

NŐVÉR



AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

Scientific and educational journal
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

2021. 34. ÉVFOLYAM 1. SZÁM

A TARTALOMBÓL

A krónikus fájdalommal élők életminőségének javítása
zeneterápiás eszközökkel

Antibiotikum felhasználás alakulása lélegeztetéssel
összefüggő pneumoniában zárt szívó használatának tükrében





VAKCINAINFÓ

Regisztráljon a koronavírus elleni oltásra:

vakcinainfo.gov.hu

Az oltás önkéntes és ingyenes. Amennyiben szeretné beoltatni magát, regisztráljon most, és értesüljön elsőként a vakcinával kapcsolatos információkról és teendőkről!

MINDEN ÉLET SZÁMÍT

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, 2021;34(1):1–40.

TARTALOMJEGYZÉK

ÁPOLÁSTÖRTÉNET

A csecsemő és gyermekápoló és a gondozóképzés története
A Heim-nővérek és a Calmette nővérek tevékenysége 3
Perkó Magdolna, Sövényi Ferencné, Fatér Zsuzsanna,
Dr. Habil. Oláh András

EREDETI KÖZLEMÉNY, TOVÁBBKÉPZÉS

A krónikus fájdalommal élők életminőségének javítása
zeneterápiás eszközökkel 14
Budai Éva, Dr. Uhreczky Eszter, Benedekfi István,
Dr. Németh Anikó, Dr. Domján Andrea, Dr. Lobanov Artyom

EREDETI KÖZLEMÉNY

Antibiotikum felhasználás alakulása lélegeztetéssel
összefüggő pneumóniában zárt szívó használatának
tükrében 22
Pethőné Tóth Ibolya Ápoló Msc, Ahmann Mercédesz,
Shahood Hadel, Bálint Csaba, Dr. Pakai Annamária PhD, Habil

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

Nyugtalan láb szindróma várandós nők körében 30
Horváth Alexandra Mónika, Dr. Karácsony Ilona Hajnalka

ÁPOLÁS GYAKORLATA

A vizsgálati nővér („Study Nurse”) szerepe a klinikai
gyógyszervizsgálatokban 34
Szabó Anita, Kurucz-Asztalos Nikolett, Demeter Zsuzsanna,
Dr. Pikó Béla, Prof. Dr. Dank Magdolna PhD

CONTENTS

HISTORY OF NURSING

The history of Pediatric Nurse and Caregiver training.
The role of the Heim-Nurses and Calmette-Nurses 3
Magdolna Perkó, Ferencné Sövényi, Zsuzsanna Fatér,
András Oláh PhD, Habil

ORIGINAL CONTRIBUTION, CONTINUING EDUCATION

Improving the Quality of Life of People with Chronic
Pain by means of Music Therapy 14
Eva Budai, Eszter Uhreczky, Istvan Benedekfi,
Aniko Nemeth PhD, Andrea Domjan, Artyom Lobanov

ORIGINAL CONTRIBUTION

Trends in antibiotic use in ventilator-associated
pneumonia in context of using closed suction
system 22
Ibolya Pethőné Tóth, Mercédesz Ahmann, Hadel Shahood,
Csaba Bálint, Annamária Pakai PhD, Habil

REVIEW ARTICLE

Restless legs syndrome among pregnant women 30
Alexandra Mónika Horváth, Ilona Hajnalka Karácsony

NURSING IN PRACTICE

The Role of the Study Nurse
in clinical trials 34
Anita Szabó, Nikolett Kurucz-Asztalos, Zsuzsanna Demeter,
Béla Pikó MD, Magdolna Dank MD, Prof, PhD

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 készített írások 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
ANNO 1990

LifeTime Media Kft. egészségügyi divíziója

Nyomdai munka: Varg 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

Dr. Balogh Zoltán (PhD)

Prof. Dr. Betlehem József (PhD)

Dr. habil. 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 idejét, 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 közzési joga a Kiadót illeti.

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

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Henriett Éva Hirdi PhD. Editors: Anikó Németh PhD, Katalin Papp PhD. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungary with English summaries. The Journal also offers continuing education credits in every issue. Editorial office: PoB 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

ÁPOLÁSTÖRTÉNET

A csecsemő és gyermekápoló és a gondozóképzés története

A Heim-nővérek és a Calmette nővérek tevékenysége

PERKÓ Magdolna, SÖVÉNYI Ferencné, FATÉR Zsuzsanna,
Dr. Habil. OLÁH András

ÖSSZEFOGLALÁS

Az ápolói és gondozónői szakma jelentősen fejlődött a XX. század első felében, ideértve a különböző specializációk bevezetését is. Az első gyermekgondozónői tanfolyam megszervezése dr. Szana Sándor gyermekorvos nevéhez kötődik, aki 1904-ben 5 fő részére kezdte meg az oktatást. Később az 1915-ben létrejött Országos Stefánia Szövetség kulcsszervezetté vált ezen a területen. Dr. Heim Pál gyermekorvos kezdeményezésére a Stefánia Szövetség 1916-ban elindította a gondozóképzést. Így az első gyermekgondozónői specializációt Dr. Heim Pál után nevezték el, és a végzőseit „Heim-nővér”-nek hívták.

A Heim-nővéreken kívül a szerzők jelen közleményben a Calmette nővéreket is bemutatják, hiszen ebben az időszakban a tuberculosis (TBC) az egyik vezető halálok volt Magyarországon.

Kulcsszavak: ápolástörténet, ápolói specializáció, 20. század, egyesület, Magyarország

The history of Pediatric Nurse and Caregiver training. The role of the Heim-Nurses and Calmette-Nurses

Magdolna PERKÓ, Ferencné SÖVÉNYI, Zsuzsanna FATÉR, András OLÁH

SUMMARY

In the early part of the 20th century in Hungary, the nursing and caregiver profession has evolved considerably, including the introduction of specializations. Pediatrician Sándor Szana, considered by literature to be founder of the training of Pediatric Caregivers, offered the first lectures in 1904 for 5 females. Later the National Stephanie Alliance came into being as a key organisation in this field from 1915. On the initiative of Pediatrician Pál Heim, the Stephanie Alliance started a Pediatric Caregiver training in 1916. Thus, the first such childcare nursing specialization was named after Pál Heim MD, and the nurses who graduated were called Heim-Nurses.

In addition to the Heim-Nurses, the authors of this paper also present the activities of the Calmette Nurses. Since this period, tuberculosis (TB) has been one of the leading causes of death in Hungary.

Keywords: nursing history, nursing specialisation, 20th century, association, Hungary

PERKÓ Magdolna

SÖVÉNYI Ferencné

FATÉR Zsuzsanna

DR. HABIL. OLÁH András
Pécsi Tudományegyetem
Egészségtudományi Kar

Levelező szerző
(correspondent):
PERKÓ Magdolna; E-mail:
perkomagdi@gmail.com

Beérkezett: 2021. január 29.

Elfogadva: 2021. február 10.

Bevezetés

Az egészségügyi szakképzés történetében nehéz eligazodni, a képzés szerkezete és intézményrendszere az előző évtizedek alatt többször is változott. Voltak olyan időszakok, amikor viszonylag egységes elvek alapján működött, de voltak olyanok is, amikor a régebbi és az újabb típusú képzés hosszabb vagy rövidebb ideig párhuzamosan létezett egymás mellett. A XIX. század elejéig az egyes szakképesítéseket önálló jogszabályok nem rendezték, az ápolást, gondozást végző személyzet tevékenységében nem különült el a gyermek és felnőtt ellátásával kapcsolatos tevékenység. Az Osztrák-Magyar Monarchiában az ápolói

tevékenység gyakorlását nem kötötték semmiféle előképzettséghez, az 1876. évi közegészségügyről szóló törvény sem fogalmazott meg ezzel kapcsolatban rendelkezéseket. Az ápolók kórházi foglalkoztatása kizárólag a kórház vezetőjén múlott, akinek sokszor nem igazán sikerült megfelelő munkaerőt választani.

Az eredeti elképzelésünk szerint írásunkban csak a „Heim-Nővérek” történetét terveztük közkincsé tenni, de lapozva a múlt írott és íratlan emlékei között a szálak messzebb vezettek. Fokozatosan feltárult előttünk a gyermekgondozónő képzés néhány mérföldköve. Itt találtunk utalást a „Heim-Nővérekre”. A történetük ugyan kevésbé ismert, de

a gyermekellátás múltjának említésekor még ma is megkülönböztetett tisztelettel szólnak róluk. Ahogy látni fogjuk, valójában a csecsemő és gyermekgondozás XX. századi történetének néhány évtizedéhez kapcsolódik tevékenységük, és viszonylag kisszámú a csoportjuk, mégis beírták nevüket mind a magyar, mind az európai gyermekgondozás történetébe. Köszönhető ez Heim-Nővérek „névadójának” **Dr. Heim Pálnak**.

A szervezett gyermek gondozónő-képzés kezdete hazánkban

A kezdetek vonatkozásában fontos megemlítenünk a Londonból induló fehér kereszt mozgalmat és annak hazai hatásait. **1885-ben megalakult** a Szegény Beteg Gyermek Egyesület, amely 1886-ban, mint Fehér Kereszt Egyület kezdte meg működését (**1. kép**).

1. kép: Fehér Kereszt Egyesület Alapszabályai (1888)
(Forrás: Dr. Oláh András gyűjteménye)



Az egyesület 1895-ben olvadt össze az Országos Lelencház Egyesülettel, és a továbbiakban, mint **Fehér-Kereszt Országos Lelencház Egyesület** működött. Az egyesület lelenc- és szeretetházakat létesített 0-14 éves korú elhagyott gyermekek számára, ingyenes orvosi ellátást nyújtó gyermekkorházat ho-

zott létre, segélyt nyújtott a rászoruló szülő nőknek. Az egyesület révén 1904–1907. között már 17 állami gyermekmenhely épült (Budapest, Pécs, Veszprém, Debrecen, Nagyvárad, Gyula, Kolozsvár, Szeged, Arad, Kecskemét, Szabadka, Szombathely, Rimaszombat, Munkács, Kassa, Marosvásárhely, Temesvár), melyeket a későbbiekben továbbiak követtek. Sajnos, a trianoni békeszerződéssel 9 menhelyet elvesztettünk, megmaradtak azonban a budapesti, debreceni, gyulai, kecskeméti, pécsi, szegedi, szombathelyi, veszprémi menhelyek és újonnan épült a miskolci. A gyermekmenhelyek felvételi, gyűjtő és elosztó helyek voltak, ahonnan a gyermekeket a telep orvosa és gyermek-felügyelő által ellenőrzött telepekre, onnan főleg parasztgazda és iparos nevelőszülőkhöz helyezték ki. Mint a későbbiekben látni fogjuk, az egyesületnek szerepe volt a gyermekgondozónői tanfolyamok szervezésében is.

A XX. század elején elfogadott és **Széli Kálmán** (a belügyminisztérium ideiglenes vezetésével megbízott miniszterelnök) nevéhez kapcsolódó gyermekvédelmi törvény (1901. évi VIII. törvénycikk az állami gyermekmenhelyekről) eredményeképpen lendületet vett az állami gyermekvédelem rendszerének országos kiépítése, jogszabályi, intézményi, pedagógiai finomítása. A törvények végrehajtási utasítása hangsúlyozta, hogy a korszerű polgári gyermekvédelem csak a társadalom teljes bekapcsolásával lehetséges. Emellett a törvény rámutat a lelencházak és gyermekmenhelyek közötti különbségre. Még a lelencházakban meghalni hagyták a gyermekeket, akiket azért helyeztek oda, hogy senkinek ne legyenek útjában, addig a gyermekmenhely tiszteletbe tartotta a „gyermek élni és boldogulni akaró jogát”. Itt a gyermekeket csak felvették, és rövid időn belül, az adminisztratív felvétel után, nevelőszülőkhöz adták. A gyermek gondozónők kezdetben „képzetlenül” ezeken a területeken tevékenykedtek.

Az első gyermekgondozónői tanfolyam megszervezése **dr. Szana Sándor** gyermekorvos (Temesvár, 1868. augusztus 18. – Budapest, 1926. május 3.) nevéhez kötődik, aki 1904. év folyamán a temesvári **Délvidék Lelencház Egyesület** által fenntartott gyermekkorházban 5 fővel, 6 hónapos gyermekgondozónői tanfolyamot indított. A tananyag a gyermek testének tisztántartására, a gyakoribb gyermekbetegségekre, a beteg gyermek ápolására, a gyermek intézeti ellátására terjedt ki. Korabeli munkájából idézünk:

„...Az állami gyermekvédelem alatt az állam azon ténykedéseit értjük, melyeknek célja: 1. a gyermeknek testi degenerációját; 2. a gyermek erkölcsi degenerációját; 3. a gyermekek excessív halálózását megakadályozni vagy rövidebben a gyermekek közegészségügyének az emelése. Hogy a gyermeknek erkölcsi védelmére szükség van, azt, tekintve a gyermeknek erkölcsi és fizikai tehetetlenségét,

vagyis tekintve a gyermekkor védtelenségét, bizonyítani nem kell. Hogy a testi degeneráció s a nagy halálozás ellen küzdeni kell s lehet szociálhigiénikus berendezésekkel azt azon egyetlenegy statisztikai adattal bizonyítom, hogy 100 közellátásra szoruló anya csecsemője közt az első évben 50, 100 önálló foglalkozású ember csecsemője közt 25 és 4 100 uralkodó fejedelmi csecsemő közt évente csak 7 hal el. Kétségtelen tehát, hogy a szociálhigiénének feladata eredményre járhat.

A magyar állam egész 1898-ig a következő intézkedéseket tette gyermekvédelem ügyében. 1. Tiltó intézkedések; ilyen: a) abortus betiltása; b) gyermekkitevés eltiltása; c) a nem gyógykezeltetés büntetése a hét éves korig; d) büntetlenség a büntetendő cselekmények miatt a 12 éves korig. 2. Védő intézkedések: a) gyámügyi intézkedések; b) dajkaságba adott gyermekek feletti községi felügyelet; c) bábaiskolák; d) oltási kényszer; e) óvodák, iskolák, foggyatékosok számára való iskolák; f) ismétléssel foglalkozó ifjúsági egyesületek; g) javító intézetek. Ezen állami gyermekvédelmi intézkedéseket betetőzi az 1898. XXI. törvény, az 1901. VIII. t.-c. és az 1901. XXI. t.-c. által kreált nagyszabású gyermekvédelmi actió, Széll Kálmán örök dicsőségét hirdető kultur-5 történeti jelentőséggel bíró alkotása: a közellátásra szoruló s erkölcsileg elhagyott gyermeknek állami gondozása a 15 éves korig.

A magyar állam az összes kulturnemzetek közt legelsőnek kimondta, hogy mindazon gyermekek, kiket övéik eltartani képtelenek, vagy kik árvaszék batározata szerint gyermeküket nevelni erkölcsileg képtelenek, a magyar állam által az állami menhely keretén belül gondoztatnak" (Szana, 1903).

1906-ban Temesváron működő **Fehér Kereszt Egyesület** keretében már a harmadik tanfolyam indult. Ekkor már központi kérdés volt a „*nők foglalkoztatása*”. Ezt igazolja vissza az egyik napilap akkori írása is. A képzési forma hamarosan elfogadottá vált, a gyermekgondozónő fogalom rövid időn belül Révai Nagy Lexikonban is meghatározásra került (2. és 3. képek).

2. kép: Gyermekgondozónői tanfolyamról szóló cikk (Forrás: Az Újság, 4. évfolyam, 1906-09-11 249. szám)

— **Új életpálya magyar nőknek.** A hírneves angol gyermek-nurseok, az alapos németországi Kinderpflegerinek mintájára már két év óta a délvideki Fehér Kereszt-egyesület Temesvárott magyar **gyermekgondozónőket** képez ki hathónapos tanfolyamokban. Ezen tanfolyamokon jó családból, a kellő előképzettséggel bíró fiatal nők a gyermekápolásban elméletileg és gyakorlatilag kiképeztenek. Eddig valamennyi növendék megfelelő jó jövedelmező állásba jutott. A legtöbb a magyar II. ami gyermekmenhelyekben, némelyek magánházakban. Az okleveles gondozónők országos testvérszövetséget alkottak mely szövetség tagjai nyugdíjáról, állásnélküliség eseteire ellátásáról gondoskodik s egyébként is erkölcsi s anyagi érdekeikről. A most folyó harmadik tanfolyam **vizsgálata** szeptember utolsó napjaiban lesz s a végzett növendékek uriházakban fognak állást gyermekek mellett vállalni. Ily **gyermekgondozónő** alkalmazása s az új tanfolyamba való felvétel végett a nevezett egyesülethez kell fordulni.

3. kép: A gyermekgondozónő fogalma (Forrás: Révai Nagy Lexikona, IX. kötet: Gréc-Herold, 1913)

Gyermekgondozónő. A panaszra képtelen kis gyermek, főleg a csecsemő gondozása, csak felette megbízható s szakképzett személyekre bízható. Ennek ellenére azt látjuk, hogy még igen jó társadalmi körökben is gyakran műveletlen, vén asszonyokra bizzák a kis gyermekek ápolását. Angliában s Németországban már régóta a legműveltebb társadalmi körök lányai vállalnak, egy sőt több évi tanfolyam után, kórházakban s családokban Gy.-i állásokat (nurse, Kinderpflegerin). Nálunk néhány állami gyermekmenhelyben képeztenek ki az uri osztályhoz tartozó nők egy éves tanfolyamban hivatásos Gy.-kké. Ezek a tanfolyam befejezése után az állami gyermekmenhelyek betegosztályain gondozzák a gyermekeket, vagy az állami gyermekmenhelyek gyermektelepein vállalják a gyermekek ellenőrzését mint állami gyermektelepfelügyelőnők. Egyesek magán-családokban is vállalják gyermekek, főleg csecsemők gondozását. Jelenleg a budapesti állami gyermekmenedékhely tanfolyamában képeznek ki évente 20 hivatásos Gy.-t.

1910-től Temesvár mellett további két helyen volt gyermekgondozónő képzés, nevezetesen Budapesten és Aradon működő Magyar Állami Királyi Gyermekmenhelyek keretében, de itt már 12 hónap, és részletesebb tananyagú gondozónőképző tanfolyamok működtek (**4. kép**) (Szana, 1903).

4. kép: A gyermekgondozónői szaktanfolyam felhívása (Forrás: Az Újság, 11. évfolyam, 1913-11-01 / 260. szám)

— **Nyári menház. Szakály. 1. A gyermekgondozónői szaktanfolyamra** azokat a nőket veszik fel, a kik tizenkettedik évüket betöltötték, de a 35 évet még nem haladták túl, kifogástalan erkölcsűek, a magyar nyelvet szóban, írásban tökéletesen bírják s legalább a polgári iskola négy osztályában elsajátítható műveltséggel rendelkeznek. A felvételnél okleveles óvónők és tanítónők előnyben részesülnek. 2. A tanfolyamon elméletileg és gyakorlatilag képezik ki a hallgatókat. Az elméleti kurzus, a mely hat hónapig tart, — minden évben — szeptember 15-én kezdődik. 3. A tanfolyamnak vannak belakó és künlakó tanítványai. A belakók a hat hónapi kurzusért, beleértve a teljes ellátást is, 180 koronát fizetnek. Ezt a díjat azonban méltánylást érdemlő esetben részben vagy teljesen is elengedhetik, úgy hogy a tanítvány az oktatásban és ellátásban egészen ingyen részesülhet. 4. A tanfolyam sikeres elvégzése után a hallgató **oklevelet** kap. Az okleveles gyermekgondozónők az állami gyermekmenhelyekben való alkalmaztatásnál a belügyminiszter rendelete következtében elsőbbségre számíthatnak. A gyermekgondozónők az intézeti állásokon kívül gyermekkórházakban és magán-családoknál is nyerhetnek alkalmazást. 5. **Gyermekgondozónői szaktanfolyamok** vannak: Temesvárott a Fehér-kereszt testvérszövetségében és Budapesten meg Aradon az állami gyermekmenhelyeken.

Mideközben 1906. február 25-én **Edelsheim-Gyulai Lipót** és **Karsai Sándor** kezdeményezésére megalakult az **Országos Gyermekvédő Liga**. A Liga 15 pontos programot fogalmazott meg, fő fel-

5-6. kép: 1941-ben készült „Országos Gyermekvédő Liga 1906-1941” herendi porcelán plakettje. Hátdoldalán lévő felirat: „AZ 1941-ÉVI JUBILÁRIS GYERMEKNAPOK 304.000 PENGŐS GYŰJTÉSÉNEK EMLÉKÉRE FELAJÁNLJA ... KORMÁNYZÓELNÖK” (Forrás: Dr. Oláh András gyűjteménye)



adatának a gyermeknyomor enyhítését, az állami és a társadalmi gyermekvédelem koordinálását tekintette. A liga önkéntes védőnőket is foglalkoztatott (**5. és 6. képek**).

Lezárva a század első évtizedét, megállapíthatjuk, hogy a régebben kialakított „*ösztönös gyakorlatot*” felváltotta a szervezett képzés, és kialakult a tanítandó anyag elmélete, a tudomány adott szintjén meghonosodott a szervezett képzés.

Új szereplő lép a színre: az Országos Stefánia Szövetség

A Szövetség megalapításának előzményeként 1914-ben alakult meg Budapesten a **Városi Népségítő Iroda**, az anyák és csecsemők szociális és egészségügyi védelme érdekében. Később felmerült az anya- és csecsemővédelem országos megszervezésének igénye, a kor neves gyermekgyógyászainak bevonásával (**Heim Pál, Bókay János, Berend Miklós, Tauffer Vilmos**). 1915. június 13-án **Bárczy István** fővárosi polgármester és **Madzsar József** kezdeményezésére alakult meg az **Országos Stefánia Szövetség**. A Szövetség első elnöke **Apponyi Albert** volt, míg a fővédnöki tisztséget **Stefánia hercegnő** látta el. A szövetség céljai között szerepelt a csecsemőhalandóság csökkentése, a születésszám növelése, a tudatlanság és a babona elleni küzdelem (**7. kép**) (Szana, 1903; „*Gyermekgondozónő*”, 1913).

7. kép: Az „Országos Stefánia Szövetség”, „Országos Stefánia Szövetség - Anya és Csecsemő Védőnője” zománcozott jelvényei 1915-ből. (Forrás: Dr. Oláh András gyűjteménye)



Az Országos Stefánia Szövetség 1917-ben az államtól átruházott hatáskörben láthatta el az anya- és csecsemővédelmi feladatokat a 39.088/1917. BM és a 135.840/1917. BM sz. rendelet alapján. A szövetség feladatai közé tartozott a védőintézeti anyavédelem, a védőintézeti csecsemő- és kisgyermekvédelem, egészségügyi propagandatevékenység végzése, illetve a védőnőképzés szervezése. Fontos cél volt az egész országra kiterjedő általános egészségvédelmi rendszer kialakítása. Ugyanakkor a trianoni határmódosítások jelentős hatással voltak a szövetségre is, hiszen az azt megelőző időszakban elsősorban az erdélyi, délvidéki, felvidéki területeken kezdte meg fejlesztéseit.

A Szövetség 1921-ben az Amerikai Vöröskeresztnek nagy anyagi és erkölcsi támogatása mellett újból sikerrel indította meg a magyar anya- és csecsemővédelem újjászervezését intézményeinek kiépítését és intenzív prevenciós munkába kezdett. A Szövetség **1922-től átvette a Vöröskeresztől a védőintézeteket**. Az 151.317/1924.NMM rendelet újabb mérföldkövet jelentett, mely szerint a továbbiakban anya- és csecsemővédelmet társadalmi egyesületek, községek, városok csak az Országos Stefánia Szövetség irányításával végezhettek. Ezt követően, 1925-ben a 41.000/1925.ME miniszterelnöki rendelet írta elő a Szövetség helyi működésének elősegítését. Mindez azt eredményezte, hogy az **Országos Stefánia Szövetség a magyarországi egészségvédelem csúcsszervezetévé vált** (Szana, 1903).

Az Országos Stefánia Szövetség nem csak védőnőket, hanem csecsemő- és gyermekgondozónőket is képzett, elsősorban azért, hogy az általa fenntartott intézményeknek és a családoknak az egészséges és beteg gyermekek gondozásában jó felkészültséggel rendelkező gondozónőket bocsáthasson rendelkezésére. A **Stefánia Szövetség Heim Pál** gyermekgyógyász (Budapest, 1875. – Budapest, 1929.) kezdeményezésére indította el **1916-ban a gondozóképzést a Központi Védőnőképző Iskolában**, aminek végzősei „*Heim-nővér*” néven váltak ismertté. A két éves képzés végén záróvizsgát tettek, gyermekgondozói oklevelet kaptak, és viselhették az erről tanúskodó jelvényt (**8. kép**). Az 1920-as évek közepére állandó **képző centrumok** alakultak ki:

- Budapesti Magyar Királyi Állami Gyermekmenhely. (Budapest, Üllői út 86.) (Jelenlegi Heim Pál Gyermekkorház jogelődje)

- Országos Stefánia Szövetség (Budapest, VIII., Vas u. 10.) égisze alatt, a

8. kép: „HEIM-NÖVÉR” zománcjelvény korabeli változatai (Forrás: dr. Oláh András gyűjteménye)



9. kép: Beszámoló a Pécsen induló gyermekgondozónői tanfolyamról (Forrás: Tolnai Újság 1927. pp. 148.)

