypertension Care and Control Globally. *Ann Glob Health*, 82(2), 243-53. doi: 10.1016/j.aogh.2016.02.003.
- Kumar, GS., O'Neal, JP., Davis, V. (2015) Hypertension Management Action Guidefor Health Care Providers 2015. USA: Georgia Department of Public Health. https://dph.georgia.gov/sites/dph.georgia.gov/files/related_files/site_page/Hypertension%20Action%20Guide%20for%20Health%20Care%20Providers.pdf
- Jones, P., Grow, WR., Keadle, N., Knight, K., Richardson, G., Hazelwood, K. ... Kumar, G. (2015). Standard nurse protocol for primary hypertension in adults. Retrieved from: <https://dph.georgia.gov/sites/dph.georgia.gov/files/2015%20DPH%20Nurse%20Protocol%20for%20Hypertension.pdf>
- Karamánné Pakai, A. (2015). Az idősök egészségi állapota, biológiai változások és a prevenció szerepe a mortalitási és a morbiditási adatok tükrében In: Lampek, K., Rétsági, E. (szerk.). Egészséges idősödés: Az egészségfejlesztés lehetőségei idős korban (pp.48-64) Pécs: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.
- Kiss, I. (szerk.), (2015). A hypertoniabetegek ellátása. (Az MHT SZAKMAI IRÁNYELVE 2015) Budapest: Magyar Hypertonia Társaság Szakmai Irányelv.
- Oláh, A., Radnai, B., Müller, A., Gál, N., Fullér, N. (2012). Vitális paraméterek.
- In: Oláh, A. (szerk.). Az ápolástudomány tankönyve (pp. 313-338). Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Oláh, A., Betlehem, J., Máté, O., Fullér, N. (2015). Advanced Practice Nurse (APN) MSc képzés bevezetése Magyarországon. *Nővér*, 28(2), 3-10.
- Registered Nurses Association of Ontario. (2009). Nursing Best Practice Guideline Nursing Management of Hypertension. Retrieved from: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Nursing_Management_of_Hypertension.pdf
- Szegedi, J., Kékes, E., Sonkodi, S., Kiss, I. (2014). A hypertonia epidemiológiája Magyarországon. *Hypertonia és nephrologia*, 18, 5-6.

Szabadon választható elméleti továbbképzési pontszerzési lehetőség

Ezt a kéziratot őrizze meg, mert a MESZK honlapján keresztül – az előfizetők számára – elérhető online teszt kitöltéséhez a későbbiekben még szüksége lesz rá!!

Gratulálunk!

A Magyar Országgyűlés, a Magyar Ápolási Egyesület kezdeményezését követően 2014-ben február 19-ét, Kossuth Zsuzsanna születésének évfordulóját a Magyar Ápolók Napjának nyilvánította. Hagyományosan e napon kerül sor a kiemelkedő szakmai teljesítményt nyújtó szakdolgozók kitüntetésére..

A miniszteri kitüntésekre az Magyar Ápolási Egyesület terjesztette fel a díjazottakat, az elismeréseket **Dr. Csiki Zoltán egészségügyi fejlesztésekért felelős helyettes államtitkártól** vehették át a díjazottak.

*Az egészségügy területén végzett magas színvonalú szakmai munkájáért **Miniszteri Elismerő Oklevélben** részesült:*

