

NŐVÉR



AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

Scientific and educational journal
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

37. ÉVFOLYAM 5. SZÁM • 2024. október 30.

A TARTALOMBÓL

Az emlő önvizsgálatát befolyásoló egyéni és családi
tényezők összefüggéseinek vizsgálata

Változókorban élő nők életminőségének, a depresszió
és a stressz mértékének vizsgálata



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



NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA/
A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE
A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével/
With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Nővér, 2024;37(5):1–44.

TARTALOMJEGYZÉK

ÁPOLÁSTÖRTÉNET

Betegápolás a bruges-i Szent János Kórházban
a kora újkorban.3
Dr. Hirdi Henriett Éva PhD

EREDETI KÖZLEMÉNY

Az emlő önvizsgálatát befolyásoló egyéni és családi
tényezők összefüggéseinek vizsgálata.13
Máté-Póhr Kitti, Kéri Luca Márta, Dr. Habil Pakai Annamária PhD,
Dr. Karácsony Ilona PhD

Változókorban élő nők életminőségének, a depresszió
és a stressz mértékének vizsgálata.20
Csetvei Alexandra, Püspök Noémi, Gombárovity Elvira,
Dr. Karácsony Ilona PhD, Dr. Habil Pakai Annamária PhD

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

„Mert az ember emberből van.” – A szubjektív ápolási
diagnózisok helye és szerepe a triangulált betegvezetés
modelljében31
Dr. Helembai Kornélia CSc, PhD

AJÁNLÁS

A Sebegység Koncepció – Az Egyénre Szabott Sebkezelés
Jelentősége43
Dr. Révész Erzsébet, Hermann Zoltánné

CONTENTS

NURSING HISTORY

Nursing Care at the St. John's Hospital in Bruges
during the Early Modern Period3
Dr. Éva Henriett Hirdi PhD

ORIGINAL ARTICLE

The Investigation of the Relationship between Individual
and Family Factors in Breast Self-examination 13
Kitti Máté-Póhr, Luca Márta Kéri, Dr. Habil Annamária Pakai PhD,
Dr. Ilona Karácsony PhD

Study of the Quality of Life, Depression and Stress Levels
in Women going through Menopause 20
Alexandra Csetvei, Noémi Püspök, Elvira Gombárovity,
Dr. Ilona Karácsony PhD, Dr. Habil Annamária Pakai PhD

REVIEW ARTICLE

„Because the Man is Made of Human.” – The Place and
Role of Subjective Nursing Diagnoses in the Model
of Triangulated Patient Conducting 31
Dr. Helembai Kornélia CSc, PhD

REFERENCE

The Wound Balance concept - The Importance of Individualized
Wound Treatment 43
Dr. Erzsébet Révész, Zoltánné Hermann

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja és a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskolája elismeri és beszámítja, az MTA-MTMT, a MTA-REAL-J, valamint az EBSCO Discovery Service nemzetközi adatbázis indexeli.

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

A NŐVÉR folyóirat az ápolás független orgánuma. Célja az, hogy tudományos igényű 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. (1438 Budapest, Pf. 350.)
Telefon: 323-2070

A kiadvány megjelenését gondozza:

LITERATURA MEDICA
ANNO 1990

LifeTime Media Kft. egészségügyi divíziója

Nyomdai munka: Vargé Hungary Kft. Felelős vezető: Egyed Márton
ügyvezető igazgató. ISSN szám: 0864-7003
Előfizetésben kézbesíti a Magyar Posta Zrt. (1900 Budapest).
Kézbesítéssel kapcsolatos információk: 06-1-767-8262.
A folyóirat alapítója és 19 évig (2006. december 31.) kiadója
az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, melynek jogelődje az
Országos Egészségügyi (Orvostudományi) Információs Intézet
és Könyvtár.

Főszerkesztő/editor-in-chief

Dr. Hirdi Henriett Éva (PhD)

Szerkesztők/editors

Dr. Németh Anikó (PhD)

Dr. Papp Katalin (PhD)

Szerkesztőbizottság/editorial board

Arany Ida

Dr. Balogh Zoltán (PhD)

Prof. Dr. Betlehem József (PhD)

Dr. Fedineczné Vittay Katalin

Jakab Judit

Dr. habil. Oláh András (PhD)

Dr. Pápai Tibor (PhD)

Dr. Papp László (PhD)

Dr. Rajki Veronika (PhD)

Sövényi Ferencné

Szobota Livia

Tóth Andrea

Dr. Tulkán Ibolya (PhD)

Nemzetközi szerkesztőbizottság/ international editorial board

Prof. Dr. OiSaeng Hong (PhD)

Prof. PhDr. Valérie Tóthova (PhD)

A folyóirat szakmai támogatója



Helps. Cares. Protects.

