

Szeperációs szorongás vizsgálata kórházban kezelt betegek körében

Kásádi Márta

egyetemi okleveles ápoló hallgató, Pécsi Tudományegyetem

Vizsgálat célja: A vizsgálat célja a szeperációs szorongás gyakoriságának tanulmányozása volt kórházi környezetben. További cél volt annak megállapítása, hogy melyek azok a tényezők, amelyek befolyásolhatják a szorongás kialakulását és erősségét.

Minta és módszerek: A szeperációs szorongás meghatározása kérdőíves módszer segítségével, a kaposvári Kaposi Mór Megyei Kórház Bőrgyógyászati Osztályán kezelt betegek körében történt. A kérdőívek 50, véletlenszerűen kiválasztott betegnek kerültek kiosztásra. A szorongás mérésére az egyik legelterjedtebb eszköz, az ún. Hamilton-féle szorongásskála (Hamilton Anxiety Rating Scale) került alkalmazásra. A vizsgálatban alkalmazott kérdőív a fent említett skála részleteit tartalmazta.

Eredmények: A betegek 90%-a nem vagy csak kissé félt az elszakadástól, 10%-uknál volt megállapítható szeperációs szorongás. A szeperációs szorongásban szenvedő betegek mindegyike szoros családi kapcsolatban, két-három generációs családban él. A betegek legnagyobb arányban elalvási nehézségekről és gyakori ébredésről panaszkodtak. A nők gyakrabban panaszkodtak a szorongás tüneteire, mint a férfiak.

Következtetések: A szeperációs szorongás megjelenik a kórházi betegek körében. Sok esetben a probléma enyhítésére kísérlet sem történik. Ez feltételezhetően, az információhiánnyal függ össze, amely akadályozza a probléma felismerését, és hatékony kezelését. Javasolható, hogy a betegellátás-gondozás során a szorongás kezelésére fektessünk nagyobb hangsúlyt. Ahhoz, hogy a szeperációs szorongást meg tudjuk határozni, szükségünk van a megfelelő diagnosztikus eszközök, és kiértékelésük ismeretére.

Bevezetés

Az ember fejlődése során megőrizte a közösséghez tartozás igényét. Őseinkbe a külső veszélyforrások elhárítása miatt beépült az állandó félelemérzet. Ugyanakkor az összetartozás szüksége erős érzelmi kötődést alakított ki. A közösséghez való alkalmazkodás állandó szokásokat, szigorú szabályokat rendszeresített, és a megmaradás feltétele a szabályok megtartása volt. Az elszakadástól való félelem, a szeperációs szorongás, nélkülözhetetlen volt a létfenntartáshoz, e nélkül biztos pusztulás várt volna rájuk. Ez az érzés segítette az alkalmazkodást, ösztönözte őket, hogy valahová, valakihez tartozzanak, a közösség tagjai maradjanak, és létük biztonságban legyen.

Az evolúció folyamán az ember társas lény maradt, ezért az elszakadástól való félelem, a szeperációs szorongás a XXI. század emberére is jellemző. A szeperációs szorongás leggyakoribb alapja a kötődést jelentő személytől való elszakadás [6].

A szorongás leírható lelki fájdalomként is. A családorvosoknál megforduló betegek 30-40%-a küzd szorongásos zavarokkal világszerte. A szorongásos zavarok esetében nehéz a normál és kóros szorongás közötti határvonal meghúzése. Normál szorongás esetében is felléphetnek a kóros tünetek, ezek azonban normálisnak tekinthetők, ha konkrét helyzetre adott válaszreakcióinak felelnek meg. A szorongás tehát lehet normális lélektani jelenség is, önmagában nem jelent betegséget. A kóros szorongásra azonban jellemző, hogy a meghatározó tünetek egészségkárosodást okoznak (Bitter, 1996).

A szorongás a szubjektív panaszok mellett rontja az egyén korábbi teljesítményét és alkalmazkodását. Tartós szorongásra utaló gyakori tünet az álmatlanság. A figyelem- és memóriazavarok, koncentrációs nehézségek a teljesítmény romlásában mutatkoznak meg. A szorongásos zavarok osztályozását először 1980-ban az Amerikai Pszichiátriai Társaság Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyv (DSM III.)

tartalmazta. Az Egészségügyi Világszervezet 1992-ben tette közzé a Betegségek Nemzetközi Osztályozásának 10. revízióját, a BNO-10-et, amely hazánkban is a hivatalos diagnosztikai rendszer (Bitter, 1996).

A gyermekkori kötődés és a szeparációs szorongás között szoros összefüggés van. Szeparációs szorongás csak akkor lép fel, ha olyan személy távozik, akihez a gyermek kötődik. A távozásnál a gyermek a távozó után megy, sír, tiltakozik, és amikor visszatér az, akihez kötődik, belékapaszkodik, hozzásimul (Murányi-Kovácsné-Kabainé, 1991). Az elszakadástól való félelem újabb megnyilvánulása a 6-7 éves korban jelentkező iskola-fóbia. Az iskola-fóbiában szenvedő gyermekek fokozott ragaszkodást mutatnak anyjuk iránt, s ez jelentkezhet, mint az iskolalátogatástól való félelem. Berg és társai 1969-ben a következő kritériumokat javasolták az iskola-fóbiát mutató gyermekek diagnosztikájában: (1) a gyermek szülei tudtával otthon marad, (2) súlyosan közösségtelen magatartás nem figyelhető meg, (3) a szülők megfelelő módon igyekeznek elérni, hogy gyermekük látogassa az iskolát, (4) a gyermeket felzaklatja a gondolat, hogy iskolába kell mennie (Vetró, 1996). Az ilyen gyermekeket szülei gyakran túlzottan védik, és a gyermek egészségtelenül függ a szülőktől. Mindezek a gyermekkori élmények hatással vannak a felnőttkorra is. Időskorban, az élet végének közeledtével, a szeretett személyektől való elszakadás valós fenyegetést jelent. A felnőttkori szeparációs szorongás gyökere valószínűleg a gyermekkori keresendő. A korai anya-gyermek kapcsolat, a gyermekkori szocializációs folyamat jelentős hatással lehet a felnőttkori félelmek alakulására.

Az intézményesülés és stigmatizáció együttes erővel hatnak a szeparációs szorongásra. Ismeretes, hogy amennyiben egy személy hosszabb időre valamilyen nagyszámú embert befogadó intézménybe kerül, akkor attitűdjei és magatartásmódjai megváltoznak. A vizsgálatok során világossá vált, hogy az ilyen és egyébként saját belső szabályokkal és rutinszerű eljárásokkal működő intézményekben a „bentlakó” magatartása fokozatosan az intézményi világ konformitásának irányába mozdul el (David, 1995). Az ismertebb ápolástani elméleteket áttekintve Dorothy Johnson elmélete (1968) alkalmazható leginkább a páciens problémájának értelmezésére. Elképzelése szerint az ápolás középpontjában a beteg csökkent alkalmazkodóképességének helyreállítása áll. Különböző stresszhatások, illetve maga a betegség, gyengítik az egyén alkalmazkodóképességét, ezáltal állapota tovább romolhat. Az ápolás célja ilyenkor a meggyengült alkalmazkodóképesség helyreállítása, Johnson esetében az alapvető szükségletek közül a biztonságra való törekvésre, illetve a gondoskodást kereső viselkedésre kell koncentrálni. Ha az ápoló a beteg szükségleteinek felmérésekor felismeri a szeparációs szorongást, és ismeri a tünet kezelésének ápolástani vonatkozásait, könnyebben és sikeresebb állíthat fel hatékony ápolási tervet a probléma megoldására.

A vizsgálat célja

A vizsgálat célja annak tanulmányozása volt, hogy milyen módon érvényesül a kórházi környezetben a szeparációs szorongás. További cél volt annak megállapítása, hogy melyek azok a tényezők, amelyek befolyásolhatják a szorongás kialakulását és erősségét?

Minta és módszerek

A szeparációs szorongás és stigmatizáció meghatározása kérdőíves módszer segítségével a kaposvári Kaposi Mór Megyei Kórház Bőrgyógyászati Osztályán kezelt betegek körében történt. A kérdőívek 50, véletlenszerűen kiválasztott betegnek kerültek kiosztásra. A kitöltött kérdőívek közül 45 bizonyult értékelhetőnek.

A szeparációs szorongás vizsgálatokor több tényező közötti kapcsolat meghatározására történt kísérlet, ezek: a stigmatizáció, családon belüli kohéziós erő, korábbi negatív életesemények, szülőkhöz való kötődés, iskola-fóbia előfordulása.

A szorongás mérésére az egyik legelterjedtebb eszköz, az ún. Hamilton-féle szorongásskála (Hamilton Anxiety Rating Scale), amelyet az 1950-es években dolgoztak ki. A skála két fő komponensre épül: a szorongás pszichés és testi tüneteire. A vizsgálatban alkalmazott kérdőív a fent említett skála részleteit tartalmazza. Mivel csak egyes domináns tünetek előfordulási gyakorisága került elemzésre, nem a teljes pontozóskála szolgált alapul. A kapott válaszok tájékoztató jellegűek, értékelésüket nem a tünetek súlyosságának pontozása határozta meg.

A kérdőív 29 kérdést tartalmaz, amelyek közül 27 zárt és 2 nyitott. Az első négy kérdés a vizsgálatba bevont személyek adatait foglalja magába: a betegek korára, nemére, iskolai végzettségére és az

általuk elvégzett iskola típusára irányul. Az 5.-10. kérdés a gyermekkori hatásokra összpontosít, milyen fiatalkori élmények befolyásolhatják a felnőttkori szeparációs szorongás kialakulását. A 11.-14. kérdések a kórházi tartózkodás családi és munkahelyi kapcsolatokra kifejtett hatását mérik. A 15.-18. kérdések azokat a tényezőket vizsgálják, amelyek befolyásolhatják az elszakadástól való félelmet. A 19.-22. kérdések a stigmatizáció megítélését, illetve a stigmatizáció meglétének társas kapcsolatokra kifejtett hatásait vizsgálták. A 23.-29. kérdés a szeparációs szorongás meglétét, annak mélységét kutatja. Ezen belül a 25. és 26. pont a szeparációs szorongás meglétének fizikai és pszichés tüneteire kérdez rá. Az utolsó két kérdés nyitott, és arra keresik a választ, hogy mennyire érzi magát magányosnak a páciens a kórházi környezetben, valamint milyen szorongásokat, félelmeket él át benttartózkodásának ideje alatt. Az eredmények kiértékelése Chi-négyzet próba alapján történt.

Eredmények

A vizsgálatba bevont betegek átlag életkora 50 (\pm 11) év volt. Többségük (31 fő) alacsony iskolai végzettséggel rendelkezett (8 általános vagy kevesebb). A két nem aránya közel kiegyenlített volt (25 férfi és 20 nő).

A 1. táblázat a stigma zavaró hatásának megítélését ábrázolja férfiak és nők körében. Annak ellenére, hogy a nemek szerint nem volt statisztikailag kimutatható eltérés a stigmatizáció megítélésében, a női betegek nagyobb hányada élte meg közepesen, vagy annál nagyobb mértékben a stigmatizációt (nők: 75%, férfiak: 56%).

A stigma zavaró hatásának megítélése	A beteg neme		Összesen
	Férfi	Nő	
Nem zavarja	5	4	9
Kissé zavarja	6	1	7
Közepesen zavarja	3	5	8
Nagyon zavarja	8	8	16
Rendkívülien zavarja	3	2	5
Összesen	25	20	45

1. táblázat – A stigma zavaró hatásának megítélése a férfiak, illetve a nők körében.

A stigma zavaró hatásának és a szeparációs szorongás erősségének kapcsolatát a 2. táblázat ismerteti. A 45 vizsgált személyből összesen 29-et zavart közepesen vagy annál nagyobb mértékben betegségének testi tünetei, közülük 4 személy (14%) élte meg közepesen, vagy annál erősebben az elszakadástól való félelmet. A stigmatizációt kisebb mértékben megélt betegek között – statisztikailag nem szignifikáns mértékben, de arányait tekintve jelentősen – kevesebb volt a hasonló mértékű szorongást említő betegek száma (6%). A stigmatizáció megélése gyakrabban fordult elő a szeparációs szorongásról beszámoló betegek körében, mint az elszakadástól kis mértékben, vagy egyáltalán nem féltő betegek között (80% és 62%).

A stigma zavaró hatásának megítélése	A szeparációs szorongás erőssége a kérdés idején					Összesen
	nincs	kissé	közepesen	nagyon	rend	
Nem zavarja	5	3	-	1	-	9
Kissé zavarja	6	1	-	-	-	7
Közepesen zavarja	4	2	2	-	-	8
Nagyon zavarja	7	7	1	1	-	16
Rendkívülien zavarja	3	2	-	-	-	5
Összesen	25	15	3	2	-	45

2. táblázat – A stigma zavaró hatásának és a szeparációs szorongás erősségének kapcsolata

A vizsgált betegek közül 29-nek nem változott az embertársaikhoz fűződő viszonya, 16 azonban visszahúzódóbbak lettek. E 16 személy közül 12-t (3/4 részüket) zavart közepesenél jobban a stigmatizáció. Az eredmények alapján megállapítható, hogy a stigmatizált személyek jelentősen nagyobb arányban váltak visszahúzódóvá, mint a stigmáikat nem, vagy alig megélt betegek (41% és 25%).