— **Gyermekgondozónői tanfolyam a pécsi gyermekklinikán.** A pécsi m. kir. Erzsébet tud. egyetem két évig tartó ingyenes gyermekgondozónői tanfolyamot kezd. A tanfolyam célja, hogy egészséges és beteg gyermekek ápolásában szakképzett gondozónőket neveljen, akik a tanfolyam végeztével, mint okleveles főgondozónők családoknál, esetleg gyermekórházakban, klinikákon nyernek elhelyezést. A

Jelentkezők irjanak a következő címre: Zichy Vera grófnő főnőkésszony, Pécs, Gyermekklinikája, s csatolják rövid életleírásukat. Válaszképpen pontos tájékoztatót kapnak, részletes feltételekkel és szabályokkal. Egyelőre csak 6 növendék vétetik fel. Csak 20—30 év közötti lévő 4 polgárit végzett úrilányok pályázhatnak. Örömmel adunk helyet a hirdetésnek s egyzersimint köszönjük a pécsi gyermekklinikája igazgatójának, hogy az agyonsanyargatott középiskolai leányai számára evvel egy új elhelyezkedési lehetőséget nyújt. Igaz ugyan, hogy most még csak hat növendéket vesznek fel, de megvagyunk győződve, hogy rövid pár év múlva, mint azt a külföldi példák is mutatják, az úri lányok közül rekrutálódott gyermekgondozónők nagyon kapósak lesznek. Meg fognak majd szünni a mai keserves állapotok, mikor a dolgozni akaró úri lányok, sokszor diplomával a kezükben nem tudnak elhelyezkedni, s titlenül várják odahaza a jószerecskét. Végezetül még csak annyit, hogy szebb, nőesebb foglalkozást középiskolánk részére elképzelni sem tudunk.

Budapesti Fehérkereszt Gyermekórházban (Budapest, IX., Tüzoltó utca 7-9.) és a pécsi Magyar Királyi Erzsébet Tudományegyetem Gyermekklinikáján.

Heim Pál 1923-ban a Magyar Királyi Erzsébet Tudományegyetem gyermekgyógyász professzorává történt kinevezésével írta be nevét, mint a „modern” magyarországi csecsemőgyógyászat, valamint a „korszerű” csecsemő és gyermekgondozónő képzés megteremtője. Az időzőjellebe tett szavak, – mint majd látni fogjuk, a történetünkben – több okból „határkövet” is jelentenek.

Az 1920-as évek közepén a napilapok és más hírforrások egyre gyakrabban adnak számot a gondozónőképzés lehetőségéről (9-12. képek).

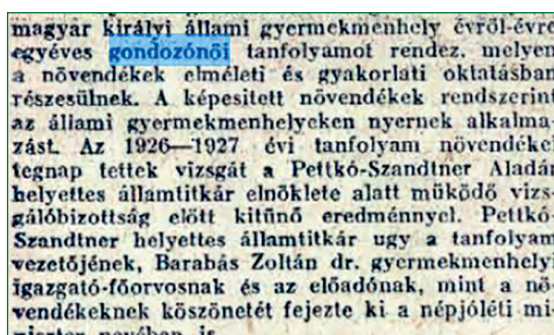
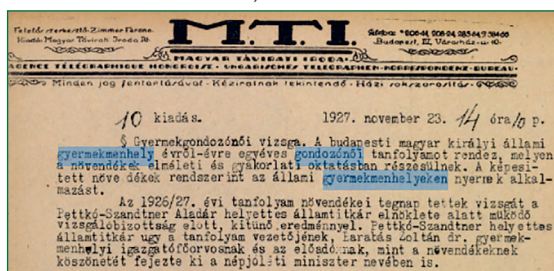
A **Budapesti Orvosi Újság** 1927. évi 51. számában megjelent Fekete Sándor az Országos Stefánia Szövetség igazgatóhelyettes főorvosának a „*Csecsemő- és gyermekgondozónők rendszeres elhelyezése a közegészségügyi munkában*” című írása. A kritikus írás összegzi az addigra kialakult helyzetet, mely szerint a képzések nem voltak egységesek, illetve csak az adott képzőhely munkaerőigényének kielégítését szolgálták elsősorban. Azaz az állami gyermekmenhelyeken képzett gondozónők a menhelyek gondozónői és esetleg később telep-felügyelőnői szükségletének kielégítésére szolgáltak, ahogy a budapesti Fehérkereszt-gyermekórházban és a pécsi egyetemi gyermekklinikán képzett gondozónők (az úgynevezett Heim-nővérek) is részben az illető klinika és kórház szolgálatát látták el, és csak az ezen felül létrejött feleslegük helyezkedett el magánháztartásoknál. Ugyanez volt a gyakorlat a menhelyi gondozónők esetében is, azok vállalhattak másol munkát elsősorban, akik a menhelyi szolgálatból ön-

10. kép: Beszámoló sz 1927. augusztus 1-jén induló gyermekgondozónői tanfolyamról (Forrás: Pesti Hírlap, 49. évfolyam, 1927-07-22 / 164. sz.)

— **Biztos megélhetés nők részére.** Németországban a csecsemőgondozónői pálya egyike a legkeresettebb foglalkozásoknak. Ha a növendékek elvégzik a kurzust, feltétlenül kapnak állást a családoknál, ami igen szép megélhetést biztosít. Hazánk tele van osztrák és német schwesterekkel, akik jól beválnak ugyan, de tulajdonképpen a mi leányaink keresetét veszik el. Ezen a bajon segítő, a Pécsi M. Kir. Erzsébet Tudományegyetem Gyermekklinikája kurzust hirdet, amely ingyenes és ismételjük, hogy biztosabb kenyeret nyújt, mint sok más női pálya és emellett nemes, szép hivatás. Ime a felhívás:

A Pécsi Magy. Kir. Erzsébet Tudomány-Egyetem Gyermekklinikája aug. 1-én két évig tartó ingyenes gyermekgondozónői tanfolyamára felvessz növendékeket, mégpedig négy polgárit végzett intelligens, egészséges és erőteljes hajadon úri leányokat. A növendékek a tanfolyam tartama alatt ingyen részesülnek lakásban és teljes ellátásban. A végleges felvételt egy hónapos próbaidő előzi meg. A harmadik hónaptól kezdve kapnak negyedévenként fokozódó zsebpénzt (4 pengőtől 28 pengőig). A tanfolyam célja: leivizsgázott növendékeket főleg családoknál gyermekek mellé elhelyezni. A fentemlített feltételek mellett a pályázók jelentkezzenek írásban, rövid életleírásuk csatolásával a következő címre: Zichy Vera grófnő főnőkésszony, Pécs, Gyermekklinikája.

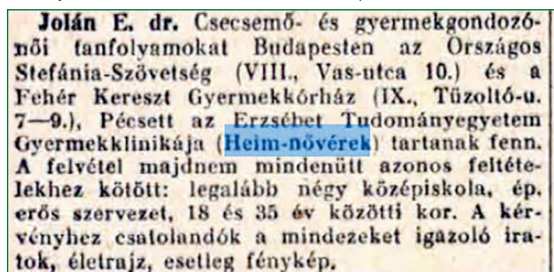
11-12. kép: Beszámoló a gyermekgondozónői képzés záróvizsgájáról (Forrás: Újság, 3. évfolyam, 1927-11-24 / 267. szám)



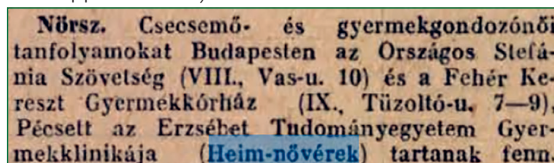
ként kiléptek, vagy akiket fegyelmezetlenségük vagy használhatatlanságuk miatt onnan eltávolítottak. A szerző szorgalmazza a különböző helyeken rendszeresített gondozónő-képzők tantervének egységesítését, amire a későbbiekben sor is került (lásd később). Ezt igazolja Szokolay Leó: Jogi alapismeretek a szociális munkában kiadvány (Budapest, 1937) ahol a következő sorok olvashatók:

„A Szövetség csecsemő- és gyermekgondozónőket is kiképez avégből, hogy intézményeknek és családoknak az egészséges és beteg gyermekek gondozásában teljes

14. kép: Tanfolyami felhívás (Forrás: Újság, 7. évfolyam, 1931-12-06 / 278. szám)



15. kép: Képzésre való felhívás (Forrás: Újidők, 1931. 1.évf. pp. 225-226.)



jártassággal bíró gondozónőket bocsáthasson rendelkezésre. Ezek a gondozónők, – mint előbb említettük – a magyar csecsemő- és gondozónők képzés megteremtőjének: dr. Heim Pál egyetemi tanárnak emlékeztére a »Heim-nővér« címet viselik. A képzés szabályzatát a Szövetség orvosi szakosztálya csak 1931. május 15-i ülésén állapította meg és azt a belügyminiszter 185.168/1931. sz. a. hagyta jóvá.” Sajnos Heim Pál ezt már nem érthette meg.

„HEIM-NŐVÉR”, mint fogalom a sajtó tükrében

A csecsemő- és gyermekgondozónők képzési szabályzatának jelentőségét igazolja az akkori sajtó érdeklődése is.

Újabb szereplő megjelenése: Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat

Az Országos Közegészségügyi Intézet 1925-ben történt felállítását követően, 1927-ben létrejött a Magyar Királyi Országos Közegészségügyi Intézet is, a Rockefeller Alapítvány segítségével. Az intézet első igazgatója Dr. Johan Béla volt. Az intézet fe-

16.-17. képek: Zöldkeresztes kitűző és zöldkeresztes felvarró (Forrás: Dr. Oláh András gyűjteménye)



ladata volt az általános egészségvédelmi rendszer kiépítése, és az úgynevezett „zöldkeresztes” egészségvédelmi szolgálat kialakítása, valamint a védőnők képzése (16-17. képek). Előtérbe került a falusi lakosság elhanyagolt egészségi állapotának javítása (18. kép). Főbb feladatok között került nevesítésre az anya és csecsemővédelem, az iskolás gyermekek gondozása, a nemi betegségek, TBC elleni küzdelem, a szegény betegek otthoni ápolása, a szociális gondozás is.

Országos Stefánia Szövetség 1915-1927-ig, mint országos hatáskörrel rendelkező szervezet egyedülként működött „anya és csecsemővédelem” szemlélet-

18. kép: Gyermekek vizsgálata a zöldkeresztes intézményeiben 1930-ban (Forrás: Dr. Oláh András gyűjteménye)



tel. A Szövetség 1927-1941-ig a majdani egyesülésig, párhuzamosan tevékenykedett a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálattal. Ez utóbbi szervezet „általános egészségvédelmi és családgondozói” szemlélettel működött. Elmondható, hogy a két szervezet között időnként sajtóban is nyilvánosságra került konfliktus állt fent. A Betegápolásügy FIGYELŐ rovatában 1933.február 1-én megjelent cikkből mutatunk be egy részletet a **19. képen**.

19. kép: Az Országos Stefánia Szövetség és a Országos Közegészségügyi Intézet munkájának párhuzamba állítása (Forrás: Betegápolásügy FIGYELŐ rovata 1933. február 1.)

Az ellenségeskedés elméleti fejezete az u. n. „általános” és „szak” egészségügyi rendszerek helyessége körüli vitát jelentené. Az Országos Stefánia Szövetség munkájának, nagy szervezőképességgel épített ki, támaszkodva a 39.088—917. XII. sz. belügyminiszeri rendeletre, országunkban egy egészségvédelmi rendszert. Ez egészségvédelmi rendszert tekintettel arra, hogy zárólag csak az anyák és csecsemők egészségügyi védelmét előzoza „szak-egészségügy”-nek nevezik mind közönségesen. E rendszer az egészségügyi megelőzésnek szolgálatában álló tényezőit csak az anya és csecsemővédelmi munkára, csak az ezzel kapcsolatos teendőkre és ismeretekre képezi ki. Minden épített szervezete, rendelőintézete stb. csak az anya és csecsemővédelmet szolgálja.

Ével szemben a Magyar Királyi Országos Közegészségügyi Intézet felállításával párhuzamban a magyar közegészségügy megismerkedni kezdett az „általános egészségvédelem” rendszerének keretével is. E rendszer a pozitív egészségvédelmet egy oly együttes praeventívus keretben óhajta kiépíteni, mellyel a társadalom pozitív egészségét fenyegető tényezők közül nemcsak egy meghatározott ártalom ellen küzdene, hanem egyúttal munkakörébe vonja az anya és csecsemővédelem mellett az általános családvédelem, a tbc. megelőzésének, stb. problémáit is. Ennek megfelelően képezi is ki ez intézet az általános egészségvédelmi munka végrehajtó közegét.

Az Országos Stefánia Szövetség egyre inkább bizonygatta léte fontosságát. Évente rendszeresen beszámolt a tevékenységéről, 1926-ban évtizedes működésről adott számot:

„Az anyák és csecsemők védelmére az **1915. évi június havában alakult Országos Stefánia Szövetség** immár **12 éve** fejt ki áldásos tevékenységét a nemzetvédelem munkájának egyik legfontosabb és legveszélyeztetettebb területén.

A kormány és a hatóságok már régebben felismerték, hogy ez a munka legalább is nagy részben állami feladat, minthogy azonban ezt a tevékenységet a Stefánia

Szövetség keretében működő társadalmi szervezet kiváló szakértelemmel és ügybuzgalommal látja el, a belügyi és később a népjóléti kormány az anya- és csecsemővédelem munkáját a Szövetségre bízta és azóta ez a társadalmi szervezet a maga tevékenységét állami ellenőrzés és irányítás mellett és átruházott állami hatáskörben fejt ki.

A háborút követő évek kálváriája, különösen az ország megcsonkítása és a gazdasági összeomlás nagyon megnehezítették a Szövetség munkáját.”

A Szövetség, szinte minden területen igyekezett igazolni léte fontosságát. A Szövetség éves jelentéseiben az 1930-as évektől a gondozónő-képzés külön fejezetet kapott (**20. kép**).

20. kép: Beszámoló jelentés a gyermekgondozónő képzésről (Forrás: Jelentés az Országos Stefánia Szövetség 1933. évi működéséről)

22

3) Gyermekgondozónő („Heim-nővér”) Képző Intézet.

A gondozónőképzés problémáját a magyar csecsemőgyógyászat megteremtője, a korán elhunyt dr. Heim Pál egyetemi nyilvános rendes tanár vetette fel első ízben Magyarországon, miért is emlékére gondozónőinket „Heim-nővér” címmel ruháztuk fel. A magyar gondozónőképző igazgatósága Szövetségünk központjában van, tanfolyamai azonban a budapesti, debreceni, pécsi és szegedi gyermekklinikákon működnek.

A budapesti gyermekklinikaival kapcsolatos és dr. Haimniss Elemér professzor vezetése alatt álló gondozónői tanfolyamon az 1933. évben oklevelet nyert 9 gondozónő.

A debreceni gyermekklinikaival kapcsolatos és dr. Bókay Zoltán professzor vezetése alatt álló gondozónői tanfolyamon az 1933. évben oklevelet nyert 18 gondozónő.

A pécsi gyermekklinikaival kapcsolatos és dr. Duzár József professzor vezetése alatt álló gondozónői tanfolyamon az 1933. évben oklevelet nyert 10 gondozónő.

A szegedi gyermekklinikaival kapcsolatos és dr. Kramár Jenő professzor vezetése alatt álló gondozónői tanfolyamon az 1933. évben oklevelet nyert 5 gondozónő.

Ki volt az első, aki képzést indított?

Az Országos Stefánia Szövetség évi jelentéseit rendszeresen szemlélte az Orvosi Hetilap és mindig megállapította, hogy nem Heim Pál nevéhez köthető az első csecsemő gondozónő képzés, hanem az állami gyermekmenhelyekről indult ki (**21. kép**).

21. kép: Helyreigazítás az első gyermekgondozónő képzés indítójára vonatkozóan (Forrás: Budapesti Orvosi Újság, 33. évfolyam, 1935-11-07/45. szám)

Keller Lajos: Jelentés az Országos Stefánia-Szövetség 1934. évi működéséről. 134 l.

A jelentésből örömmel látjuk, hogy a Szövetség tevékenysége évről-évre megtermi azokat a gyümölcsöket, mely a céltudatos munkát mindig követni szokta. De örömmel látjuk azt is, hogy a magyar társadalom mennyire érzi adósságát az intézménnyel szemben, hogy közel 850 ezer pengőt áldozott az elmúlt évben is önkéntes adóként az anya- és csecsemővédelem oltárán. A Szövetség által elért eredményt legjobban mutatja az, hogy bár a csecsemőhalálozás átlaga országosan emelkedett 13.9%-ról 15%, a védőintézetekkel beszervezett területeken nem haladta meg a 13.8%-ot ez évben sem. Rá kell mutatnom a jelentésnek egy tévedésére, mely szerint néhai Heim Pál vetette volna fel első ízben hazánkban a gondozónőképzés problémáját (21. l.). Ez az állami gyermekvédelemmel kapcsolatban történt, mely ez évben fejezte be XXVII. csecsemő- és gyermekgondozónői tanfolyamát s megindította Szana Sándor volt.

Barabás Zoltán.

A két szervezet közeledése, békülés kezdete

Az Országos Stefánia Szövetség igazgatója, Keller Lajos adta ki a Szövetség 1937. évi működéséről szóló jelentést. A jelentés előszavában dr. Ugrón Gábor v. b. t. t. ny. belügyminiszter, elnök részletes statisztikai adatokkal alátámasztott fejtegetésekben mutatja be a Stefánia Szövetség áldásos munkájának eredményeit. Az utolsó esztendő során is a Szövetség munkája következtében jelentősen csökkent a védett és beszervezett területeken a csecsemő-halandóság. A szerző a statisztikai adatokra hivatkozva ezen eredmények elérésében meghatározónak tartotta a Szövetség munkásságát. Emellett az elnök *külön foglalkozik a zöldkeresztes mozgalommal és rámutat arra, hogy a két intézmény között milyen harmónia alakult ki.* Megállapodás jött létre a két szervezet között abból a célból, hogy a két intézmény együttesen, nem egymás ellen, hanem egymást támogatva a magyar nemzet egészségvédelmét szolgálja. A Stefánia Szövetség jelentős munkát végez a magyar népesedésügy érdekében. Az igazgatásról és az elért eredményekről, valamint az országos szervezet egész működéséről részletes és áttekintő képet nyújt a jelentés, amely igazolja ennek az intézménynek céltudatos vezetését.

Rendteremtés „rendelettel”: avagy a „szabályozatlantól a szabályozottságig”

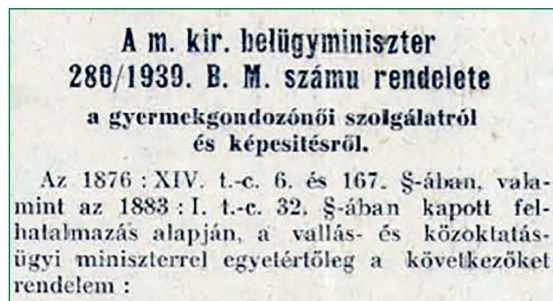
Ahogy arról írásunk korábbi részében beszámoltunk, **Fekete Sándor az Országos Stefánia Szövetség igazgatóhelyettes főorvosa** már 1927-ben is sürgette a gyermekgondozónő képzés egységesítését. Erre végül 1939-ben került sor, mely rendelet 1950-ig maradt hatályban (22. és 23. képek).

„1. §. (1) A jelen rendelet hatálybalépésének napjától kezdődőleg gyermekgondozónő elnevezés használatára csak az jogosult, aki a 2. §-ban megjelölt gyermekgondozónői tanfolyamot szabályszerűen elvégezte, és a 16. §-ban előírt képesítő vizsgát sikeresen letette.

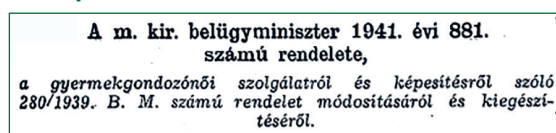
(2) Az (1) bekezdés rendelkezései nem vonatkoznak azokra a személyekre, akik az 1940. évi december hó végéig valamely állami gyermekmenhelyen, a budapesti Fehér Kereszt gyermekkórházban, vagy pedig az Országos Stefánia Szövetség rendezésében tartott gondozónői tanfolyamot elvégezték, és a megszabott vizsgát letették, illetőleg képesítő oklevelet nyertek.

(3) A (2) bekezdésben megjelölt és képesítő oklevelet nyert gondozónők 1941. évi január hó 1. után csak akkor használhatják továbbra a gyermekgondozónő elnevezést, ha oklevelüket eddig az időpontig törzsköny-

22. kép: Belügyminiszteri rendelet a gyermekgondozónői szolgálatról és képesítésről



23. kép: Rendeletmódosítás



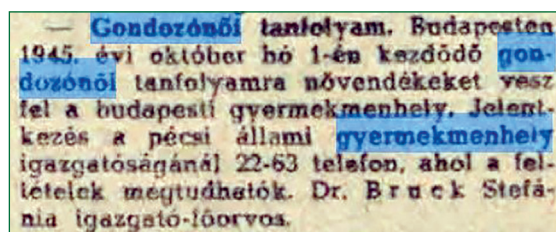
vezés végett (26. §. (2) bekezdés) a belügyminiszterhez bemutatták.”

1941. az egyesülés éve

1941-ben a Kormány döntése értelmében az Országos Stefánia Szövetség – a 25 éven át, az anyák és csecsemők védelmével államilag megbízott szervezet –, több mint 300 intézetét adta át a Zöldkeresztnek. Ezzel párhuzamosan a Stefánia Szövetségből Országos Egészségvédelmi Szövetség alakult ki.

A második világháború befejezése után is sor került a gondozónő képzés indítására az Új Dunántúl 1945-ben megjelent alábbi híre szerint (24. kép).

24. kép: A gyermekgondozónői tanfolyam meghirdetése a II. világháború után (Forrás: Új Dunántúl, 2. évfolyam, 1945-09-27 / 214. szám)



1946 „helyzet-felmérés”: mi van és hogyan tovább?

A képzéssel kapcsolatban 1946-ban a Népegészségügy folyóiratban jelent meg egy rövid közlemény, amely információt ad arról, hogy a képzés továbbra is az 1939-es rendelet szerint zajlik, elsősorban csecsemő- és gyermekápolói szakismereteket ad, ugyanakkor felveti, hogy a képzésnek összefüggésben kellene

25. kép: Javaslat a képzés átalakítására (Forrás: Népegészségügy, 1946. 23. 461-1963 oldal.)

A csecsemő- és gyermekgondozónok képzése pár évtizede indult meg, azóta is folyik a gyermek-klinikákon, a budapesti Gyermekmenhelyen, a Fehérkereszt gyermekkórházban és Újpesten. A képzést a 280/1939. B. M. számú rendelet szabályozta, melynek leglényegesebb pontjai a gondozónői elnevezés védelme mellett 4 középiskolai előképzettség mellett elvégzett kétéves tanfolyam. Itt azonban meg kell jegyeznünk, hogy ez a kiképzés inkább csecsemő- és gyermekápolói szakismereteket ad. A gondozási fősoportba sorolt csecsemő- és gyermekgondozónői kiképzésnek véleményünk szerint összefüggésben kellene lennie az óvónői kiképzéssel s főleg 3 irányú kellene, hogy legyen: egészségügyi, pedagógiai és szociális. Ilyen értelmű csecsemő- és gyermekgondozónői kiképzés ezidő szerint még nincs.

lennie az óvónői képzéssel és az egészségügyi mellett ki kellene terjednie a pedagógiai és szociális területre is (25. kép).

Ugyanakkor a „gondozónőképzés” még éveken át a régi 1939-ben kihirdetett jogszabály alapján történt és a végzettek büszkén viselték a „Heim-Nővér” kitűzőt is. Álljon itt erre bizonyítékul szerzőtársunk Fatér Zsuzsanna édesanyjának Bánhegyi Zsuzsannának, 1948. október 9-én kiadott „Gyermekgondozónői képesítő bizonyítványa” és a kitűzője.

1950. év végén „két jogszabály” került kiadásra a csecsemő- és gyermekgondozók szakképesítéséről szóló 3.035-34/2/1950. (XI.12.) NM rendelet (28. kép), valamint a csecsemő- és gyermekápolók szakképesítéséről szóló 3.035-34/1950. (XI.12.) NM rendelet (29. kép), ezek hatása csak 1951-től érvényesült: „Két jogszabály két szakképesítés.” Az egyik „vissza és előre” is mutat. A két jogszabály egy napon jelent meg, az eltérés a szakképesítés megnevezésében van.

A csecsemő- és gyermekgondozók szakképesítéséről szóló 3.035-34/2/1950. (XI.12.) NM rendelet lényeges eleme:

1. „§ Az okleveles csecsemő és gyermekgondozó... elnevezés használatára az 1951. évi december hó 31. napjától kezdődően csak az jogosult, akit a népjóléti miniszter a jelen rendelet 17. §-a alapján vezetett országos nyilvántartásba felvett.

2. §...gyermekgondozói képesítő vizsgát csak a népjóléti miniszter szervezheti....

3. § A tanfolyam időtartama egy év (10 hónap), amelyből 16 hét az elméleti, 24 hét a gyakorlati képzésre, 1 hét kollokviumra, 2 hét szabadságra és 2 hét képesítői előkészületi időre esek...”

26-27. képek: Bánhegyi Zsuzsanna „Gyermekgondozónői képesítő bizonyítványa” és Heim-nővér kitűzője (Forrás: Fatér Zsuzsanna tulajdona /édesanyja, mint gyermekgondozónő viselte a kitűzőt)



A rendelet részletesen előírja a tanfolyam tantervét is.

A másik rendelet „csak előre-mutat” annyiban, hogy megnevezésében egy új szakma,- az okleveles csecsemő és gyermekápoló- megteremtője.

A rendelet az előzőekhez hasonlóan előírja az országos nyilvántartásba vételt. Vizsgát csak a népjóléti miniszter szervezheti.

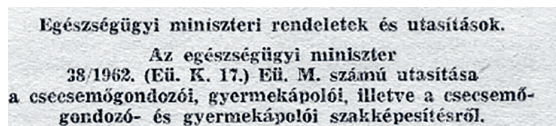
28. kép: A csecsemő- és gyermekgondozók szakképesítéséről szóló 3.035-34/2/1950. (XI.12.) NM rendelet

A népjóléti miniszter
3.035—34/2/1950. (XI. 12.) N. M. számú rendelete
a csecsemő- és gyermekgondozók
szakképesítéséről.
(Közigazgatási rendszám: 3.035.)