**Lapunkat rendszeresen
szemlézi a megújult****www.observer.hu****NŐVÉR****AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA**

A NŐVÉR elsősorban olyan kéziratokat fogad el közlésre, melyek az ápolástudománnyal, az ápolás gyakorlatával, a képzéssel, az ápolásvezetéssel, az ápolás határterületeinek tudományos vizsgálatával, valamint minőségügyi és szakmapolitikai kérdésekkel foglalkoznak. A Kiadó várja az ápolás szakterületein elméleti/gyakorlati tapasztalattal rendelkező kutatók, oktatók, gyakorlati szakemberek írásait. A megjelenés kritériumai: eredetiség, minőség és a szélesebb olvasóközönség érdeklődése a téma iránt.

A Kiadó szívesen fogad az ápolás és határterületei tárgyköréből eredeti közleményeket, összefoglaló közleményeket, összegző elemzéseket, esettanulmányokat, egyéb elméleti közleményeket, előzetes-, valamint sürgős közleményeket, továbbá tudományos leveleket, olvasói hozzászólásokat is.

A részletes, szerzőinknek szóló útmutatót, megtalálhatják a MESZK honlapján (<http://www.meszk.hu>).

A kéziratot szerkesztőségünkbe e-mail útján juttassák el a nover@meszk.hu címre. Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton a MESZK, 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 kéziratrészletet.

A cikkekben megfogalmazott vélemény a szerző sajátja, és nem feltétlenül esik egybe a szerkesztőség/kiadó álláspontjával.

A lapban megjelent valamennyi cikk közzéi 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

Betegápolás a bruges-i Szent János Kórházban a kora újkorban

DR. HIRDI Henriett Éva PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

A középkori és kora újkori (X. és XVI. század között alakult) kórházak működése még szorosan összefonódott a vallási és társadalmi környezettel. Ezeknek a kórházaknak célja elsősorban a betegek, szegények és zarándokok gondozása volt, így nemcsak orvosi ellátást, hanem szociális támogatást is nyújtottak. Jellemző volt az is, hogy a betegellátás során a hangsúly a lelkiponozáson volt; a betegek gyakran imádságokban részesültek, és fontos szerepet játszott a szentségi szertartások megléte is. Az orvosi kezeléshez használt módszerek és gyógymódok többsége a korabeli népi gyógyászatból és a klasszikus orvosi szövegekből származott, de gyakran a betegek számára tápláló ételek készítése és a pihenés biztosítása is fontos része volt az ápolásnak. A nővérek már akkor is az intézmények működésének az alapját jelentették. Feladataik közé tartozott a betegek ápolása, az ételek készítése, a gyógynövények és orvosságok előállítás, valamint a betegek lelkiponozása. Sok esetben ők irányították a kórház működését is. Jelen kézirat a bruges-i Szent János Kórházban a kora újkorban folyt betegápolásba nyújt betekintést.

Kulcsszavak: betegápolás, nővérek, középkori kórház

Nursing Care at the St. John's Hospital in Bruges during the Early Modern Period

Henriett Éva HIRDI PhD

SUMMARY

The operation of hospitals in the medieval and early modern periods (from the 10th to the 16th centuries) was closely intertwined with the religious and social context of the time. The primary purpose of these hospitals was to care for the sick, the poor, and pilgrims, providing not only medical treatment but also social support. It was characteristic that the emphasis in patient care was on spiritual care; patients often received prayers, and the presence of sacramental rituals played an important role. Most of the methods and remedies used for medical treatment were derived from contemporary folk medicine and classical medical texts, but preparing nourishing food for patients and ensuring their rest were also significant aspects of nursing care. Nurses were already the foundation of the institutions' operations. Their tasks included caring for the patients, preparing meals, producing herbal remedies and medications, as well as providing spiritual support. In many cases, they also directed the hospital's operations. This manuscript offers insight into nursing care at the St. John's Hospital in Bruges during the early modern period.

Keywords: nursing care, nurses, medieval hospitals

DR. HIRDI Henriett Éva PhD
címzetes főiskolai docens,
területi gyakorlatvezető,
egyetemi okleveles ápoló,
Semmelweis Egyetem
Egészségtudományi Kar,
Ápolástan Tanszék, Budapest
alapellátásért felelős alelnök,
Magyar Egészségügyi
Szakdolgozói Kamara Országos
Szervezete, Budapest
ORCID-azonosító: 0000-0003-
2159-1025

Levelező szerző
(corresponding author):
DR. HIRDI Henriett Éva
E-mail: hirdi.henriett@gmail.com

Beérkezett: 2024. augusztus 12.
Elfogadva: 2024. augusztus 18.

 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.37.0020> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

A kórházak kialakulásának története – különösen az európai kereszténység terjedése idején – rendkívül izgalmas azok számára, akik szeretnék bepillantást kapni a szociális ellátás és a betegápolás fejlődésébe, valamint az ápolói és orvosi gyakorlat változásaiába.