A vizsgálat további része a testi tünetek betegekre és a hozzájuk közel álló személyek viszonyára kifejtett hatását mérte fel. A 29 személyből, akiket közepesen vagy annál jobban zavart betegségének látható jele, nyolcnál – közel egy harmaduknál – következett be változás a családjukhoz fűződő kapcsolatukban. Ezen belül egyenlő arányban (4–4 személy) közeledtek hozzátartozóikhoz, illetve távolodtak el tőlük.

A 3. táblázat az elszakadástól való félelem erősségét mutatja a kérdőív kitöltésekor a kórházban töltött idő hosszának függvényében. Negyvenen két hétnél kevesebb időt töltöttek el a kórházban, közülük 19-en féltek valamilyen mértékben az elszakadástól (47%). A 14 napnál hosszabb kórházi tartózkodás után 5 páciensből 4 már egyáltalán nem félt az elszakadástól (80%).

A szeparációs szorongás erősségének megítélése	A kórházban töltött idő				Összesen
	<7 nap	7-14 nap	14-30 nap	30 nap felett	
Egyáltalán nem	11	10	3	1	25
Kissé	7	8	-	-	15
Közepesen	-	2	-	1	3
Nagyon	1	1	-	-	2
Rendkívülien	-	-	-	-	-
Összesen	19	21	3	2	45

3. táblázat – Az elszakadástól való félelem erőssége a kérdőív kitöltésekor a vizsgálatba bevont betegeknek a kórházban töltött idő hosszának függvényében

A 4. táblázat a szeparációs szorongás mértékét mutatja a korábbi kórházi tartózkodások számának függvényében. A 45 vizsgált személyből a vizsgálat időpontjáig húszan feküdtek öt vagy annál több alkalommal kórházban. E betegek egyike sem félt közepesen jobban az elszakadástól kórházi tartózkodása kezdetén. Az a 6 fő, aki közepesen erősebbre értékelte az elszakadástól való félelmét, ötnél kevesebb alkalommal feküdt kórházban. Az eredmények szerint azon betegek körében, akik csak néhány alkalommal feküdtek kórházban, szignifikánsan gyakoribb a szeparációs szorongás, mint azok körében, akik ötnél többször álltak kórházi kezelés alatt ($p < 0,05$).

A szeparációs szorongás erősségének megítélése	Kórházi tartózkodások száma											Összesen
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	>10	
Egyáltalán nem	2	2	7	2	5	-	1	-	-	2	3	24
Kissé	1	2	2	1	4	-	1	-	-	-	4	15
Közepesen	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Nagyon	1	-	1	3	-	-	-	-	-	-	-	5
Rendkívülien	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Összesen	4	5	10	6	9	-	2	-	-	2	7	45

4. táblázat – A szeparációs szorongás erőssége a kórházba kerüléskor és az előző kórházi tartózkodások száma a vizsgálatban résztvevő személyeknél

A betegek látogatásokkal való elégedettségének vizsgálatakor 1 személy válaszolta, hogy hozzátartozói túl ritkán látogatják, és túl kevés időt töltenek vele. További 4 személyt senki sem látogatott. A fenti öt egyénből 3 él házastársával közös háztartásban, a negyedik egyedülálló, senkihez sem fűzi szoros interperszonális kapcsolat. Az ötödik beteg édesanyjával él együtt, de húgával van a legjobb viszonyban. A túl ritkán, vagy egyáltalán nem látogatott betegek körében a hozzátartozótól való elszakadás félelme alig lépett, ebben a csoportban szignifikánsan alacsonyabb volt a szeparációs szorongás előfordulása ($p < 0,001$).

Érdekes volt annak az 5 betegnek a családi háttere, akik az elszakadástól való félelmüket a kórházba kerülésükkor és a kérdőív kitöltésének idején is közepesen erősebbnek ítélték. Válaszaikból kiderült, hogy több családtaggal élnek közös háztartásban, két és három generációs családokban. Kivétel nélkül több családtagot is megneveztek, akikkel nagyon szoros a kapcsolatuk. Feltételezhető, hogy ezekben a családokban nagy összetartó erő működik. A szeparációs szorongás előfordulása a többgenerációs családban élők körében szignifikánsan gyakoribb, mint az egyedül, illetve házastársukkal élők között ($p < 0,05$).

A vizsgált személyek gyermekkori kapcsolatának összefüggését az iskolafóbia előfordulásának gyakoriságával az 5. táblázatban találjuk. A vizsgálatba bevont személyek közül tizenhét esetben fordult elő iskola-fóbiára utaló tünet, közülük tíz betegnek csak egy személlyel volt szoros kapcsolata gyermekkorában. Megfigyelhetjük, hogy az iskola-fóbia gyakrabban fordult elő azoknál a betegeknek, akiknek gyermekkorukban csak egy személlyel volt szoros kapcsolatuk (53%), mint a több emberrel szoros kapcsolatban állók között (30%).

Szoros gyermekkori kapcsolat	Az iskola-fóbia előfordulásának gyakorisága				Összesen
	Gyakran	Ritkán	Nem volt	Nem tudja	
Édesanyjával	2	5	9	2	18
Édesapjával	2	1	-	-	3
Mindkettővel	1	4	11	1	17
Mindkettővel és mással is	-	2	5	-	7
Összesen	5	12	25	3	45

5. táblázat – A vizsgált személyek legszorosabb gyermekkori kapcsolatának összefüggése az iskolafóbia előfordulásának gyakoriságával

A szeparációs szorongás erősségének megítélése	Közeli hozzátartozó elvesztése			Összesen
	1 éven belül	1 éven túl	nem volt	
Egyáltalán nem	7	5	11	23
Kissé	4	5	7	16
Közepesen	-	-	1	1
Nagyon	3	-	2	5
Rendkívülien	-	-	-	-
Összesen	14	10	21	45

6. táblázat – A elszakadástól való félelem erőssége a kórházi tartózkodás kezdetén és a közeli hozzátartozó elvesztése közti kapcsolat a vizsgálatba vont személyeknél

A vizsgálatban szereplő személyek közül huszonnégyen veszítették el valamelyik közeli hozzátartozójukat az elmúlt években (6. táblázat). A szeparációs szorongás gyakoriságában azonban nem volt szignifikáns különbség a közeli hozzátartozójukat elvesztett betegek (14%) és azon betegek csoportja között, akiket nem ért ilyen veszteség (11%).

A szorongás pszichés tüneteire vonatkozó kérdésre 36-an válaszoltak (18 férfi, 18 nő). A vizsgálat eredményeit a 7. táblázat foglalja össze. Olyan szélsőséges eset, amikor egy beteg háromnál több tünetet jelölt meg, csak négy esetben fordult elő. A betegek legnagyobb arányban elalvási nehézségekkel és gyakori ébredéssel küzdenek, 22 betegnek voltak ilyen jellegű alvási problémái. A depresszió tünetei – koncentrációs nehézség, érdeklődésvesztés, örömezés hiánya – tíz esetben kerültek említésre, 8 nőnél és 2 férfinál. A nők több esetben panaszkodtak a szorongás tüneteire, mint a férfiak.

A szorongás pszichés tünetei	A beteg neme		Összesen
	Férfi	Nő	
Nyugtalanág	2	5	7
Ingerlékenység	2	1	3
Feszültség	1	6	7
Fáradékonyság	2	4	6
Ellazulási képtelenség	-	2	2
Helyben maradási képtelenség	1	2	3
Sírékonyság	1	5	6
Elalvási nehézség	12	10	22
Félelem tömegtől	1	-	1
Gyakori ébredés	9	5	14
Kínzó álmok	2	1	3
Koncentrációs nehézségek	1	4	5
Érdeklődésvesztés	-	1	1
Örömezés hiánya	1	3	4

Összesen	35	49	84
----------	----	----	----

7. táblázat – A szorongás pszichés tüneteinek előfordulási gyakorisága nemek szerinti megoszlásban a vizsgálatba bevont betegek körében

Megbeszélés

Az itt bemutatott vizsgálat a szeparációs szorongás gyakoriságát elemezte kórházi környezetben. A vizsgált betegcsoportban a betegek 90%-a nem vagy csak kis mértékben tartott az elszakadástól, 10% esetében volt megállapítható a szeparációs szorongás. A vizsgálat eredményei alapján megállapítható, hogy azoknál a betegeknél, akiket nagyobb mértékben zavart betegségük testi tünete, gyakrabban fordult elő szeparációs szorongás.

A stigmatizáltság nemcsak az elszakadástól való félelemre, de az embertársainkhoz fűződő viszonyra is jelentős hatást gyakorol, a stigmatizált betegek gyakrabban válnak visszahúzódóbbá. Amíg a rövid ideje (kevesebb, mint 14 nap) bent fekvő betegek közel felénél volt tapasztalható a szeparációs szorongás, addig a hosszabb ideje kórházban tartózkodó személyek túlnyomó többségénél nem volt megfigyelhető az elszakadástól való félelem. Felmerül a kérdés, hogy az intézményesülés második hetét követően azért csökken-e az elszakadástól való félelem, mert az egyén ilyenkor már az új közösség tagjának érzi magát és új normákat sajátított el?

A kórházi tartózkodások magas számának magyarázata a bőrbetegségek jellegéből is adódik. A leggyakoribb bőrelváltozások csak tünetmentessé tehetők, oki terápiájuk még nem megoldott. A tünetek kiújulásával a páciens ismét kórházi kezelésre szorul. Azok közül a betegek közül, akik öt vagy annál több alkalommal feküdtek kórházban, egy sem félt a közepesnél jobban az elszakadástól a kórházi tartózkodás kezdetén. Ez valószínűleg az előzetes tapasztalatokból adódhat, ezek a személyek már jártasabbak a kórházak világában. Azok közül a betegek közül, akik öt vagy annál több alkalommal feküdtek kórházban, egy sem félt a közepesnél jobban az elszakadástól a kórházi tartózkodása kezdetén. Ez valószínűleg az előzetes tapasztalatokból adódhat, ezek a személyek már jártasabbak a kórházak világában.

Az eredmények alapján a nagycsaládban élők között gyakoribb a szeparációs szorongás kialakulása. Feltételezhető, hogy a nagyobb családokban erősebb kohéziós erő hat, amely a családtól történő elszakadáskor erősebb reakciókat vált ki. A felnőttkori társas kapcsolatokkal ellentétben eredményeink arra utalnak, hogy gyermekkorban akkor erősebb a szeparációs szorongás (iskolafóbia) kialakulása, ha csak egy személyhez kötődik szorosán a gyermek.

A szeparációs szorongás esetében megfigyelték, hogy gyakran valamilyen veszteség – betegség, közeli hozzátartozó elvesztése – után jelentkezik, lángol fel (Vetró, 1996). Az itt bemutatott eredmények ezeket az irodalmi adatokat nem támasztják alá.

Faludi (1998) szerint a beilleszkedési folyamatban gyakori a szorongásra utaló tünet, például álmatlanság. Jelen vizsgálatban a betegek megközelítőleg fele küzdött alvászavarokkal, amely az új környezetben kívül a szeparációs szorongás – akár tudat alatti – meglétére is utalhat.

Következtetések

A jelen vizsgálat is kimutatta, hogy a betegek egy részénél beszélhetünk szeparációs szorongásról a kórházi környezetben. A páciensek meghatározott hányadánál a probléma enyhítésére kísérlet sem történik. Ez, feltételezhetően, nem az ápoló személyzet érzéketlenségéből fakad. Valószínűbb, hogy az információhiány olyan mértékű a témával kapcsolatban, amely a probléma felismerését, és hatékony kezelését akadályozza. Javasolható tehát, hogy a betegellátás-gondozás során a szorongás kezelésére fektessünk nagyobb hangsúlyt, hiszen a szorongás bármely fajtája hátráltatja a betegek gyógyulását, károsan befolyásolja alkalmazkodó képességüket. Ahhoz azonban, hogy a szeparációs szorongást meg tudjuk határozni, szükségünk van a megfelelő diagnosztikus eszközök, és kiértékelésük ismeretére.

Irodalom

1. Bakacsi-Balaton-Dobák-Máriás (szerk.) (1991). *Vezetés-szervezés II*. Aula Kiadó: Budapest.
2. Bitter, I. (1996). *Szorongásos kórképek*. Budapest: Springer Hungarica, pp. 7-14.
3. David, A. (1995). *Az orvosi szociológia alapjai*. Budapest: Semmelweis, pp. 84-91.
4. Faludi, G. (1998). *A szorongás mai szemmel*. Budapest: Artunion/Széchenyi Könyvkiadó, pp. 43-49.