- Bagi Júlia**, a Dr. Kenessey Albert Kórház- Rendelőintézet Infektológiai osztály főnővér-helyettese,
- Bolla Orsolya**, a Kanizsai Dorottya Kórház Gyermekosztály vezetőápolója,
- Böjtös Éva**, a Bács-Kiskun Megyei Kórház a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Oktató Kórháza II. Belgyógyászati Osztály diabetológiai szakápolója,
- Bugarszkiné Sárközi Gizella**, a Szent Rókus Kórház és Intézményei ápolási igazgatója,
- Dezsőfi Mónika**, a Bács-Kiskun Megyei Kórház Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Oktató Kórháza Urológiai Osztály vezetőápoló-helyettese,
- Dobóczi Mónika**, a Nagykőrösi Rehabilitációs Szakkórház és Rendelőintézet gasztroenterológiai szakasszisztense,
- Dr. Bálintné Ignác Erzsébet**, a Békés Megyei Központi Kórház Pándy Kálmán Tagkórház Traumatológia főnővére,
- Fodor Jánosné**, a hatvani Albert Schweitzer Kórház- Rendelőintézet szülésznője,
- Kállainé Gál Krisztina**, a Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórház Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Centruma centrumvezető főápoló-helyettese,
- Kecskeméti Ferenc**, a Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet gazdasági ápolója,
- Kelemen Lajosné**, a Békés Megyei Központi Kórház Pándy Kálmán Tagkórház Bőrgyógyászat osztályvezető főnővére,
- Kozsdáné Pekker Renáta**, a Pest Megyei Flór Ferenc Kórház Onkológia Osztály főnővére,
- Luka Iлона Mária**, a hajdúszoboszlói Szent Lukács Görögkatolikus Idősek Otthona részlegvezető ápolója,
- Nagy Géza**, a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház ápolási igazgatója,
- Nagyné Szép Annamária**, a Dr. Kenessey Albert Kórház- Rendelőintézet Neurológia és Stroke osztály főnővér-helyettese,
- Szabóné Paczári Katalin**, a Szabolcs- Szatmár- Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház Mátészalkai Kórháza - Decubitus Mobil Team diplomás ápolója,
- Szelec Katalin**, a Mosonmagyaróvári Karolina Kórház- Rendelőintézet vezető asszisztense,
- Sziklai Emőke**, a berettyóújfalui Gróf Tisza István Kórház osztályvezető főnővére.

*Az egészségügy területén végzett példaértékű szakmai munkájuk elismeréseként **Miniszteri Elismerő Oklevélben** részesült:*

Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Csecsemő- és Gyermekosztálya ápolói

Pakai István Jánosné főnővér, és munkatársai: Anca-Molnár Lászlóné, Bánóczki Imréné, Borbásné Baur Mária, György Anita, Hugyec Róbertné, Hugyi Józsefné, Kovács Renáta, Lami Zsoltné, Molnár Katalin, Oláhné Szabó Mária, Országné Tallér Anikó, Szabó Dóra, Szlávik Rozália, Tesch Judit, Unczorg Judit, Vulmanné Kovács Éva

Jász- Nagykun- Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház-rendelőintézet Gyermekosztály Újszülött Részlege

Dankó Zsuzsanna osztályvezető ápoló és munkatársai: Baráth Ágnes részlegvezető ápoló, Berbai Éva, Berényi Tímea, Farkasné Tóth Erika, Fecske Janka, Horváthné Takács Éva, Konka Beatrix, Molnár Barbara, Molnár Lászlóné, Papp Gáborné Kádár Tímea, Pipisné Kovács Beáta, Sinka Vanessza, Szücs Mariann, Telek Éva, Túrinné Fekete Andrea, Zsarnai Éva

A miniszteri kitüntetések átadását követően Minya Tünde a Magyar Ápolási Egyesület elnöke **Kossuth Zsuzsanna-díjat** adott át. A Kossuth Zsuzsanna-díjat a Magyar Ápolási Egyesület 1998-ban a szabadságharc 150. évfordulójának évében alapította. Odaítélésének fő szempontjai a kiváló szakmai munkán túl az ápolás és az ápolók, valamint ápolói közösségek létrehozása érdekében kifejtett, az egyesület keretében végzett kiemelkedő tevékenység. A Kossuth Zsuzsanna-díjat idén **Dr. Oláh András PhD habilitált egyetemi docens**, a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karának dékánja, az Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet igazgatója vehette át.

A Magyar Ápolási Egyesület tiszteletbeli ápolóvá avatta **Dr. Erdélyi Ágnes**t, a SZSZBMK Sántha Kálmán Szakkórház telephelyi orvosigazgató helyettesét.

Kimagasló teljesítményükhöz szívből gratulálunk!

2020: ÁPOLÓK ÉS SZÜLÉSNŐK NEMZETKÖZI ÉVE

A WHO Közgyűlése 2020-at az „Ápolók és szülésznők nemzetközi évének” nyilvánította, Florence Nightingale születésének 200. évfordulója tiszteletére.



Az ápolók és szülésznők alapvető szerepet játszanak az egészségügyi szolgáltatások nyújtásában. Ők azok, akik életüket az anyák és gyermekek gondozására fordítják, életmentő védőoltásokat és egészségmegőrzési tanácsokat adnak, gondozzák az időseket és kielégítik a mindennapi egészségügyi igényeket.