29. kép: A csecsemő- és gyermekápolók szakképesítéséről szóló 3.035-34/1950. (XI.12.) NM rendelet

3.035—34/1950. (XI. 12.) N. M. számú rendelet
a csecsemő- és gyermekápolók szakképesítéséről.
(Közigazgatási rendszám: 3.035.)

30. kép: „Új miniszteri utasítás, mely 3 szakképesítés képzési kritériumait határozta meg



31. kép: „100 éves a Heim Pál Kórház/100 éve a gyermekekért érme (Forrás: Heim Pál Kórház)



„3.§ A tanfolyam időtartama két év ... két részből áll. az első rész tananyaga azonos a csecsemő és gyermekgondozók szakképesítéséről szóló rendeletben szabályozott tanfolyam tananyagával, kivéve a bölcsődei gyakorlatot, amely csupán 2 hét....”

A rendelet részletesen előírja a tanfolyam második részének tantervét is.

1962 „Egy” jogszabály „három” szakképesítés

1962-ben az egészségügyi miniszter új utasítást adott ki, melyben három szakképesítés: (1) csecsemőgondozói, (2) gyermekápolói és (3) csecsemőgondozó- és gyermekápolói szakképesítések megszerzésének kritériumait határozta meg (30. kép).

Az utókor emlékezése Heim Pál tiszteletére

2008-ban, amikor a Heim Pál Gyermekkórház 100 éves lett, „100 éve a gyermekekért” felirattal Heim Pál Centenárium Ezüstérme került kiadásra, melynek hátoldalán a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet eredeti Zsolnay motívuma látható (31. kép). 2010-től az igazgatótestület döntése alapján évente egy ápoló részesül ebben az elismerésben.

A csecsemő és gyermekgondozás történetét tárgyalva nem lehet megelégedni azokról a gondozókról, akik rövid ideig, de eredményesen vették ki részüket a gümőkór elleni küzdelemből.

Calmett nővérek a gümőkór elleni küzdelem „szülöttel”

A gümőkór, a tbc jelentős közegészségügyi probléma volt a XX. század első évtizedeiben Magyarországon. Még 1938-ban is minden tizedik ember tbc-ben halt meg. Ekkortájt érdemelte ki a történelemtényekben is megörökített **Morbus Hungaricus**, azaz „magyar betegség” nevet.

Az Országos Stefánia Szövetség az anya- és csecsemővédelem keretében már küzdelmet folytatott a tbc ellen, majd 1940-ben **Dr. Johan Béla**, az egészségügy akkori, államtitkári rangú vezetője a tuberkulózis elleni küzdelmet szabályozó törvényeket kezdeményezett. Valóban fejlődött a tüdőgondozói hálózat, de a munka zöme mégis a második világháborút követő évekre maradt.

A történelem a tbc felszámolását „szociális-ta egészségügy” egyik sikertörténeteként írja le. 1948-ban már minden járásban működött gondozó.

A Szabadsághegyi Állami Gyermekszanatóriumot 1949-ben szervezték meg a volt iskolaszanatórium és Nemzeti Segélyhez, majd a Vöröskereszthez tartozó gyermek tbc-szanatóriumok egyesítésével. Az intézet feladatává tették a tbc-ben szenvedő gyermekek gyógykezelését és a tbc elleni preventív, szűrési és gondozási területi munka megszervezését. A BCG oltást a kormányzat 1953-ban vezette be, korszerű kiterjedt alkalmazására 1958-ban került sor.

A Szabadsághegyi Állami Gyermekszanatóriumban szervezték meg az előzetesen már gondozónői vagy védőnői képesítéssel rendelkezők részére a Calmette nővérképzést.

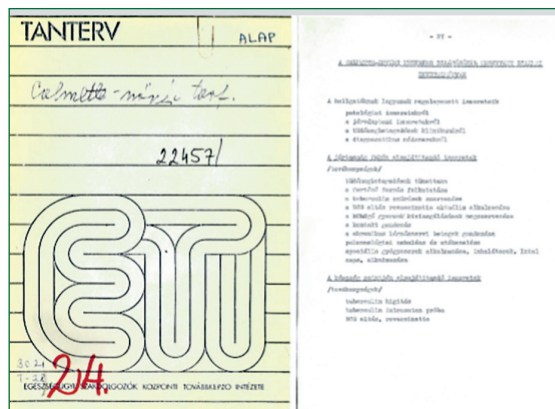
A „sikertörténetnek” részesei lettek azok a gondozónők is, akik részére rövid, konkrét cél feladatra

32. kép: „Gyermekek gyógyulnak a jó levegőn”

Szabadsághegyi Állami Gyermekszanatórium 1950. (Forrás: Fatér Zsuzsanna családi albumából)



33. kép: A Calmett nővér tanfolyam tanterve (Forrás: ETI könyvtár)



34. kép: Fatér Zsuzsanna édesanyja, mint Calmett nővér „munka eszközei” (Forrás: Fatér Zsuzsanna családi albumából)



központilag ú.n. Calmett nővér tanfolyamot szervezett az Egészségügyi Minisztérium. A szervezést az Egészségügyi Szakdolgozók Központi Továbbképző Intézetre bízta. A képzés megvalósítására Szabadsághegyi Gyermekgyógyintézet kapott felhatalmazást. A vizsgát követően az igazoló dokumentumot országos nyilvántartásba vették. Valójában ez egy „licenz” volt, mert az alap-tevékenységet – tuberculin hígítás, tuberculin intracután próba, BCG oltás, revaccináció – nem lehetett delegálni.

Összefoglalás

Írásunkban a csecsemő és gyermekápolók egy kis csoportjának történetét mutattuk be. Maximálisan elismerve az őket követő csecsemő és gyermekápolók áldozatos, egész embert kívánó munkáját, ahol az empátia, lelkierő, az átlag feletti kitartás, a mosoly, egy kedves szó önmagában is gyógyít. Nincs is szebb hivatás, mint segíteni a legjobban rászorulóknak, a beteg gyermeknek. Köszönet érte!

Irodalomjegyzék

- 3.035-34/2/1950. (XI.12.) NM rendelet a csecsemő- és gyermekgondozók szakképesítéséről
- 3.035-34/1950. (XI.12.) NM rendelet a csecsemő- és gyermekápolók szakképesítéséről
- A csecsemő- és gyermekgondozónők képzése. (1946). Népegészségügy. 23. pp. 461-1963.
- Barabás, Z. (1935.11.07). Keller, L. Jelentés az országos Stefánia-Szövetség 1934. évi működéséről. *Budapesti Orvosi Újság*. 33(45).
- Betegápolásügy folyóirat (1933.02.01.).
- Biztos megélhetés nők részére. (1927.07.22). *Pesti Hírlap*. 49(164).
- Fekete, S. (1927). Csecsemő- és gyermekgondozónők rendszeres elhelyezése a közegészségügyi munkában. *Budapesti Orvosi Újság*. 51.
- Gergely, F. (1999). Az országos Gyermekvédő Ligáról (1906—1950). In: Magyar, L. (szerk.). *Orvostörténeti közlemények*. pp. 166-169.
- Gondozónő. In: Új Idők Lexikona XI.-XII. kötet. pp. 194.
- Gondozónői tanfolyam. (1945.09.27). *Új Dunántúl*. 2(214).
- Gyermekgondozónő (1913) In *Révai Nagy Lexikona IX. kötet*: Gréc-Herold.
- Gyermekgondozónői tanfolyam a pécsi gyermekklinikán. (1927). *Tolnai Újság*. pp.148.
- Gyermekgondozónői vizsga. (1927.11.24). *Újság*. 3(267).
- Jelentés a Stefánia Szövetség működéséről 1915.jún.13.—1917.jún.15. (1917). Budapest. pp. 9-37.
- Jolán E. dr. (1931.12.06). *Újság*. 7(278).
- Keller, L. (1934). Jelentés az Országos Stefánia Szövetség 1933. évi működéséről, Budapest
- Keller, L. (1938). Jelentés az Országos Stefánia Szövetség 1937. évi működéséről, Budapest
- Kiss, L. (2004). Egészség és politika – az egészségügyi prevenció Magyarországon a 20. század első felében. *Korall Társadalomtörténeti Folyóirat*. 17.
- Nörsz. (1931). *Új Idők*. 1. pp. 225-226.
- Nyári menház. (1913.11.01). *Az Újság*. 11(260).
- Rottenbiller, F. (1936). Az Országos Gyermekvédelmi Liga 30 éves működése (1906—1936). Budapest
- Szana, S. (1903). Az állami gyermekvédelem fejlesztéséről. pp. 19.
- Szokolay, L. (1937). *Jogi alapismeretek a szociális munkában*. Budapest Új életútja magyar nőknek. (1906.09.11). *Az Újság*. 4(249).
- Tájékoztató az anya- és csecsemővédelem kérdéséhez. (1932). Budapest
- Városi Szemle – 13. évfolyam – 1927. III. Hazai és külföldi szemle.

EREDETI KÖZLEMÉNY, TOVÁBBKÉPZÉS

a krónikus fájdalommal élők életminőségének javítása zeneterápiás eszközökkel

BUDAI Éva, Dr. UHERECKY Eszter, BENEDEKFI István, Dr. NÉMETH Anikó, Dr. DOMJÁN Andrea, Dr. LOBANOV Artyom

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: felmérni a krónikus fájdalommal élő rheumatoid arthritises (RA) betegek életminőségének jellemzőit, valamint azt, hogy milyen tapasztalatokkal, attitűddel rendelkeznek a zeneterápiás fájdalomcsökkentéssel kapcsolatban.

Anyag és módszer: 60 fő rheumatoid arthritises nőbeteget vizsgáltunk, közülük 12 fő került az intervenció csoportba, 10 fő a kontrollcsoportba. A szocio-demográfiai változók mellett a pszichológiai életminőséget, a zenéhez való viszonyt, a zeneterápiás tapasztalatokat vizsgáltuk. Az intervenció és kontrollcsoport esetében kétszer vettük fel az adatokat, a tréning előtt és után. A statisztikai elemzést SPSS 23-as programcsomaggal készítettük, leíró statisztikát, varianciaanalízist, páros t-próbát, korrelációs számítást végeztünk ($p < 0,05$).

Eredmények: A vizsgált RA-s csoport pszichológiai életminőség mutatói elmaradnak a populációs átlagtól, fokozottan megélik a negatív érzelmeket, depresszívebb hangulatot. A zeneterápiás elemeket felhasználó intervenció leginkább a résztvevők hangulatát tudta pozitívan befolyásolni, valamint a fájdalom szubjektív megélése is kimutathatóan csökkent a tréning végére.

Következtetések: Egy rövidebb időtartamban (13 alkalom) elvégzett intervenció is képes a résztvevőkben pozitív változásokat elindítani: javítani a hangulatukat és csökkenteni a megélt fájdalmuk erősségét.

Kulcsszavak: pszichológiai életminőség; szubjektív megélt fájdalom; zeneterápia

Improving the Quality of Life of People with Chronic Pain by means of Music Therapy

Eva Budai, Eszter Uherekky, Istvan Benedekfi, Aniko Nemeth, Andrea Domjan, Artyom Lobanov

SUMMARY

Aim of the study is to assess the Quality of Life of patients with rheumatoid arthritis, who are living with chronic pain and explore what kind of experiences and attitudes they have to the music therapeutic pain relief.

Material and method: In the whole sample was 60 women with rheumatoid arthritis, whereof 12 people were admitted to the intervention group and 10 people to the control group. We examined socio-demographic, psychological Quality of Life variables, attitude to music and about their music therapy experiences. For the intervention group and the control group, data were recorded twice, before and after training. Statistical analysis was performed with SPSS software package 23, covering descriptive statistics, analysis of variance, paired t-test and correlation analysis ($p < 0,05$).

Results: The psychological Quality of Life indicators of the studied RA group lag behind the population average, its members experience negative emotions, more depressed mood.

The intervention using music therapy elements had the potential mainly to influence the participants' mood positively and reduce the subjective experience of pain.

Conclusions: Even a shorter-term intervention (13 group sessions) can trigger positive changes in the participants: improve their mood and mitigate the intensity of pain.

Keywords: Psychological Quality of Life, subjectively experienced pain, Music Therapy

BUDAI Éva egészség-tanár, gyógypedagógus, meseelemző tanársegéd, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar doktorandusz, PTE Egészségtudományi Kar

DR. UHERECKY Eszter karnagy, főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem Bartók Béla Művészeti Kar

BENEDEKFI István zongoraművész, doktorandusz, Szegedi Tudományegyetem Neveléstudományi Doktori Iskola

DR. NÉMETH Anikó főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport
Orcid: 0000-0002-9329-1809

DR. DOMJÁN Andrea főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

DR. LOBANOV Artyom művészetpedagógus, East European Arts Therapy Association vezetője tag

Levelező szerző (correspondent):
LOBANOV-BUDAI Éva;
E-mail cím:
budai@etszk.u-szeged.hu

Beérkezett: 2021. január 21.

Elfogadva: 2021. február 08.

Bevezetés

Krónikus fájdalommal élők életminősége

Az életminőséget multidimenziós fogalomként érdemes kezelni, mivel maguk az emberi szükségletek is szerteágazóak (Kucsera, 2012). Az életminőség

vizsgálatakor a WHO egészségfogalmának összetevői – testi egészség, lelki egészség és a társas egészség – szoktak megjelenni, melyek szoros összefüggésben, számos mechanizmus révén kölcsönös hatást gyakorolnak egymásra (Kopp és Pikó 2006; Martos, 2010; Kopp és Skrabski, 1995).

Jelen kutatás az életminőség pszichológiai aspektusára fókuszál. A pszichológiai életminőség vizsgálatoknak új nézőpontot adott a pozitív pszichológia irányzata, mely a pszichológiai egészség indikátorának tartja az „*általános jól-létet*”; a múlttal való elégedettséget; a flow-élményt a jelenben; az optimizmust a jövővel kapcsolatban; az önmagunk elfogadását; az érzelmi stabilitást és a pozitív érzelmeket; a kreatív, nyitott, eredményes problémamegoldó személyiség-jellemzőket (Kopp és Skrabski, 1995; Seligman és Csikszentmihalyi, 2000).

A krónikus betegcsoportot vizsgálatunkban a rheumatoid arthritisek (továbbiakban RA rövidítést használva) körére szűkítjük, akikről elmondható, hogy az életminőség mutatóik rosszak, jelentősen elmaradnak az átlag populációjától; különösképpen a fizikai működés és fájdalom terén szorulnak segítségre (Sallai és mtsai, 2013). A krónikus fájdalommal élők gyakran szenvednek szorongásban, depresszióban; negatív és passzív a hozzáállásuk, ami csak súlyosbítja a problémájukat (Berghammer, 2013).

A rheumatoid arthritises beteg életminőségének javításának egyik fontos pillére a megélt fájdalom kezelése és csökkentése (Rigó és Kökönyei, 2014). Kutatások bizonyítják, hogy a fájdalom szubjektív megélése szinkronban van a beteg hangulatával, és szorongásának szintjével (Rigó és Kökönyei, 2014). A pozitív gondolkodás, a fájdalom elfogadása, a pozitív affektivitás (Berghammer, 2013) képesek csökkenteni a megélt fájdalmat. A különféle művészetterápiás módszerek, mint például a zeneterápia, képesek segíteni a beteg együttélését a fájdalommal, valamint megtanítani őt arra, hogyan tudja annak megélését befolyásolni (Siedliecki és Good, 2006). A komplex rehabilitációs programoknak az RA-s betegek fizikai kezelésén kívül foglalkoznia kellene a megélt fájdalom és depresszió kezelésével, azaz a mentális életminőség javításával (Tali, 2014).

Művészet- és zeneterápia

A művészetterápia hatékony módszer az érzelmi blokkok oldására és feldolgozására, amivel segítheti a gyógyulást, vagy könnyítheti a betegséggel való együttélést – főleg a krónikus megbetegedés esetén. Amikor a kliens létrehozza a művészeti alkotást (bármilyen típusú legyen is az), lehetőséget ad az alkotónak az érzelmei, félelmei, vágyai át-, és kiélésére és a feszültségei levezetésére (Mogyorósy-Révész, 2019). A művészetterápia megvalósulhat *egyéni* formában, de a *csoport* élmény- és támogató közösségként erőforrást tud nyújtani a tagok számára (Illés, 2009).

A zeneterápiában a zenét professzionálisan, személyre szabott célok elérésére használják. A zene képes fokozatosan egy módosult tudatállapotot ki-

alakítani, így tudott gyógyító és elismert egészségfejlesztő tevékenységgé válni, melyben a zene képes pozitívan hatni a fizikai, pszichés, kognitív, szociális területekre – minden korosztályban alkalmazható, a fogyatékkal élők körében is (Standley, 2000; Bandi, 2015).

A zeneterápiás intervenció az egészségügyben a 20. századtól fogva működik, leginkább a fájdalom kezelésére irányul; a nyugati gyakorlatban pl. sebészeti, szülészeti, onkológiai osztályokon alkalmazzák. Az eddigi kutatások fókuszában inkább az akut fájdalom csillapítása állt, kevesebb tanulmány foglalkozik a krónikus fájdalom zeneterápiás csökkentési lehetőségével (Allred és mtsai, 2010).

A zeneterápiás programok egyénre szabottak, figyelembe veszik a beteg történetét, az orvosi diagnózist, a kezelési tervet, valamint a beteg egészséggel kapcsolatos egyéni céljait. A célkitűzésekkel összhangban (az egyén zenei készségének a fejlesztése nem cél) a zeneterápia megtervezetten használja fel az instrumentális és vokális tevékenységeket annak érdekében, hogy: csökkentse a stresszt és a szorongást; non-farmakológiai módon csökkentse a fájdalmat; pozitív változást hozzon létre a hangulatban és az érzelmeiben; a betegek aktívvá és pozitívvá váljanak a kezelésükben; csökkenjen az egészségügyi intézményben töltött idő – a gyorsabb javulásnak köszönhetően (Siedliecki és Good, 2006; Standley, 2000; Walworth és mtsai, 2008).

A zeneterápia megvalósulhat receptív módon (zene hallgatása, befogadása), aktív módon (zene létrehozása énekkel, hangszerrel), komplex módon (aktív zenélés és hallgatás) (Bandi, 2015). A zeneterápiás kezelés megvalósulhat zeneterapeuta mellett, valamint interdiszciplináris team munkában (Mentesné Tauber, 2011). Előnye, hogy nem invazív, mégis erőteljes hatást képes elérni a krónikus fájdalom, szorongás, depresszió csökkentésében (Siedliecki és Good, 2006; Tan és mtsai, 2010). A zene a dallamon és a ritmuson keresztül fiziológiás és pszichés változásokat képes előidézni a hallgató félben. Például a lassú, ismétlődő, állandó ritmus (60-80 ütés/perc), alkalmas arra, hogy ellazítsa a hallgatót. Mitchell, MacDonald és Knussen (2008) a krónikus fájdalomban szenvedőknél pozitív eredményeket ért el a fájdalomcsillapítás terén a nem túl hangos (max. 60 decibel) klasszikus, pop és relaxációs instrumentális zenékkal. A relaxációt a mélyebb, alacsonyabb rezgésszámú hangok, dallamok segítik elő, azonban a különféle szekvenciájú hangok harmóniája is nagyon fontos.

A zenével dolgozó intervenciók akkor tudnak eredményesek lenni, ha azok hosszabb időtartamban valósulnak meg. Kutatási eredmények alapján a 3-10 alkalmas ülés kisebb mértékű javulást tud ered-

ményezni a mentális egészségben, míg a 16 feletti találkozásszám már nagyobb léptékű fejlődési lehetőséget rejt magában (Tihanyi, 2016). A zenei intervenciók ülések ajánlott időtartama 20-60 perc (Nilsson, 2011), míg gyakoriságukat tekintve heti legalább 4 alkalommal érdemes végezni, de lehet minden nap, akár többször is (Guetin és mtsai, 2012). Kenny és Faunce (2004) kutatásában eredményesebbnek bizonyult a fájdalom redukció azok körében, akik nem csak zenét hallgattak (zongora), hanem mellette énekeltek is, azaz aktívan bevonódtak a zenélés folyamatába.

Az Egyesült Államokban az egészségügyi intézmények 43%-ában alkalmaznak valamilyen művészetterápiás tevékenységet. Ennek a kínálatnak a 82%-ában zenés programok szerepelnek, 73%-ban képzőművészeti, 49%-ban pedig táncos-dramatikus – melyeket 78%-ban képzett művészetterapeuták vagy professzionális művészek (67%) vezetnek. A következő főbb területeken alkalmaznak zeneterápiás eszközöket: műtét előkészítés közben - műtét alatt - műtét után a lábadozás könnyítésére, veszélyeztetett várandósok körében, újszülött és koraszülött intenzív ellátás során, fájdalomcsillapításra, transzplantációs osztályon, onkológián, gyermek-ortopédián, pszichiátrián, pulmonológián, kardiológián, hospice ellátás során, fizioterápiás kezelések közben. A sürgősségi, intenzív, posztoperatív várótermekben is szolgáltatnak zenét, hogy a hozzátartozók szorongását és stresszszintjét ezzel csökkentsék (Goodman és Sims, 2009).

A vizsgálat célja

Kutatásunk egyik fő célja felmérni a krónikus fájdalommal együtt élő rheumatoid arthritises betegek életminőségét. Másfelől arra is szeretnénk rálátni, hogy az egészségügyben a zeneterápiás jellegű szolgáltatásoknak milyen fogadtatása lenne, valamint milyen egészségfejlesztő felhasználási lehetőségei valósulhatnak meg.

A kutatáshoz az etikai engedélyt az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága adta meg. Az engedély száma: 65096-2/2017/EKU.

A vizsgálat az EFOP-3.6.1-16-2016-00008 „*Tes-ti, lelki, és szociális egészségmegőrzés és betegségmegelőzés multidimenzionális vizsgálata, és megvalósítható egészségvédő programok kidolgozása*” c. alprojekt keretében valósult meg.

Anyag és módszer

Az általános, pszichológiai életminőség vizsgálathoz, valamint a zeneterápiával kapcsolatos attitűd felméréséhez kényelmi mintavétellel kerestünk önkéntes

válaszadókat a Kecskeméti Megyei Kórház Reumatológia Osztályán kezelt betegek közül, valamint a szegedi Reuma Klub résztvevői is segítségünkre voltak a kitöltők toborzásában. A vizsgálatban való részvétel kritériuma a diagnosztizált rheumatoid arthritis volt, a betegek önkéntes és anonim módon válaszoltak az önkitöltős, papír alapú kérdőívre.

Ezen felül egy 13 alkalmas zeneterápiás elemeket felhasználó intervenciót is megvalósítottunk, melyre a szegedi Reuma Klub nyugdíjas résztvevői közül jelentkeztek önkéntesen. Az intervenció és kontrollcsoportot (szintén RA-s betegek, akik semmilyen fejlesztésben nem részesültek) a tréning előtt és után is papír alapú, önkitöltős kérdőívekkel mértük fel. A felmérésben összesen 60 fő RA-s nőbeteg vett részt.

A kérdőív a szociodemográfiai adatok mellett különféle pszichológiai életminőséget vizsgáló teszteket használt fel:

A WHO Jól-Lét kérdőív rövidített magyar változata (WBI-5): a pszichológiai jóllét szubjektív mérésére szolgál (Susánszky és mtsai, 2006).

Az Élettel való Elégedettség magyar változata (SWLS-H): az általános életminőség szubjektív, kognitív szempontú értékelése (Martos és mtsai, 2014).

A Boldogság Orientáció Skála magyar változata (OTH-H): az egyes orientációk azt mutatják, milyen módon képes az egyén növelni a jóllétének, az elégedettségének a szintjét: *élvezetkereső boldogság* (örömök, pozitív élmények keresése), *áramlatkereső boldogság* (áramlatélményt kiváltó tevékenységek keresése), *jelentéskereső boldogság* (életesemények értelmének keresése) (Szondy és Martos, 2014).

Az Önmagunk iránt érzett kedvesség és Önbírálat alskálák – (Önegyüttérzés magyar változata, SCS-H): Az Önegyüttérzés az önfogadás egy formája, a mentális egészség indikátora. Az *önmagunk iránt érzett kedvesség* azt jelenti, hogy elfogadók, megértőek vagyunk magunkkal szemben, amikor nehéz helyzetbe kerülünk. Az *önbírálat* ennek az ellentéte, azaz elítéljük, kritizáljuk magunkat egy-egy nehézség, sikertelenség esetén (Sági és mtsai, 2013).

A „pozitivitás 10 formája”: a 10 leggyakoribb pozitív érzelem, melyek leginkább formálják az emberek mindennapi életét (Fredrikson, 2015).

Saját szerkesztésű kérdéseket tettünk fel a megélt fájdalommal, fájdalomcsillapítással, esetleges zenei tapasztalatokkal kapcsolatban. Az intervenció résztvevői a tréningen szerzett tapasztalataikról írásos beszámolót adtak.

Az adatok feldolgozása és elemzése az SPSS for Windows 23.0 statisztikai szoftvercsomag alkalmazásával történt. A leíró statisztika mellett ANOVA, páros t-próba és korrelációs számítás vizsgálatokat végeztünk.

I. sz. táblázat: A különféle pszichológiai életminőség mutatók összehasonlítása

	Magyar minta 18 év feletti felnőttek átlag pontszám (szórás)	Saját kutatás (N=60) átlag pontszám (szórás)
WHO Jól-lét kérdőív	7,4 (SD=3,8)	6,76 (SD=2,79)
Élettel való Elégedettség	23,4 (SD=6,3)	18,79 (SD=8,96)
Élvezetkereső boldogság (OTH)	3,04 (SD=0,84)	2,98 (SD=0,97)
Áramlatélmény (OTH)	3,09 (SD=0,63)	2,95 (SD=0,96)
Értelemkereső boldogság (OTH)	3,1 (SD=0,83)	3,13 (SD=0,93)
Önmagunk iránt érzett kedvesség (SCS)	8,6 (SD=2,52)	7,57 (SD=2,13)
Önbírálat (SCS)	12,9 (SD=3,17)	13,94 (SD=4,79)

Forrás: saját szerkesztés

Művészetterápiás elemeket alkalmazó mentálhigiénés intervenció

Az intervenciót a következő szakemberek vezették:

Budai Éva egészségтанár, gyógypedagógus, meselemző.