Ha dióhéjban szeretnénk összefoglalni a középkori kórházak történetét, akkor mindenképp meg kell említenünk, hogy az első kórházak már a kereszténység hajnalán, az ókori Róma idején elkezdtek kialakulni, de az V-XV. században terjedtek

el igazán. Az egyik legkorábbi ilyen intézmény a johannitákhoz köthető Szent János Kórház Jeruzsálemben, amelyet a kórházak egyik elődjeként tartanak számon. Később aztán számos kórház épült a Római Birodalom területén (Antiochiában, Konstantinápolyban), majd Európa-szerte, különösen a városokban (Párizs és London) és fontos zarándokhelyeken („*Felfedezték a johanniták kórházát Jeruzsálemben*”, 2013; Nutton, 2004; Cadden, 1993). Kevesen tudják, hogy az 1118–1136 között épült Mindenható Megváltó Krisztusnak szentelt híres Pantokrator komplexumnak (monostor, kórház,

invalidusház, idősotthon, rokkantmenhely, árvaház és elmeegógyintézet) magyar kötődése van. Pedig a Pantokrator kolostoregyüttest Szent László magyar király lánya, Piroska (később Eiréné, a Bizánci Birodalom császárnéja) alapította, sőt részt vett az épületek tervezésében, illetve belépett a kolostor szerzetesnői közé, Xenia („Idegen”) néven (Perkó et al., 2022; „Pantokrator kolostor”, 2019).

Habár általánosságban tudjuk, hogy ezeknek a kórházaknak a többségét egyházi szervezetek (például kolostorok és szerzetesrendek: elsősorban a bencések, a ferencesek és a domonkosok) alapították, mégis ezen intézmények napi működéséről kevés információval rendelkezünk, annak ellenére is, hogy elkötelezetten kutatjuk ápolástörténetünk kincseit (Perkó et al., 2022; Hegyi, 2024).

Ha a történelmi Magyarország területét nézzük, akkor elmondható, hogy a fellelt régészeti leletek alapján a hajdani Római Birodalom Pannónia tartományának fővárosában, Aquincumban állandó katonai táborig kórház működött. Később, de még Szent István megkoronázása (1000) előtt alapítottak a Szent János- és Lázár-rendek (johanniták és lazarénusok) Esztergomban ispotályokat. Majd Szent István király hívására a tanítást, gyógyítást és betegápolást legfontosabb kötelezettségüknek tartó Szent Benedek-rend (bencések) tagjai is megkezdtek tevékenységüket Pécsváradon 4 betegápolóval és 6 fürdőmesterrel. Az első kórházat, a Szent Háromság Kórházat az esztergomi johanniták közreműködésével 1187-ben építették Felhévizen (Budapest jelenlegi II. kerületében, a Margit híd északi oldalán, a mai Lukács és Császár fürdők helyén). Pecsétjükön a „S. Fratis Domus Hospitalis Santi Regis Hungarie”, vagyis „Magyar Szent Király Kórház Szent Fratis Háza” felirat volt olvasható. A második kórház, a Szent Lélek Kórház Budapest jelenlegi III. kerületében, a mai Szentendrei út mentén épült. Érdemes még megemlíteni a mai Margitszigeten (akkor Nyulak szigetén) szintén johanniták által 1252–1255 között épített ispotályt, amelynek saját gyógyszer-tára is volt. E helyen vett részt a betegápolásban IV. Béla leánya, Szent Margit is, mint Domonkos-rendi apáca. Ez utóbbi kórház „rövid életű lehetett”, de sajnos a másik két kórház épülete is teljesen elpusztult a török időkben (Pintér, 1997; Perkó et al., 2022).

Éppen ezért lehet érdekes számunkra Európa egyik legrégebbi és legjobb állapotban fennmaradt középkori kórházának, a bruges-i Szent János Kórháznak az épülete, amely napjainkban is látogatható, sőt a 2023 októberében nyitott állandó ki-

állítás kifejezetten nagy hangsúlyt fektet annak bemutatására, hogyan is folyt a betegápolás az épület falain belül (URL1; Everaarts & Souvereyns, 2024).

Mint tudjuk, „...az ápoló az, aki a legtöbb időt tölti a betegekkel, és mélyebb kapcsolatot alakít ki velük. Ennek ellenére méltatlanul kevés szó esik ápolókról a történelmi írásokban. Az orvostörténeti dokumentumokban ritkán említik őket, és ha mégis, akkor, mint alacsonyabb rendű mellékszereplők jelennek meg” (Perkó et al., 2022). A bruges-i múzeumi kiállítás üdítően új színfoltja Jan Baptiste Beerblock (1739–1806) flamand festő 1778-ban készült „Rálátás a Szent János Kórház gyengélkedőire” című olajfestménye és annak részleteit kiemelő interaktív prezentáció, amely rendkívül realiztikusan és részletgazdagon mutatja be a korabeli kórházi dolgozók mindennapi tevékenységét.

Jelen közlemény megírásához ez a kiállítás és Stan Pannier 2015–2016-ban készült – levéltári forrásokat, korabeli kórházi beszámolókat, számadáskönyveit feldolgozó – átfogó tanulmánya adott inspirációt, illetve alapot (Pannier, 2016; Everaarts & Souvereyns, 2024).