Gyakran az első és egyetlen egészségügyi ellátást nyújtók a közösségükben. A világnak további 9 millió ápolóra és szülésznőre van szüksége, ha 2030-ra univerzális egészségügyi lefedettséget akarnak elérni. Az Egészségügyi Világszervezet Közgyűlése ezért nyilvánította a 2020-as évet az „Ápolók és szülésznők nemzetközi évének”.

Forrás: <https://www.who.int/news-room/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020>

KITEKINTÉS

A WHO felszólítja a kormányokat, hogy az egészséges Európa érdekében investáljanak a betegápolói szakmába

2020. április 7. | Budapest – A COVID-19 világvárvány kiemeli a világ egészségügyi dolgozóinak megerősítését sürgető igényt. Az Egészségügyi Világnap alkalmából kiadott **The state of the world's nursing 2020** című új jelentés alapos betekintést nyújt az egészségügyben dolgozó munkaerő legnagyobb szegmensébe.

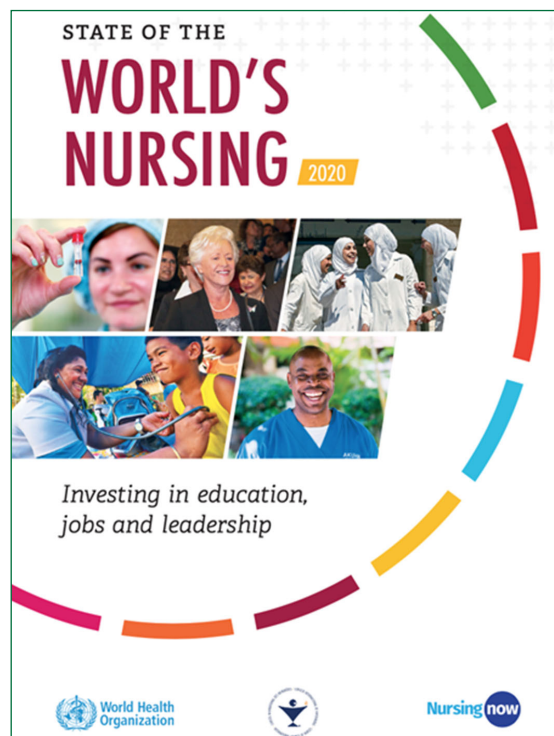
A vizsgálat eredménye rámutat az ápolói munkaerő jelentős hiányosságaira, és a betegápolás világszerte történő megerősítése, és mindannyiunk jobb egészsége érdekében meghatároz prioritást élvező területeket a célzott fejlesztésekhez, melyek a betegápolók képzése, az ápolói munkahelyek, és a vezetés.

Az ápolók a világ egészségügyi dolgozói létszámának több mint a felét teszik ki, és életfontosságú szolgáltatásokat nyújtanak az egészségügyi rendszeren keresztül. A WHO Európai Régiójában az egészségügyi munkaerő 57%-a betegápoló.

A történelem során mindig és ma is a betegápolók vannak az egészséget fenyegető járványok és a világvárványok elleni küzdelem frontvonalán. A Régióban a betegápolók nagy bátorságot mutatnak a COVID-19 világvárvány elleni harcban: soha ilyen világosan nem látszott még, hogy milyen jelentős értéket képviselnek.

„A COVID-19 elleni küzdelemünk újra tudatosítja bennünk az ápolói hivatás alapvető fontosságát a társadalom és mindannyiunk számára. Az Európai Régió és a világ ápolószemélyzete a legszokatlanabb körülmények között és a legnehezebb munkafeltételek mellett bátran, együttérzően és professzionális módon néz szembe a kihívással. Őket, de ugyanígy a világ valamennyi élvonalban küzdő egészségügyi dolgozóját legmélyebb hálánk és tiszteletünk illeti meg.” mondta Dr. Hans Henri P. Kluge, a WHO európai regionális főigazgatója.

„Ideje végre megadni a betegápolói szakmának azt a figyelmet, melyet megérdemel. Az országok ma, amikor az Egészségügyi Világnapot ünnepeljük, de a jövőben is kötelesek többet investálni a betegápolókba, és támogat-



A kiadvány letölthető: <https://www.who.int/publications-detail/nursing-report-2020>

ni őket, hogy képesítésüket és gyakorlati lehetőségeiket a legteljesebb mértékig kihasználva végezhessék munkájukat. Eközben a megfelelő készségekkel felvértezett és elkötelezett betegápolói munkaerőt és erőforrásokat kap egy egészségesebb Európa felépítéséhez,” zárta szavait.