Dr. Uharczky Eszter karnagy

Benedekfi István zongoraművész.

A szakmai konzultációt Dr. Lobanov Artyom művészetpedagógus biztosította.

Az intervenció 13 héten keresztül zajlott, heti 1 alkalommal 2-2,5 órában. Mindegyik foglalkozásnak volt egy központi témája (pszichológiai életminőség alapján), melyet művészeti elemekkel dolgoztunk fel. A találkozásokon minden alkalommal volt élő zene (zongora és ének) hallgatása. A legtöbb esetben a résztvevők ehhez önkéntesen kapcsolódtak dalolással, szabad mozgással, táncsal.

Eredmények

A minta

A teljes RA-s minta 60 fő nő. Ebből 12 fő vett részt a művészetterápiás elemeket használó mentálhigiénés intervencióban, valamint 10 fő képezte a kontrollcsoportot.

A teljes minta átlag életkora 59,74 év (SD=10,81); az intervenció csoporté 62,23 év (SD=6,75); a kontroll csoporté pedig 60,56 év (SD= 8,46). A kitöltők közel fele már nyugdíjas, öregségi nyugdíjban 42,6% részesül, míg rokkantnyugdíjban 10,3%. Segélyből 5,1% él, míg munkanélküli 6%. A fennmaradó hányad aktív munkavállaló (36%).

A válaszadók közel kétharmada együtt él valakivel (56,4% házasságban; 7,7% élettársi kapcsolatban). 20,5% özvegy, 5,1% elvált, 10,3% egyedülálló.

Bár a kitöltés helyszíne Kecskemét, ill. Szeged volt; 5,1% a fővárosban lakik, 35,9% nagyvárosban; 28,2% városban; 5,1% kisvárosban; 7,7% falun; 18% tanyán.

A továbbiakban közölt adatok a teljes mintára (N=60) vonatkoznak.

Subjektív egészséggel és fájdalommal kapcsolatos mutatók

Megkérdeztük a kitöltőket, *milyennek ítélik az egészségi állapotukat* 5 fokozatú skálán. A többség kielégítőnek találja, a minta átlaga 3,21 (SD=0,86).

Arra is kíváncsiak voltunk, *mennyire elégedettek az egészségi állapotukkal?* Itt is egy közepes eredmény született a 3,08-as átlaggal (SD=1,04), azaz elégedettek is, meg nem is az egészségükkel.

Átlagosan 3,23 db (SD=1,56) *krónikus betegséggel* élnek együtt a kitöltők. Gyakori betegségek az RA-n kívül a valamilyen gerincprobléma, magas vérnyomás, cukorbetegség.

A mintát a *közepesen erős fájdalom* megélése jellemzi (4,56-os átlag a 10 fokozatú skálán; SD=1,79), ami már a hétköznapi életvitelt jelentősen megnehezíti.

92,3% részesül *gyógyszeres fájdalomcsillapításban*. 19,6% *non-invazív* kezelésben, pl. gyógytorna; 5,5% pedig *invazív* terápiában részesült. *Közepesen elégedettek* (átlag 3,18; SD= 1,25) a fájdalomcsillapítás eredményével.

Pszichológiai életminőség mutatói

Az **I. számú táblázat** alapján látható, hogy a krónikus fájdalommal együtt élő betegcsoport több pszichológiai életminőséget mérő skálájának átlagpontszáma elmarad a felnőtt populációs átlaghoz képest. Viszont az önbírálat alszála az ő esetükben rendelkezik magasabb átlagpontszámmal.

Zenével, zeneterápiás szolgáltatásokkal kapcsolatos tapasztalatok

A minta fele, 53,8% *kipróbálna zeneterápiás módszereket* is fájdalomcsillapításra. Szignifikáns összefü-

II.sz táblázat: Egészségügyben tapasztalt zene hatása (N=60)

Kellemesen hatott rám	Elterelte a figyelmem	Oldotta a feszültségem	Csökkentette a fájdalmam, rosszullétem	Zavart	Egyáltalán nem esett jól
10 fő	11 fő	11 fő	11 fő	0 fő	1 fő

Forrás: saját szerkesztés

gést nem találtunk a kipróbálási szándék és a fájdalom mértéke, valamint a használatban levő fájdalomcsillapítási módszerek között.

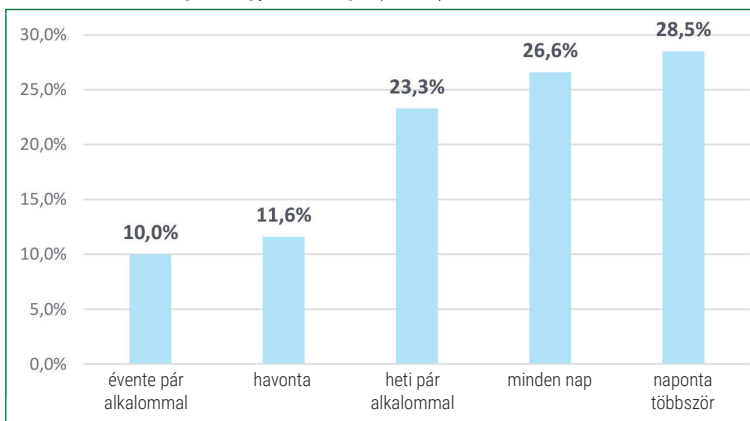
Mindössze 20% (12 fő) talákozott egészségügyi intézményben zenével. A **II. számú táblázatból** látható, hogy a *zenei szolgáltatás szinte csak pozitív élményekkel* szolgált a betegek körében. A zene legtöbbször váróteremben vagy kezelés közben jelent meg a válaszadók esetében. A minta nagy többsége, 95%-a (57 fő) szívesen fogadná, ha az egészségügyi intézmények bizonyos helyein (pl. váróban, diagnosztikai vizsgálat vagy beavatkozás közben) kellemes, nem túl hangos zenét szolgáltatnának.

Kíváncsiak voltunk a válaszadók *zenehallgatási gyakoriságára* (**1. ábra**). Olyan személy nincs, aki sohasem, vagy csak évente hallgat zenét. A minta negyede heti pár alkalommal szokott zenét hallgatni, míg a fele naponta vagy napjában többször.

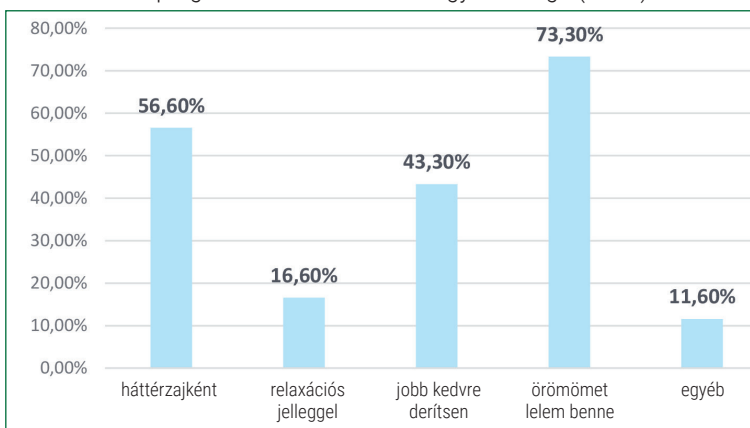
A válaszadók leginkább azért hallgatnak zenét, mert örömet lelik benne (73,3%). Ezen kívül gyakori még a háttérzajként való használat is, pl. főzés, takarítás közben (56,6%). Jelentős még a hangulatjavítás célja (43,3%) (**2. ábra**).

A válaszadók többsége a régi idők slágereit (63,3%) és a klasszikus zenét (60%) szereti hallgatni. Ezen kívül a népzene (40%), a jazz (38,3%) és a más kultúrák zenéi (36,6%) is a kedvelt típusokba tartoznak (**3. ábra**).

A minta harmada (30,5%) soha nem szokott részt venni zenés programokon (pl. koncert, színház, helyi kulturális program), 43% viszont évente egy alkalommal el tud menni ilyen rendezvényre. Kevesen (9,9%) vannak azok, akik viszonylag gyakran (havonta vagy hetente) látogatnak el zenés rendezvényekre (**4. ábra**).

1. ábra: Zenehallgatás gyakorisága (N=60)

Forrás: saját szerkesztés

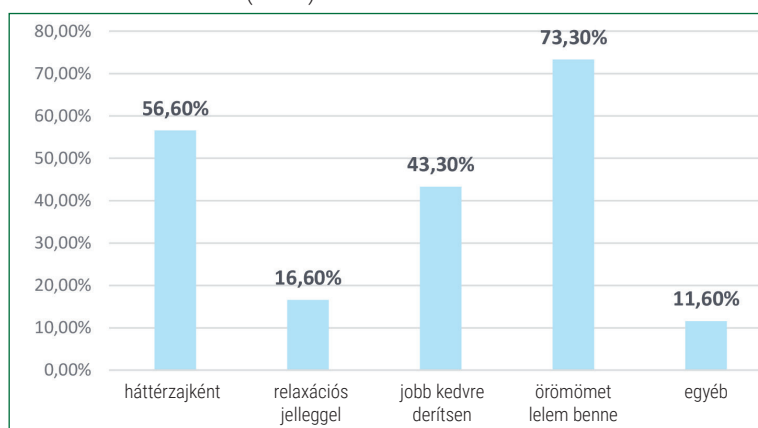
2. ábra: Zenei programokon való részvétel gyakorisága (N=60)

Forrás: saját szerkesztés

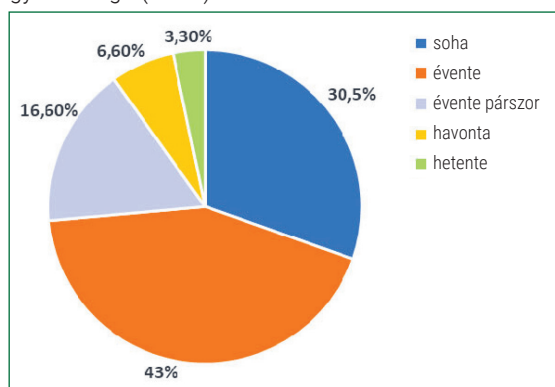
A válaszadók 36,6%-a megy olyan gyakorisággal zenei programra, ahogyan azt ő szeretné. Az elmaradás okai között szerepel: leginkább egészségügyi okok (73,3%); majd a pénz- és társaságihiány (50-50%). 30%-ot az időhiány tart vissza, 10-10%-ot pedig vagy a nem megfelelő zenei kínálat, vagy hogy nem értesül a lehetséges programokról.

Zeneterápiás elemeket használó intervenció

A **III. számú táblázat** az intervenció csoport eredményeit mutatja a tréning előtt és után. Szignifikáns változás nem volt kimutatható a pszichológiai jóllét, az önmagunk iránt érzett kedvesség-ön-

3. ábra: Kedvelt zenék (N=60)

Forrás: saját szerkesztés

4. ábra: Zenei programokon való részvétel gyakorisága (N=60)

Forrás: saját szerkesztés

bírálat, étellel való elégedettség konstruktumaiban. Az egészségi állapot önértékelésében és az azzal való elégedettségben sem tapasztaltunk változást. Azonban szignifikáns növekedés következett be az élvezetkereső boldogság, az áramlatkereső boldogság és a „10 leggyakoribb pozitív érzélem” megélésében a pszichometriai mutatók közül. Valamint

a fájdalom szubjektív megélése is kimutathatóan ($p=0,042$) csökkent a tréning végére. Előtte a fájdalom szint átlaga 4,22 ($SD=1,85$) volt, utána pedig 2,68 ($SD=1,42$) lett.

A kontrollcsoport ($N=10$) esetében egyetlen paraméterben sem volt kimutatható ($p>0,005$) változás az alatt az idő alatt, amíg az intervenció tartott.

Az intervenció csoport tagjait a tréning zárásakor kértük, hogy válaszoljanak a következő kérdésre: *A zeneterápiás tréning milyen változást hozott az életükbe, az egészségükbe?* Csupa pozitív változást soroltak fel a résztvevők, egyetlen negatívum sem jelent meg a beszámolók között (IV. táblázat).

A legtöbb (10 fő) a közösséghez tartozás élményét emelték ki, mennyire jó érzés volt egy elfogadó, támogató, barátságos csoporthoz tartozni. Ez összefüggésbe hozható azzal is, hogy sokan elmagányosodottan érkeztek a tréningre.

A feszültség csökkenése, a pozitív érzelmek megélése és a hangulat javulása is a legtöbb résztvevőnél megtörtént (9 fő), ahogy a megélt fájdalom mértéke is enyhült sok esetben (8 fő).

A csoport fele számolt be arról, hogy fejlődött az önismerete (5 fő) és javult a magához való viszonya (6 fő). Míg 4 fő számolt be arról, hogy számára a tréning erőforrásként szolgált.

Megbeszélés

A vizsgált RA-s csoport pszichológiai életminőség mutatói elmaradnak a populációs átlagtól. A csoporttagok fokozottan megélik a magányt, a kiszolgáltatottságot, a negatív érzelmeket, depresszívebb hangulatot és a megváltozott életvitelt.

III. sz. táblázat: Intervenció előtti és utáni pszichometriai eredmények (N=12)

	Intervenció előtt (N=12) átlag pontszám (szórás)	Intervenció után (N=12) átlag pontszám (szórás)	Szignifikancia szint
WHO Jól-lét kérdőív	6,99 (SD=3,4)	8,39 (SD=2,18)	0,750
Étellel való Elégedettség	19,66 (SD=6,5)	20,78 (SD=7,32)	0,388
Élvezetkereső boldogság (OTH)	2,88 (SD=0,79)	3,46 (SD=0,62)	0,014
Áramlatélmény (OTH)	3,13 (SD=0,51)	3,34 (SD=0,71)	0,024
Értelemkereső boldogság (OTH)	2,85 (SD=0,43)	3,15 (SD=0,68)	0,219
Önmagunk iránt érzett kedvesség (SCS)	7,67 (SD=2,46)	7,86 (SD=2,11)	0,452
Önbírálat (SCS)	15,11 (SD=4,01)	14,00 (SD=4,66)	0,619
Pozitivitás 10 formája	25,44 (SD=6,85)	30,22 (SD=5,18)	0,040

IV. sz. táblázat: A zeneterápiás elemeket felhasználó tréning által létrehozott változások (N=12)

A művészetterápiás tréning milyen változást hozott az életébe, az egészségébe?	
Közösséghez tartozás	„Jó kis közösség alakult ki, hiányozni fog.” „A kis közösségünkben megtapasztaltam, hogy a nehézségeinkről, problémáinkról művészeti közreműködés közben könnyebben beszéltünk, megnyíltunk egymásnak, és sokat segítettünk egymáson.” „A csoporttársakkal összehangolódtunk, jó kis közösséggé váltunk.” „Jó, hogy nem voltunk sokan. Ez a létszám meg tudta adni az egymásra figyelmet, az elfogadást, így tudott belőlem felemelő érzést kiváltani.” „Barátságos, szeretetteljes csoport megismerését hozta.” „A tréningen új barátságok születtek, amik sokat segítettek nekem a gyógyásban.” „A csoport tagjai összetartóak, jóindulatúak, segítőkészek voltak. Jó érzés volt hetente találkozni velük.”
Feszültségoldás	„Éppen nehéz, feszült időszakomat élem, s a feszültségek feloldásában sokat segített.” „Sok örömet, feszültségoldást jelentett.” „A csoport megértő közege segített oldani a feszültségemet.”
Pozitív érzelmek, hangulatjavulás	„Rettentő jó hangulatjavító volt a tréning. Ezt terjeszteni kellene!” „A melankolikus állapotomat felváltotta többnyire egy vidámabb hangulat.” „Az egyes alkalmak mosolyt, jókedvet, békességet, szeretetet hoztak az életembe.” „A fájdalmat elfelejtve, vidáman töltöttük együtt pár hónapot. Hiányozni fog a jövőben.” „Úde színfolt volt minden foglalkozás. A különféle művészeti eszközök felszabadították a gyermeki éneket. Játékosságot hozott „öregedő” lelkemnek. Így kellene élni, kinyitva az érzékelést a szépre!” „A nagyon szomorú kedélyállapotom nagyon sokat oldódott, sok vigasztalást kaptam.”
Erőforrás	„Végre rászántam magam egy alaposabb kivizsgálásra, hogy a rejtélyes fájdalmaim kiderítsem, honnan erednek.” „A tréning SOK ERŐT adott ahhoz, hogy kihozzam magamból, amire képes vagyok. Eddig ez nem sikerült.” „A zene energiaforrásként szolgált számomra, a többi művészeti alkotás pedig örömforrásként hatott számomra.”
Önismeret	„Ráébredtem, hogy az önismeretemmel fontos foglalkozni.” „Mindegyik alkalmon valamilyen formában megtapasztaltuk az „aha érzést.” „Sokat fejlődött az önismeretem a foglalkozásokon, így idős koromra. Kár, hogy nem hamarabb találkoztam ilyen lehetőséggel.”
Szelfhez való pozitívabb viszonyulás	„Megbarátkoztam néhány negatívnak hitt tulajdonságommal.” „Enyhült a nyomasztó felelősségérzetem: már nem mindig magamban keresem a hibát, ha rossz dolgok történnek velem.” „Egészségem állapotát, fájdalmaimat nem betegségként kezeltem, hanem mint hozzám tartozó állapotot elfogadom.”
Fájdalomcsökkenés	„Testi-lelki fájdalmaim csökkentek.” „Elterelte a figyelmem a fájdalomról.” „A fájdalom enyhült a foglalkozások alatt.” „Észrevettem, hogy ha jól érzem magam, boldog vagyok, akkor sokkal kevésbé érzem a fájdalmat, figyelek rá. Szerencsére sok ilyen alkalom volt az elmúlt időszakban.”

Forrás: saját szerkesztés

A megkérdezettek mindössze 20%-a részesült zenehallgatási lehetőségben az egészségügyben vizsgálat vagy várakozás közben. Egy főtől eltekintve csak pozitív élményt okozott a válaszadókban a szolgáltatott zene. Az RA-s betegek fele (53,8%) nyitott lenne alternatív, zeneterápiás lehetőségeket is kipróbálni fájdalomcsökkentésre. Szinte egyöntetűen a többség (95%) szívesen fogadna kellemes, nem túl hangos zenét az egészségügyi ellátás közben.

A 13 alkalmas, rövidebb időtartamban megvalósított, zeneterápiás elemeket felhasználó intervenció leginkább a résztvevők hangulatát tudta pozitívan befolyásolni: szignifikáns növekedés az élvezetkereső boldogság, az áramlatkereső boldogság és a „10 leggyakoribb pozitív érzélem” megélésében következett be a pszichometriai mutatók közül. Ezen felül

a fájdalom szubjektív megélése is kimutathatóan csökkent a tréning végére. Ezeket az eredményeket a szöveges beszámoló is megerősítik: pozitív érzelmekről, hangulatjavulásról, feszültség- és fájdalomcsökkenésről számolt be a résztvevők többsége.

A szakirodalmi adatok alapján feltételezzük, hogy a hosszabb távon tartott foglalkozások még erőteljesebb változásokat tudnának eszközölni a pszichológiai életminőség javulásában.

A nyugati gyógyászatban elterjedt egészségfejlesztő, segítő tevékenységnek számít a zeneterápia alkalmazása a betegek és hozzátartozóik körében. A saját felmérés eredményei is azt támasztják alá, hogy a krónikus fájdalommal együtt élők szívesen fogadnának az egészségügyben zeneterápiás szolgáltatásokat, akár receptív, aktív vagy komplex módon.

Irodalomjegyzék

1. Allred, KD., Byers, JF., Sole, ML. (2010). *The effect of music on postoperative pain and anxiety*. Pain Manag Nurs.; 11(1), 15–25. doi:10.1016/j.pmn.2008.12.002
2. Bandi, Sz. (2015). Zene és személyiség. In Vas, B. (szerk.). *Zenepszichológia Tankönyv* (pp.145–166.). PTE Művészeti Kar Zeneművészeti Intézet
3. Berghammer R. (2013). *A fájdalom és fájdalomszindrómák magatartás-szempontú megközelítése*. SE Magatartástudományi Intézet. Megtálálva <https://semmelweis.hu/neurologia/files/2013/04/A-f%C3%A1jdalom-%C3%A9s-f%C3%A1jdalom-szindr%C3%A1k-magatart%C3%A1s-szempont%C3%BAmek%C3%B6zel%C3%AD%C3%A9se.pdf> 2020.10.12.
4. Fredrickson, B. (2015). *A pozitív érzelmek hatalma*. Budapest: Akadémiai Kiadó
5. Guetin, S., Ginies, P., Siou, D., Picot MC., Pommie C., Guldner E.,..., Touchon J. (2012). *The effects of music intervention in the management of chronic pain*. Clin journal pain, 28, 329–337. doi:10.1097/AJP.0b013e31822be973
6. Goodman, O., Sims, E. (szerk.) (2009). *State of the field report: Arts in healthcare*. Washington, DC: Society for the Arts in Healthcare. Megtálálva https://www.americansforthearts.org/sites/default/files/ArtsInHealthcare_0.pdf 2017. 10. 10.
7. Illés A. (2009). *Művészetterápia a közoktatásban: elméleti lehetőségek és etikai megfontolások*. Új Pedagógiai Szemle, 5–6. sz., 233–240.
8. Kenny, D., Faunce, G. (2004). *The impact of group singing on mood, coping, and perceived pain in chronic pain patients attending a multidisciplinary pain clinic*. Journal of music therapy, XLI(3), 241–258. doi:10.1093/jmt/41.3.241
9. Kopp, M., Pikó, B. (2006). Az egészséggel kapcsolatos életminőség pszichológiai, szociológiai és kulturális dimenziói. In Kopp, M., Kovács, ME. (szerk.). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón* (pp. 10–19.). Budapest: Semmelweis Kiadó
10. Kopp, M., Skrabski, Á. (1995). *Magyar lelkiállapot az ezredforduló után*. Megtálálva http://www.tavlatok.hu/86/86kopp_skrabski.pdf 2017. 10. 20.
11. Kucsera, C. (2012). *Egyedülálló, idős budapestiek szubjektív életminősége*. Socio, 1, 53–62.
12. Martos, T. (2010). *Életcélok és lelki egészség a magyar társadalomban. Doktori disszertáció*. Budapest: Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola
13. Martos, T., Sallay, V., Désfalvi, J., Szabó, T., Ittész, A. (2014). *Az Élettel való Elégedettség Skála magyar változatának (SWLS-H) pszichometriai jellemzői*. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 15(3), 289–303. doi:10.1556/Mental.15.2014.3.
14. Mentessé Tauber, A. (2011). *A zeneterápia mint a személyiségfejlesztés hatékony eszköze. Magyarországi vonatkozások*. Képzés és Gyakorlat, 9(3–4), 32–42.
15. Mitchell, LA., MacDonald, RAR., Knussen, C. (2008). *An investigation of the effects of music and art on pain perception*. Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts, 2(3), 162–170.
16. Mogorósy-Révész, Zs. (2019). *Érzelmi regulációs változások krízisben és traumában – a helyreállítást segítő, pszichológiai tanácsadás során alkalmazható módszerek és gyakorlatok*. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 20(3), 267–298. doi:10.1556/0406.20.2019.007
17. Nilsson, U. (2011). *Music: A nursing intervention*. European Journal of Cardiovascular Nursing, 10, 73–74. doi:10.1016/j.ejcnurse.2010.06.004
18. Rigó, A., Kökönyei, Gy. (2014). *Az életminőséggel kapcsolatos fő szakirodalmi kérdések krónikus szomatikus betegségekkel élők körében*. Alkalmazott Pszichológia, 14(4), 5–14.
19. Sági, A., Köteles, F., V.Komlósi, A. (2013). *Az Önmagunk Iránt Érzett Együttérzés (Önegyüttérzés) skála magyar változatának pszichometriai jellemzői*. Pszichológia, 33(4), 293–312.
20. Sallai, J., Hunka, A., Héjja, G., Ratkó, I., Ortutay, J., Márkus, I., ..., Bálint, G. (2013). *Hazai kórházakban rehabilitált rheumatoid arthritises betegek életminősége*. Orvosi Hetilap, 154 (35), 1381–1388. doi:10.1556/oh.2013.29645
21. Seligman, MEP., Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction*. American Psychologist, 55(1), 5–14. doi: 10.1037//0003-066x.55.1.5.
22. Siedlecki, SL., Good, M. (2006). *Effect of music on power, pain, depression and disability*. Journal Adv Nurs, 54(5), 553–62. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03860.x
23. Susánszky, É., Konkoly Thege, B., Stauder, A., Kopp, M. (2006). *A WHO Jól-Lét Kérdőív Rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy2002 Országos Lakossági Egészségfelmérés alapján*. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 7(3), 247–255. doi:10.1556/mental.7.2006.3.8
24. Standley, JM. (2000). Music research in medical treatment. In Smith, D. (szerk.). *Effectiveness of Music Therapy Procedures: Documentation of Research and Clinical Practice*. American Music Therapy Association, Silver Spring. Megtálálva http://www.musictherapy.org/assets/1/7/MT_Pain_2010.pdf 2017. 10. 15.
25. Szondy, M., Martos, T. (2014). *A boldogság három arca: a Boldogság Orientáció Skála magyar változatának validálása*. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 15(3) 229–243. doi: 10.1556/Mental.15.2014.3.5
26. Tali, M. (2014). *A Biopsychosocial Perspective on Health-Related Quality of Life in Rheumatoid Arthritis*. Alkalmazott Pszichológia, 14(4), 133–148.
27. Tan, X., Yowler, CJ., Super, DM., Fratianne, RB. (2010). *The efficacy of music therapy protocols for decreasing pain, anxiety, and muscle tension levels during burn dressing changes: a prospective randomized crossover trial*. Journal Burn Care Res., 31(4), 590–597. doi:10.1097/BCR.0b013e3181e4d71b,
28. Tihanyi, B. (2016). *A zenei bizsergés pszichofiziológiai háttere és terápiás felhasználása*. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 17(1), 19–36. doi:10.1556/0406.17.2016.1.2
29. Walworth, D., Rumana, CS., Nguyen, J., Jarred, J. (2008). *Effects of live music therapy sessions on quality of life indicators, medications administered and hospital length of stay for patients undergoing elective surgical procedures for brain*. Journal Music Ther., 45(3):349–59. doi:10.1093/jmt/45.3.349

Szabadon választható elméleti továbbképzési pontszerzési lehetőség

Ezt a kéziratot őrizze meg, mert a MESZK honlapján keresztül elérhető online teszt ki-töltéséhez a későbbiekben még szüksége lesz rá!