A kórház alapítása

A mai napig sem tudják pontosan, hogy mikorra datálható a Belgiumban, a Reie folyó mentén található bruges-i Szent János Kórház (Sint-Janshospitaal), de azt feltételezik, hogy valamikor a XII. században, 1150 körül építhették (1. ábra). Legalábbis ezt a teóriát alapozza meg egyrészt a kórház működésének első hivatalos írásos bizonyítéka, a kórház latin nyelvű első szabályzata, amely 1188-ból származik, másrészt régészeti feltárások is ezt erősítik. Ebben a belső szabályzatban a kórház neve „Domus beati Iohannis”, vagyis „Szent János háza” (2. ábra) (Pannier, 2016; OKV, 2001; URL1; URL2).

1. ábra. A Szent János Kórház (Sint-Jansspitaal) épülete (Brugge, Belgium). (Forrás: URL3)



2. ábra. Érem „domus beati Iohannis” felirattal.
(Forrás: URL4)



Bruges-ban ebben az időszakban virágzott a kereskedelem, amelynek köszönhetően a városban nagyon sok kereskedő, munkás, átutazó tartózkodott, illetve az elszegényedett vidéki lakosok is beköltöztek a városba. A megnövekedett kereskedelmi aktivitás és a város demográfiai változásai (népességnövekedés, társadalmi megosztottság) miatt egyre nagyobb szükség volt egészségügyi és szociális szolgáltatásokra (Pannier, 2016; Bruyne, 2011).

Az ellátott páciensek

Ahhoz, hogy megértsük, hogyan is alakult ki a kórház mint betegellátó intézmény, először is az angol nyelvben is használt „hospital” (magyarul kórház) szó etimológiai eredetét kell megvizsgálnunk. A latin nyelvben a „hospes” főnév vendégnek és idegennek is fordítható. Ebből alakult ki a hospitalitas, vagyis megállóhely. A „hospitál” szó eredete tehát a latin „hospitale” szóból származik, ami „vendéglátóhely” vagy „szállás” jelentéssel bírt. A középkorban ez a szó még közel állt latin gyökereihez, hiszen a kórházak vendégül láttak idegeneket, például zarándokokat, vándor kalandorokat és sok más vándor utazót-munkást. Ez azt is jelentette, hogy a középkorban Európa minden részéből érkeztek páciensek a kórházba, és állampolgárságtól függetlenül vagy származáson alapuló megkülönböztetés nélkül kaphattak ingyenes ellátást (Pannier, 2016).

A középkorban a Szent János Kórház eleinte csak biztonságos menedéket (egy éjszakai ingyenes szállást és étkezést) kínált a város rászorulóinak, a zarándokoknak és utazóknak. A fennmaradt írásos emlékekből tudható, hogy különösen a városhoz köthető Szent Vér ünnepének idején maradt sok

zarándok a kórházban (Pannier, 2016; URL1; Bruyne, 2011). Később, 1569-ben a város vezetése rendeleti szinten már azt jelentette ki, hogy a Sint-Janshospitaalt azért hozták létre, hogy a betegek, a sérültek, a koldusok és az utazók elszállásolására szolgáljon, bárhonnan is jöttek. A rendelet azt is szabályozta, hogy az ellátottaknak ágyat, élelmet, ellátást és „gyógyszert és műtétet” kell adni, sőt a betegek addig maradhatnak, amíg meg nem gyógyulnak (Bruyne, 2011).

Ennek megfelelően a kórházban igyekeztek gondoskodni Bruges minden rászorulójáról. Vendégül látták a betegeket és fogyatékkal élőket, akiknek ápolásra és orvosi ellátásra volt szükségük, a szegényeket, az időseket és özvegyeket, akik már nem támaszkodhattak a családjukra vagy a közvetlen környezetükben élőkre. Ezenfelül befogadtak olyanokat is, akiknek a viselkedése már nem fért bele a városlakók által elfogadott normákba (Pannier, 2016).

A rendelkezésre álló források alapján, habár a kórházban szívesen láttak mindenféle társadalmi rétegből érkező embert, mégis a legszegényebbek voltak a legjellemzőbb látogatók. Ennek hátterében igen egyszerű ok áll, a kórházi körülményeket nyomorúságosnak írták le, a tehetősebb páciensek pedig inkább otthonukban fogadtak személyi orvost, mintsem rosszabb életkörülmények közé vágytak volna gyógyulásuk céljából (Pannier, 2016).

Érdekesség, hogy a mai idősothonokhoz hasonlóan már a középkorban is voltak olyanok, akik bevásárolták magukat a kórházba, hogy ott tölthessék öregkorukat. Cserébe ottlétük alatt élelmet, ruhanevet, lábbelit és egyéb szükségleti cikkeket kaptak a kórházból. Halálukkor közvetlen vagyonukat és birtokaik jelentős részét a kórház örökölte (Pannier, 2016; Bruyne, 2011).