Az ápolók világméretű hiánya

A WHO az Ápolók Nemzetközi Tanácsával (ICN) és a Nursing Now programmal együtt kidolgozott The state of the world's nursing 2020 című jelentése feltárja, hogy manapság kevesebb mint 28 millió ápoló dolgozik az egész világon.

Az Európai Régióban 7,3 millió ápoló van, vagyis körülbelül 79 betegápoló jut 10 000 emberre. Bár ez nagyjából a globális átlag duplája, a szakértők szerint az ápolószemélyzet Régióon belüli korszerkezete, illetve az ápolók nemzetközi toborzása miatt néhány magas jövedelemszintű országban, ez nem kielégítő.

Bár az ápolók körülbelül 90%-a nő, a nők a vezetői pozícióknak csak 25%-át töltik be. Ez olyan szakpolitikák szükségességét hangsúlyozza, melyek magasabb szintre emelik a vezetés szerepét a betegápolásban, és támogatják a nők vezetői szinteken való részvételét.

Ha az egyes országok lehetővé teszik, hogy az ápolók vezető szerephez jussanak, például úgy, hogy a kormányba kineveznek egy tisztifőápolót (vagy ennek megfelelő titulusú személyt), és bevezetnek ápolói vezetőképző programokat, javulni fog az ápolóképzés és a munkafeltételek.

„A betegápolók kulcsfontosságú szerepet töltenek be számos egészségügyi problémánk gyógyításában. Amennyiben erős egészségügyi szolgáltatásokat szeretnénk, investálnunk kell az ápolószemélyzetbe, oktatni, képezni kell őket a nemzetközi szabványoknak megfelelően és egyetemi szinten, illetve el kell látni őket megfelelő felszereléssel és erőforrásokkal. Az ápolók kapjanak tisztességes fizetést munkájukért, és kapjanak lehetőséget a további szakmai fejlődésre. Ez majd segít az egészségügyi eredmények javításában, fejleszti az ellátás minőségét, és támogatja az egyetemes egészségügyi lefedettséget.” mondta Dr. Ledia Lazeri, a WHO magyarországi képviselője.

Tíz ajánlás az ápolószemélyzet erősítésére

Annak érdekében, hogy elláthassuk a világot olyan ápolókkal, melyre a világnak szüksége van, a WHO és partnerei azt javasolják, hogy valamennyi ország:

1. növelje a több ápoló oktatását és foglalkoztatását célzó finanszírozást;
2. erősítse az egészségügyi dolgozókra vonatkozó adatok elemzésének és gyakorlati alkalmazásának képességét;
3. kísérje figyelemmel az ápolók mozgását és munkaerővándorlását, és azt kezelje felelősséggel és etikusan;
4. nyújtson oktatást és képzést az ápolóknak olyan tudományos, technológiai és szociológiai készségek területén, melyekre szükségük van az alapellátás fejlesztésének támogatásához;
5. hozzon létre vezetői pozíciókat, többek között kormányzati tisztii főápolói pozíciót, és támogassa a fiatal ápolók vezetésfejlesztését;
6. adjon lehetőséget arra, hogy az alapellátásban dolgozó egészségügyi csapatok teljes mértékig ki-



használhassák lehetőségeiket, például a nem fertőző betegségek leküzdésében és kezelésében;

7. javítson a munkafeltételeken, alakítson ki biztonságos állományi szinteket, tisztességes fizetéseket és tartsa tiszteletben a munkahelyi biztonsághoz való jogot;

8. vezessen be olyan ápolói állományra vonatkozó szakpolitikákat, melyek mindkét nemet figyelembe veszik;

9. modernizálja a hivatásos ápolókra vonatkozó szabályozást az oktatás harmonizálásával, gyakorlati sztenderdekkel és olyan rendszerek alkalmazásával, melyek világszerte elismerik és figyelembe veszik az ápolók végzettségét igazoló okmányokat; és

10. erősítse az ápolók szerepét az ellátást végző csapatokon belül úgy, hogy összehozza a különböző (egészségügyi, oktatási, bevándorlási, pénzügyi és munkaügyi) ágazatokat az ápolási szakma szereplőivel szakpolitikai párbeszéd és munkaerő tervezés céljából.