5. Murányi-Kovácsné-Kabainé (szerk.) (1991). A gyermekkori és serdülőkori személyiségzavarok pszichológiája. Budapest: Tankönyvkiadó.
6. Princzes, M. (1997). Mentális és viselkedészavarok pszichológiája. Budapest: Benedek Elek Pedagógiai Főiskola.
7. Vetró, A. (1996). Gyermek- és ifjúságpszichiátria. Szeged: Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem.

[Vissza a tartalomhoz](#)

A bizonyítékokon alapuló ápolás fogalomrendszerének helye az ápolásban

Betlehem József

főiskolai adjunktus,

Pécsi Tudományegyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, Klinikai és Ápolástudományi Intézet

A Nővér szakfolyóirat bizonyítékokon alapuló ápolás témakörben megjelent korábbi közléseiből láttuk, hogy az ápolás szemszögéből nem értékelhető egyértelműen az evidencia, vagyis az, hogy mit tekintünk bizonyítéknak, vagy bizonyított ténynek. Különösen igaz ez a kutatási módszerekre, a belőlük származó eredményekre és a levont következtetésekre.

Úgy tűnik, hogy az ápolásban a bizonyítékok nehezebben számszerűsíthetők, mint az orvoslásban. Az orvoslás arra hivatkozik, hogy az egzakt laboratóriumi mérések objektívnek tekinthetők, ezért megbízhatók és tényként fogadhatók el. A következőkben, példákon keresztül szemléltetve megmutatjuk, hogy az ápolás is képes tényszerű, egzakt tudomány és gyakorlat lenni, igaz, ezt nem mindig az orvoslással azonos módszerek segítségével bizonyítjuk.

Ahhoz, hogy a bizonyítékokhoz közelíteni tudjunk, észre kell vennünk az ellentmondásokat. Még a legnagyobb ápolásfilozófusok is másképp látják az ápolás technikai és tudományos jellegének fontosságát a tényleges gondozás és gondoskodás alapú ápolással szemben. Nightingale (1881) szerint az ápoláshoz olyan nők kellene, akik határozott céllal teszik munkájukat, mindenféle romantikus vonzalomtól függetlenül és nem is eredendő rajongástól fűtve. (1) Peplau (1952) a gyógyítás művészetét, a beteg vagy gondozásra szoruló egyén segítségét vélte hangsúlyosabbnak. Orem (1971) az önellátás képességének megváltozásában látja az ápolás számára a kihívását. Newman (1979) az egyént holisztikus megközelítésben szemléli, számára az ápolás egyedülálló szakma, amely a beteg vagy kliens állapotának stabilitásához, annak megtartásához vagy helyreállításához segít.

Az ellentmondás pont a fenti sokszínűségben rejlik. Az ápolás komplex, és eltérően definiálható tevékenység. Nightingale szerint bizonyíték lenne, ha az ápoló határozott céllal folytatja tevékenységét. Peplau minden bizonnyal a gondozásra szoruló egyén segítségét érezné bizonyítéknak a jó ápolásra. Orem bizonyítéka az önellátó képesség helyreállítása lenne, míg Newman a beteg vagy kliens állapotára koncentrálna. Az első fontos tanúság tehát az, hogy a bizonyítékok magukon viselik a mindenkor történelmi időszak jegyeit és társadalmi, politikai elvárásait az egészségüggyel és az ápolással szemben. Ennek megfelelően változnak a bizonyítékok, az, ami ma bizonyíték, holnap már lehet, hogy feledésbe merült. Így kapott hangsúlyt vagy került háttérbe az ápolás technikai, készségbeli aspektusa is, más, elméletileg fontosabb szempontokkal szemben. Perry (1993) ezt a jelenséget a külső környezet alakító erejének nevezi (2), amely folyamatosan mutatja az irányt az újabb és újabb bizonyítékok felé (néhány éve még a betegelégedettségé, ma pedig már az életminőségé a vezető szerep, amelyek bizonyítékaivá váltak a minőségi betegellátásnak).

Az 1970-es években az egészségügyi dolgozók, ezen belül kifejezetten az ápolók szerepének újradefiniálása vált szükségessé az egészségüggyel szemben felmerülő új kérdések miatt. Ilyen új kérdésnek számított az alapellátás hangsúlyosabbá válása, a megnövekedett igények és költségek, az egészségügyi szakmák változó szerepe a társadalomban. Ahhoz, hogy az új kihívásoknak meg tudjon felelni az egészségügy, a korábban orvosi munkakörbe tartozó feladatok egy részét az ápolókhöz

delegáltak. Ez a változás egyfelől az orvosi szerepkör helyettesítését jelentette, másfelől újszerű szerepmegosztás is. A változások hatását jelenleg többen is mérni kívánják. Laurant és munkatársai (2000) a kliensekben bekövetkezett változásokról (morbiditás, elégedettség, életminőség), az ellátás folyamatáról (kliens compliance, előírások betartása), a rendelkezésre álló erőforrások használatáról (konzultációk gyakorisága, hossza, receptírások, vizsgálatok elrendelése), gazdasági mutatók alakulásáról (beavatkozások költsége, az egészségügyi direkt és indirekt költségek) szeretne többet tudni az elmúlt időszak tapasztalatai alapján. Felmerült ugyanis az igény annak vizsgálatára, hogy bizonyítottan hasznosak voltak-e ezek a változtatások az egészségügyben, vajon haszonnal jártak-e a betegek és az egészségügyben dolgozók számára az javasolt és bevezetett új megoldások. Véleményük szerint nem lehet egyértelmű következtetéseket addig levonni, amíg *bizonyított eredmények* nem állnak rendelkezésre a változások hatásairól. (3)

A napi tudás eredete

Függetlenül a beteggondozásra született holisztikus elméletektől, a technikai, készség szintű beavatkozás – ha különböző mértékben is – mindig jelen van és lesz az ápolásban. Ez azt jelenti, hogy a gyakorlatban is megbízható döntéshozatalhoz kellően megalapozott tudásra van szükség. Ahhoz, hogy a beteg ne sérüljön, ne okozunk kárt, olyan tudásra van szükség, amit már bizonyítottan tekinthetünk valamilyen módszer, eszköz segítségével. Ami vita tárgya lehet, hogy korántsem mindegy milyen eszközzel és milyen kutatási környezetben szerzett eredményeket fogadunk el bizonyítottan.

Estabrooks (1997) a kutatási eredmények *technikai szintű* hasznosítására hívja fel a figyelmet. Ez protokollok vagy technikai eljárások, leírások bevezetését jelenti. A minőség szavatolása érdekében bevezetett minőségügyi rendszerek filozófiája is pontosan erre a technikai szintű kompetenciára támaszkodik.

Hasenfeld és Patti (1992) véleménye szerint hasonló a kutatások *fogalmi szintű* használata, amikor bizonyos technikai eljárások vagy protokollok gyakorlati alkalmazása során ébred rá az alkalmazó a kutatás gyakorlati összefüggésére és annak értelmezésére. Ez gyakran utólagos megvilágosodásként történik, jóval később, mint ahogy a tényleges cselekvéssor végrehajtásra került. (4)

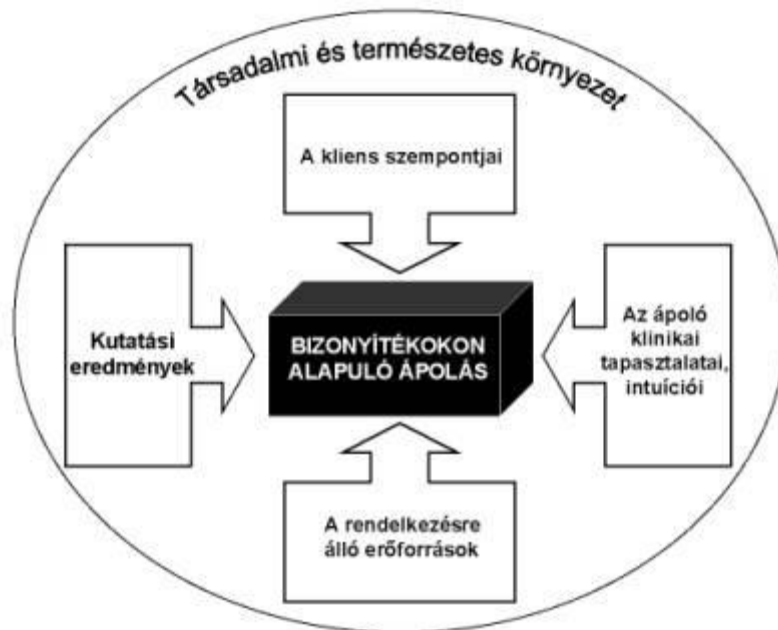
A gyakorlatban számtalanszor előfordul a kutatások *meggyőződéssel alapuló* felhasználása, amikor az ápoló némi megalapozottsággal hisz valamilyen eljárás jótékony voltában (Estabrooks, 1997). Ez a megközelítés azonban tudományosan nem megalapozott, alkalmazhatóságának számos korlátja van.

Arról, hogy az ápolók honnan jutnak hozzá **gyakorlati tudásukhoz**, csak néhány vizsgálat tájékoztat. Mulhall (1998) és Estabrooks (1997) szerint gyakorló ápolók között a két leggyakrabban használt tudásforrás a gyakorlatban, az egyes betegről az ápolás közben szerzett tapasztalat, amit az iskolában szerzett tudás, majd a munkahelyen az útmutatókból, helyi továbbképzéseken és az ápoló kollégáktól származó tudás követ (5). A könyvekből, szakfolyóiratokból elsajátított tudást is megelőzik az intuíciók, vagy a többéves munka során összegyűjtött tapasztalatok (6).

Ebből látszik, hogy azok a források, amelyeket leginkább bizonyítottan vélnénk (könyvek, osztályos protokollok), gyakran nem az elsődleges tudásforrások. A tanulmány rávilágít arra, hogy az alapképzés során szerzett ismeretek (anatómia, élettan) sokáig biztos tudásként megmaradnak, azonban a kritikus gondolkodás oktatásának hiánya megakadályozza a tudás továbbfejlesztését, ami a bizonyítékok felhalmozásának esélyét vonja kétségbe.

Az alapellátásban végzett felmérés is azt mutatja, hogy az egészségügyi dolgozók igényelnék a legújabb megbízható ismereteket, jelentős részük mégsem olvas rendszeresen szakfolyóiratot, és nem használja az Internetet sem a bizonyítékok megszerzésére (Falshaw és kollégái, 2000). (7) Egy angol vizsgálatban a bizonyítékok napi gyakorlati munka során betöltött szerepéről és fontosságáról kérdezték az alapellátási team tagjait (Hagdrup, 1998). A válaszokból kiderült, hogy kevesen használták az elektronikus adatforrásokat a napi problémák megoldására, a szakterület szakemberével folytatott konzultációt azonban a team valamennyi tagja igénybe vette. Az ápolók és a védőnők fontos szerepet tulajdonítottak a kutatási eredmények gyakorlati használatának, jóllehet, a megkérdezettek fele nem is hallott a MEDLINE-ről, felük nem vett részt szakirodalmi tájékozódást segítő továbbképzésen, és csak egyötödük számolt be arról, hogy biztosan megérti a szakirodalomban olvasott statisztikai kifejezéseket. (8)

A korábban említett tanulmányokból látszik, hogy az ápolóknak szükségük van az elméleti tudás gyakorlati átültetésére, amire a képzések során fel kell készíteni őket. Ezt ki kell egészíteni a kritikus gondolkodásra neveléssel, ami az aktív tudáshoz segít hozzá. Ezek azok a biztos alapok, amelyek a megbízható és bizonyított tudáson alapuló gyakorlat megvalósulásához nélkülözhetetlenek.



1. ábra – A Bizonyítékokon Alapuló Ápolás fogalomrendszere

A bizonyítékokon alapuló ápolás (BAÁ) fogalmköre

A fogalomkör, bár sokhelyütt fellelhető, a DiCenso és mtsai (1998) által elfogadott definícióra épül. Az 1. ábra ezt a fogalomkört jeleníti meg vizuálisan is, kiemelve benne a legfőbb befolyásoló tényezőket. (9)

Ahhoz, hogy evidenciákon alapuló gondolkodásról és hatékony működésről beszélhessünk, valamennyi tényező egyidejű figyelembevételére van szükség.

A bizonyítékokon alapuló ápolás folyamata

A BAÁ folyamata sok közös vonást mutat az ápolási folyamat lépéseivel, amelyben ugyancsak valamilyen aktuális vagy potenciális problémára keresünk megoldást. A bizonyítékokon alapuló ápolás folyamatának leggyakrabban említett öt lépése:

1. A gyakorlatban hiányzó információ pontos kérdésben történő megfogalmazása.
2. Az irodalom áttanulmányozása a kérdés megválaszolása érdekében.
3. A talált eredmények kritikus értékelése, validitásuk és általánosíthatóságuk vizsgálata.
4. Az ápolás megtervezése a legmegfelelőbb eredmények, a klinikai tapasztalatok és a beteg érdekeinek figyelembevételével.
5. A tevékenység értékelése visszacsatolási folyamattal: audittal vagy kollégák véleményével szembesítve.