Speciális ellátást igénylők

A beteganyag áttekintése során az sem hagyható figyelmen kívül, hogy időnként speciális ellátást, ápolást igénylők is megjelentek a kórházban hol egy-egy egyedi eset formájában, hol pedig tömegesen.

A korabeli kórházi költségvetési beszámolókból, számlákban esetenként találtak arra vonatkozó utalást is, hogy súlyos, csonkolásos kimenetelű munkabalesetet követően munkásokat, mesterembereket elláttak a kórházban. Volt, akinek a sebész amputálta az egyik lábát, egy másik páciens pedig a fülét vesztette el (Pannier, 2016).

A speciális óvintézkedéseket igénylő fertőző betegségekben szenvedők ellátása tekintetében vegyes képet találunk. A leprát fertőzőnek és gyógyíthatatlannak tartották, ezért tudták, hogy az ebben szenvedőket el kell távolítani a közösségből. A Szent

János Kórházban ugyan leprás betegeket nem fogadtak, e célból működött egy külön leprakórház is a városban, azonban 1530, 1580, 1635 és 1665 körül Bruges-ben pestisjárványok voltak, így gyakran kénytelenek voltak a pestisben szenvedőket tömegesen befogadni az osztályokra. A járvány eleni védekezési lehetőség korlátozott volt, de a nők erőnlétének növelése érdekében bort és jobb minőségű ételeket vásárolt a kórház, hogy jobban megbirkózzanak a nagy munkaterheléssel (Pannier, 2016; Bruyne, 2011).

A kórházi ellátást igénybe vevők között meg kell még említeni a rázorulók egy különös csoportját, akik általában csak átmeneti elhelyezést kaptak. Ők a talált gyermekek (lelencek), akiket gyakran a kórház kapujában hagytak. A Szent János Kórházban többnyire csak valamilyen elsősegélyben részesültek, például ruha formájában, majd őket a St. Julian's God House-ba vitték, ahol tovább gondoskodtak róluk (Pannier, 2016). 1596-ban már volt arra vonatkozóan szabályzat, hogy a talált és/vagy elhagyott gyermekek tekintetében minden erőfeszítést meg kell tenni, hogy a gyereket újraegyesítsék a családjukkal. Amennyiben erre nem volt lehetőség, új otthont kellett számukra keresni. Főleg özvegyek fogadtak be ilyenkor egy vagy több gyermeket (Bruyne, 2011).

A pszichiátriai betegek vonatkozásában a forrásanyagokban az található, hogy a középkorban még a Szent János Kórházba szállították őket, azonban 1600 után már elküldték őket a kórházi osztályokról a St. Julian's House of Godba, amelyet kifejezetten a társadalomra veszélyt jelentő elmebetegek gondozóházaként hozott létre a város. Később, a XVII. században ellátási nehézséget okozott a mentális betegek – elsősorban poszttraumás stressz szindróma, „shell shock” tüneteit mutató katonák – hirtelen megnövekedett száma, ami a háborús erőszak által okozott sok traumának tudható be (Pannier, 2016; Bruyne, 2011).

A források számos utalást mutatnak arra is, hogy a Szent János Kórházban várandós nők ellátására is sor került. Legalábbis már az 1520-as években is fizetett a kórház szülésszőnek azért, mert segített néhány várandós nő felügyeletében. Az, hogy ténylegesen a szülés is ott zajlott-e le, vagy csak a terhességeket kellett diagnosztizálniuk, nem derül ki egyértelműen. Elvileg a városban működő Saint Julianus 1600-ban kimondta, hogy a nők csak ott szülhettek, ugyanakkor a Szent János Kórház könyvelésében gyakran fellelhetők a szülésszőkkel folytatott konzultációk költségei. A XVII. században jelentősen megnövekedett bábakonzultáció hátterében az utazó seregeket kísérő katonafeleségeknek a városban, illetve környéken történő megjelenése is

állhat. Emellett olyan szomorú ellátási események is fellelhetők a forrásokban, mint az elhunyt várandós nők sebészek általi feltárása, hogy a gyermeket megmentse (Pannier, 2016).

Ha már a katonák mellett a katonafeleségekről is megemlékeztünk, nem hagyhatjuk figyelmen kívül az ellenséges katonákról történő gondoskodást sem. A XVII. századi források szerint a spanyol, francia, német, angol, ír, skót és holland sebesülteket megkülönböztetés nélkül ápolták a harcoló felek egészségügyi szolgálatai a kölcsönös szolidaritás jegyében (Pannier, 2016).

Betegfelvétel

A kezdetekben az ellátottak túlnyomó többsége Bruges-ből származott, de a beszámolók azt mutatják, hogy más közeli városokból (például Antwerpen, Belle, Gent, Watervliet), illetve Európa más részéről érkező pácienseket is fogadtak. Vagyis a kórházi felvételnek eleinte nem volt feltétele a bruges-i származás, lakhely. Ez egy 1618-ban kiadott rendelet hatására változott meg, amely előírta, hogy csak abban a városban lehet hozzájutni a szegényeknek adható segélyhez (és így az ingyenes kórházi ellátáshoz is), ahol lakhelyet szereztek minimum hároméves ott-tartózkodással. Mindenki más csak térítés ellenében juthatott ezt követően ellátáshoz, amelyet vagy saját maga fizetett, vagy származási helyüknek kellett megtéríteni a költségeket (Pannier, 2016).