EREDETI KÖZLEMÉNY

Antibiotikum felhasználás alakulása lélegeztetéssel összefüggő pneumóniában zárt szívó használatának tükrében

PETHŐNÉ TÓTH Ibolya ápoló, AHMANN Mercédesz, SHAHOOD Hadel, BÁLINT Csaba, Dr. PAKAI Annamária PhD, habil

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: vizsgálni a VAP előfordulási gyakoriságát nyitott- és zárt szívás technika során, továbbá megfigyelni a zárt rendszerű szívási technika változását az antibiotikum felhasználás kombinációjában.

Anyag és módszer: Kvantitatív, retrospektív vizsgálat egy városi kórház Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó Osztályán történt. Nem véletlenszerű, célirányos szakértői vizsgálat célcsoportja intenzív osztályon ápolott betegek, akiknél bizonyított a lélegeztetéssel összefüggő pneumonia kialakulása. Az adatokat kórlapokból, intézeti gyógyszerár infromatikai rendszeréből és a NNSR rendszerből gyűjtöttük. Leíró- és matematikai statisztikai módszert (Fisher-egzakt teszt, t-próba $p < 0,05$) alkalmaztunk.

Eredmények: Lélegeztetett napok átlaga $9,95 \pm 3,35$. A VAP átlagosan $4,95 \pm 2,29$ napon jelentkezett, antibiotikum kezelés $8,00 \pm 2,66$ napig tartott. A szívás technika az intenzív ápolási napok számával, a lélegeztetési napok számával, a VAP megjelenés átlagos számával, az antibiotikummal kapcsolatos kezeléssel nem mutatott összefüggést ($p > 0,05$).

Következtetések: A zárt szívó bevezetése önmagában nem csökkentette a VAP előfordulását és az antibiotikumok felhasználását. Az APN fontos szerepet játszik a VAP kockázati tényezőinek feltárásában, kialakulásának megakadályozásában, mely végső soron a halálozás csökkenéséhez vezet.

Kulcsszavak: trachea leszívás, VAP, antibiotikum, prevenció, APRN

Trends in antibiotic use in ventilator-associated pneumonia in context of using closed suction system

Ibolya PETHŐNÉ TÓTH, Mercédesz AHMANN, Hadel SHAHOOD, Csaba BÁLINT, Annamária PAKAI PhD, habil

SUMMARY

The aim of this study was to investigate the incidence of VAP in open and closed suction techniques and to determine whether closed suction techniques had altered the duration of combination antibiotic use.

Material and method: Quantitative, retrospective study was performed at the Central Anesthesiology and Intensive Care Unit. A non-randomized, targeted expert study is aimed at patients in intensive care units with evidence of respiratory-related pneumonia. Data were collected from hospital records, the hospital pharmacy IT system, the NNSR system. Descriptive and mathematical statistical methods ($p < 0,05$) were used to evaluate the results. Results: Mean of ventilated days was 9.95 ± 3.35 . VAP was reported at an average of 4.95 ± 2.29 days and antibiotic treatment lasted for 8.00 ± 2.66 days. The suction technique showed with the number of intensive care days, the number of ventilation days, the average number of VAPs, and the treatment with antibiotics.

Conclusions: The introduction of a closed suction alone did not reduce the incidence of VAP and the use of antibiotics. APN plays an important role in uncovering the risk factors for VAP and preventing its development, which ultimately leads to a reduction in mortality.

Keywords: tracheal aspiration, VAP, antibiotic, prevention, APN ápoló

PETHŐNÉ TÓTH Ibolya ápoló MSc, Bugát Pál Kórház Központi Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó Osztály, Gyöngyös

AHMANN Mercédesz doktorandusz, PTE ETK, Doktori iskola, Pécs

SHAHOOD Hadel doktorandusz, PTE ETK, Doktori iskola, Pécs

BÁLINT Csaba doktorandusz, PTE ETK, Doktori iskola, Pécs

DR. PAKAI Annamária PhD, habil egyetemi docens, tanszékvezető, képzési igazgató, PTE ETK, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet, Védőnő és Prevenció Tanszék, Szombathely
Orcid: 0000-0002-2849-1310t

Levelező szerző

(correspondent):

Dr. Pakai Annamária;

E-mail cím:

annamaria.pakai@etk.pte.hu

Beérkezett: 2021. január 5.

Elfogadva: 2021. január 31.

Bevezetés

A gépi lélegeztetés hatékony módszer a kritikus állapotú betegek életének megmentésére, és széles körben alkalmazzák a légzési elégtelenség kezelésére az intenzív osztályokon. A lélegeztetéssel összefüggő tüdőgyulladás (ventilator associated pneumonia – VAP) olyan nozokomiális fertőzés, amely több mint 48 órás gépi lélegeztetés után jelenik meg. A VAP a leggyakoribb kórházban szerzett fertőzés az intenzív ellátásban világszerte (Rosenthal et al., 2016), növeli a kórházi tartózkodást, az antibiotikum fogyasztást, az antibiotikum rezisztenciát és a kórházi halálozást. Ezeknek a betegeknek az ellátása nagy terhet ró mind az egészségügyi ellátó rendszerre, mind az őket ellátó személyzetre.

A VAP-ot gyakran magas antibiotikum rezisztenciával járó kórokozók okozzák, aminek következtében nő a széles spektrumú antibiotikumok felhasználása és nagymértékben fokozza az antibiotikum rezisztenciát (Ventola, 2015).

A VAP előfordulása magasabb az alacsony (18,5 eset/1000 lélegeztetési nap) és közepes jövedelmű országokban (15,2 eset/1000 lélegeztetési nap), mint a magas jövedelmű országokban (9,0 eset/1000 lélegeztetési nap) (Bonell et al., 2019). Bonell és munkatársai egy Systematic Review-ban Ázsiát mérték fel országos jövedelemszint szerint, de világszerte hasonló adatokat találtak az International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) jelentése alapján, amely Latin-Amerikából, Ázsiából, Afrikából és Európából származó adatokat tartalmazza. Az Amerikai Fertőző Betegségek Társasága (IDSA) és az American Thoracic Society (ATS) által kiadott 2016. évi adatok szerint az Amerikai Egyesült Államokban a VAP halálozási aránya elérte a 13%-ot (Kalil et al., 2016). Európában egy multicentrikus prospektív tanulmány szerint a VAP 30 napos halálozási aránya 29,9% volt. A korai VAP mortalitási aránya 19,2%, a késői VAP mortalitási aránya pedig 31,4% (Martin-Loeches, Rodriguez & Torres, 2018). Magyarországon a Nemzeti Nosocomiális Surveillance Rendszerben (NNSR, 2017) az intenzív terápiás ellátás eszközhasználatával összefüggő fertőzések jelentésre kerülnek. A 2017. évben 27 fekvőbeteg-ellátó egészségügyi intézmény 32 intenzív betegellátást végző osztályán gyűjtöttek adatokat. A lélegeztetett betegek körében 7,78 eset/1000 ápolási napra vonatkoztatva a VAP aránya az adatot szolgáltató intenzív osztályok adatai szerint.

Világszerte számos stratégiát alkalmaznak a VAP megelőzésére és ellenőrzésére. Noha a VAP gyakorisága az elmúlt években csökkent, továbbra is az egyik leggyakoribb mortalitási ok az intenzív

ápolás során a nozokomiális fertőzések közül. Ezért nagyon fontos tisztázni a VAP kockázati tényezőit, megelőzését.

Az intenzív osztályon ápolott lélegeztetett beteg ellátása komplex feladat, nem csak a megfelelő oxigénellátás biztosítását foglalja magába. A lélegeztetett beteg megfelelő mélységű szedációja szükséges, számolnunk kell az immobilitási szindrómával, a meg-növekedett decubitus kockázattal. A táplálás során a standard, magas protein tartalmú ($\geq 20\%$ protein), polimer izozmotikus enterális tápszer javasolt. Fontos a halolaj tartalmú formulák alkalmazása, mivel az immunstátus erősítésével és a hyper infekciók csökkenésével járnak (Szabó et al, 2020). A folyadékterápia betegre adaptált kiegyensúlyozott kivitelezése ugyancsak fokozott figyelmet, folyamatos kontrollt igényel. A gyógyító team tagjainak kötelességének tartjuk, hogy az érvényes szakmai ajánlások és irányelvek alapján csökkentse a nozokomiális fertőzések előfordulását. A fizikális betegvizsgálat, a képalkotó és laboratóriumi vizsgálatok elrendelése és értékelése nélkülözhetetlen az adekvát terápia felállításában. Felelősséget érzünk a betegek magas szintű átfogó ellátása iránt, amelyhez komplex ismeretekkel kell rendelkezni a kritikus állapotúhoz vezető betegségekről, azok diagnosztikájáról, és terápiájáról. Ugyanakkor a kiemelt hatáskörű ápoló MSc szemléletében a szakápolási és betegoktatási feladatok ellátása sem szorulhat háttérbe. A betegbiztonság kérdése minden nap átgondolásra készíti a gyógyító csapat tagjait, mind terápiás, mind ápolási vonatkozásban (Vörös et al 2020; Rashed et al 2018).

A vizsgálat célja

A lélegeztetéssel összefüggő tüdőgyulladás csökkentése, és a hatékonyabb betegellátás érdekében zárt szívó bevezetésére került sor 2018 szeptemberében egy városi kórház intenzív osztályán. Az ezt megelőző évben nyitott szívási technikát alkalmaztak. A kutatás során összehasonlítottuk, hogy történt-e változás VAP tekintetében a két szívási módszer alatt. Megvizsgáltuk, hogy a zárt rendszerű szívási technika változtatott-e az antibiotikum felhasználásban. A kutatás arra is keresi a választ, hogy a VAP megelőző csomag alkalmazása maradéktalanul megtörtént, vagy hiányosságokat tárunk fel e téren. A csomag tartalmaként 2017 elején bevezetésre került a fejbég minimum 30 fokban történő megemelése, a klórhexidines szájaápolás 12 óránként, a gyomorszonda helyzetének ellenőrzése, és a trachea tubus cuffjának nyomásmérése naponta. A betegek életkora fontos tényező lehet, a krónikus betegségek megléte szintén befolyásolhatja a betegek fogékony-

ságát minden nozokomiális infekció iránt. A felvételkor felmért SAPS II szerinti állapotuk felhívja a figyelmet az intenzív kezelés kimenetelét illetően.

Anyag és módszer

A kvantitatív, retrospektív vizsgálat egy városi kórház Központi Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó Osztályán történt, 2017. szeptember 1 - 2019. augusztus 31-ig. Nem véletlenszerű, célirányos szakértői vizsgálat célcsoportja intenzív osztályon ápolott betegek, akiknél bizonyított a lélegeztetéssel összefüggő pneumonia kialakulása (N=21). Beválasztási kritérium pneumonia tüneteinek kialakulása a lélegeztetés megkezdése után 48 órán túl. Kizárási kritérium pneumonia megléte a felvétel napján, pneumonia megjelenése az intubálás előtti 48 órában, VAP diagnózis felállítását követő 24 órán belüli halálozás és más intézetből áthelyezett lélegeztetett beteg. A kutatás időtartama alatt 402 beteg került felvételre az intenzív osztályra, melyből 263 volt lélegeztetve. A vizsgálat során 21 beteg felelt meg a kritériumoknak. 2017. szeptember 1-től 2018. augusztus 31-ig nyitott rendszerű trachea szírást alkalmaztak. Az ez idő alatt bekerült betegek egy csoportba kerültek, esetek száma tíz fő (n=10). 2018. szeptember 1-től 2019. augusztus 31-ig zárt rendszerű trachea szírást alkalmazására került sor. Ebben az időszakban a vizsgálatba került betegek egy másik csoportba kerültek 11 esetszámmal (n=11). Dokumentumelemzés során a kórlapból demográfiai adatokat, krónikus betegségekre, intenzív ápolásra, lélegeztetésre, VAP-ra, leszívásra, halálozásra, mikrobiológiai eredményekre vonatkozó adatokat gyűjtöttük ki. Az intézeti gyógyszer-tár informatikai rendszeréből az antibiotikum terápiára vonatkozó adatokat, NNSR rendszerből a hazai VAP arányt elemeztük. A MS Office Excel 2010 szoftvert segítségével az eredmények értékelésére leíró- és matematikai statisztikai módszert (Fisher-egzaktsági teszt, t-próba) alkalmaztunk ($p < 0,05$).

Eredmények

Szocio-demográfiai adatok

A két év során 21 beteg került beválasztásra, akik átlagéletkora $71,047 \pm 9,738$ év volt. A legfiatalabb 52, a legidősebb 88 éves. A betegek belgyógyászati, illetve sebészeti jellegű problémával kerültek felvételre, traumatológiai eseteket nem látunk el. Ebből adódik, hogy a betegek az idősebb korosztályból kerülnek ki. Az első csoportban 10 betegből 5-en, a másodikban 11-ből 6-an haladtak meg a 70 éves kor. A nemek tekintetében 12 fő férfi és 9 fő nőbeteg került beválasztásra.

Társbetegségek előfordulása

A társbetegségek közül négy gyakori krónikus megbetegedést mértünk fel az érintett betegek körében. Ezek a diabetes mellitus, magas vérnyomás betegség, ischémias szívbetegség (ISZB) és a krónikus obstruktív légzőszervi megbetegedés (COPD). Minden beteg szenvedett magas vérnyomásban (21 fő). A betegek nagy része szívbeteg volt (18 fő), és közel felénél találtunk cukorbetegséget (10 fő) valamint krónikus légzőszervi megbetegedést (9 fő).

Trachea szírássok megoszlása metódus szerint

Az első kutatási évben 10 beteg került beválasztásra VAP diagnózissal. Ezeknél a betegeknél nyitott szírási technikát alkalmaztak. A második évben bevezetésre került a zárt szírási technika a jobb betegellátás érdekében. Ennek eredményét 11 betegen vizsgáltuk.

A VAP megjelenése szempontjából vizsgálni kell, hogy a trachea szírást a szakma szabályainak megfelelően történt-e. A zárt szíró bevezetésekor a helyes metódusról minden szakdolgozó (11 fő) oktatásban részesült. Az oktatás után kilenc hónappal ellenőrzésre került ennek hatékonysága, direkt megfigyeléssel, 10 pontból álló checklista alapján (*Kézfertőtlenítés beavatkozás előtt; Ápolási kesztyű használata; Preoxigenálás; Szívóserősség ellenőrzése; Zárt szívókatéter méretének ellenőrzése; Leszívás ideje 15s belül; Ismételt leszívás ≤ 3 /folyamat; Összekötőcső öblítése; Vitális paraméterek megfigyelése a leszívás alatt, után; Kézfertőtlenítés beavatkozás után*). Két ponton találtunk eltérést. Az egyik a beavatkozást megelőző higiénés kézfertőtlenítés, a másik a leszívás előtti preoxigenáció. 11 ápolóból mindkét esetben 6-6 ápoló kihagyta ezeket a lépéseket. A nyitott szírást ellenőrzésére vonatkozólag dokumentált adat nem áll rendelkezésre.

Intenzív ápolási napok, lélegeztetési napok alakulása

Az első vizsgálati év során az átlagos ápolási nap az intenzív osztályon 5,6 nap volt. A második évben ez közel azonos, 5,7 nap. A VAP-os betegek átlagos ápolási napja $12,143 \pm 3,678$, több mint duplája annak, mint amennyit a betegek az intenzív osztályon töltenek általában. A minimális ápolási idő 6 nap, a maximális 19 nap volt. Ha a két év adatait külön vizsgáljuk, szembetűnő, hogy a nyitott-, valamint a zárt rendszerű szírást alkalmazása során az ápolási napok száma közel azonos. Az összes lélegeztetett beteg vonatkozásában, átlagosan 5,6-5,8 nap volt a

lélegeztetés hossza. VAP esetén átlagosan $9,952 \pm 3,354$ napot találtunk. Minimum 5, maximum 17 napon át lélegeztettük a betegeket. A két szívási módszer összehasonlításakor jelentős eltérést nem találtunk a lélegeztetés hosszában (**1. ábra**).

Mortalitás

Megfigyeltük, és összehasonlítottuk a betegek halálozási arányát. A VAP mortalitása magas, átlagosan 66,7%. Nyitott szívás mellett a 10-ből 7 (70%), zárt szívás mellett 11-ből 7 eset (63,6%) végződött a betegek halálozásával. A trachea szívás típusa és a mortalitás között a Fischer-teszt nem mutat szignifikáns különbséget ($p=0,562$).

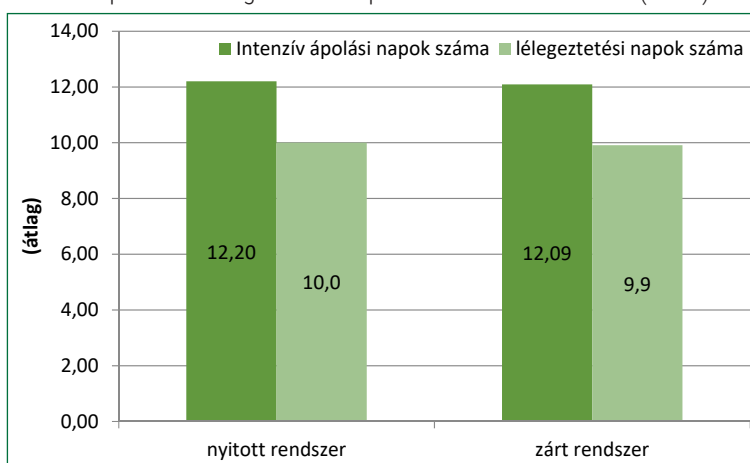
Bakteriológiai vizsgálatok trachea aspirátumból

Ha radiológiai, klinikai tünetek felvetik a VAP valószínűségét, nem lehet késlekedni a trachea váladék tenyésztésével. A kapott eredmények célzott antibiotikum kúrát tesznek lehetővé. A gyűjtött adatokból azt látjuk, hogy a Gram-negatív kórokozók közül a *Pseudomonas aeruginosa* a leggyakoribb, de említést érdemel a *Haemophilus influenzae*, amely második helyen áll az eredmények között. A Gram-pozitívak közül a leggyakoribbak a *Staphylococcus aureus*, és a *Pneumococcus*. Három esetben kaptunk polimikrobás tenyésztési eredményt. Mindegyikben volt *Pseudomonas aeruginosa*, ehhez társult még egy másik kórokozó. Ezek a *Staphylococcus aureus*, *Hemophilus influenzae* és *Citrobacter freundii*. Egy esetben okozta a lélegeztetéssel összefüggő pneumóniát multirezisztens kórokozó, ez *Pseudomonas aeruginosa* volt.

Antibiotikum terápia

A fekvőbeteg ellátó osztályok számára kiadásra kerültek a korábbi évek összesített kórokozó rezisztencia alapján készített antibiotikum felhasználási ajánlások. Ezekben az egyes osztályok, így az intenzív osztály saját endogén flórájának rezisztencia viszonyaihoz adaptáltan szerepelnek az egyes terápiás előírások. Tartalmazza az ajánlott, és a kerülendő antibiotikumok listáját, ezzel elősegítve a multirezisztens kórokozók kiszelektálásának csökkenését. Az antibiotikum igénylések ez alapján történnek, betartását az infektológus orvos hetente ellenőrzi. A betegellátás során a klinikumnak megfelelően empirikus

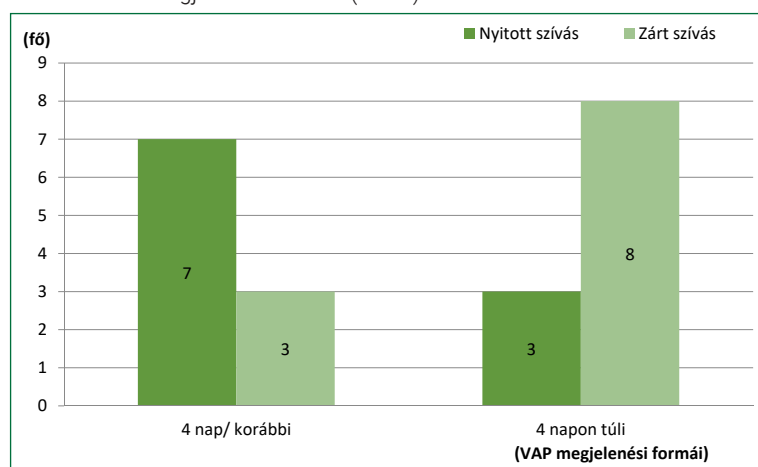
1. ábra: Ápolási és lélegeztetési napok alakulása VAP esetén (N=21)



antibiotikumokat adunk mindaddig, amíg a tenyésztési eredmények birtokában célzott kezelésre nem tudunk váltani. Az antibiotikumok alkalmazásakor monoterápia ritkán elégséges, ezért a kórokozó érzékenységtől függően azok kombinációja szükséges. Minden esetben, ha VAP lehetősége felmerül, infektológiai konzílium során kerül sor a megfelelő terápia meghatározására, nyomon követésére. Az antibiotikum kombinációkat megfigyelve az első évben 3 esetben alkalmaztunk monoterápiát, 6 esetben kettős, 1 esetben négyes kombináció vált szükségessé. A második évben 5 esetben találtunk monoterápiát, 3 esetben kettős, egyszer hármas és egyszer adtunk négyes kombinációt. A nyitott trachea szívás során az átlagos antibiotikum kezelés $8,10 \pm 2,28$ nap volt. Minimum 5 maximum 13 napon át kapott a beteg antibiotikumokat. A zárt rendszerrel $7,90 \pm 3,08$ nap terápiás időt találunk, a legkevesebb 3, a legtöbb 12 nap volt. A trachea szívás típusa és az antibiotikum kezelés napjai között kétmintás t-próba alapján nincs szignifikáns különbség ($p=0,875$). Az antibiotikum költségeket is levetítettük betegenként. A nyitott szívásnál az antibiotikum átlag költsége $1091,50 \pm 772,40$ Ft, a zárt szívásnál $1776 \pm 1349,45$ Ft. Az antibiotikum költsége és a szívás típusa között sincs szignifikáns különbség ($p=0,176$). A választott antibiotikum fajtájától, és a kombinációk összetettségétől függően jelentősen változik a terápia költsége. Ez lehet az oka, hogy a második csoportban a költségek magasabbak.

VAP megjelenési formái

A VAP-nak két megjelenési formája ismert, korai és késői forma. Az elkülönítésük a szerint történik, hogy a betegség tünetei a lélegeztetés 4. napja előtt vagy után jelennek meg (**2. ábra**). A korai formára jellemző, hogy a kórokozók kevésbé ellenállóak,

2. ábra: VAP megjelenési formái (N=21)

így könnyebben kezelhető. A kései VAP kórokozói többszörös rezisztenciát mutatnak, ha nem is számítanak multirezisztensnek, így kezelésük nehezebb, költségesebb. A kutatás során azt találtuk, hogy a VAP átlagosan $4,95 \pm 2,29$ napon jelentkezett. Legkorábban a 3. lélegeztetési napon, legkésőbb a 12.-en került a pneumonia kimutatására. Az első évben a nyitott szívás mellett, inkább a korai VAP dominált. Azoknál, akiknél zárt szívást alkalmaztunk a kései megjelenés lényegesen magasabb volt, ez szintén lehet oka a magasabb antibiotikum felhasználásnak. A korai forma kivédése nem mindig lehetséges, ekkor a VAP-ot kiváltó incidens vagy az intenzív osztályos felvétel előtt történik, vagy közvetlenül az intubáláskor. A késői forma az intenzív ápolás során alakul ki, tehát felvetődik, hogy a VAP megelőző tevékenységek teljesülése nem volt megfelelő. Így nem maradhatott el azok vizsgálata sem.

VAP megelőző kritériumok vizsgálata

2017 elején a lélegeztetési pneumonia és rizikófaktorainak oktatása történt az intenzív osztályon dolgozó ápolók körében. Négy olyan megelőző intézkedést határoztak meg, amely ápolás szintjén megvalósítható.

1. A fejtáv minimum 30°-os megemlése, amennyiben orvosi okból nem kontraindikált. Célja, hogy csökkentsük a gyomortartalom esetleges aspirációját.

2. A nasogastricus szonda helyzetének ellenőrzése. Célja, hogy a szondatáplálás során a táplálék a gyomorba jusson, és ne a nyelőcsőbe, mert az nagymértékben fokozza az aspiráció kockázatát. Idejét a reggeli gyógyszerelés időpontjával kötöttük össze.

3. A 2%-os klórhexidines szájaápolás csökkenti a szájuégben lévő kórokozók kolonizációját. Minimum 12 óránként határoztuk meg a szükségességét.

4. Az endotracheális tubus cuffjában lévő nyomás ellenőrzésének kettős célja van. Normalizálni a tracheafal vérellátását, illetve kivédeni az aspirációt. Ennek a betegmosdatás előtt minden esetben meg kellett történnie, a beteg fejtávjának leengedése, forgatása előtt.