Kérdések megfogalmazása

Folyamatosan felmerülő kérdés az ápolásban, hogy amit teszünk, miért is tesszük így vagy úgy? Sokszor feltesszük azt a kérdést is: hogyan lehet egy tevékenységet a leghatékonyabban elvégezni?

Ezekre a kérdésekre többnyire nem azonnal tudunk válaszolni, ezért megbízható forrásban keresünk választ. Ez lehet egy kolléga, szakmai felettes, tankönyv, szakirodalom, stb. Ezek a források gyakran szubjektív választ adnak, ami nem tekinthető tudományos igényű alátámasztott megoldásnak. Ahhoz, hogy a válasz tudományosan is elfogadható legyen, fontos a kérdést megfelelő módon

megfogalmazni. A kérdésnek elsősorban három szempontot kell érintenie ahhoz, hogy az ápolás számára megfelelő választ várhassunk rá:

Először is le kell írni azt a helyzetet, amiből a probléma származik.

1. a probléma lehet egy páciens problémája (pl. II. fokú dekubitusban szenvedő páciens);
2. a páciensek egy csoportjának problémája (pl. magas vérnyomásos páciensek);
3. azonos demográfiai jellemzőkkel rendelkező populációnak (pl. 10 év alatti gyermekek) vagy az egészségügyi ellátás egyik színterének (pl. idősek alapellátása) a gondja;
4. az egészségügyi ellátás (pl. járóbeteg szakellátás) szervezésének egyik kérdéses funkciója.

A második szempont a kérdés megfogalmazásakor a beavatkozás lehetősége.

Például terápiás beavatkozást jelent a sebek bekötése különböző kötszerekkel. Preventív beavatkozást jelent az influenza elleni vakcinálás. Diagnosztikus beavatkozásként értelmezhető a vérnyomás mérése. Szervezési beavatkozást jelent egy számítógépes kommunikációs rendszer bevezetése. Ugyancsak beavatkozási lehetőséget kínál egészségügyi gazdasági aspektusból egy vénás lábszárfekély otthoni vagy intézeti ellátásának költségkihatása.

A harmadik szempont az eredmény – ez az, ami bennünket szakmai szempontból és a beteg szempontjából is elsősorban érdekel.

Gyakran felmerülő, napi probléma az ápolás során – még a legszínvonalasabb ápolási tevékenységek ellenére is kialakuló – felfekvés kezelésének kérdése, vagy az idős korban gyakrabban előforduló fertőzések elleni védőoltás beadásának a problematikája. Az előbb vázolt szempontok figyelembevételével a következő kérdéseket fogalmazhatjuk meg (lásd. táblázat):

<i>Helyzet</i>	<i>Beavatkozás</i>	<i>Ellentétes beavatkozás</i>	<i>Eredmény</i>
Keresztsonti dekubitusz	Hidrokolloid kötés felhelyezése	Gézkötés felhelyezése	Nőtt-e a komfortérzet?

Kutatási kérdések megfogalmazása

A hidrokolloid kötés a keresztsonti felfekvés esetében jobban növeli-e beteg komfortérzetét, mint a gézkötés? (10)

A feltett kérdésre adott kielégítő válasz esetén egy betegről nyertünk bizonyítékot. Ha a módszer azonos körülmények között megismételve ugyanolyan hasznos eredményre vezet (több beteg esetében is kedvező változás), akkor széleskörű bizonyítékokra tettünk szert. Ha a módszert kontrollált körülmények alatt próbáljuk ki, és azt tapasztaljuk, hogy az eredmény bizonyíthatóan a mi eljárásunk, és nem más külső tényező következménye, akkor tudományosan bizonyított eredményt, azaz evidenciát alkottunk.

Az utóbbi időszakban egyre több ápolásban felmerülő problémakör kerül olyan vizsgálat alá, ami a bizonyítékokon alapuló ápolás értelmezésébe tartozik. Ezek a tanulmányok sokszor orvosi összehasonlításban is megállják a helyüket. Az alábbi példák ezt illusztrálják.

I. Példa:

Kutatási kérdés: az akut asztmában szenvedő gyermekek esetében csökkentheti-e az elbocsátást követő ismételt kórházi felvétel, a sürgősségi osztály felkeresésének és a háziorvossal való konzultációnak a gyakoriságát egy, az ápoló által összeállított elbocsátási program? (11)

Kutatási típus: randomizált kontrollált vizsgálat 6 hónapos utánkövetéssel.

Kutatási helyszín: leicesteri gyermekkorház, Egyesült Királyság.

Minta: 160, 2-16 év közötti olyan gyermek (átlagéletkor: 6 év, 61% fiú), akiket a kórházba akut asztmával vettek fel. Az utánkövetés során a sürgősségi osztályra újra felvett minden résztvevőt regisztráltak, háziorvossal történő konzultáció esetében az arány 97%-os volt.

Beavatkozás: A gyermekeket két, 80 fős csoportra osztották. Az egyik csoportban a strukturált elbocsátási programot, míg a másikonál a hagyományos rutint alkalmazták. Egy szakképzett ápoló strukturált elbocsátási tervet ismertetett, ami 20 perces tájékoztatóból állt, melyben az asztma természetéről, a kockázati tényezők felismeréséről, azok elkerülésének lehetőségéről, az elérhető gyógyszerekről és eszközökről esett szó. Minden gyermek személyre szabott, otthoni életvezetési

tervet kapott írásban. Rövid időre szóló orális szteroid kezelést is beépítették a programba, ha a gyermek korábban már ezt kapott, és a szülő hozzájárult ehhez. A szülők és a gyermekek is kézhez vehettek egy tájékoztató füzetet. Ez egyrészt a szóban átadott információk megerősítését tartalmazta, másrészt a további tanácsok beszerzési forrását taglalta.

Eredmények mérése: Az elsődleges mérési szempont az ismételt kórházi felvétel volt. Másodlagos szempontot jelentett az elbocsátást követően sürgősségi osztályon való megjelenés felvétel nélkül, valamint a háziorvossal történő konzultáció az asztma problematikájáról.

Eredmények: a 6. hónapban a strukturált elbocsátási tervvel ellátott csoportnál kevesebb kórházi felvételt találtak ($P=0,001$), kevesebbszer keresték fel a sürgősségi osztályt ($p<0,001$) és kevesebbszer konzultáltak az asztmáról ($<0,001$), mint a kontrol csoportban (táblázat).

Konklúzió: Az akut asztmában szenvedő gyermekek esetén az ápoló által összeállított 20 perces strukturált elbocsátási terv után a kórházi felvételek, a háziorvossal való konzultációk és a sürgősségi osztály felkeresésének a száma szignifikánsan csökkent.

6 hónap eredménye	Strukturált elbocsátás	Hagyományos elbocsátás	RRR	NNT
Ismételt kórházi felvétel	15%	38%	60%	5
Kórház ismételt felkeresése	8%	39%	81%	4
Háziorvossal konzultáció	40%	94%	57%	2

(RRR: relatív kockázat csökkenés; NNT: kezeléshez szükséges esetszám)

II. Példa:

Kutatási kérdés: elektív térd és csípő protézis műtét előtti beavatkozás csökkenti-e a posztoperatív morbiditást és mortalitást? (12)

Módszer: véletlenszerű, vak kontrollált vizsgálat utánkövetéssel az elbocsátásig.

Kutatás helye: három egyetemi oktatókórház Koppenhágában, Dániában.

Minta: 120 csípő vagy térd protézis műtétre előjegyzett, naponta dohányzó beteg. Kizárták a vizsgálatból azokat a betegeket, akik heti 35 egységénél több alkoholt fogyasztottak. 108 beteg (90%) adatai kerültek feldolgozásra. (életkor medián: 65 év, 57 % nő).

Beavatkozás: A műtét előtti 6-8 hét között 60 kiválasztott beteg hetente találkozott egy ápolóval. Az első találkozáskor egy ún. Fagerstöm tesztet végeztek el annak érdekében, hogy felmérjék a betegek nikotin szükségletét. A teszt eredményeit és a betegek kívánságait is figyelembe véve kidolgoztak egy személyre szabott nikotinpótló tervet. A betegeket erősen motiválták arra, hogy hagyják abba a dohányzást, de legalábbis több mint 50%-kal mérsékeljék a dohánytermékek fogyasztását. Dohányzási állapotukat folyamatosan megfigyelték és nikotinhelyettesítő anyagot ingyen bocsátottak rendelkezésükre. A következő találkozásokkor a fogyasztott dohánytermékeket vették számba, és a betegeknek tanácsot adtak, hogyan lehet leszokni a dohányzásról, melyek az előnyei és mellékhatásai, hogyan lehet kezelni az elvonási tüneteket és a súlygyarapodást. A kontroll 60 beteget hagyományos ellátásban részesítettek (kevés vagy semmi információ, rövid tanácsadás a dohányzásról).

Eredmények az elbocsátásig Posztoperatív szövődmények	Leszoktató program	Hagyományos ellátás	RRR (95% CI)	NNT (CI)
Bármely szövődmény	18%	52%	65% (42-83)	3 (2-6)
Sebvel kapcsolatos szövődmény	5%	31%	83% (48-95)	4 (2-8)

(RRR: relatív kockázat csökkenés; NNT: kezeléshez szükséges esetszám; CI: megbízhatósági tartomány)

Mérőeszköz: posztoperatív komplikációk (halál vagy olyan szövődmény, mely négy héten belüli ellátást igényel).

Főbb eredmények: Az elemzés a gyógyítás szándékával készült. Egy beteg sem halt meg az elbocsátás előtt. Bármely posztoperatív szövődmény előfordulása és a sebvel kapcsolatos szövődmények megjelenésének gyakorisága alacsonyabb volt az oktatáson részt vett csoportban, mint a hagyományos ellátásban részesülőben.

Konklúziók: Az elektív térd vagy csípő protézis beültetés előtti dohányzással kapcsolatos leszoktató program sokkal hatékonyabb volt bármely posztoperatív szövődmény és a sebbel kapcsolatos szövődmény előfordulásának csökkentésében, mint a hagyományos előkészítés.

III. Példa:

Kutatási kérdés: a zenehallgatás csökkenti-e a fájdalom és a szorongás megélésének pszichológiai következményeit a kórházba felvett felnőtt betegeknél, csökkennek-e a kellemetlen eljárások és helyzetek, és növekszik-e az ellátással való elégedettség? (13)

Adatforrás: az adatok gyűjtése számos egészségügyi adatbázis (Medline, CINAHL, Current Contents, EMBASE/Excerpta Medica, Cochrane Könyvtár, értekezések absztraktjai, PsycLit, Proceeds, HealthStar, Austhealth, és Expanded Academic Index) és négy zenével és egészségüggyel foglalkozó folyóiratból kiválogatott cikkek áttanulmányozásával történt.

Tanulmányok kiválasztása: abban az esetben választották ki a tanulmányt, ha olyan véletlenszerű kontrollált vizsgálaton alapult, ahol a lejátszott zene és valamilyen kontroll eljárást hasonlították össze kórházba került felnőttek körében. Az alábbi szempontok valamelyikének szerepelni kellett a kérdéses tanulmányban: szorongás, fájdalom, elégedettség, kardinális tünetek, fájdalomcsillapítók használata, altatók használata, a kórházi bent tartózkodás elviselése, hangulata, hossza. A módszertanilag hiányos tanulmányokat kihagyták.

Adatok csoportosítása: az adatokat a betegek jellemzői alapján két csoportra osztották: a zene típusára és az eredményt mérő változókra.

Főbb eredmények: 19 tanulmány felelt meg a kijelölt szempontoknak. 12 tanulmány foglalkozott a zene és a szorongás hatásaival, melyből 6 kórházi betegeket vizsgált. A 6 tanulmány eredményeinek összehasonlításából kiderült, hogy a zene csökkentette a szorongást: SMD (standardizált átlagos eltérés) -0,71, (95% CI -0,97 – -0,46). A másik 6 tanulmány olyan betegekkal foglalkozott, akiken valamilyen eljárást alkalmaztak, ezekből csak kettőt lehetett összehasonlítani. Kiderült, hogy a zene nem csökkentette a szorongást: SMD 0,06 (95% CI -0,33 – +0,44). Másik két, össze nem hasonlítható tanulmány alapján megállapítható volt, hogy az invazív, vagy kellemetlen beavatkozások alatt a zene nem csökkentette a szorongást.

További 5 tanulmány a zene hatása és a légzésszám közötti változást értékelte. Közülük három tanulmányt összehasonlítva elmondható, hogy csökkent a légzésszám a kórházi betegeknél WMD (súlyozott átlagos eltérés) -2,42 (CI -3,95 – -0,88). Egy tanulmányban nem találtak különbséget a beavatkozáson átesett vizsgált és a kontroll csoport között.