A betegfelvétel a kórház kapujában történt. A kórház portása a kapuban virrasztott és az új betegeket ő fogadta először, illetve ő volt a felelős a sebesült katonák nyilvántartásba vételért is. A páciensek tehát először a kapuban mutatkozhattak be, majd értesítésre került a lelkész, a szerzetes testvér vagy a nővér, aki meghatározta a panaszok alapján a betegség súlyosságát. Érdemes még megemlíteni, hogy a középkorban a betegek meztelenül feküdtek az ágyban. Később viszont a felvételt követően a páciensek hálóruhát kaptak, továbbá köpenyt, piros és kék színben, a város színeiben, a kertben való sétáláshoz (3. ábra). A pácienseknek a saját ruháit, dolgait le kellett adnia, és amennyiben elhalálozott a kórházi tartózkodása alatt, holmiját a kórház megörökölte. Mivel az ellátás a legtöbb esetben ingyenes volt, az ellátás költségeiből adódó veszteséget részben örökléssel kompenzálták (Pannier, 2016; OKV, 2001).

A kórházi elhelyezésre nemcsak oly módon volt lehetőség, hogy a páciens a saját lábán tért be, hiszen a XVI. század végén, illetve a XVII. század elején már működött betegszállítás is. Így, ha valakinek már nem volt ereje egyedül eljutni a kórházba, biztosították a beszállítását hordágyak,

3. ábra. Ismeretlen festő alkotása a XVIII. század elejéről. „Kilátás a kertre és a Sint-Janshospitaal nyugati homlokzatára” című alkotás (Forrás: URL5)



4. ábra. Jan Baptiste Beerblock olajfestménye „Rálátás a Szent János Kórház gyengélkedőire”, 1778. (Forrás: URL6)



mentőkocsik és hordszékek (gyaloghintók) segítségével. Sőt még arra is figyeltek, hogy a páciensek ne kerüljenek a kemény térkövekre a szállítás során, ennek érdekében a szállítóeszközök alá csomókat rögzítettek a tompább földet érés érdekében (Pannier, 2016).

A kórház működéséről ismereteink töredékesek, hiszen belső szabályozások alig maradtak fenn. A legtöbb információ a levéltári anyagokon, a kórházi beszámolókon alapul (Bryne, 2011. Pannier, 2016).

A kórházi ágyak száma

Mint az Beerblock olajfestményén (4. ábra) is jól szemügyre vehető, a kórház több ágyosorra volt felosztva, mindegyik külön részlegként működött, könnyen meg lehetett különböztetni az egyes részlegeket. A felosztás viszont teljesen eltért az orvosi rendszer által meghatározott specializációktól. Volt külön női, férfi, északi, déli, katonai részleg és „halálsarok” a gyógyíthatatlan betegek számára.

Ugyanakkor az egész egy közös nagy légtérben volt, de kijelenthető, hogy a fülkék már a középkorban is hosszú sorokba rendeződtek az oszlopok mentén. A hatalmas teremben valószínűleg csupán két, tűzeggel és fával fűthető kandalló volt (Pannier, 2016; OKV, 2001; Bryne, 2011).

A kórházban körülbelül 100 ágy (saját fülke) volt és maximum 150 páciens számára tudtak hálóhelyet biztosítani. Azonban a pestisjárvány és a háborús időszak idején az ellátást igénylők száma bőven meghaladta ezt a kapacitást. Fennmaradt feljegyzések alapján tudjuk, hogy ilyen esetekben például szükség esetén két embert fektettek egy ágyba, jobb esetben szalmaszőnyegen fektették a betegek egy részét, illetve nemcsak a kórházi osztályon biztosítottak ápolást, hanem közeli kápolnáknak is, de előfordult az is, hogy a betegek az ágyhiány miatt a földön feküdtek (Pannier, 2016; OKV, 2001).

Hiába volt Mechelenben egy kormányzati fenntartású Királyi Katonai Kórház, a sebesült katonák odaszállítása nemcsak drága volt, hanem veszélyes és megterhelő is, hiszen a sérültek gyakran túl gyengék voltak a hosszú út megtételéhez. Ezért volt olyan időszak, amikor a Szent János Kórházban átlagosan naponta ötven katonát láttak el, de olyan is, amikor napi 250-et. S ha ez nem lett volna elég leterheltség, még ugyanabban az évben kitört a pestisjárvány.

Ekkor a beteg katonákat a kórház melletti laktanyában izolálták (Pannier, 2016).