Megvizsgáltuk, hogy a fenti intézkedések hogyan valósultak meg. Mivel a vizsgálat retrospektív, így csak a kórlapban dokumentált eseteket tudtuk elemezni. Ez nem feltétlenül egyezik a valós ápolási beavatkozásokkal, a dokumentációs hajlandóságot

mutatja meg. A pontos dokumentáció elengedhetetlen a betegellátás során, és későbbiekben csak ezáltal bizonyítható, hogy valamilyen tevékenység megtörtént. Az adatokat nyitott- és zártrendszerű szívás szerint gyűjtöttük össze. Az első vizsgálat évben megfigyelhető, hogy a megelőzési pontok közül a szondahelyzet ellenőrzése, és fejtáv emelés egyaránt 50%-ban dokumentált. A cuff nyomásmérést 60%-ban, a szájhigiénit 30%-ban dokumentálták helyesen az ápolók, míg 20%-ban nem is találtunk utalást ennek megvalósulására. A második évben jelentős fejlődés figyelhető meg mind a négy ponton. Ami kiemelendő, hogy a klórhexidines szájaápolás tekintetében nem találtunk dokumentálatlan esetet, és a 12 óránkénti beavatkozás gyakorisága 63,6%-ra emelkedett. A fejtáv megemlése az azt látjuk, hogy egy esetben kontraindikált volt (9,1%), amelynek oka epidurális fájdalomcsillapítás volt.

SAPS II eredmények

A SAPS II pontszámot, (simplified acute physiology score) az aktuális állapot súlyosságának felmérésére használjuk. Minden betegnél az intenzív osztályra való bekerüléskor meghatároztuk ezt a pontszámot. A pontrendszerben 15 változó alapján számítjuk ki a pontokat. A pontrendszert az **I. számú táblázat** tartalmazza, a táblázatban látható, hogy 15 változó alapján számítjuk ki a pontokat. A pontszámok összegéből megadott képlet alapján kiszámítható a várható mortalitás százalékos aránya. Minél magasabb, annál nagyobb a halálozás valószínűsége. A kutatás során a betegek átlag 53% feletti SAPS II értékkel rendelkeztek (**II. táblázat**). A viszonylag nagy szórás ellenére az adat elég magas. Elgondolkodtató, hogy a VAP ezen betegeknél mért valós mortalitása 66,7% volt, tehát rosszabb, mint azt az előzetes felmérés alapján jósoltuk volna.

I. táblázat: SAPS II aktuális állapot súlyosság felmérő skála (Le Gall, Lemeshow & Saulnier, 1993)

SAPS II pontozótábla						
Paraméterek	Érték (pontszám)					
Szívfrekvencia (/perc)	<40 (11)	40-69 (2)	70-119 (0)	120-159 (4)	≥160 (7)	
Szisztolés vérnyomás (Hgmm)	<70 (13)	70-99 (5)	100-199 (0)	≥200 (2)		
Testhőmérséklet (°C)	<39 (0)	≥39 (3)				
PaO ₂ (Hgmm)/FiO ₂ arány	<100 (11)	100-199 (9)	≥200 (6)			
Vizelet ürítés (ml/nap)	<500 (12)	500-999 (4)	≥1000 (0)			
Szérum karbamid nitrogén szint (mmol/l)	<10 (0)	10.0-29.9 (6)	≥30.0 (10)			
Fehérvérsajt szám (10 ⁹ /mm ³)	<1 (12)	1.0-19.9 (0)	≥20.0 (3)			
Szérum kálium (mEq/l)	<3 (3)	3.0-4.9 (0)	≥5.0 (3)			
Szérum nátrium (mEq/l)	<125 (5)	125-144 (0)	≥145 (1)			
Bicarbonat (mEq/l)	<15 (6)	15-20 (3)	≥20 (0)			
Bilirubin (mmol/l)	<68.4 (0)	68.4-102.5 (4)	≥102.6 (9)			
Glasgow coma score (ha a beteg szedált, a szedáció előtti becsült érték)	<6 (26)	6-8 (13)	9-10 (7)	11-13 (5)	14-15 (0)	
Életkor	<40 (0)	40-59 (7)	60-69 (12)	70-74 (15)	75-79 (16)	≥80 (18)
Krónikus betegségek	meta-sztatizáló daganat (9)		hematológiai malignitás (10)		AIDS (16)	
Felvétel típusa	belgyógyászati (6)		tervezett sebészeti (0)		nem tervezett sebészeti (8)	

Megbeszélés

A kutatás során megvizsgáltuk, hogy a zárt szívó bevezetése milyen változásokat hozott a VAP előfordulásában, az antibiotikum felhasználásában. A zárt szívó bevezetése önmagában nem csökkentette a VAP előfordulását, nem csökkentette az antibiotikumok felhasználását sem ennek következtében. A zárt szívó bevezetésekor a szakszerű használatról oktatásban részesült minden ápoló.

A szakszerű használatról meggyőződünk, nem találtunk olyan hibát, amely növelné a VAP előfordulását. Mivel a vizsgálat retrospektív, így a nyitott szívás szabályszerűségéről meggyőző adatok nem állnak rendelkezésre, de a VAP ráta nem volt magasabb a zárt szívási technikához képest.

Feltételezhető, hogy nem játszott szerepet a betegség incidenciájában. Ha összehasonlítjuk az általunk talált VAP incidenciát (11,98 illetve 13,08 eset/1000 lélegeztetési nap a nemzetközi eredményekkel, a közepes jövedelmű (15,2 eset/1000 lélegeztetési nap), és a magas jövedelmű országok (9,0 eset/1000 lélegeztetési nap) között helyezkedünk el (Bonell et al., 2019). Magyarországi adatokhoz képest (NNSR, 2017; Nemzeti Népegészségügyi Központ Járványügyi és Infekciókontroll Főosztály,

2019), ahol a VAP aránya a lélegeztetett betegek körében 7,78 eset/1000 ápolási napra vonatkoztatva, a mi mérési adataink magasabbak.

A VAP-ot okozó mikroorganizmusok a Nemzeti Bakteriológiai Surveillance (NBS) rendszer adatai szerint a hazai intenzív osztályokról származó alsó légúti mintákban leggyakrabban a *P. aeruginosa*, *S. aureus*, *A. baumannii* complex, *E. coli* és *K. pneumoniae* *A. baumannii* complex, *E. coli* és *K. pneumoniae* kerültek izolálásra (ÁNTSZ, 2019).

A nemzetközi ismertetés szerint a VAP általános kórokozói teljes egészében megegyeznek a hazai VAP kórokozókval (Evans et al., 2018; Rhodes et al., 2018). Az általunk vizsgált betegek trachea aspirátumában is a *Pseudomonas aeruginosa* és a *Staphylococcus aureus* a leggyakoribb.

A VAP kockázati tényezőit át kell tekinteni, hogy a fertőzés incidenciáját csökkenteni tudjuk. A társbetegségek közül a nemzetközi adatok szerint a krónikus obstruktív tüdőbetegségben (COPD) szenvedő betegek körében 2,35-szer nagyobb valószínűséggel alakul ki VAP, mint a COPD nélküli betegek esetében (Liu et al., 2017). Ezzel ellentétben mi azt találtuk, hogy a legtöbben krónikus betegségek közül az ischemias szívbetegséggel rendelkeztek (21-ből 18 eset), míg COPD-je csupán 9 betegnek volt a 21-ből.

II. táblázat: SAPS II adatok (N=21)

	Átlag	Szórás	Minimum	Maximum
SAPS II pont felvételtkor	53,5238	9,714	34,00	75,00
SAPS II % felvételtkor	53,4905	19,303	15,30	88,90

A VAP-ban szenvedő betegeknél mind a gépi lélegeztetés, mind az intenzív osztályon való tartózkodás ideje szignifikánsan hosszabb, mint a VAP nélkülieknél (Abdelrazik & Salah, 2017). Az általunk vizsgált betegeknél ugyanez a tendencia megfigyelhető. Az ápolási napok száma az átlagos 5,6-5,7 napról 12-re, a lélegeztetés 5,6-5,7-ről 10 napra emelkedett a megbetegedettek körében.

Az előrehaladott életkor (≥ 60 év) független kockázati tényező a VAP érzékenységi szempontjából (Chang et al., 2017; Ding et al., 2017; Liu et al., 2017) és növeli a halálozást (Zubair et al., 2018).

Míg a szakirodalmi adatok Európában a VAP 30 napos halálozási arányaként 29,9%-ról számolnak be (Martin-Loeches, Rodriguez & Torres, 2018), addig a kutatás során 66,7%-os mortalitást találtunk még az intenzív osztályos kezelés alatt, míg az összes ellátott betegre vetítve ez a szám 35%. A magas halálozási rátára való tekintettel az okok feltárása sürgető.

A probléma hátterében nem a légúti váladék eltávolítás kritériumainak be nem tartása, hanem más ok keresendő. Mivel az érintett osztályon ellátott betegek átlagéletkora 66,9 év, így a megelőzésre kell a hangsúlyt helyezni, az ez irányú törekvéseket át kell vizsgálni. A megelőzési lehetőségeket pontokba szedve definiálni szükséges, protokoll készítése elengedhetetlen. Iránymutatásul a 2019-ben megjelent országos tisztifőorvos módszertani levele szolgál, amely az ellenőrzési pontokat kidolgozta (Nemzeti Népegészségügyi Központ Járványügyi és Infekciókontroll Főosztály, 2019).

Nagy hangsúlyt kell helyezni a megelőzési lehetőségek oktatására, és ezt ismételni kell évente. Hassan és munkatársának felmérésében az ápolók több mint háromnegyede alacsony ismerettel rendelkezett a VAP patofiziológiájáról, a kockázati tényezőkről, és a megelőző intézkedéseiről. Ez szignifikánsan javult az ápolók oktatását követően (Hassan & Wahsheh, 2017). Egy törökországi vizsgálatban az ellátó személyzet elméleti és gyakorlati képzésének következtében a VAP előfordulási aránya 31,7%-al csökkent (Yilmaz et al., 2016).

A vizsgált osztályon ilyen jellegű oktatásra 2017 elején került sor, azóta nem történt újraoktatás. Az adatok azt sugallják, hogy az oktatás óta eltelt idő hosszú, és ezért a megelőzési politika nem valósult meg megfelelően. Motiválttá és elkötelezetté kell

tenni a gyógyító team minden tagját a VAP megelőzésére és szakszerű ellátására.

Egy másik nem elhanyagolható tény, hogy a betegek felvételi állapota SAPS II besorolás szerint magas mortalitási kockázatot hordoz magában. A betegek kritikus állapotban kerülnek intenzív ellátásra, amelynek következményei halmozottan rontják a beteg gyógyulási esélyeit.

Megfontolandó tehát az intézetben is a már több hazai és számtalan külföldi kórházban létrehozott Medical Emergency Team létrehozása. A teamnek pont az olyan betegek kiszűrésében, és korai adekvát kezelés megkezdésében van jelentősége, akik a beavatkozás késése miatt későbbiekben kritikus állapotban kerülnek felvételre az intenzív osztályra. A késlekedés miatt az életkilátásaik romlanak.

Egy Portugáliában készült tanulmányban megvizsgálták az adott intézetben a MET működését. Az aktiváció aránya 8,6 riasztás/1000 beteg volt. A riasztás után a betegek 24%-át vitték magasabb szintű ellátó helyre. A MET bevezetése után 3 évvel a kórházi halálozás csökkent 4,1%-ról 3,6%-ra (Silva, Saraiva, Cardoso & Aragão, 2016). A team tagjai között helye van az APRN-nek.

Az APN szerepe a lélegeztetéssel összefüggő pneumonia megelőzésében és kezelésében széleskörű. A megelőzés nagyon fontos feladata, ez szolgálja elsődlegesen a beteg érdekét. Nem elég ismerni az erre irányuló érvényes szakmai ajánlásokat, be is kell tartani azokat. Elengedhetetlen az ápolók oktatása, a gyakorlati kivitelezés ellenőrzése, értékelése, amelyet az APRN minden szinten képes kivitelezni. A beteg fizikális vizsgálatával elősegíti a betegség korai felismerését, az adekvát kezelés mielőbbi megkezdését. Késlekedés nélkül elrendelheti a szükséges laboratóriumi és képalkotó vizsgálatokat, melyek elemzése szükséges a diagnózis felállításához. Haemoculturát és légúti váladékot tud venni tenyésztés céljából, amely a kezelés szempontjából későbbiekben pótolhatatlan eredményeket szolgáltat. A mindennapi betegellátás során az APRN monitorozni tudja a lélegeztetett beteget, lélegeztetési paramétereket vérgáz értékek alapján betegre tudja adaptálni, a leszoktatást tudja menedzselni, légzési fizioterápiát tud kivitelezni.

Összefoglalva az APRN a MET tagjaként lépve az intenzív osztály keretein kívül, képes a súlyos állapotú betegek kezelésével az állapotrosszabbodást megfékezni, megelőzve ezzel, hogy kritikus állapotba kerüljenek. Időben kerülhet a beteg intenzív ellátásra, ahol a szakszerű ellátás keretében csökkenteni tudja a nosokomiális fertőzések előfordulását, köztük a VAP-ot is. Az intenzív osztályon dolgozó team körében az ismeretek fejlesztésével emelni tudja a betegellátás színvonalát. Nyo-

mon tudja követni a betegek kezelését és ápolását a felvétel pillanatától a távozásig. Átfogó ismeretei révén jól illeszkedik mind az orvosi, mind az ápolá-

si ellátási folyamatokba, kapcsolóként szerepel a két ellátási terület között a beteg érdekeit szem előtt tartva (Oláh et al, 2019).

Irodalomjegyzék

- Abdelrazik Othman, A., Salah, A.M. (2017). Ventilator-associated pneumonia in adult intensive care unit prevalence and complications. *The Egyptian Journal of Critical Care Medicine*, 5, 61–63.
- Bonell, A., Azarrafy, R., Huong, V.T.L., Viet, T.L., Phu, V.D., Dat, V.Q., ... Nadjm, B. (2019). A Systematic Review and Meta-analysis of Ventilator-associated Pneumonia in Adults in Asia: An Analysis of National Income Level on Incidence and Etiology. *Clinical Infectious Diseases*, 68(3), 511–518. DOI: 10.1093/cid/ciy543.
- Chang, L., Dong, Y., Zhou, P. (2017). Investigation on risk factors of ventilator-associated pneumonia in acute cerebral hemorrhage patients in intensive care unit. *Canadian Respiratory Journal*, Article ID 7272080. DOI: 10.1155/2017/7272080
- Ding, C., Zhang, Y., Yang, Z., Wang, J., Jin, A., Wang, W., ... Zhan, S. (2017). Incidence, temporal trend and factors associated with ventilator-associated pneumonia in mainland China: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infectious Diseases*, 17(1), 468. DOI: 10.1186/s12879-017-2566-7
- Evans, C.R., Sharpe, J.P., Swanson, J.M., Wood, G.C., Fabian, T.C., Croce, M.A., Magnotti, L.J. (2018). Keeping it simple: impact of a restrictive antibiotic policy for ventilator-associated pneumonia in trauma patients on incidence and sensitivities of causative pathogens. *Surgical Infections*, 19(7), 672–678. DOI: 10.1089/sur.2018.087.
- Fullér, N., Oláh, A. (2014). Korszerű, bizonyítékon alapuló ápolás- Lélegeztetett beteg ápolása. *Nővér*, 27(3), 1–44.
- Hassan, Z.M., Wahsheh, M.A. (2017). Knowledge level of nurses in Jordan on ventilator-associated pneumonia and preventive measures. *Nursing in Critical Care*, 22(3), 125–132. DOI: 10.1111/nicc.12273.
- Kalil, A.C., Metersky, M.L., Klompas, M., Muscedere, J., Sweeney, D. A., Palmer, L.B., ... Brozek, J.L. (2016). Management of adults with hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia: 2016 clinical practice guidelines by the infectious diseases society of america and the american thoracic society. *Clinical Infectious Diseases*, 63(5): e61–e111. DOI: 10.1093/cid/ciw353.
- Liu, Y., Di, Y., Fu, S. (2017). Risk factors for ventilator-associated pneumonia among patients undergoing major oncological surgery for head and neck cancer. *Front. Med.*, 11(2), 239–246. DOI: 10.1007/s11684-017-0509-8.
- Martin-Loeches, I., Rodriguez, A.H., and Torres, A. (2018). New guidelines for hospital-acquired pneumonia/ventilator-associated pneumonia. *Current opinion in critical care*, 24(5), 347–352. DOI: 10.1097/MCC.0000000000000535
- Nemzeti Népegészségügyi Központ Járványügyi és Infekciókontroll Főosztály (2019). Az országos tisztifőorvos módszertani levele a gépi lélegeztetéssel összefüggő pneumónia megelőzésére. https://www.antsz.hu/data/cms90553/A_gepi_lelegeztetessel_osszefuggo_pneumonia_megelozesere.pdf (2020.12.19.)
- NNSR, N.N. (2017). Az Országos Epidemiológiai Központ Tájékoztatója a Nemzeti Nosocomialis Surveillance Rendszer 2017. évi eredményeiről. https://www.antsz.hu/data/cms88661/NNSR_2017.pdf. (2020.12.19.)
- Oláh, A. et al. (2019). „Javaslat Nemzeti Ápolásfejlesztési Stratégia Elemeire”. Hozzáférhető: 2020.12.08. Letölthető: <http://www.apolasfejlesztesisstrategia.hu/02.html>
- Pakai, A., Kívés, Zs. (2013). Kutatásról ápolóknak, Min-tavétel és adatgyűjtési módszerek az egészségügyben. *Nővér*, 26 (3), 20–43.
- Pakai, A., Oláh, A. (2014). A theoretical overview of scientific research In: Ács P, Oláh A, Pakai A, Raposa L B Ács P (ed.) Data analysis in practice. (pp. 9–32.) Pécs: PTE ETK
- Rashed, A., Gombocz, K., Alotti, N., Verzar, Z. (2018). Is sternal rewiring mandatory in surgical treatment of deep sternal wound infections? *Journal of Thoracic disease*, 10 (4), 2412–2419. DOI: 10.21037/jtd.2018.03.166.
- Rhodes, N.J., Cruce, C.E., O'Donnell, J.N., Wunderink, R.G., Hauser, A.R. (2018). Resistance trends and treatment options in gram-negative ventilator-associated pneumonia. *Current Infectious Disease Reports*, 20(2), 3. DOI: 10.1007/s11908-018-0609-x
- Rosenthal, V.D., Al-Abdely, H.M., El-Kholy, A.A., Al-Khawaja, S.A.A., Leblebicioglu, H., Mehta, Y., ... Kushner-Davalos, L. (2016). International Nosocomial Infection Control Consortium report, data summary of 50 countries for 2010–2015: device-associated module. *Am J Infect Control*, 44(12), 1495–1504. DOI: 10.1016/j.ajic.2016.08.007
- Silva, R., Saraiva, M., Cardoso, T., Aragão, I.C. (2016). Medical Emergency Team: How do we play when we stay? Characterization of MET actions at the scene. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.*, 24, 33. DOI: 10.1186/s13049-016-0222-7.
- Szabó, Z., Marosvölgyi, T., Szabó, É., Bai, P., Figler, M., Verzar, Zs. (2020). The Potential Beneficial Effect of EPA and DHA Supplementation Managing Cytokine Storm in Coronavirus Disease. *Front Physiol*, 11, 752. doi: 10.3389/fphys.2020.00752.
- Torres, A., Niederman, M.S., Chastre, J., Ewig, S., Fernandez-Vandellos, P., Hanberger, H., ... Wunderink R. (2017). I International ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: Guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia (HAP)/ventilator-associated pneumonia (VAP) of the European Respiratory Society (ERS), European Society of Intensive Care Medicine (ESICM), European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) and Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT). *Eur Respir J*, 50(3), 1700582. doi: 10.1183/13993003.00582-2017.
- Ventola, C.L. (2015). The Antibiotic Resistance Crisis. *Pharmacy and Therapeutics*, 40(4), 277–283.
- Vörös, T., Pakai, A., Szebeni-Kovács, Gy., Szabóné Bálint, Á., Oláh, A. (2020). APN szerepe a hypertóniás beteg gondozásában a háziorvosi körzetben. *Nővér*, 33(2), 9–36.
- Yilmaz, G., Aydin, H., Aydin, M., Saylan, S., Ulusoy, H., Koksai, I. (2016). Staff education aimed at reducing ventilator-associated pneumonia. *Journal of Medical Microbiology*, 65, 1378–1384. DOI: 10.1099/jmm.0.000368.
- Zubair, S., Ali, H., Raza, S.F., Warind, J.A., Beg, A.E., Bushra, R. (2018). Assessment of frequency and transience rate for ventilator-associated pneumonia (VAP) in geriatric patients in tertiary care settings of Karachi, Pakistan. *J. Coll. Phys. Surg. Pak.*, 28(7), 536–540. DOI: 10.29271/jcpsp.2018.07.536.

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

Nyugtalan láb szindróma várandós nők körében

HORVÁTH Alexandra Mónika, Dr. KARÁCSONY Ilona Hajnalka

ÖSSZEFOGLALÁS

A nyugtalan láb szindróma, amelyet újabban Willis-Ekbom betegségnek neveztek el, olyan állapot, amely megzavarja az alvást, és gyakrabban fordul elő a várandós populációban. A nyugtalan láb szindrómában szenvedő nőknél gyakoribbak az éjszakai, alsó végtagokat érintő görcsök és a túlzott nappali álmoság. Ez a szindróma gyakori állapot, amely sokszor nem kerül felismerésre, hibásan diagnosztizálnak és rosszul kezelnek. Jelen közleményben célunk volt a nemzetközi szakirodalmak legfrissebb eredményeinek széleskörű összefoglalása. A súlyos és kezeletlen szindróma nemcsak a betegek életminőségét befolyásolja negatívan, pl. álmatlanság, túlzott nappali fáradtság, csökkent koncentráció és hangulat, a mozgáskorlátozást igénylő tevékenységek elkerülése, de negatív hatással van az általános betegségek megjelenésének számára is (fokozott szorongás és depresszió, szív- és érrendszeri betegségek és stroke).

Kulcsszavak: nyugtalan láb szindróma, várandós, Willis-Ekbom betegség

Restless legs syndrome among pregnant women

Alexandra Mónika HORVÁTH, Ilona Hajnalka KARÁCSONY

SUMMARY

Restless leg syndrome, more recently renamed Willis-Ekbom disease, is a condition that disrupts sleep and occurs more frequently in the pregnant population. In women with restless legs syndrome, night cramps, and excessive daytime sleepiness were more frequent. This syndrome is a common condition that is frequently unrecognized, misdiagnosed and poorly managed. Communication aim was to present a broad summary of the latest results of international literature. Severe and untreated syndrome not only negatively affects the quality of life of patients, e.g. insomnia, excessive daytime fatigue, decreased concentration and mood, avoidance of activities requiring limited mobility, but also has a negative effect on the onset of general disease (increased anxiety and depression, cardiovascular disease and stroke).

Keywords: restless leg syndrome, pregnancy, Willis-Ekbom disease

HORVÁTH Alexandra Mónika
szülész Bsc hallgató,
PTE ETK Szombathelyi Képzési
Központ Sürgősségi Ellátási és
Egészségpedagógiai Intézet
Klinikai Koordinációs és
Neveléstudományi Tanszék
Ápolás és Betegellátás
Alapszak

DR. KARÁCSONY Ilona Hajnalka
mentálhigiénés védőnő,
egészségfejlesztés tanár,
PTE ETK Ápolástudományi,
Alapozó Egészségtudományi
és Védőnői Intézet Védőnői és
Prevenációs Tanszék

Levelező szerző

(correspondent):
HORVÁTH Alexandra Mónika;
E-mail cím:
szandramonik@gmail.com

Beérkezett: 2021. január 18.

Elfogadva: 2021. január 31.

RLS problémafelvetése, megjelenési formája

A nyugtalan láb szindróma (RLS) egy krónikusan progresszív rendellenesség, amelyet szenzoros és motoros tünetek jellemeznek, és ellenállhatatlan ösztönzésként jelenik meg a lábak mozgatasakor. Először Thomas Willis írta le 1685-ben álmatlansággal és nyugtalansággal a lábokban. Később, 1945-ben, Karl-Axel Ekbom az „ingerlékeny lábak” és a „nyugtalan lábak” kifejezéseket használta, így ezt a szindrómát Ekbom-szindrómának nevezték.

A rendellenesség lehet elsődleges vagy másodlagos. Az elsődleges RLS idiopathiás, és a betegek 42%-ánál fordul elő, ez a rendellenesség első fokú. A másodlagos RLS-t várandósság vagy egyéb egészségügyi állapotok, például veseelégtelenség, vashiányos vérszegénység, Parkinson-kór és diabéteszes neuropathia kísérik (Khan, et al. 2018).

Neyal és munkatársai által Törökországban végzett kutatás alapján (n=138) az RLS-sel szenvedő gravid nők 79,0%-ánál jelentkeztek éjszakai láb-görcsök, míg az RLS nélküli várandós nők 31,1%-ánál mutatkoztak éjszakai láb-görcsök ($p < 0,001$).

Visszeresség lépett fel a szindrómában érintett nők 26,8%-ánál, szemben az RLS-ben nem szenvedő nők 17,9%-ával ($p=0,04$). Reumatoid panaszokról az RLS tüneteit mutató gravid nők 6,5%-a és a szindrómában nem szenvedők 2,8%-a számolt be ($p=0,076$). A szindróma családi anamnézise a nők 8,7%-ánál fordult elő, míg az RLS-ben nem szenvedők esetében 2,5%-nál ($p=0,006$) (Neyal, et al. 2015).

Diagnosztikus kritériumai, előfordulási gyakorisága

Az RLS diagnosztikai kritériumait először 1995-ben a Nemzetközi RLS Kutató Csoport (IRLSSG) javasolta, és 2002-ben vizsgálták felül (Panvatvanich & Lolekha, 2019.). Az RLS diagnosztizálása négy jól meghatározott kritériumtól függ: a lábak mozgásának kényszere függetlenül attól, hogy kísérel-e rendellenes érzés vagy nem; a tünetek súlyosbodása pihenés közben; javul-e aktivitásra; a tünetek súlyosbodnak-e éjjel (Khan, et al. 2018).