Az irodalomban 11 tanulmány értékelte a zene hatását a pulzusszámmra, 8 foglalkozott a zene és a vérnyomás szisztolés értéke közötti összefüggéssel, és kettő vizsgálta a zene fájdalom megélésére gyakorolt hatását. Nem találtak különbséget a vizsgált csoportokban sem a „csak” kórházba felvett, sem a beavatkozáson átesett betegek körében.

Két tanulmány számolt be a zenének az alvásra gyakorolt hatásáról. Ebből kiderült, hogy a zene képes csökkenteni az altatók mennyiségét, vagy az igényt irántuk. Egy másik vizsgálatban nem találtak különbséget a zenét hallgatók és a kontroll csoport tagjai között annak függvényében, hogy a beteg miként viselték a beavatkozást. A zenehallgatás magasabb betegelégedettséggel párosult, jóllehet ezt egy másik tanulmány cáfolta. Két vizsgálat támasztotta alá, hogy a betegek hangulata jobb lett a zene hatására, de előfordult olyan is, hogy a hangulatban nem találtak különbséget a vizsgált és a kontroll csoport között, ha a kórházban eltöltött idő hosszát is figyelembe vették.

Konklúzió: A zene, mint egyszeri beavatkozás, csökkenti a szorongást és a légzésszámot a kórházba került betegeknél.

A fenti példák is arra mutatnak rá, hogy a bizonyítékokon alapuló ápolás nem elvont tudományos érdeklődés, hanem a gyakorlati fejlődés szükséges eszköze. A bizonyíték-orientált szemléletet a napi gyakorlat részévé lehet tenni, ha az ápoló képes a kritikus gondolkodásra, a folyamatos kérdésfelvetésre, ismeri a tudományos források lelőhelyét és azok kritikus kiértékelésének módszerét. Ezen képességek megteremtése természetesen a képzés feladata, ami előfeltétele a bizonyítékokon alapuló ápolás megvalósításának.

Irodalom

1. Nightingale, F. (1946) Notes in Nursing. What is and what is not (orig. 1859). Philadelphia: Lippincot.
2. Grey, J.M. (1997). Evidence-based Healthcare. Edinburgh: Churchill Livingstone.
3. Laurant, M., Sergison, M., Halliwell S. et al. (2000). Evidence based substitution of doctors by nurses in primary care? British Medical Journal, 320, 1078.
4. Hasenfeld, Y., Patti, R. (1992). The utilization of research in administrative practice. In: A.J. Grasso & I. Epstein (szerk.): Research utilization in social services. New York: Haworth, pp. 221-239.
5. Estabrooks, C.A., (1998). Will evidence-based nursing practice make practice perfect? Canadian Journal of Nursing Research, 30, 15-36.
6. Mulhall, A. (1998). Nursing, research, and the evidence. Evidence-Based Nursing, 1, 4-6.
7. Falshaw, M., Carter, Y.H., Gray, R.W. (2000). Evidence should be accessible as well as relevant. British Medical Journal, 321, 567.
8. Hagdrup, N., Falshaw, M., Gray, R.W. et al. (1998). All members of primary care team are aware of importance of evidence based medicine. British Medical Journal, 317, 282.
9. DiCenso A., Cullum, N., Ciliska, D. (1998). Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. Evidence-Based Nursing, 1, 38-40.
10. Fleming, K. (1998). Asking answerable questions. Evidence-Based Nursing, 2, 36-37.
11. Wesseldine, L.J., McCarthy, P., Silverman, M. (1999). Structured discharge procedure for children admitted to hospital with acute asthma: randomised controlled trial of nursing practice. Archives of Diseases in Children, 80, 110-114.
12. Møller, A.M., Villebro, N., Pedersen, T. et al. (2002). Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. Lancet, 359, 114-117.
13. Evans, D. (2002) The effectiveness of music as an intervention for hospital patients: a systematic review. Journal of Advanced Nursing, 37, 8-18.

[Vissza a tartalomhoz](#)

A daganatos betegségek okozta fáradtság

Zatkó Jánosné
szakápolónő

Fővárosi Önkormányzat Uzsoki Utcai Kórház Onkoradiológiai Központ Kemoterápiás Ambulancia

(Az Uzsoki utca Kórház által rendezett Szakdolgozói Tudományos Napon (2002. V. 29.) I. helyezést ért el, és a Gyulai Onkológiai Napok szakdolgozói szekciója keretében 2002. IX. 28-án elhangzott előadás szerkesztett szövege.)

Bevezetés

Az általános fáradtságérzés egy nagyon jellemző velejárója a rosszindulatú daganatos betegségeknek. A kezeléseken részt vevő betegek nagy részénél alakul ki a fáradtság valamilyen fokozata, melynek okait számos tanulmányban próbálták már megfejteni.

A „fáradtság” meghatározás alatt értjük a fáradtságérzést, erőtleniséget, energiavesztést és a kimerültséget. A fáradtság erősödő és csökkenő periódusaival a normál életvitelre való képesség romlik. A fáradtság társul egy erős pihenési, alvási vágygal. Rendszerint megváltoznak a pszichés funkciók az energiavesztés miatt megnehezítve a koncentrációt és a tiszta gondolkodást.

Fáradtság gyakran fordul elő a betegség és/vagy a kezelés miatt kialakuló folyamatos stresszre adott válaszként. Pszichológiai, fiziológiai és az általános állapot tényezőinek összetevői ezt a hatást fokozzák, amely fáradtsággént jelentkezik. Sajátságos tapasztalat az is, hogy a folyamatos stressz anélkül, hogy lenne alkalom az energiaszint helyreállítására, növeli a fáradtságérzést.

A fáradtság vizsgálata

Az akut fáradtság hirtelen kezdődik és rövid időtartamú. A tünetek általában lokalizáltak és gyakran váltakoznak. Az akut fáradtság felfogható úgy, mint egy normál fáradtságérzés, vagy gyengeség. Pihenés vagy alvás megszünteti az akut fáradtságot. A fáradtságnak van egy sajátos megelőző funkciója: amikor hirtelen fellép, mintegy korai felismerését szolgáltatja a betegségnek. Ez már nem működik akkor, amikor krónikussá vagy túlzottá válik. Az akut fáradtság szerepe nem más, mint a szervezet védekezése, vagyis mintegy jelzés, hogy a szervezetnek azonnal pihenésre van szüksége. Éppen ezért az akut fáradtság elsősorban egészséges embereknél jelentkezik, általában túlhajszoatlagnál lép fel gyakrabban a normálisnál. A fáradtság ezen megnyilvánulása nekünk természetes, előre várható, számíthatunk rá. Bizonyos aktivitási tevékenységeknél, pl. testedzés, bizonyos testrészekre koncentrálódik, amelyek különösebb igénybevételnek voltak kitéve. Hirtelen kezdődik, és pihenésre hamar megszűnik, rövid ideig tart. Egy jó éjszakai alvás, de sokszor egy kiadós pihenés, pszichés túlhajszoatlagn esetén speciális stresszoldó tevékenységek folytatása, kikapcsolódás elegendő a fáradtság megszüntetéséhez, enyhítéséhez. A napi tevékenységekre, életminőségre nincs különösebb kihatása.

A krónikus fáradtság viszont úgy fogható fel, mint abnormális érzés, amely általában kihat a test egészére. A krónikus fáradtság kezdete általában szövevényes. A pihenés vagy alvás nem szünteti meg a krónikus fáradtságot, bár az az aktivitás függvényében csökkenhet. A krónikus fáradtság okai nagyon összetettek; olyan hosszú távú lehet, hogy nem kimondottan fogható fel védekező reakcióként. Biológiai, biokémiai reakciók bonyolult összetevői okozzák. Elsősorban krónikus betegségekre jellemző, Nincs sajátos kifejeződése, gyakran tapasztalhatjuk, hogy nincs összefüggésben az aktivitással, erőfeszítéssel. Abnormális állapot, a beteg érzi, hogy ez nem olyan fáradtság, amit eddig tapasztalt. Teljes testre kiterjedő érzés. Alattomosan, fokozatosan alakul ki, és tartósan jelentkezik, hosszú ideig fennáll. Nem használ a pihenés, alvás, ezektől csak némi átmeneti javulás várható. Kihatása a napi tevékenységekre igen nagy. Az életminőséget nagymértékben csökkenti.

A daganatos betegségek okozta fáradtság természetesen krónikus fáradtság. Amikor az energiatartalékok kiürülnek, fáradtság jelentkezik, és addig érezhető, ameddig az energia raktárak a szervezetben fel nem töltődnek. Sok tanulmányban leírták azt is, hogy a testi fáradtsággal egy időben az idegrendszeri aktivitás is hasonló mértékben csökken. Tapasztalható, hogy a két rendszer közötti aktivitás általában egyensúlyban van. A krónikus fáradtság erőteljesebben tapasztalható daganatos betegeknél az alábbi esetekben:

- kemoterápiában, külső vagy belső sugárkezelésben részesülnek,
- anaemiában szenvednek, amelynek daganatos betegségeknél számos oka lehet (csontvelő infiltráció, vörösvérsejt képzés zavara, daganat okozta vérzés stb.); létrejöhet természetesen a daganatellenes kezelések mellékhatásaként is;
- fehérje és kalória túlzott igénye miatt, amely az aktív tumornövekedés miatt kialakuló hipermetabolizmus következménye. A szervezet fehérjével és szénhidráttal próbálja kompenzálni ezt a folyamatot, ezáltal csökken a protein szintézis, elégtelenné válik a fehérjék, szénhidrátok, vitaminok és ásványi anyagok felvétele;
- ha megszakad a normál alvási, pihenési egyensúly, pl. a kezelés mellékhatásai miatt, vagy fájdalom miatt, vagy nagyon sokszor lelki behatásokra, mint pl. aggodalom a diagnózis miatt stb.;
- nagyfokú és hosszú ideig tartó stresszel való küzdelem miatt;
- depresszióban.

A krónikus fáradtságot kutató tanulmányokból kiderül, hogy a fáradtság a rákos betegek 33%-nál kapcsolatba hozható a táplálkozási szokásokkal. Ezek összefüggésbe hozhatók a fent említett tumornövekedéssel kapcsolatos bonyolult biokémiai reakciókkal. Sokkal gyakrabban tapasztalhatók cahexiás (alultáplált, vagy a tumor, vagy a kezelés miatt táplálkozási nehézségekkel küzdő betegeknél), túlsúlyos (pl. hormonterápia miatt) betegeknél. De okozza a megnövekedett vitamin- és ásványi anyaghiány is, főleg a C vitamin, B vitaminkomplex, pl. nagyobb fizikai vagy lelki igénybevételnél (pl. stresszben); folsavhiány, vashiány (pl. kemoterápiában).

Láthatjuk, hogy a fáradtság nem csak terápiás mellékhatásként alakul ki, hanem önmagában a betegség is okozhatja, mind testi, mind lelki reakcióként.

Több tanulmányból is kiderül azonban az is, hogy a fáradtság az élen áll, mint terápiás mellékhatás.

A kezelés, ápolás lehetőségei

Nagyon nehéz dolgunk van, amikor megpróbálunk tenni valamit a krónikus fáradtsággal küzdő betegünkért. A legnagyobb kihívást gyakran az ápolásban az jelenti, hogy mennyire avatkozhatunk bele ebbe az ördögi körbe. Az, hogy mennyire sikerül segítséget nyújtanunk, azon múlik, hogy milyen kapcsolatot tudunk kialakítani a betegünkkel, mert a fáradtság leküzdése érdekében a betegnek maximálisan együttműködőnek kell lennie. Meg kell tanítanunk, és hangsúlyoznunk kell betegeinknek a következőket:

- Akkor pihenjen, amikor fáradt. A kezelése alatt és után feltétlenül iktasson be pihenési periódust. Maradjon ágyban későig reggelente és feküdjön le minél korábban este.
- Vegye tudomásul, hogy a fáradtság egy rendszeresen jelentkező mellékhatása lehet a kemoterápiának, vagy a sugárkezelésnek vagy az egyéb daganatellenes terápiáknak (pl. az immunterápiának).
- A fáradtság nem a daganatos betegség rosszabbra fordulásának vagy metasztázisok megjelenésének jele, hanem a betegség és a kezelés természetes velejárója lehet. Amikor a terápia befejeződik, a fáradtság nagymértékben csökkenni fog.