Humán erőforrás-helyzet a kórházban

Fentiek ismeretében joggal tehetjük fel a kérdést, hogy volt-e elegendő számú és felkészültségű szakember a kórházban. Nos, természetesen időszakonként változó volt a humán erőforrás-igény. Kezdetben a kórházi személyzet független laikus testvérpárból állt. Majd szolgálatra számos jámbor önkéntest hívtak meg, férfiakat és nőket egyaránt, ily módon jött létre a testvérek első félig vallásos közössége. Később a kórházi személyzet alapját a nővérek, a szerzetes testvérek, a borbélyok, a sebészek, az orvosok és a gyógyszerész adták. Emellett kisegítő feladatot látott el a portás (hordár), a könyvelő, valamint voltak cselédfiúk és szobalányok is, akik segítették a nővérek munkáját. Ez utóbbiak egy része állandó munkaviszonyban állt, de előfordult, hogy az ellátást igénybe vevő páciens is ott tartotta a szolgálólányát vagy

-fiát. Arra is utalnak a korabeli forrásanyagok, hogy a pestisjárvány idején további plusz cselédszemélyzetet béreltek fel a kórház éjjel-nappali takarítása céljából (Pannier, 2016; Bryne, 2011; URL2; Suenens, 2023). Az egyes személyek feladatköre jól elkülönült.

Szerzetes apátasszony

1598-tól a testvérközösség által választott apátasszony volt a kórház és a kizárólag női hitközség vezetője. Megválasztását a városnak és az egyházmegyének kellett megerősítenie. A nővérekkel együtt felelt a betegek gondozásáért és a háztartásért (OKV, 2001; Bryne, 2011; Suenens, 2023).

Nővérek

A nővérek foglalkoztatása eleinte még laikus közösségként kezdődött meg. Nem volt kapcsolatuk más szerzetesrenddel. 1226-ban a monnai püspök, *Walter of Marvis* kijelölte a kórház nővéreit Ágoston vonalán, és kiadta a „Szent János Bruges-ben” alapszabályát is. A közösség első hivatalos alapszabálya azonban 1459-ig váratott magára. Az eredetet a középosztályban és a kézműves környezetben kell keresni (OKV, 2001; URL1, URL2).

A nővérek először novíciusevet (próbaidőt) töltöttek, amelynek során a szerzetesi életre és a kórházi munkára való alkalmasságukat tesztelték. Általában ezután fogadalmat tettek, ami után teljes értékű nővérek lettek. A nővéri belépés alsó korhatára eleinte 15 év volt, csak 1598-ban emelték fel 18 évre (Pannier, 2016).

A források azt mutatják, hogy az 1500-tól 1621-ig tartó időszakban a nővérek létszáma 12-14 fő volt a kórházban. Ezután a napi működéshez egyre több nővérré volt szükség a kórházban. Így először 18 főre emelték a létszámot, majd a folyamatosan gondozott katonák nagy létszáma miatt 1690-ben már 26 főre. Ugyanakkor a nővérek létszámhelyzete nem volt stabil, hiszen gyakran előfordult, hogy egymás után több nővér is elhalálozott. Például az 1635-ös pestisjárványban öt nővér halt meg. Új nővéreket pedig csak ilyen esetekben fogadtak be (Pannier, 2016). Az, hogy a középkori apácák a pestisjárványok idején gyakran életüket adták betegeikért, már biológiai alátámasztással is rendelkezik, hiszen a *Yersinia pestis* kimutatásra került apácák földi maradványaiban (Bianucci et al., 2009).

Maréchal ezzel összefüggésben azt találta, hogy a kórházi személyzet nagy része a felvételét követő első két évben meghalt. Azonban, ha túlélte ezt az időszakot, akkor akár a 40 évet is megélhette. (Megjegyzés: A nővérek 32-34%-a élt tovább 40

évnél.) Ezt egyfajta természetes szelekciónak vélte, mivel a gyengék azonnal kiestek, míg a kórházban elkapott fertőzésből meggyógyultak immunrendszere megerősödött, amely megvédte őket a kórházi tevékenységük hátralevő éveiben. Ezenfelül megállapította azt is, hogy a nővérek 16%-a halt meg a felvételét követő öt éven belül, ez az arány a XVII. századra 6,5%-ra csökkent, ami valószínűsíthetően leginkább a bekerülési életkor alsó határának 18 évre történő megemelésének köszönhető (Pannier, 2016; Maréchal, 1978).

Úgy vélték, a betegségek megelőzésében fontos szerepe van az érvágásnak, ezért a közvetlen betegellátásban napi szinten részt vevő nővérek körében rendszeresen szerveztek ilyen beavatkozást, illetve minden évben ünnepi „*véradási napot*” is, amelyet borozással, jó ételekkel és kikapcsolódással kísérték (Pannier, 2016).

Munkaszervezés szempontjából az egyes részlegekre kijelöltek egy-egy idősebb nővért, aki egyrészt felelős volt a részleg gazdaságos működéséért, másrészt utasításokat adott a többi nővérnek és kiszolgáló személyzetnek (Pannier, 2016).