Az RLS egy gyakran aluldiagnosztizált állapot, amely a népesség akár 5%-át érinti világszerte, az európai népesség esetében ez az arány akár 15% is lehet. Az európai és észak-amerikai országokban várandósság során az RLS gyakorisága 11–27%, Braziliában 13,5% vagy Pakisztánban 30% is lehet. Az RLS előfordulása összefüggésben van a kor és a testtömeg-mutatóval (BMI) mind a férfiak, mind a nők körében. Noha az RLS hátterében bizonyos szintű genetikai hajlam lehet, más állapotok is kiválthatják, mint például a végstádiumú vesebetegség, neuropátia és várandósság.

A szindróma felismerését több standard kérdőív segítheti: IRLSSG, SF-36, Athén Insomnia skála (AIS), Epworth Sleepiness skála (ESS) több kutatás támasztotta alá az RLS és az alvásminőség kapcsolatát (Akbas, et al. 2019; Panvatvanich, et al. 2019; Khan, et al. 2018; Dunietz, et al. 2017; Sarberg, et al. 2016; Meharaban, et al. 2015; Ramirez, et al. 2013; Sarberg, et al. 2012).

Az RLS általában a várandós nők egyharmadát érinti, a csúcsot a harmadik trimeszterben éri el, és általában szülést követően marad el. A többször szülő nőket akár háromszor gyakrabban érintheti, mint az egyszer szülő nőket. A várandósság alatt az átmeneti RLS jelenléte jelentős kockázati tényező egy későbbi várandósságban az ismételt kiújuló RLS számára, sőt még a jövőbeni idiopátiás RLS kialakulása szempontjából is. A már létező RLS megjelenése vagy romlása főként a várandósság harmadik trimeszterében fordul elő (Almeneessie, et al. 2020.; Dunietz, et al. 2017).

Különböző feltételezések vannak az RLS vá-

randósságban történő előfordulására vonatkozóan. A következő hipotézisek szerint: 1. hormonális. A prolaktin és/vagy ösztrogén növekedése megváltoztatja a dopamin anyagcserét. 2. pszichomotoros viselkedési hipotézis: a graviditás csökkent aktivitású időszak. 3. anyagcsere-hipotézis: a várandósságban gyakori a vas- és / vagy foláthiány (Ramirez, et al. 2013).

Etiológiája, háttértényezői

Kutatások eredményei alapján egy vagy több, a várandóssággal kapcsolatos kockázati tényező - hormonális, metabolikus (főként vashiány) és pszichoviselkedési változások - hozzájárul a hajlamos nők tüneteinek kialakulásához, esetlegesen azok súlyosbodásához (Dunietz, et al. 2017).

Egy Törökországban végzett kutatás eredményei alapján az alacsonyabb ferritin-szint, a transzferrin telítettsége és a vér karbamid-nitrogén szintje az RLS előfordulásának magasabb valószínűségét bizonyítja gravid nőknél. Az adatok azt is megerősíteték, hogy a későbbi várandóssági kor, a retrospektív RLS anamnézis és a pozitív családi anamnézis szignifikáns korrelációt mutatott az RLS jelenlétével a graviditás alatt (Neyal, et al. 2015).

Szaúdi várandósok ($n=742$) körében végzett kutatás eredményei alapján többváltozós bináris logisztikus regressziós elemzés a RLS független előrejelzőként határozta meg: a vérszegénységet ($p=0,03$), a diabetes mellitust ($p=0,022$), a D-vitamin-hiányt ($p<0,001$) és a dohányzást ($p=0,006$) (Almeneessie, et al. 2020).

Thaiföldön végzett kutatás eredményei alapján elmondható, hogy a hemoglobinszint (Hb) várandósság alatt szignifikánsan alacsonyabb volt az RLS csoportban, mint az RLS-ben nem szenvedő csoportban ($p=0,02$). A vérszegénység, a pajzsmirigy betegség, az RLS korábbi anamnézise és az RLS családi anamnézis gyakorisága szignifikánsan magasabb volt az RLS csoportban ($p<0,01$). A kutatás során megerősítették az RLS nagyobb gyakoriságát és alvársra gyakorolt hatását várandós thai nők körében. A vérszegénység és az RLS anamnézise előre jelezheti az RLS kialakulását graviditás alatt. Meghatározták, hogy a várandóssággal kapcsolatos RLS jóindulatú, a tünetek átmeneti jellegűek és a szülés után néhány napon belül eltűnnek (Panvatvanich, et al. 2019).

Hatása az egészségi állapotra, életminőségre, következményei

Az RLS viszonylag gyakori neurológiai rendellenesség, jelentősen alul- vagy tévesen diagnosztizált. Megállapítása egyszerű és a kezelése eredményes.

Az életminőség romlásának csökkentése érdekében ezt korán fel kell tární. A várandós nők életminőségére gyakorolt negatív hatásain kívül azt is megfigyelték, hogy az RLS befolyással lehet a várandósság menetére és a magzati fejlődésre. Az RLS-pozitív várandósok hajlamosak voltak súlyosabb szövődményekre a graviditás alatt (fenyegető vetélés, koraszülés és intrauterin növekedési retardáció veszélye). Az RLS tünetek várandósság alatt növelik az idiopátiás RLS kialakulásának kockázatát. A súlyos és kezeltetlen szindróma nemcsak a betegek életminőségét befolyásolja negatívan, pl. álmatlanság, túlzott nap-pali fáradtság, csökkent koncentráció és hangulat, a mozgáskorlátozást igénylő tevékenységek elkerülése, de negatív hatással van az általános betegségek megjelenésének számára is (fokozott szorongás és depresszió, szív- és érrendszeri betegségek és stroke). Mindezek a tények hangsúlyozzák az RLS korai felismerésének fontosságát ebben a fogékony populációban, és ha szükséges, a megfelelő kezelés haladéktalan megindítását (Panvatvanich, et al. 2019; Dunietz, et al. 2017).

Akbas és munkatársa kutatásukban megállapították, hogy a nők életminősége alacsonyabb a fizikai egészség miatt bekövetkező szerepkorlátozások tekintetében ($p=0,002$). Szignifikáns kapcsolatot mutattak ki az RLS és az SF-36 hat területe között (fizikai működés, szerepkorlátozások [fizikai], fájdalom, általános egészségi állapot, energia / vitalitás és mentális egészség) ($p<0,005$). Ezért az RLS-sel szenvedő terhes nők életminősége ezeken a területeken rosszabb, mint az RLS-ben nem szenvedőknél. Ezenkívül negatív korreláció van az RLS súlyossága és az összes SF-36 skála között, kivéve a „mentális egészséget” és az „általános egészségi állapotot” ($p<0,005$), ami azt jelzi, hogy az RLS súlyosságának növekedése az életminőség csökkenésével jár (Akbas, et al. 2019).

Li és munkatársai által elvégzett prospektív tanulmányban megfigyelték, hogy az RLS-ben szenvedő nők esetében nagyobb a kockázata a klinikai depresszió és a klinikailag releváns depressziós tünetek kialakulásának ($p<0,0001$) (Li, et al., 2012.). A postpartum depresszió témakörében Sarberg és munkatársai által végzett kutatás kimutatta, hogy az RLS jelenléte a várandósság utolsó harmadában, szintén szülés utáni depressziós tünetekkel jár (Sarberg, et al. 2016).

Ramirez és munkatársai kutatásukban összefüggést mutattak ki a várandósság alatti RLS és a preeclampsia előfordulása között ($p=0,03$). Szignifikánsan több RLS-es nő szenved preeclampsziában, mint RLS-ben nem szenvedő nő (17,5% és 3%). Az RLS miatti preeclampsia előfordulásának különböző hipotézisei között szerepel a vas állapotának megváltozása vagy a vérnyomás-szabályozás meg-

növekedett szimpatikus aktiváció általi zavara, mivel az RLS-t magas vérnyomás jellemzi (Ramirez, et al. 2013). Steinwega és munkatársai szakirodalmi elemzése 12 ország 2004 és 2018 közötti 16 kutatási eredményét tekintette át a várandósság alatti RLS prediktív tényezői vonatkozásában. Az RLS és hypertonia gravidarum, preeclampsia, valamint peripartum depresszió jelentős kapcsolatot bizonyítottak (Steinwega, et al. 2020). Reyes és munkatársa vizsgálatában a gravidák körében az RLS prevalenciája összhangban volt, szakirodalmi eredményekkel viszont nem igazoltak összefüggést az RLS és preeclampsia között. Az RLS tünetei-nek súlyossága általában jelentősebb volt a súlyos preeclampsziában szenvedő várandósok esetében, de ez a különbség statisztikailag nem volt jelentős ($p>0,05$) (Reyes, et al. 2020).

Meharaban és munkatársai kutatásuk során a koraszülés előfordulásának 69,7%-át figyelték meg az RLS-ben szenvedő csoportban. Szignifikáns különbség volt a koraszülés megjelenési gyakorisága tekintetében az RLS-sel és anélkül kezelt csoportok között ($p=0,001$). Megállapították, hogy a koraszülés előfordulása 3,5-szer nagyobb az RLS csoportban (Meharaban, et al. 2015).

Terápiája

Az RLS tünetek kezelésének terápiás lehetőségei várandós nőkben korlátozottak. Mivel a terhességgel kapcsolatos RLS általában átmeneti és enyhe intenzitású, nem mindig szükséges gyógyszer alkalmazni. Először ki kell zárni a vas- és B-vitaminhiányt, és szükség esetén megfelelő kiegészítést kell biztosítani. Az intravénás magnéziumról szintén ismert, hogy hatékony. Szükség esetén jobb biztonságossági profillal rendelkező gyógyszereket lehet használni a legalacsonyabb effektív dózisban - görcsoldók (gabapentin, carbamazepin) vagy néhány benzodiazepin (például clonazepam). Noha a dopaminerg gyógyszereket elsődleges kezelésként engedélyezték a napi RLS tünetek kezelésére, kevés információ áll rendelkezésre teratogén képességükről. Az ezekkel a vegyületekkel kezelt gravidákban a súlyos RLS egyedi eseteinek elemzésén alapuló prospektív tanulmány nem figyelte meg nagyobb, súlyos rendellenességek vagy más káros események kockázatát. Ezért alacsony dózisu levodopa vagy dopamin-agonista alkalmazható nagyon súlyos tünetek esetén (Minár, et al. 2013). Az RLS terápiája magába foglalja a vaspótlást, dopaminerg szereket, opioidokat és epilepszia elleni gyógyszereket. A dopaminerg gyógyszereket jelenleg az RLS kiválasztott kezelésének tekintik. Várandósság alatt orális (vagy intravénás) vaskiegészítés ajánlott (Ramirez, et al. 2013).

Irodalomjegyzék

1. Akbaş, P., Sözbir, Ş. Y. (2019). Restless legs syndrome and quality of life in pregnant women. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 65.(5.), 618-624. doi:10.1590/1806-9282.65.5.618.
2. Almeneessie, A., Alyousefi, N., Alzahrani, M., Alsafi, A., Alotaibi, R., Olaish, A., ... Bahammam, A. (2020). Prevalence of restless legs syndrome among pregnant women: A case-control study. *Ann Thorac Med*, 15.(1.), 9-14. doi:10.4103/atm.ATM_206_19
3. Dunietz, G. L., Lisabeth, L. D., Shedden, K., Shamim-Uzzaman, Q. A., Bullough, A. S., Chames, M. C., ... O'Brien, L. M. (2017). Restless Legs Syndrome and Sleep-Wake Disturbances in Pregnancy. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 7.(13.), 863-870. doi:10.5664/jcsm.6654
4. Khan, M., Mobeireek, N., Al-Jahdali, Y., Al-Dubyan, N., Ahmed, A., Al-Gamed, M., ... Al-Jahdali, H. (2018). The prevalence of restless leg syndrome among pregnant Saudi women. *Avicenna Journal of Medicine*, 8.(1.), 18-23. doi:10.4103/ajm.AJM_123_17
5. Li, Y., Mirzaei, F., O'Reilly, E., Winkelman, J., Malhotra, A., Okereke, O. I., ... Gao, X. (2012). Prospective Study of Restless Legs Syndrome and Risk of Depression in Women. *American Journal of Epidemiology*, 176.(4.), 279-288. doi:10.1093/aje/kws016
6. Meharaban, Z., Yahya, S., Sadegniai, K. (2015). Restless Legs Syndrome During Pregnancy and Preterm Birth in Women Referred to Health Centers of Ardabil. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17.(12.), 1-6. doi:10.5812/ircmj.24438
7. Minár, M., Habánová, H., Rusňák, I., Planck, K., Valkovič, P. (2013). Prevalence and impact of restless legs syndrome in pregnancy. *Neuroendocrinology Letters*, 34.(5.), 366-371.
8. Neyal, A., Senel, G. B., Aslan, R., Nalbantoglu, M., Acikgoz, S., Yilmaz, N., ... Karadeniz, D. (2015). prospective study of Willis-Ekbom disease/restless legs syndrome during and after pregnancy. *Sleep Medicine*, 16., 1036-1040. doi:10.1016/j.sleep.2015.01.026
9. Panvatvanich, S., Lolekha, P. (2019). Restless Legs Syndrome in Pregnant Thai Women: Prevalence, Predictive Factors, and Natural Course. *Journal of Clinical Neurology*, 15.(1.), 97-101. doi:10.3988/jcn.2019.15.1.97
10. Ramirez, J., Cabrera, S., Hidalgo, H., Cabrera, S., Linnebank, M., Bassetti, C., Kallweit, U. (2013). Is preeclampsia associated with restless legs syndrome? *Sleep Medicine*, 14.(9.), 894-896. doi:10.1016/j.sleep.2013.03.013
11. Reyes, O., & Bonome, S. (2020). Restless Legs Syndrome and Severe Preeclampsia: A Case-Control Study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 42.(8.), 963-970. doi:10.1016/j.jogc.2020.01.019
12. Sarberg, M., Bladh, M., Svanborg, E., Josefsson, A. (2016). Postpartum depressive symptoms and its association to daytime sleepiness and restless legs during pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16.(137.), 1-8.
13. Sarberg, M., Josefsson, A., Wiréhn, A.-B., Svanborg, E. (2012). Restless legs syndrome during and after pregnancy and its relation to snoring. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91., 850-855. doi:10.1111/j.1600-0412.2012.01404.x
14. Steinwega, K., Nippitabed, T., Cistullibef, P., Bin, Y. (2020). Maternal and neonatal outcomes associated with restless legs syndrome in pregnancy: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 54. doi:10.1016/j.smrv.2020.101359



Applause is not enough. Add your voice to those calling for investments in health and care workers

#SupportHealthCareWorkers



A vizsgálati nővér („Study Nurse”) szerepe a klinikai gyógyszervizsgálatokban

SZABÓ Anita, KURUCZ-ASZTALOS Nikolett, DEMETER Zsuzsanna,
Dr. PIKÓ Béla, Prof. Dr. DANK Magdolna PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

A közlemény célja: A klinikai gyógyszervizsgálatokkal kapcsolatos információk rövid összefoglalása, ezen belül kiemelve a vizsgálati nővér szerepét.

Anyag és módszer: A rendelkezésre álló szakirodalom és az onkológiai betegeken végzett vizsgálatok során szerzett gyakorlati tapasztalatok alapján elemeztük a vizsgálati nővér szerepkörét és a vele kapcsolatos elvárásokat.

Következtetések: A klinikai vizsgálatokkal kapcsolatos ismerethiány miatt az ápolók nem, vagy nem szívesen vesznek részt ezekben. A gyakorlatban a vizsgálati protokoll előírásait követő, igényes nővéri munka és a pontos dokumentálás azok az alapvető követelmények, amik betartása esetén a study nurse a vizsgálócsoport nélkülözhetetlen tagjává válik.

Kulcsszavak: vizsgálati nővér, klinikai vizsgálat, vizsgálói munkacsoport

The Role of the Study Nurse in clinical trials

Anita SZABÓ, Nikolett KURUCZ-ASZTALOS, Zsuzsanna DEMETER, Béla PIKÓ MD., Magdolna DANK MD, Prof, PhD

SUMMARY

The aim of this study: A brief summary of the role of the study nurse in the drug clinical trial.

Material and method: Based on the available literature and practical experience gained on clinical trials in cancer patients, we analyzed the role and expectations of study nurse.

Conclusions: Due to a lack of knowledge about clinical trials, nurses are not or reluctant to participate in these. In practice, following the direction of clinical trial protocol, demanding nursing activity and accurate documentation are the basic requirements. If the above requirements are met, the study nurse becomes an indispensable member of the study group.

Keywords: Study Nurse, clinical trial, Study Team

SZABÓ Anita felnőtt szakápoló, Békés Megyei Központi Kórház Pándy Kálmán Tagkórház, Megyei Onkológiai Központ, Gyula

KURUCZ-ASZTALOS Nikolett gyógyszerkiadó szakasszisztens, Centrum Pharma Kft., Gyula

DEMETER Zsuzsanna felnőtt szakápoló, Békés Megyei Központi Kórház Pándy Kálmán Tagkórház, II.sz. Belgyógyászati Osztály – Kardiológia, Gyula

DR. PIKÓ Béla centrumvezető főorvos, Békés Megyei Központi Kórház Pándy Kálmán Tagkórház, Megyei Onkológiai Központ, Gyula

PROF. DR. DANK Magdolna PhD intézetigazgató, Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

Levelező szerző

(correspondent):

DR. PIKÓ Béla;

E-mail cím:

dr.piko.bela@gmail.com

Beérkezett: 2020. december 10.

Elfogadva: 2021. február 12.

A klinikai gyógyszervizsgálatokról

A klinikai gyógyszervizsgálatok (KGYV) jelentősége

A bizonyítékokon alapuló orvoslás egyik fontos eleme, hogy az alkalmazott gyógyszerek hatását és hatékonyságát, várható mellékhatásait, a kezelés lehetséges szövődményeit, esetleg a betegeknek azokat az alcsoportjait, melyben különösen nagy – vagy éppen kisebb – eredmény várható, megfelelő módon igazolják.

A továbbiakban elsősorban a rosszindulatú daganatban szenvedő betegeken végzett klinikai gyógyszervizsgálatok (KGYV-k) szempontjából és az ezzel szerzett tapasztalatainkat figyelembe véve foglalkozunk a kérdéssel.

Rövidítések

CRF – a vizsgálatban résztvevők adatlapja (Case Report Form)

CRO – szerződéses kutatási szervezet (Contract Research Organisation)

EMA – Európai Gyógyszerügynökség (European Medicines Agency)

GCP – helyes klinikai gyakorlat (Good Clinical Practice)

ICH – Nemzetközi Harmonizációs Konferencia (International Conference on Harmonisation)

KGYV – klinikai gyógyszervizsgálat

SN – vizsgálati nővér (Study Nurse)

I. táblázat. Bizonyítékok szintjeinek fokozatai

Fokozat	Meghatározás
1 ⁺⁺	Az eredmények magas minőségű, szisztematikus, áttekintő közleményből vagy több randomizált, kontrollált vizsgálatból származnak (melyekben nagyon alacsony a szisztematikus torzítás lehetősége)
1 ⁺	Az eredmények jól kivitelezett szisztematikus áttekintő közleményből vagy több randomizált, kontrollált vizsgálatból származnak (melyekben alacsony a szisztematikus torzítás lehetősége)
1 ⁻	Az eredmények magas minőségű szisztematikus áttekintő közleményből vagy több randomizált, kontrollált vizsgálatból származnak (melyekben nagy a szisztematikus hiba lehetősége)
2 ⁺⁺	Az eredmények jó minőségű kohorsz- vagy esetkontroll-vizsgálatok szisztematikus áttekintéséből vagy jó minőségű kohorsz- vagy esetkontroll-vizsgálatokból származnak, (melyekben nagyon alacsony a szisztematikus hiba és a zavaró hatások esélye, továbbá a bizonyítékok és következtetések közötti ok-okozati kapcsolat valószínűsége nagy)
2 ⁺	Az eredmények jól kivitelezett kohorsz- vagy esetkontroll-vizsgálatokból származnak, (melyekben alacsony a szisztematikus hiba és zavaró hatások esélye, és a bizonyítékok és következtetések közötti ok-okozati kapcsolat valószínűsége közepes)
2 ⁻	Az eredmények olyan kohorsz- és esetkontroll-vizsgálatokból származnak (melyekben nagy a szisztematikus hiba és zavaró hatások esélye, és a bizonyítékok és következtetések közötti kapcsolat nagy valószínűséggel nem ok-okozati jellegű)
3	Az eredmények vizsgálati elrendezés nélküli megfigyelésből származnak (pl. esettanulmányok)
4	Az eredmények szakmai véleményen (pl. szakmai kollégium, kutatócsoport, szakértői csoport, szakértő) alapulnak.

Megjegyzések:

Randomizált klinikai vizsgálat: olyan kísérleti vizsgálat, amelyben egy egészségügyi beavatkozás biztonságosságának és/vagy hatásosságának vizsgálata során véletlenszerűen két vagy több csoportba, (kísérleti és a kontroll karra/karokra) sorolják a résztvevőket, és összehasonlítják az elért eredményeket.

Szisztematikus hiba, torzítás („bias”): a vizsgálat bármely szakaszában (tervezés, kivitelezés, elemzés, interpretáció) bekövetkező módszertani okból vagy tendenciózusan előforduló hiba.

Kohorsz (vagy követéses) vizsgálat: ok-okozati összefüggést kereső (prospektív vagy retrospektív) vizsgálat, amely során egy bizonyos hatásnak kitett csoportot hasonlítanak össze a hatásnak ki nem tett csoporttal. A két csoportban összehasonlítják, hogy a követési idő során milyen gyakorisággal lépett fel betegség, majd ebből próbálnak következtetni a behatás és a betegség közötti összefüggésre.

A daganatos betegek ellátása egymásra épülő beavatkozások sora, melyek érdekében az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló, 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az onkoteam feladatául szabja „az egyes terápiás módszerek alkalmazásának sorrendjére” vonatkozó javaslatot is (Dank, 2011). Mindezekhez – a betegre vonatkozó egészségügyi adatok, elvárásai, kívánságai, tájékoztatáson alapuló beleegyezése, va-

lamint a gyógyító team lehetőségei mellett – meg-alapozott és igazolt tudományos adatok szükségesek (I. és II. számú táblázatok) (Egyed, 2005; ESzCsM szakmai irányelv, 2013; Fekete, 2015).

A vizsgálati eredmények nem helyettesítik „auto-matikus” az onkoteam, illetve a betegellátó munkacsoport elé kerülő „valós beteg” esetében a korábbi klinikai tapasztalatokat, a különböző feladatokat el-látók között az információramlást (ennek akadályai-

II. táblázat. Bizonyítékok alapuló ajánlás (evidencia, irányelv) szintjei

Ajánlás szintjei	Meghatározás
„A” szintű ajánlás „A” szintű evidencia	Az ajánlások legalább egy 1 ⁺⁺ fokozatú bizonyítéknak számító meta-analízisen, vagy rendszerezett irodalmi áttekintésen alapulnak, és a saját populációra jól adaptálhatók; vagy legalább 1 ⁺ szintű bizonyítéknak számító, a saját populációra jól adaptálható, és egyértelműen hasonló hatást mutató vizsgálatokon alapulnak.
„B” szintű ajánlás „B” szintű evidencia	Az ajánlások legalább 2 ⁺⁺ szintű bizonyítéknak számító, a saját populációra jól adaptálható, és egyértelműen hasonló hatást mutató vizsgálatokon alapulnak; vagy 1 ⁺⁺ és 1 ⁺ szintű bizonyítékok extrapolálásán alapulnak.
„C” szintű ajánlás „C” szintű evidencia	Az ajánlások legalább 2 ⁺ szintű bizonyítéknak számító, a saját populációra jól adaptálható, és egyértelműen hasonló hatást mutató vizsgálatokon alapulnak; vagy 2 ⁺⁺ szintű bizonyítékok extrapolálásán alapulnak.
„D” szintű ajánlás „D” szintű evidencia	Az ajánlások 3-4 szintű bizonyítékon; vagy 2 ⁺ szintű bizonyítékok extrapolálásán alapulnak.

Megjegyzések

Meta-analízis: A rendszerezett irodalmi áttekintések során alkalmazott statisztikai módszer, melynek segítségével kvantitatívan (mennyiségileg) összesítik a különböző tanulmányok végeredményét. A statisztikai elemzés során az egyes tanulmányok eltérő súllyal szerepelnek; tulajdonképpen a különböző vizsgálatok adatait és eredményeit statisztikailag is összesítő és értékelő szisztematikus irodalmi áttekintés.

Adaptálás: Másból kidolgozott irányelvek hazai alkalmazása, mely nem azonos azok lefordításával, hanem kritikus értékelést, szükség esetén frissítést, a helyi feltételek elemzését, az ajánlások helyi viszonyokra kifejtett hatásának figyelembevételét igényli.

Extrapoláció: A meglévő információk alapján történő következtetés eddig még ismeretlen hatásokra, következményekre.

nak leküzdésével), a folyamatos visszacsatolást, mivel a gyakorlatban a KGYV körülményeitől számos eltéréssel találkozhatunk (Kollár, 2016).

Egy-egy hatóanyagot fejlesztő, annak gyógyszerre való minősítésén dolgozó cégnek (gyógyszergyártónak) elemi érdeke, hogy adott készítmény hatásosságát és biztonságosságát a lehető legmagasabb szintű evidenciák igazolják; ehhez az „1 szintű bizonyítékok” (azon belül ideálisan az 1⁺⁺) feltételeinek való megfelelés szükséges. A cél a forgalomba hozatal engedélyezése mellett a szabadalmi jog – meghatározott időtartamra való – megszerzése és a nagyszámú betegen történő alkalmazás során észlelt mellékhatások felmérése és ezekről a gyógyszerügyi hatóságnak jelentés küldése. Az engedélyezés ma már általában nem országonként történik, hanem az Európai Unióban az Európai Gyógyszerügynökség (European Medicines Agency, EMA) központi törzskönyvezési eljárása minden tagországra vonatkozik (Kerpel-Fronius, 2005; Végh, 2013).