Mobilizálás

Figyelembe kell vennünk, hogy előrehaladott rákos kórképeknél már egészen enyhe mobilizáció is erős fáradtságérzést válthat ki, mert fáradtsággeltő citokinek felszaporodását hozhatja létre. Legyen tehát a mobilizáció mindig az egyénre szabott. Tartózkodjon a beteg a túl sok, túl hirtelen tevékenységektől, kövessen egy fokozatosságokra alapuló mobilizálási tervet. Ez a terv feltétlenül tartalmazzon olyan elemeket, amelyeket a beteg szívesen, élvezettel végez (pl. kerti munka, egyéb hobbi tevékenységek stb.). Kórházban fekvő betegeknél a mobilizálás sokszor megelőzheti másodlagos betegségek kialakulását, ugyanakkor a betegek nagy része teljesen kimerül rövid idő alatt, nem akarja megérteni, hogy szükség van a mozgásra, kínzásnak érzi azt. Passzív mobilizációra, légzőgyakorlatok beiktatására törekedjünk az oxigenizáció javítása érdekében.

Javaslatok az életminőség javítása érdekében

Otthon a beteg próbálja élni, amennyire csak lehet, saját korábbi életvitelét, de vegye tudomásul, hogy nem rendelkezik ugyanannyi energiával, mint addig. Iktasson be és következetesen tartsa be a testedzésre, testgyakorlásra szánt időt.

Ha nem tud munkájához visszatérni, akkor keressen olyan napi elfoglaltságot, hogy hasznosnak érezhesse magát, pl. gyerekekre, unokákra vigyázzon, háztartásvezetés, vagy karbantartási munkák otthon, kertészkedés stb.

Hacsak nem kontraindikált, igyon 2-3 liter folyadékot naponta, ami segít a méreganyagok kiürítésében. Csökkentse és este 6 óra után egyáltalán ne fogyasszon kávét vagy koffeintartalmú italt.

Feltétlenül szükséges felvenni és betartani egy optimális táplálkozási rendet olyan ételek bevezetésével, amelyek fehérjében, vitaminokban, ásványi anyagokban, elsősorban vasban gazdagok, (pl. máj, sovány baromfihús, sajt, hal, zöldségek, joghurt, gabonafélék stb.)

Szükség esetén ajánljunk táplálék kiegészítő szereket, amelyek vitaminokat, ásványi anyagokat tartalmaznak. Amennyiben nehezített a táplálkozás, vagy caehexia áll fenn, tápszereket adunk (Ensure, Nutridink)

Próbáljuk megelőzni vagy minimalizálni a fájdalmat és a kezelése mellékhatásait.

Pszichológiai tanácsadásra is szükség lehet, megtanítani a helyes stresszoldó és relaxációs technikákra

Tudnia kell a betegnek, hogy az anaemia oka lehet a krónikus fáradtságnak, ezért szükséges a vérkép folyamatos ellenőrzése és az anaemia karbantartása.

Következtetések

Láthatjuk tehát, hogy milyen komplex feladat a krónikus fáradtsággal küzdő beteg mindennapi ápolása. A folyamatos ápolási, lelki tanácsadáson kívül az ápoló feladata:

- észlelni és nyomon követni a betegnél az energiavesztés jeleit,
- felhívni a beteg figyelmét a fent említett lehetséges enyhítési módokra, és

- biztosítani a kórházi tartózkodás alatt a pihenési lehetőségeket ugyanúgy, mint a fokozatos mobilizáció lehetőségét,
- biztosítani kell a megfelelő táplálkozást, fehérje és vitaminbevitelt valamint szükség szerint konzultációt dietetikussal.

Ha mindez jól működik, a jól felkészült ápoló segítségével a beteg képes lesz megérteni a fáradtság okát, elfogadni azt, mint a betegség velejáróját, és életmódbeli változtatásokkal képes lesz újra beilleszkedni a mindennapi életvitelbe

Irodalom

1. Halbritter, W.: Patients' perceptions of cancer-related fatigue: Results of an Austrian assessment survey (ECCO 11. Lisbon, Portugal, 21-25 October 2001)
2. Marty M., S. Pecorelli: Fatigue and Cancer , European School of Oncology, 2001.
3. Piper, B. F. (1977) Fatigue in cancer
4. Yasko, J.M.: Nursing Management of Symptoms Associated with Chemotherapy

[Vissza a tartalomhoz](#)

Betegemelés során kialakult hátfájdalmak

Szabó Péterné

diplomás ápoló, Markusovszky Kórház Szombathely, Idegsebészeti osztály

(A 2001-ben meghirdetett Veszprémi Akadémiai Bizottság által III. helyezést elért pályázat)

A vizsgálat célja: Annak felmérése volt, hogy milyen gyakran fordul elő az ápolók között a betegmozgathoz szükséges eszközök hiánya miatt gerincbántalom, illetve milyen okok vezetnek a fizikai megterhelés miatti megbetegedésekhez.

Módszerek és minta: A felmérés önkitöltős, saját összeállítású kérdőíves módszerre épült. Összesen 1000db kérdőív került kiosztásra az ország 13 jelentős egészségügyi intézményében.

Eredmények: A vizsgált ápolók körében magas volt a gerincpanaszok és ezekből származó megbetegedések aránya. Bár sokan ismerték a helyes betegmozgathoz elvét, szinte alig állt rendelkezésre betegemelő eszköz a kórházakban. A szubjektív panaszok mellett jelentős volt a munkaidő-kiesés, kevesen fordultak orvoshoz és tekintették megbetegedésüket foglalkozási ártalomnak.

Következtetések, javaslatok: A fentiekben bemutatott eredmények súlyos helyzetet tártak fel az ápolók fizikai terhelésének terén. A jelen kutatás szerint a betegmozgathoz szükséges eszközök száma nem követi a jogszabályi előírásokat. Szükséges, hogy a betegmozgató eszközök és ismeretek már a képzés során is megjelenjenek. A megelőzés feltételezi, hogy az üzemegészségügyi-szolgáltatások elérhetőségét az egészségügyi dolgozókra még jobban ki kell terjeszteni.

Bevezetés

A fekvőbeteg ellátó intézményekben sok azon betegek száma, akik az immobilitás (mozdulatlan, mozdíthatatlan, elfekvő) következtében külső segítség igénybevételére szorulnak annak érdekében, hogy a tartós fekvés által szövődmények ne alakuljanak ki (pl. decubitus, pneumonia, stb.). A kórházakban a betegek emelése, mozgatása különösen nagy fizikai igénybevételt jelent. Ez a megterhelés több oldalról érdemel fokozott figyelmet. Egyrészt a betegek zökkenőmentes ellátása miatt, másrészt az ápolószemélyzet részéről, hogy egészségük, munkaképességük ne sérüljön.

Saját munkahelyi tapasztalatok alapján is igazolható, hogy problémát jelent a betegmozgatás, betegemelés. A betegemelés következtében megsérült kollégákat több esetben kellett műteni, vagy konzervatív terápiában részesíteni. Ebből következik, hogy a biztonságos betegellátás nem csak a betegmozgatás során a beteget érő veszélyek elkerülését jelenti, hanem az ápolók védelmét is, ami kellő ismeret és segédeszköz biztosítását feltételezi.

A képzési hiányosságok folytán is a dolgozók általában nincsenek tudatában azzal, hogy munkaeszközük a saját gerincük. Ezért rendkívül fontos olyan mozgatási módszerek alkalmazása, amelyeket azért dolgoztak ki, hogy csökkentsék a gerincoszlop és a törzs megterhelését, a szükségtelen fájdalmat, valamint megelőzze az ápolók munkahelyi sérüléseinek jelentős részét.

A gyakorlati tapasztalatok alapján felmerült egy szélesebb, további kórházakra kiterjedő helyzetkép megismerése. Az alábbiakban közöltek saját kidolgozású kérdőívvel készült felmérés eredményeit mutatják be az ápolók fizikai terhelésével kapcsolatban. Különösen érdekes a kérdés vizsgálata azok után, hogy hazánkban is megjelent egy olyan Egészségügyi Miniszteri rendelet, amely a hátsérülések kockázatával járó kézi tehermozgatás minimális egészségügyi és biztonsági követelményeit szabályozta (25/1998. (XII. 27.)). A rendelet viszonylag tág keretszabályozást vezet be, ugyanakkor igen komoly munkáltatói felelősséget fogalmaz meg. (6)

Módszerek

A felmérést célja annak megismerése volt, hogy a betegágy mellett dolgozó ápolók milyen mértékben rendelkeznek a hátfájdalom emelésből származó panaszaival, illetve mélyen mértékben befolyásolják ezek a panaszok egészségüket. Az adatgyűjtést saját szerkesztésű kérdőív segítségével történt. A kérdőívek az ország több városi-, megyei kórházba ill. klinikáira jutottak el. A válaszadók önkéntesen, név nélkül töltötték ki az 1000db kérdőívet, amelyeket területileg egyenletesen igyekeztünk elosztani.

Az összesen 13 egészségügyi intézményből 783 db válasz érkezett vissza, amely a teljes felmérésre kiadott kérdőív 78%-a volt.

A kérdések 3 csoportra oszlottak, az első csoportból a nem és kor szerinti megoszlásra, az egészségügyben eltöltött évek számára, és a munkakör és szakképzettség megoszlására kaptunk választ. A második csoport a betegmozgatás ismereteinek elsajátítását, ill. lehetőségeit tárta fel (milyen lehetőségek adóttak a betegmozgatás ismereteinek elsajátítására, betegmozgatás kivitelezéseinek lehetőségei, az ápolók létszáma műszakonként, az ápolók hány beteget látnak el, korábbi gerincbántalmak). A harmadik kérdéscsoport a közvetlen betegemelés következtében sérült ápolók további sorsáról, ill. a sérülés feltételes okairól érdeklődött (betegemelés utáni gerincbántalom, panaszok és azok orvoslása, a probléma és a munkaidő kiesés kapcsolata, a gerincbántalom oka, ahogy azt az ápolótársak látják, gerincprobléma, mint munkahelyi ártalom).

A kérdőív utolsó pontjában nyitott kérdés állt, az egyéb vélemények számára.

Eredmények

A nemek szerinti megoszlásban a férfi ápolók száma minimális, mindössze 2% volt. A betegmozgatással kapcsolatban a férfi munkaerő hiányát többen felvetették. Az életkor szerinti felbontás a következőként alakult: a 20 év alattiak aránya alacsony (1%) volt, a kérdőíveket a 20-25 év közöttiek töltötték ki legnagyobb számban (30%). A 26-30 év közöttiek 18%-ban válaszoltak, valamivel többen, mint a 31-40 év közötti ápolók (11-12%). A 40 év felettiak ugyancsak kisebb arányban válaszoltak (2-7%).

Az egészségügyben eltöltött évek megoszlása során az átlag 11-25 év közötti munkaviszonnyal rendelkezett. A munkarend megoszlásában a legtöbben három műszakos beosztásban, valamint 12 órás szolgálatban dolgoztak.

A szakképzettség szerinti megoszlásból kiderült, hogy a szakápolók töltötték ki a kérdőíveket a legnagyobb számban (65%). Együttesen a diplomás illetve vezető ápolókkal magas arányban voltak azok a dolgozók, akik ápolói szakképesítésben részesültek (80%).

A helyes betegemelés technikájáról kapott eredmény szerint a helyes betegemelés technikáját 91%-ban ismerték, amit tanulmányaik során sajátítottak el. (Némi ellentmondás volt, hogy a nyílt válaszadás lehetőségét kihasználva sokan jelezték, hogy iskolai tanulmányaik során ilyen jellegű képzésben nem részesültek). Az alkalmazás lehetőségeiről nagyrészt termékbemutatók során szereztek ismereteiket, ill. helyi továbbképzések, különböző előadások segítették az ismeretek megszerzését.

Több olyan visszajelzés érkezett, amely szerint az adott osztály főnövére a betegmozgatásról, a segédeszközökről, azok használatáról személyesen tartott továbbképzést.

A következő kérdés szerint a betegmozgatás eszközeit közel ugyanolyan számban ismerték, mint amennyire hiányolták az osztályokról. A betegemeléshez szükséges eszközöket 79%-ban ismerték, de 74%-ban ezek nem álltak az ápolók rendelkezésére.

Arra a kérdésre, hogy: „*Alkalmazni tudja-e a betegemeléshez szükséges eszközöket?*”, 54%-nak nem okozna gondot a segédeszköz használata, ha az osztályokon rendelkezésére állna. Érdekes megvizsgálni a válaszadó kórházak megoszlását, a nagyobb számban betegemelő eszközt alkalmazni tudó válaszadók a városi kórházakban dolgoztak, őket a klinikák, és végül a megyei kórházak ápolói követték.

A jelenlegi helyzetkép szerint a betegmozgatásban általában két ápoló vesz részt (81%), de 37% mindezt *egyedül teszi*. Ez részben azzal is magyarázható, hogy sok esetben az éjszakai műszakban egy ápoló dolgozik. Harmadik személy segítségére már csak 15%-ban számíthatnak. Több jelzés visszajelzés érkezett arra vonatkozóan, hogy minden osztályra egy vagy két férfi munkaeőre lenne szükség műszakonként!

A segédeszközzel történő emelést 8%-ban jelezték, ami országos felmérési adat alapján nagyon minimális. Ez a szám nagyobb arányban az intenzív betegellátó osztályok betegemelőit jelentheti.