Az üzenet világos: a kormányoknak investálniuk kell az ápolók oktatásának és képzésének fokozásába, ápolói munkahelyek teremtésébe, és az ápolók vezetői szerepre történő felkészítésébe. Ápolók, szülésznők és más egészségügyi dolgozók nélkül az országok nem nyerhetik meg a járványok elleni háborút, illetve nem képesek elérni az egyetemes egészségügyi lefedettséget, vagy a Fenntartható Fejlesztési Célokat.

„Az ápolók képezik minden egészségügyi rendszer gerincét. Jelenleg sok betegápoló találja magát a COVID-19 elleni harc frontvonalában” mondta Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, a WHO főigazgatója. *„A mostani jelentés éles figyelmeztető, mely felhívja a figyelmet egyedülálló szerepükre, és felszólítja az országokat szükséges támogatásuk biztosítására a világ egészségének megőrzése érdekében.”*

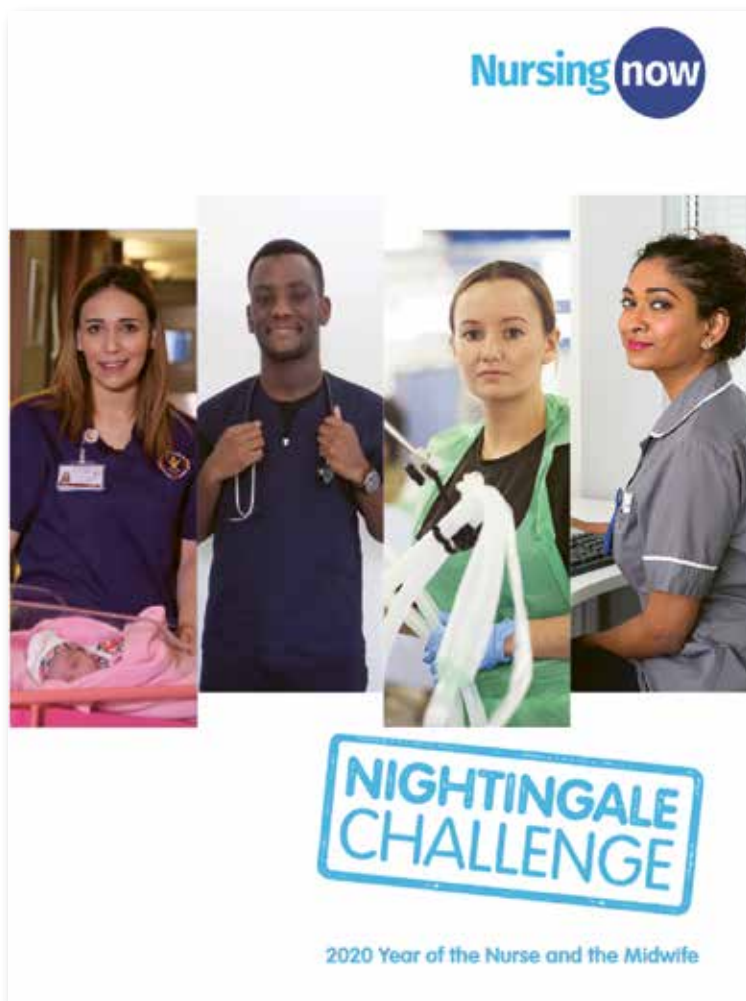
Forrás: WHO

Az Egészségügyi Világszervezettel (WHO) és az Ápolók Nemzetközi Tanácsával (ICN) együttműködésben 2018. február 27-én indult el a



kampány, mely 2020 év végéig tart.

A kampány célja az egészség globális fejlesztése az ápolók szerepének erősítése és presztízsének emelése révén.



Az „Ápolók és szülésznők nemzetközi évének” nyilvánított 2020-as év ünneplése keretében a Nursing Now egy kihívást indított el, a Nightingale Challenge programot. A kihívás során arra kérnek minden egészségügyi munkáltatót, hogy biztosítsanak a 35 évnél fiatalabb ápolóknak, szülésznőknek vezetési/irányítási és fejlesztői képességeiket erősítő képzéseket. A program célja, hogy elősegítse a fiatal ápolók és szülésznők következő generációjának fejlődését vezetőként, gyakorló szakemberként és egészségvédőként.

További információ:

<https://www.nursingnow.org/about-nightingale/>