A klinikai vizsgálatok típusai

Alapvető felosztást jelent a preklinikai („prehumán”) és a klinikai (humán) vizsgálat (study) megkülönböztetése. Míg az első csoportba tartozókat számítógépes modellek, biokémiai tesztek, szövettenyészetek és kísérleti állatok felhasználásával végzik, addig a másodikat betegeken (daganatellenes kezelés esetén általában nem elfogadott az egészséges

önkéntesek alkalmazása). A preklinikai vizsgálatokkal (kéziratunk témájára való tekintettel) nem foglalkozunk.

A KGYV fajtái

A – vitatott jelentőségű – fázis 0 vizsgálatoktól a fázis IV vizsgálatokig terjedő study-k jellegzetességeit a **III. számú táblázatban** mutatjuk be (Bitter, 2019; Géczi, et al., 2018; Kapocs, 2011; Kerpel-Fronius, 2005). Hangsúlyozni szükséges, hogy ezek nemcsak a bevont betegek számában, hanem a megválaszolandó kérdésekben is jelentősen különböznek, s egyes elemek az újabb, speciális hatásmechanizmusú gyógyszerek fejlesztésével különleges jelentőséget is nyerhetnek. A fázis III vizsgálatok multinacionális (több országban) és multicentrikus (ezeken belül is több központban történő) végzésének „klasszikus” oka a statisztikai elemzéshez szükséges betegszám minél hamarabb történő elérése volt, de ezt már hangsúlyosan kiegészíti a biológiai sokszínűsége, az egyes csoportok esetleges genetikai különbözősége miatt eltérő eredmények kiküszöbölésére való törekvés. A tüdődaganatos betegek kezelésére szolgáló afatinib hatóanyagú készítmény hatásához az epidermális [hámeredetű] növekedési faktor meghatározott génmutációi szükségesek, amik Japánban 30-40%-ban, az ázsiai-csendes-óceáni térségben 47%-ban, míg Európában 15%-ban fordul elő. A „LUX-Lung 3” KGYV 345 betegből 85 fő (közel

III. táblázat. A humán KGYV típusainak felsorolása és jellemzői

Fázis 0 vizsgálat. Annak eldöntésére szolgál, hogy a preklinikai vizsgálatok során elért eredmények vizsgált kisszámú (10-15) betegen is reprodukálhatók-e. A vegyületeket jóval a terápiás dózis alatti mennyiségben alkalmazzák, ezért ennek a típusnak a valódi hasznosságát (és így létjogosultságát) sokan már megkérdőjelezik, de a teljesség kedvéért megemlítjük.
Fázis I vizsgálat. A cél a nem-humán (és [amennyiben történt] a „0 fázisú”) vizsgálatban hatásosnak talált vegyületek toleranciájának (türtűrhetőségének) megállapítása, valamint a szervezetben történő változásokat (pl. felszívódás, szállítás, eloszlás, átalakulás, lebomlás, kiürülés) mennyiségi arányait és az ehhez szükséges időtartamokat leíró farmakokinetika megállapítása. Ebben kevés (20-100) beteg vesz részt.
Fázis II vizsgálat. Az előzetesen javasolt daganatokban a klinikai hatás igazolása – gyakran több tumor-típusban és eltérő dózisokban végzik, a klinikai szempontból „ígéretes” kórképek megállapítása és a biztonságos alkalmazás feltételei (mellékhatások gyakorisága és súlyossága) érdekében. Az egyes alcsoportokba kevés (összesen is mintegy 100-300) beteget vonnak be, és a résztvevő intézményekkel valamint munkacsoportokkal kapcsolatban speciális követelményeket fogalmaznak meg. Mivel saját gyakorlatunkban általában nem szerepel, részletesen nem foglalkozunk vele.
Fázis III vizsgálat: Nagyszámú – gyakori daganatok esetében több ezer – betegen végzett KGYV, melynek eredménye alapján állást kell tudni foglalni az új gyógyszer hatásosságáról és a hatás/kockázat arányáról. Mivel ezek eredménye alapján kerülhet benyújtásra a törzskönyvezési (regisztrációs, jelenlegi hivatalos elnevezéssel forgalomba hozatali) kérelem (ezért „törzskönyvező” vizsgálatnak is nevezhetjük). Jellemzői: prospektív (előre meghatározott feltételek szerint történő), randomizált és – gyakran – vak (amikor a beteg nem tudja, hogy a vizsgált gyógyszert kapja-e) vagy éppen kettős-vak (amikor ezt a kezelő munkacsoport sem ismeri). Ez utóbbi feltételekre a placebo hatás kiküszöbölése végett van sor. A leggyakrabban ebben a study-típusban veszünk részt.
Fázis IV vizsgálat. A regisztráció (engedélyezés, törzskönyvezés) után kerül rá sor, abból a célból, hogy a mindennapos gyakorlatban, az alkalmazási előírás szerinti használat során fellépő ritka mellékhatások is felismerésre kerüljenek; azonosíthatók legyenek azok a betegcsoportok, akiknél a szokásostól pozitív vagy negatív irányban eltérőek az eredmények, megállapítható legyen a kezelés optimális időpontja. Az onkológiában az adjuváns (a klinikai daganatmentesség állapotában végzett „biztosító”) és neoadjuváns (a daganat definitív ellátása előtt, annak nagyobb sikerét célzó, „előkészítő”) terápiára való engedélyezést célzó KGYV-k tervezésekor is figyelembe veszik ezeket az eredményeket. Az igényes fázis IV vizsgálatok kontrolláltak, s az ezekben való részvétel semmivel sem „alábbvaló”, mint a III. fázisúakban.

egynegyedük) japán volt, és az eltérő genetika jelentős különbségeket okozott a hatásosságban: a progressziómentes túlélés 11,1 hónap volt valamennyi résztvevő és 13,8 hónap a távol-keleti populáció esetében. A tapasztalatok alapján a szer törzskönyve szerint ennek a mutációnak a meglétét vizsgálni kell (Kato, et al, 2015; Tamura, et al., 2019; Tfayli, et al., 2019).

Vannak olyan követelmények, melyek a KGYV minden típusa esetén közzösek. Ilyenek: a tervezésben a vizsgálat protokolljának és az elemzendő „végpontoknak”, valamint a használni kívánt statisztikai módszernek előre eldöntése, a betegszám ennek megfelelő meghatározása elengedhetetlen. A végrehajtásban a hatósági és (központi, valamint helyi) etikai engedélyhez kötöttség, a részvétel önkéntessége, a tájékoztatáson alapuló beleegyezés, a vizsgálati protokoll követése, a dokumentálás szigorú volta (audit trail, vagy „papírosúvny” [paper path]), a vizsgálatok reprodukálhatósága és a mellékhatások („adverse event”) dokumentálása, a súlyosak azonnali jelentése (Kerpel-Fronius, 2005).

A helyes klinikai gyakorlat (GPC)

A fogalom a gyógyszergyártás és a preklinikai vizsgálatok egységesítésének (Helyes Gyártási Gyakorlat – Good Manufacturing Practice, Helyes Laboratóriumi Gyakorlat – Good Laboratory Practice) gondolatmenetét követve, a hetvenes években, az Amerikai Egyesült Államokban született meg, és ennek mintájára – nemegyszer részleteikben különböző – nemzeti szabályozások jöttek létre. Az ebből adódó potenciális eltérések kiküszöbölése végett a „Nemzetközi Harmonizációs Konferencia” (International Conference on Harmonisation, ICH) 1990-ben megalkotta az egységes rendszert (IHC-GCP). Ennek célja a gyógyszerengedélyezés technikai feltételeinek egységesítése, egyszerűsítése, gyorsítása és mindhárom nagy gyógyszerfelhasználó területen (Észak-Amerika, Európa, Japán) elfogadható eredmények elérése volt.

A GCP technikai standard, mely biztosítja a KGYV előkészítésének, lebonyolításának tudományos minőségét, megbízhatóságát és hitelességét, valamint a vizsgált személyek jogait, biztonságát, adataik védelmét. A fentieket elősegíti a többszintű ellenőrzés: a vizsgáló team vezetőjén kívül a szerződéses kutatási szervezet (Contract Research Organisation, CRO), a szponzor, a hazai, esetleg nemzetközi gyógyszerügyi hatóság, etikai bizottságok is jogosultak a kontrollálásra (Kerpel-Fronius 2005; Singh, 2015).

A „Helyes Klinikai Gyakorlat” kifejezésnek azonban más üzenete is lehet számunkra. A KGYV-ben

résztvevő betegek kiválasztását, tájékoztatását, az előírt vizsgálatok elvégzését, az eredmények rögzítését, a beavatkozások időpontjának meghatározását, azok kivitelezését, a megfigyelést, mindezek dokumentálását, az esetleges mellékhatások feljegyzését, értékelését, a páciensek követését úgy kell végezni, ahogy az – a mindennapi gyakorlatban nem biztosítható, „ideális” esetben – valamennyi beteg esetében kívánatos lenne (Egyed, 2005; Kerpel-Fronius, 2005; Ujj, 2018).

Úgy véljük, nem szükséges részletesen foglalkozni azzal, hogy a study néhány résztvevője és a „rutin” ellátásban jelentkezők nagy száma, az ellátórendszer leterheltsége, a humán erőforrás hiányosságai és az egyes diagnosztikus és terápiás elemekhez való hozzáférés idő- és térbeli korlátai miatt miért nem tartjuk a GCP-t az állandó munkavégzés során teljesíthetőnek. Ennek ellenére a KGYV résztvevői számára az ismeretek olyan „mintát” jelentenek, amihez közelíteni a betegek biztonságát és megelégedettségét szolgálja.

A vizsgálati nővér szerepe és tevékenysége

A KGYV résztvevői között fontos szerepet tölt be a vizsgálati nővér (Study Nurse, szokásos rövidítés szerint SN), akinek tevékenységével, szerepével, anyagi és erkölcsi elismertségével, fő- és részállásban végzett tevékenységének kérdésével több hazai közlemény foglalkozik (Fazekas, 2015; Kemény, évszám nélkül; Lakner, 2009; Nagy, 2016; Renczes, 2012; Végh, 2019).

A vizsgálati nővér szerepe

Mint a betegellátásban általában, az ápoló a KGYV-ben nemcsak a képzettségének és megbízásának megfelelő szakfeladatokat látja el, hanem az orvos és a beteg közti rutin kommunikáción túlmenően, speciális információcsere fontos szereplője is. Nemegyszer a beteg számára jobban érthető módon ad – szükség esetén ismételt – tájékoztatást. Kapcsolatot tart a beteggel (és annak családjával), jelzi az orvosnak a beteg még fennálló kérdéseit, esetleges fenntartásait, ez ellátás során észlelt problémákat, adott esetben a közreműködés nehézségeit vagy hiányosságát is. Mindehhez az ápolás-szakmai felkészültségen – a „Good practices in nursing and midwifery” ismeretén – túl szükséges az adott study felépítésének ismerete (Day, 2007; Jones, 2012). A Study Nurse szükség esetén tájékoztatást ad (a vizsgálat dokumentációja alapján) arról, hogy mikor, milyen beavatkozások következnek, milyen adatokat kell a betegnek otthonában vezetnie, felkészíti a vizsgálati készítmény, valamint

„aktív” kontroll kar esetén az összehasonlítás alapjául szolgáló gyógyszer lehetséges mellékhatásaira, s arra, hogy azokat felismernie és az orvossal közölnie szükséges. Előfordulhat, hogy a beteg vélt vagy valós sérelmeinek megbeszélésében, amennyiben ez nem vezet eredményre, a jogorvoslati lehetőségről történő felvilágosításban, vagy éppen a vizsgálatból való kilépés lehetőségéről történő tájékoztatásban is segítséget adhat. Nézetünk szerint az angol nyelv ismerete sem az ápolói, sem a vizsgálati nővéri munkában nem alapfeltétel, de mindenképpen hasznos segítség.

Az ápolói feladatok között első a bemutatkozás és tájékoztatás arról, hogy melyik klinikai vizsgálat keretében foglalkozik a beteggel. A mindennapos tevékenységtől nem tér el a testmagasság és -tömeg mérése, az életjelek („vital signs” – testhőmérséklet, pulzus- és légzésszám, vérnyomás) meghatározása, melyeket hitelesített eszközzel kell végezni, rögzítve az időpontot és a beavatkozást végző személyét (Cardona-Morrell, 2016). A 12 elvezetési EKG készítése sem különbözik a szokásos feladatoktól (természetesen itt is fontos a megfelelő dokumentálás). A vizsgálatban résztvevő személyre vonatkozó

adatlap („Case Report Form”, CRF) egyes adatainak rögzítése (amennyiben a SN végzi) többlettevékenység, de általában nem túl bonyolult lévén, könnyen megtanulható. A biológiai minta nyérése (jellegzetesen vérvétel) szintén ápolói rutin, de ezt követően annak további kezelése (pl. centrifugálás, szeparálás, pipettázás, hűtés, ideiglenes tárolás) már vizsgálat-specifikus feladatok. A minta csomagolása, szállításának megszervezése, küldése is lehet – az adott vizsgálóhely munkamegosztásának megfelelően – a Study Nurse feladata. A kezelés kivitelezése, a beteg megfigyelése, az esetleges mellékhatások időben történő észlelése, elsődleges ellátása, az orvos értesítése az onkológiai ápoló tevékenységi körébe tartozik (Kemény, évszám nélkül; Lakner, 2009).

Jelen kéziratban nem kívánunk állást foglalni abban a kérdésben, hogy a vizsgálati nővér és a koordinátor tennivalóinak külön-külön kezelése és összevonása mennyire szerencsés, mivel gyakorlatunkban mindkettőre van jól működő példa, annak ellenére, hogy a tevékenység és az adott feladatot ellátó résztvevővel szembeni elvárások az egyes tevékenységi körökben messze nem azonosak (Nagy, 2016).

Irodalomjegyzék

1. Bitter, I. Tízezer vegyülettől a hatékony gyógyszerig – az alapkutatástól a klinikai vizsgálatokig. Tudomány. (2019). Hozzáférhető: 2020. 11. 10. <https://tudomany.hu/cikkek/tizezer-vegyulettol-a-hatekony-gyogyszerig-az-alapkutatastol-a-klinikai-vizsgalatokig-109461>
2. Cardona-Morrell, M., Prigmet, M., Lake, R., Nicholson M., Harrison, R., Long J. ... Hillman, K. (2016.) Vital signs monitoring and nurse–patient interaction: A qualitative observational study of hospital practice. *International Journal of Nursing Studies*. 56:9–16. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.12.007
3. Dank M: Az onkológiai szakbizottságok, In: Tulassay Zs, Matolcsy A. (szerk.): *Az onkológia tankönyve*, Semmelweis Kiadó: Budapest, 2011, pp. 146–147
4. Day L. (2007.) Courage as a virtue necessary to good nursing practice. *American Association of Critical-Care Nurses*. 16(6): 613–616. doi.org/10.4037/ajcc2007.16.6.613
5. Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium. Szakmai irányelv a bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek fejlesztéséhez. (2013.) Hozzáférhető: 2020. 11. 08. https://www.agreertrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_Instrument_Hungarian.pdf
6. Egyed K. Bizonyítékokon alapuló onkoterápia. In: Jeney A, Kralovánszky J. (szerk.): *Onkofarmakológia*. Medicina Könyvkiadó Rt: Budapest, 2005, pp: 205–221
7. Fazekas E. (2015.) Az egészségügy, mint tudományos intézmény, mint a kutatás terepe. *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*. 14(2): 44–47
8. Fekete F. Evidence based medicina a gyakorlati betegellátásban. Medicalonline (2013.) Hozzáférhető: 2020. 11. 08. http://medicalonline.hu/gyogytas/cikk/evidence_based_medicina_a_gyakorlati_betegellatasban
9. Géczi L, Gyergyay F. Az onkofarmakológia alapelemei, klinikai farmakológiai vizsgálatok daganatos betegségekben. In: Polgár Cs. (szerk.): *Onkológia és sugárterápia*. Semmelweis Kiadó: Budapest, 2018. pp. 94–101
10. Jones A. (2012.) The foundation of good nursing practice: effective communication. *Journal of Renal Nursing*. 4(1): 37–41.
11. Kapocs J. Klinikai farmakológiai vizsgálatok daganatos betegségekben. In: Tulassay Zs, Matolcsy A. (szerk.): *Az onkológia tankönyve*, Semmelweis Kiadó: Budapest, 2011, pp. 183–184
12. Kato T, Yoshioka H, Okamoto I, et al. (2015.) Afatinib versus cisplatin plus pemetrexed in Japanese patients with advanced non-small cell lung cancer harboring activating EGFR mutations: Subgroup analysis of LUX-Lung 3. *Cancer Science*. 106: 1202–1211. doi:10.1111/cas.12723
13. Kemény V. A klinikai vizsgálatot végző orvos kötelezettségei, a Study nurse és a Study Coordinator feladatai, Előadás. (évszám nélkül). Hozzáférhető: 2020. 11. 08. <https://docplayer.hu/13118791-A-klinikai-vizsgalatot-vegzo-orvos-kotelezettségei-a-study-nurse-es-a-study-coordinator-feladatai-kemeny-vendel.html>
14. Kerpel-Fronius S. A tumorelleses gyógyszerek klinikai vizsgálatának és forgalomba hozatalának engedélyezése. In: Jeney A, Kralovánszky J. (szerk.): *Onkofarmakológia*. Medicina Könyvkiadó Rt: Budapest, 2005, pp: 221–235
15. Kollár J. (2016.) Kommunikáció az egészségügyi teamen belül: orvosok és szakdolgozók. *Orvosi Hetilap*. 157(17):659–663. doi:10.1556/650.2016.30444
16. Lakner G. A klinikai vizsgálatok kivitelezése. A vizsgálati feladatai. Előadás. (2009.) Hozzáférhető: 2020. 11. 10. [http://members.iif.hu/lakner/download/cikkek/kf/A_klinikai_vizsgalatok_kivitelezese_\(SE-TK_2009_I_00245\).pdf](http://members.iif.hu/lakner/download/cikkek/kf/A_klinikai_vizsgalatok_kivitelezese_(SE-TK_2009_I_00245).pdf)
17. Nagy MA (2016.) Az ápoló szerepe a klinikai gyógyszerkutatásokban. *Nővér*. 29(3): 1–44.
18. Pesut B., Thorne S., Schiller C., Greig M., Roussel J., Tishelman, C. (2020.) Constructing Good Nursing Practice

- for Medical Assistance in Dying in Canada: An Interpretive Descriptive Study. *Global Qualitative Nursing Research*. 7: 1–11 doi.org/10.1177/2333393620938686
19. Renczes G. (2012.) A klinikai vizsgálóhely újragondolása: az SMO koncepció. *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*. 11(3): 46–48
 20. Singh J. (2015.) International conference on harmonization of technical requirements for registration of pharmaceuticals for human use. *Journal of Pharmacology & Pharmacotherapeutics*, 6(3): 185–187. doi: 10.4103/0976-500X.162004
 21. Tamura K., Nukiwa, T., Gemma A., Yamamoto N., Mizushima, N., Ochai, K. ... Nakanishi, Y. (2019.) Real-world treatment of over 1600 Japanese patients with EGFR mutation-positive non-small cell lung cancer with daily afatinib. *International Journal of Clinical Oncology* 24: 917–926. doi.org/10.1007/s10147-019-01439-5
 22. Tfayli AH, Fakhri GB, Assaad AMS. (2019.). Prevalence of the epidermal growth factor receptor mutations in lung adenocarcinoma patients from the Middle East region. *Annals of Thoracic Medicine*. 4(3): 173–178. doi: 10.4103/atm.ATM_344_18: 10.4103/atm.ATM_344_18
 23. Ujj Zs. Klinikai vizsgálatok – Miért hasznos a betegeknek? WEBbeteg. (2018.) Hozzáférhető: 2020. 11. 20. <https://www.webbeteg.hu/cikkek/egeszsegugy/22500/klinikai-vizsgalat-hasznos>
 24. Végh É. A klinikai vizsgálatok jelentősége a rutin onkológiai betegellátásban. Medicalonline (2019.) Hozzáférhető: 2020. 11. 20. http://medicalonline.hu/gyogytas/cikk/a_klinikai_vizsgalatok_jelentosege_a_rutin_onkologiai_betegellatasban
 25. Végh É. Preklinikai és klinikai gyógyszervizsgálatok szempontjai. In: Bodoky Gy, Kopper L. (szerk.): *Tüdő- és mediastinalis onkológia*. Semmelweis Kiadó: Budapest, 2013. pp. 342–349.

2021: EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS DOLGOZÓK NEMZETKÖZI ÉVE

Az Egészségügyi világszervezet (WHO) tavaly novemberben tartott közgyűlésén 2021-et az „Egészségügyi és szociális dolgozók nemzetközi évének” [International Year of Health and Care Workers (YHCW)] nyilvánította, elismerve elkötelezettségüket az ellátás biztosításáért a COVID-19 pandémia alatt, illetve annak ellenére, mely világszerte kihívást jelentett az egészségügyi rendszerek számára.



A WHO 2021. február 6-án hivatalosan is elindította a nemzetközi évhez kapcsolódó kampányát a következő szlogennel: „Protect. Invest. Together.”, vagyis „Védeni. Befektetni. Együtt.”

A szervezet hivatalos honlapján található információk szerint az egyéves kampány az elismerést és a hálát jelzi minden egészségügyi dolgozónak, „rendíthetetlen elkötelezettségükért a COVID-19 járvány elleni küzdelemben”.

„Egészségügyi és szociális dolgozók nemzetközi éve” arra is felhívja a figyelmet, hogy sürgősen be kell fektetni és támogatni kell az e területen dolgozókat a minőségi egészségügyi feltételek, a foglalkoztatás, a gazdasági lehetőségek és a méltányosság biztosítása érdekében. A köszönet és elismerés konkrét fejlesztések nélkül már nem elfogadható: az egészségügyi rendszerek csak motivált, képzett és megfelelően fizetett személyzet mellett működhetnek. Éppen ezért fontos célkitűzés az egészségügyi és szociális dolgozók támogatásának, védelmének, munkakörülményeinek és képzésének javítása.

Forrás:

<https://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2021/01/2021-international-year-of-health-and-care-workers>
<https://www.who.int/campaigns/annual-theme/year-of-health-and-care-workers-2021/campaign-materials>

Szerzői útmutató

A NŐVÉR c. szakmai folyóirat 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, hallgatók írásait. Szívesen fogadunk még az egészségügy más területeiről is írásokat, de ezen kéziratok elbírálásának és elfogadásának joga a szerkesztőséget illeti meg. A megjelenés kritériumai: eredetiség, minőség és a szélesebb olvasóközönség érdeklődése a téma iránt. A közlemények végső elfogadása csak abban az esetben történik meg, ha azok formailag teljes egészében megfelelnek a szerzői útmutatóban leírtaknak.

Közlemények fajtái

- Eredeti közlemény
- Esetismertetés
- Összefoglaló közlemény, amely áttekinti a nemzetközi szakirodalom legfrissebb eredményeit
- Ápolástörténeti kutatások eredményeinek ismertetése
- Szakmai útmutató/irányelvek
- Kongresszusi beszámolók
- Könyvismertetés

Formai szempontok

A kézirat formai követelményei és szerkezeti felépítése, az ábrák és táblázatok szerkesztésének általános elvárásai, valamint az irodalomjegyzék és a hivatkozások szabályai részletesen megtalálható a www.meszk.hu Kiadványaink menüponton belül a NŐVÉR cím alatt.

Kérjük, hogy olvassa el figyelmesen a leírást és készítse el kéziratát a megadott szempontoknak megfelelően!

Hova küldje kéziratát?

- Az írást szerkesztőségünkbe e-mail útján juttassa el a nover@meszk.hu címre.
- Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton) „Szerzői nyilatkozat”-ot is, melyben a szerző(k) nyilatkoznak az összeférhetetlenségről, a vizsgálat és a publikálás etikai megfelelőségéről, valamint tartalmazza a megjelenéshez szükséges hivatalos beleegyezést. Ennek két változata van (egyszerszós kézirat és többszer-

zős kézirat), honlapunkon mindkettő megtalálható (www.meszk.hu NŐVÉR menüpontjában).

- A beküldött kézirattal kapcsolatban tájékoztatást kérhet a nover@meszk.hu címen, vagy a (06-1) 323-2070-es telefonszámon Horváth Mónika szerkesztőségi titkártól.

Szerkesztőségi és kiadói kitételek

- 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.

Szerzői jog és másolás

- Minden jog fenntartva. 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.
- A cikket más lapban leközölni, ismételt megjelentetni csak a kiadó engedélyével, a lapra történő hivatkozással lehet („Megjelent a NŐVÉR ... év., ... számban. Utánközlés a kiadó engedélyével.”)

Tudományos közlemények publikálásával szerezhető szabadon választható elméleti továbbképzési pontok

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



MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA



TÉRÍTÉSMENTES E-TOVÁBBKÉPZÉSEK!

Elérhetőek a **MESZK** online továbbképzései:

- **Aktualitások a védőoltások rendszerében**
- **Az alsó végtag keringési zavarok és ellátásuk**
- **Bőrgyógyászati betegségek lokális terápiái**
- **Infekciókontroll a gyakorlatban**
- **NŐVÉR – szakmai tudományos továbbképzés VI.**
- **NŐVÉR – szakmai tudományos továbbképzés VII.**
- **Újraélesztés újragondolva**
- **Infekciókontroll**
(kizárólag Csongrád-Csanád megyei tagok számára)

Keresse fel a honlapot és végezze el Ön is otthonról, egyszerűen, kényelmesen **szabadon választható továbbképzését!**

További e-továbbképzésekért és bővebb információért látogasson el a **meszk.hu** weboldalra.