A következő kérdésből kitűnt, hogy egyes műszakbeosztásokban kevés azok száma, akik a betegágy mellett dolgoznak. Amíg a délelőtti műszakban 3-4-5 fő is dolgozik, addig a délutáni és éjszakai műszakban a terhelés jóval magasabb a hiányzó személyzet miatt. A legnagyobb terhelés, ahol az egy ápolóra jutó betegszám a legmagasabb (teljes ellátást igénylő beteg), a belgyógyászat, baleseti sebészet, neurológia, és sebészeti osztályok esetében tapasztalható. A legkisebb terhelést jelentő fekvőbeteg osztályok közé pl. a szülészeti sorolták a válaszadók.

A felmérés során kiderült, hogy a megkérdezettek felénél már az ápolói munkakört megelőzően is jelentkeztek gerincpanaszok, többségük derékfájdalmat említett. Figyelembe véve az életkori megoszlás adatait, ez kritikusan magas arány!

Az új dolgozók 43%-nál nem szerepelt gerincbántalom következtében kialakult tünetcsoport. Az ő esetükben a rendszeres betegemelés az alábbi panaszok kialakulásához vezetett. Az eredetileg panaszmentes ápolók 77%-ánál jelentkeztek az alábbi gerincereditű panaszok:

Derékfájdalom	62%
Lábba sugárzó fájdalom	19%
Derékba és lábba sugárzó fájdalom	30%
Vállba sugárzó fájdalom	16%
Karba sugárzó fájdalom	12%
Egyéb	3%

Azt is megvizsgáltuk, hogy az egészségügyben eltöltött évek számához viszonyítva miként alakult a panaszok mértéke. Az első 10 év eltelte után már a betegápolók 52%-nál jelentkeztek valamilyen teheremelésből adódó tünetek. Mindez a segédeszköz hiányából, a képzés elégtelenségéből, a szakszerűtlen betegemelésből következik.

Mindennek ellenére orvoshoz kevesen fordultak, az összes válaszadó 30%-a jelezte, hogy történt kivizsgálás. Munkaidő kiesést 22%-ban jelezték, ebből főként szabadnap (10%), ill. táppénz terhére (10%) történt a távollét. A rendes éves szabadságot 5%-ban vették igénybe erre a célra. Kevesebben (3%) válaszolták, hogy más munkakör betöltésére kényszerültek a betegemelés miatti megbetegedés következtében.

Az érintettek a gerincpanaszok kialakulásának okaiként az ápolók alacsony számát, és a segédeszközök hiányát azonos arányban (63%-ban) jelezték. Közel egynegyedük (23%) hiányolt olyan munkavédelmi felszerelést, amellyel a lehetőséghez mérten a betegágy mellett dolgozókat kímélni tudnák. A betegemelési technikák ismeretének hiányát 13% jelezte okként.

Nagyon kevés volt azok száma, akik szerint munkahelyi ártalomnak minősíthető gerincproblémájuk (14%), többen megjegyezték, hogy ez nem hivatalosan megállapított munkahelyi ártalom, hanem közvetlen környezetük, ismerősök, betegek, munkatársak véleménye.

Következtetések, javaslatok

A fentiekben bemutatott eredmények súlyos helyzetet tártak fel az ápolók fizikai terhelésének terén. Annak ellenére, hogy jogszabály biztosítja a kötelező védelmet a munkahelyi ártalmakkal, így a megerőltető fizikai sérülésekkel szemben is, a jelen kutatás szerint a betegmozgathoz szükséges eszközök száma nem követi a jogszabályi előírásokat.

Mindenképpen megdöbbentő az ápolói hivatás megkezdése előtt kialakult gerincpanaszok magas aránya, amely csak súlyosbodik az ápolásban való részvétellel. Ebben jelentős szerepe van az ápolási segédeszközök hiányának. Ugyanakkor a megfelelő ismeretek oktatása éppúgy hiányzik, mint a férfi kollégák jelenléte és a megfelelő ápolói létszám. Fontosnak megemlíteni azt a tény is, miszerint ha rendelkezésre is áll a segédeszköz, annak használata nehézkes, ezért gyakran maradnak meg az ápolók a hagyományos kézi emelésnél, betegforgatásnál.

Az ápolói munka során szerzett gerincbántalmak túl azon, hogy súlyos szubjektív panaszokat okoznak, jelentős munkaidő-kieséssel és ily módon a kollégák még tovább fokozott terhelésével járnak. Veszélyes trend, hogy az ápolók a pihenőidejüket is a munkaképességük helyreállítására, munkahelyük megtartására kénytelenek felhasználni. Ugyanakkor a gerincbántalmak időben történő kezelése sokaknál elmarad, amely tartós torzulással, ennek következtében pályamódosítással jár. Az így jelentkező munkahelyi ártalmakat a többség nem tekinti a munkáltató felelősségének, így a törvényben adott jogait sem érvényesíti.

Az ápolók gerincbántalmairól szóló kutatás hangsúlyozni kívánja, hogy meghatározó egészségkárosító problémával állunk szemben. Ez a tény azért érdemel kiemelt figyelmet, mert a pályát elhagyó kollégák között számos olyan akad, aki a már kialakult betegség miatt vonul kényszerpályára, illetve sokan vannak, akik egészségük megóvása érdekében választják a pálya elhagyását. A kórházaknak, a munkaerő és a munkaerő egészségének megtartása érdekében fokozott erőfeszítéseket kell tenniük, hogy az ápolás során használható segédeszközök, nevezetesen a betegemeléshez, betegmozgathoz szükséges eszközök, rendelkezésre álljanak, ezzel is segítve a munkakörülmények javítását. Az ápolók általános közérzete, egészsége is fontos eleme a minőségi betegellátásnak, megengedhetetlen, hogy az ápolók nagyobb része foglalkozási megbetegedés miatt kerüljön betegeinek helyébe.

A jövő egyik célkitűzése, hogy minél több betegápoló ismerje meg, és alkalmazza azokat a szakszerű betegemelési segítő technikákat, eszközöket, amelyek a mindennapi munka során ma hiányoznak. Szükséges, hogy ezek az eszközök és ismeretek már a képzés során is megjelenjenek, és alkalmazásuk rutinszerű feladat legyen a jövő ápolói számára. Ugyanakkor a betegségek megelőzésére, és a már panaszokkal rendelkezők kezelésének orvoslására is nemzeti méretű összefogás szükséges. Ez feltételezi, hogy az üzemegészségügyi-szolgáltatások elérhetőségét az egészségügyi dolgozókra még jobban ki kell terjeszteni.

Irodalom

1. Barta, O (1986). Az ortopédia tankönyve. Budapest: Medicina.
2. Bálint, G. és Szabó, B. (1995). Módszertani ajánlás a derékfájás diagnosztikájának és terápiájának elveire. Budapest: Országos Házi-Orvosi Intézet.
3. Egészségügyi Közlöny, 1999 (1), 43-45.
4. Fedineczné, V. K. (szerk.). Az ápolók munkahelyi egészsége és biztonsága. LEMON 10. füzet.
5. Smith, J. és Johnson, T. J. Y. (1997). Gyakorlati ápolástan. Budapest: Medicina.
6. Magyar Közlöny, 1993, 54 szám.
7. Dotte, P. (2000). A betegek mozgathatósága és aktivizálása. Budapest: Springer.
8. Potter, P. A. és Perry, A. G. (1996). Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Budapest: Medicina.
9. Tate, R. B. és Coope, J. (1999). Predictors of time loss after back injury in nurses. Spine, 1930-1936.
10. Szomor, K. (1999). Az egészségért dolgozók egészsége. Ápolásügy, 10, 15.
11. Varga Péter, P. (1985). Lumbalis spinalis stenosis. Budapest: Springer.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Ápolói Kihívások a XXI. század elején

– Az ápolás elméletének és gyakorlatának változásai –

– Az ápolásbiztosítás kérdései –

A Magyar Ápolástudományi Társaság egynapos konferenciát rendezett a MTA Pécsi Akadémia Bizottság Székházában 2002. október 5-én a fentebb említett címmel. A rendezvény célja volt megszólítani az ápolásért, annak tudományos igényű műveléséért elkötelezett ápolási szakembereket, minden az ügyért felelősséget érző közéleti és más szakmai szereplőt.

Az esemény jelentőségét elismerve, Dr. Szili Katalin a Magyar Országgyűlés Elnöke, Dr. Matejka Zsuzsanna az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Főigazgatója és Prof. Dr. Kosztolányi György a PTE Orvostudományi és Egészségtudományi Központ Elnöke vállalta el a fővédnöki feladatokat. Dr. Szili Katalin megnyitójában gratulált az áldozatos hivatást végző ápolóknak és kiemelte a hivatás mielőbbi tudományos fejlesztésének szükségességét, melyhez minden segítséget szeretnének megadni, jelezve, hogy országgyűlési képviselőként Kárpáti Zsuzsa is felvállalta ezt a képviselőletet.

A rendezvényen napjaink magyar ápolásügyének meghatározó egyéniségei hitet tettek ezen kezdeményezés fontossága mellett. Tematikailag a rendezvény fókuszpontjába az ápolás stratégiai kérdései, továbbá egy kurrens téma, az ápolásbiztosítás kerültek. A konferenciára előadással nem lehetett bejelentkezni, mivel a rendezők szándéka szerint egy a jelen helyzetet bemutató előadássorozatot kívántak felvonultatni, megismerve több szakember véleményét az egyes kérdésekben. Ez azonban nem zárta ki a vita és megbeszélés lehetőségét, hisz a kerekasztal erre lehetőséget teremtett.

A konferencián a következő előadások hangzottak el:

I. szekció

A Magyar Ápolástudományi Társaság szerepe napjainkban – *Betlehem József, elnök, MÁT*

Az ápolás stratégiai kihívásai Magyarországon 2002-ben

– *Tóth Ibolya, főosztályvezető, Gyógyító és Ápolásügyi Főosztály, ESZCSM*

Az ápolásbiztosítás hazai lehetőségei – *Kárpáti Zsuzsa, országgyűlési képviselő*

A német ápolásbiztosítási rendszer magyar adaptációjának lehetőségei – *Dr. Boncz Imre, főosztályvezető, Szakmapolitikai és Koordináló Főosztály, OEP*

– *Dr. Sebestyén Andor, térségi főigazgatói főkoordinátor, (Dél-Dunántúli Térség), OEP – Dózsa Csaba, egészségügyi és ellátási főigazgató-helyettes, OEP*

II. szekció

Az ápolás társadalmi meghatározottsága – *Dr. Tahin Tamás, főiskolai tanár, főigazgató, PTE EFK*

A fejlődés illúziója az ápolásban: elmélet és gyakorlat kényszerházassága – *Dr. Zrínyi Miklós, szerkesztő, NŐVER folyóirat*

Az ápolástudomány és szakképzés rendszere az Európai régióban – *Vizvári László főigazgató, ETI, főiskolai docens, PTE EFK*

Az egyetemi okleveles ápolóképzés jelentősége hazánkban – *Dr. Illei György, emeritus főiskolai tanár, főigazgatói szaktanácsadó, PTE EFK, NŐVER folyóirat bemutatkozása.*

Kerekasztal beszélgetés

A program összegzéseként elmondható, hogy olyan időben került sor erre a rendezvényre, amikor már a magyar ápolói társadalomban igényként jelentkezik az ápolásról való tudományos gondolkodás, a hivatásért vállalt ápolói felelősség. A popularista, összигényeket kiszolgáló elvek helyett szükséges az ápolás tudományos bázisának szervezett megteremtése, ami nemcsak a szavak szintjén kell, hogy létezzen. Számos olyan ápoló és társszakmákban dolgozó kolléga működik az országban, aki valamiféle iránymutatást igényelne, de kizárólag szakmai alapon. A Társaság a rendezvény útján szövetséget ajánlott ezen kollégáknak a közösen meghatározott célok elérése érdekében, támaszkodva a már meglévő tapasztalataikra. Az előadások és a kerekasztal beszélgetés során pillanatok alatt felszínre kerültek azok az ápolásban jelenleg is feszítő pontok, melyek mindenki számára ismertek,

azonban a megoldásukra eddig legfeljebb csak kísérletek történtek. Egy sokoldalú és hatékony diszkusszióhoz olyan résztvevőkre van szükség, akik saját egyéni érdekeiken többé-kevésbé felül tudnak kerekedni és még látják az általános szakmai célokat egy nemzetköziséget is figyelembe vevő kontextusban. Számos újabb problémával nézünk a közeljövőben szembe:

- Európai Unió csatlakozás ápolásszakmai kérdései
- Ápolói Kamara életre hívása
- az egészségügyi finanszírozás változása, az ápolásbiztosítás megjelenése
- az ápolás önálló hivatásként való üzésének feltételei
- tevékenység listák létrehozása a különböző végzettségű ápolók számára
- a szociális és az egészségügyi ellátás inkongruenciája folytán előálló, sokszor az egészségügyre, ápolásra nehezedő terhek csökkentésének lehetősége
- az ápolók képzésének teljes spektrumú átgondolása, beleértve a szakirányú szakképzés és továbbképzés kimunkálásának lehetőségét is
- az ápolók önmaguk, saját hivatásuk felvállalásával járó összeütközések
- a nemzeti egészségfejlesztési koncepciókban való ápolói szerepvállalás kérdése
- önálló ápolók számára megfinanszírozott kutatások hiánya.

A stratégiai szinttől egészen a gyakorlatig bőven van tennivaló sok szervezet és ember számára. Bizonyítást nyert, hogy a szakmai potenciál már jelen van, csak jól kell őket megszólítani és egy cél érdekében összefogni, hisz kis nemzet lévén nem engedhetjük meg magunknak a szétforgácsolódás esélyét. Ez nem azonos a tárgyalások során az egyéni vélemények elfojtásával és ki nem fejezésével, azonban bizonyos helyzetekben a konszenzus személyes felvállalása elengedhetetlen a hatékony érdekérvényesítéshez. Kevés olyan konferenciát láttam, ahol a gyakorló ápolótól, a szakképző és felsőoktatási intézmények, kórházak ápolási és orvos-szakmai felelős vezetőin át, a finanszírozó és a szakmai kollégiumok legmagasabb szintű vezetőit is beleértve, a legmagasabb közjogi főméltóságig részt vettek volna és kifejtették volna véleményüket.

A rendezvény felmutatta, hogy van lehetőség a tudományos igény nevében az ápolói szakma egy rétegének, az érte tenni akaró képzőintézményeknek, a társszakmáknak, a szakmapolitikának, és a szélesebb értelemben vett politikai döntéshozóknak a megszólítására.

Bízom benne, hogy az itt megfogalmazott igények mások érdeklődésére is számot tartanak az ápolás nemes ügye érdekében.

*Betlehem József
MÁT elnök*

[Vissza a tartalomhoz](#)

Magyar Ápolástudományi Társaság: a szervezett gondolkodás évszázada?

Dr. Zrínyi Miklós, Ph.D. (CWRU-USA)

szaktanácsadó, Egészségügyi Világszervezet, Genf; szerkesztő, Nővér ápolástudományi folyóirat

(A MÁT konferenciáján felolvasott előadás szövege)

Régóta vártunk erre a pillanatra. Arra a pillanatra, amely egy lépéssel közelebb visz minket önbecsülésünk kiteljesedéséhez, a társadalomban és a tudományok között elfoglalt helyünk megerősítéséhez.

Minden szakma fejlettsége többfajta módon mérhető, egy tudományos közösség létrehozása a legmagasabb szintű szellemi tevékenységek megjelenésének kézzelfogható jele. A Társaság éppen ezért több a nevében megjelenő tudományos jelzőnél. A Társaság újjáéledése reményt jelenthet az ápolást évtizedek óta sújtó hiánybetegség kezelésére. A Társaság ugyanis valós alternatívát jelenthet azoknak a szakembereknek, akik mindig is hittek a kiemelkedő tudás hasznában, akik számára az

innováció, a fejlesztés éppúgy az ápoláshoz tartozó kötelezettség, mint a betegek legjobb tudásuk szerinti gondozása.

A Társaság tartalmaz keretet kínálhat egy építkező munkára, olyan minőségfejlesztő tevékenységekre, amelyeket sajnálatos módon a Magyar Ápolási Egyesület szakmai szekciói az elmúlt évtized során nem tudtak felvállalni.

A Társaságban ott rejlik a lehetőség, hogy közösséget teremtsen azoknak a kollégáknak, akiket a belső és külső kényszerek eltávolítottak a pályától, mert a bennük rejlő kritikus látásmód és újító szándék nem volt összeegyeztethető a hagyományos gondolkodással.

Ha értesüléseim megfelelőek, a Társaság létrehozásának, újjáélesztésének filozófiája olyan szervezet megalkotása, amely a tudomány műveléséhez és elmélyítéséhez segíti hozzá tagjait. Naivitás lenne azonban azt gondolni, hogy az elvégzett munkának nem lesz kihatása az egészség- és ápoláspolitikára. Továbbmegyek, az önmagában való tudományoskodásnak vajmi kevés haszna van, ha az eredmények nem fordíthatók le ápoláspolitikai változtatásokra. Minden fejlett ápoláspolitikával rendelkező társadalomban a tudományos tevékenységet támogató, összefogó és irányító szervezet teszi lehetővé, hogy a kutatások sokasága az ápoláspolitikai számára kritikus, központi kérdéseket válaszolja meg. Ezeket a tényeket kell azután lefordítani új képzési célok, klinikai irányelvek, és az ápolást érintő jogszabályok nyelvére.

A Társaság tehát egy intellektuális szűrő szerepkörét is magára vállalja akkor, amikor kijelenti, hogy az ápolástudomány fejlesztésében kíván kiemelkedő érdemeket szerezni. A Társaság iránytű, tagjainak sokasága képes határozni olyan célok felett, amelyek találkoznak a szakma igényeivel, amelyeket minden kutató képes magáévá tenni és követni.

Tetszik vagy sem, a Társaság igen hamar egy felforrósodó politikai erőterben találja magát, amelyben csak határozott állásfoglalással tudja biztosítani, hogy egyenrangú félként tekintsenek rá a partnerek. Ebben az erőterben a tudományos érvek fogódzót jelentenek, a módszerek tisztasága és objektivitása kellő garancia arra, hogy ne lehessen őket az asztal alá söpörni. Ebben az erőterben az egységes fellépés lehet az egyetlen megbízható módszer arra, hogy a Társaság súlya meghatározó erő legyen az ápoláspolitikában. Az egységes fellépés nem a vitamentességet jelenti, ahogy azt más ápoló szervezetek kiválóan példázzák, a vita lételeme a tudományos gondolkodásnak. Ha azonban a vita elült, és egységes álláspontra jutottak a felek, a Társaság nem engedheti meg magának, hogy álláspontja mögé tagjai ne sorakozzanak fel.

A Társaság már ma is jelentős kihívást jelent a létező szakmai szervezetek számára. A világ minden fejlettebb ápolással rendelkező országában jellemző, hogy a tudományos társaságok tagjai a szakmai elit tagjai. Ez egyúttal garanciát is jelent arra, hogy a Társaság rövid időn belül rendelkezik majd olyan szellemi tőkével és intellektuális koncentrációval, aminek hiánya az elmúlt 10 évben akadályozta például a Magyar Ápolási Egyesületet szerepének betöltésében. Minden bizonnyal ezért (is) rengeteg kritika éri majd a Társaságot. A cél azonban nem a rivalizálás, egymás megszokott ellehetetlenítése, ahogy ez eddig az ápolás szakmai és politikai fórumainak sajátja volt. A Társaságnak végeznie kell munkáját egy megálmodott és demokratikusan kijelölt úton végighaladva, ragaszkodva azokhoz az állásfoglalásaihoz, amelyek, még ha sértik is mások érdekeit, a tudomány objektív eszközeinek segítségével születtek, és a Társaság semleges álláspontját tükrözik.

Időről-időre lesznek olyan szervezetek vagy egyének, akik saját céljaik érdekében befolyásolni vagy módosítani szeretnék a Társaság irányvonalát. Ezt oly módon is megtehetik, hogy a Társaságtól elvonnak vagy éppen magadnak valamilyen (például anyagi) támogatást. Fontos azonban szem előtt tartani, hogy a Társaság tudományos tisztasága és objektivitása, legitimitása a függetlenségében rejlik, ami természetesen nem jelenti azt, hogy az ésszerűség határain belül nem szükségeszerű a másokkal való kollektív együttműködés. Az ügyvezető testületnek azonban idejében törekednie kell a függetlenség valós alapjainak megteremtésére, amely nem egy esetben konfliktust fog jelenteni, hiszen ugyanazt az állami támogatást most már nem csak önjelölt szervezetek fogják igényelni.

A Társaság jövője és legitimitása jelentős mértékben attól függ majd, hogy tagjai és pártfogói mennyire képesek valós tartalommal megtölteni azt az értékrendszert és eszmeiséget, amelyet a Társaság maga elé tűz. Tudományos szervezetről lévén szó, ezért olyan kritikus, hogy a Társaság ne várja meg az időt, amíg a szakma legjobbjai lassan csatlakoznak egy-egy kezdeményezésükhöz, hanem, hazánkban szokatlan módon, kezdeményezzen, kérje fel őket a szerepvállalásra. Szellemi töke hiányában ugyanis a Társaság filozófiai céljai nem kapnak támogatást, különösen akkor nem, ha a szakma legjobbjai a pálya széléről kénytelenek bekiaáblni. Éppen ezért óva inteném a Társaságot a

regionalitástól, túl kicsi ez az ország és az ápolók közössége ahhoz, hogy ne férjünk el egy *Magyar Ápolástudományi Társaságban* mindannyian.

A Társaság leendő tagságának egyúttal nem árt észben tartani, hogy politikai kalandorságból, ahogy ezt más nemzeti szervezeteknél tapasztaljuk, nem érdemes csatlakozni. A Társaság nem karrier létra, a tagság ugyanis nem politikai célokat valósít meg, hanem tudományos munkát végez, amelynek jobb esetben lehetnek egészségpolitikai vonatkozásai. A tudományos tevékenység végzéséhez azonban a szájon kívül másra is szükség van, nem utolsó sorban tehetségre, elszántságra, és tudásra.

A Társaság tagságán keresztül olyan szakmai kvalitásokat integrál, amely mérhető kompetenciával ruházza fel. Éppen ezért a Társaság nem maradhat néma olyan szakmai kérdésekben, amikor a kompetenciáját sértő döntésekről szerez tudomást. A Társaság presztízsét veszélyezteti, ha nem foglal állást olyan kérdésekben, mint például az ápolástudomány- és kutatás oktatásában és napi gyakorlatában tapasztalható anomáliák, amelyek komolyan megkérdőjelezzik az ápolástudomány hazai fejlesztésének jövőjét.

A Társaságnak infrastruktúrára lesz szüksége ahhoz, hogy hatékonyan tudjon működni, ahhoz, hogy gondolatait közvetíteni tudja. Kérem, ne felejtsetek el, hogy a *Nővér Ápolástudományi Folyóirat* a Magyar Ápolástudományi Társaság hivatalos szócsöve is egyben. A *Nővérben* való közlés és értekezés a Társaság tagjainak nem szabadon választott lehetőség, hanem önként vállalt kötelezettség. Az ápolás tudományát nem lehet úgy fejleszteni, hogy az ezzel kapcsolatos kutatómunka eredményeit más folyóiratoknak kínáljuk fel. Lehet, hogy a *Nővér* által támasztott mérce magasnak tűnik, de hogy akar a Társaság a jövő generációjának szemébe nézni, ha tudományos tevékenységének bizonyítékait a társtudományok könyvtáraiból kell összeválogatni?

A Társasági tagság arra szólít fel, hogy önként vállaljuk fel ápolástudós mivoltunkat. A tudós feladata pedig nem szerepjáték, a tudós egy magatartás, a megismerés és fejlesztés magatartása. A tudós szerep kihívás, arra ösztönöz, hogy tudásunkat szélesítsük, mélyítsük és átadjuk! A Társaság tagjainak tehát kötelezettsége nemcsak önmaguk, de mások fejlesztése is. A tagok egyben mentorok is, akik önmaguktól vállalják, hogy terjesztik és védik az ápolástudomány kultúráját, és minden igyekezetükkel azon vannak, hogy minél többen ismerjék és használják a tudományos módszereket és eredményeket.

Rövid előadásomból azt hiszem kivehető volt, hogy a Magyar Ápolástudományi Társaság a legserencsésebb időben választotta a megújulást, amikor a tudományos értékrend iránti igény fokozatosan növekszik hazánkban is. A Társaság előzmények nélküli helyzete lehetővé teszi, hogy megfelelő mozgásteret és bizalmat kapjon az ápolók közösségtől. Ez a bizalom már csak azért is megilleti a Társaságot és ügyvezetőit, mert képesek voltak felvállalni az újjáalakulás jogi természetű kérdéseinek tisztázását, és megszervezni a jelen tudományos ülést. Nem beszélve arról, hogy a tudományos ülés anyagát kiadvány formájában is képesek megjelentetni. Mindezek a tények tiszteletet követelnek.

A folytatáshoz nem tudok mást kívánni, mint kitartást, egyre erősödő tagságot és növekvő presztízst. A bizakodásra minden okunk megvan, a magyar ápolásban, úgy tűnik, most születik meg az a szellemi elit, amelyre az ápolásvezetésben, az oktatásban és államigazgatásban is vezető szerep vár. A Társaság kiváló katalizátor lehet ahhoz, hogy a feladathoz felnőjenek.

Köszönöm a lehetőséget, a figyelmet. További eredményes munkát kívánok.