Szerzetes testvérek

A XV. század végén hét testvér volt a kórházban. A jelölteknek be kellett tölteniük a 20 éves életkort, és ellenőrizték, hogy fizikailag és szellemileg alkalmasak-e. A szerzetes testvérek foglalkoztak a kórház ingatlanainak kezelésével és bérleti díjak beszedésével, a betegek ellátása nem tartozott a feladatkörukbe. 1635 körül a testvérek elhagyták a kolostort és a nővérek vették át az irányítást és az igazgatást (Pannier, 2016; OKV, 2001; URL1; URL2).

A betegek testvére

Egy idős szerzetes testvér került kiválasztásra a többiek közül, mint a „betegek testvére”, ő volt felelős a kórházban elhunyt férfiak ruháinak kezeléséért, illetve az ágynemű (lepedő, takaró) vásárlásáért (Pannier, 2016).

Borbélyok és sebészek

Napjainkban a borbély és a sebész két külön szakma, azonban a középkorban egy mesterségben egyesültek, sőt közös szakszervezetük is volt. Nagyon sokan először borbélyként kezdtek el dolgozni a kórházban, majd később sebészek lettek. Ekkortájt a sebészek a gyakorlatban tanulták meg szakmájukat, éppen ezért kezdtek a fiatalok a szakáll formázásával, hogy később a műtéthez szükséges könnyed és

gyengéd mozgásra felkészítsék a kezüket. A cím megszerzéséhez „mestervizsgát” és esküt kellett tenniük (Pannier, 2016; OKV, 2001).

A borbélyok elsősorban a szerzetes testvérek és a férfi betegek borotválkozását végezték. Emellett sebkezelési feladatokat is elláttak, érvágást végeztek megelőzés és gyógyítás céljából egyaránt. A XVI. század végén, talán a szerzetes testvérek kórházból való eltűnése miatt, a borbélyok alkalmazása is megszűnt (Pannier, 2016; Bryne, 2011).

A sebészek névsorát áttekintve mondhatnánk, hogy a sebészi hivatás apáról fiúra öröklődött ebben az időben. A sebészek gyakran halálukig kórházi alkalmazásban maradtak, ezért a harminc-negyven éves szolgálati idő is előfordult körükben. A Szent János Kórház eleinte egy sebést alkalmazott, majd még egy fő felvételére került sor. A műtéti beavatkozás, amely általában valamilyen felületes sebészeti beavatkozás (például törések kezelése, amputáció, pestises csomó eltávolítása) volt, az orvosi konzultáció után valósult meg. Érzéstelenítés hiányában belső beavatkozásokra nem került sor. Az orvos és a sebész között rendkívül nagy volt a státuszkülönbség (Pannier, 2016; Bryne, 2011).

Orvosok

A középkori kórházak orvosi ellátása még nem volt olyan fejlett, mint a későbbi korokban. Az orvosi ismeretek gyakran a klasszikus görög és római forrásokból származtak, valamint szoros kapcsolatban álltak a vallással és a természetfeletti hittel. A kórházban szabad foglalkozású orvosok tevékenykedtek, akik előzetesen orvostudományi akadémiai képzésben részesültek és megszerezték a medicin vagy fizikus címet. Elsősorban az orvoslás elméleti oldalát gyakorolták: felismerték a betegségeket (elsősorban a betegek vizelete alapján) és meghatározták a lehetséges gyógymódokat. Esetenként saját maguk készítették el az általuk ajánlott gyógyszert, ami miatt időnként konfliktusba kerültek a gyógyszereszekkel. Ellátási körükbe először csak a kórházi személyzet tartozott (a szerzetes testvérek és a nővérek) külön konzultáció formájában. 1624-ben alkalmaztak először a kórházban állandó orvost kétnaponkénti bejárással, aki ugyanettől az időponttól ellátta a kórházi pácienseket is. A XVII. század közepétől már összesen két orvos került felvételre, hogy megvalósuljon a napi orvosi látogatás (Pannier, 2016; OKV, 2001; Bryne, 2011).

5. ábra. Johannes Beerblock festménye, „Rálátás a bruges-i Sint-Janshospitaal gyengélkedőjére”, 1775. (Forrás: URL7)



A nővérek feladatai

Kevés írásos anyag maradt fenn a nővérek feladatairól, az ebből az időszakból fennmaradt tárgyi emlékekből, festményekből (**4. és 5. ábra**), azt azonban tudni lehet, hogy rendkívül fontos szerepet töltöttek be a kórházban, hiszen nem volt állandó orvosi jelenlét csak a XVII. századtól. Ezért éjjel-nappal, megszakítás nélkül vigyáztak a betegekre, ápolták őket. Az 1598-ban kidolgozott és a város által jóváhagyott kórházi szabályzat azt írta elő, hogy a nővérek a betegeket és a szegényeket szolgálják (Bruyne, 2011; Pannier, 2016).

A kórházban és annak környékén folyó tevékenységről az aprólékos kidolgozás révén élethű és részletgazdag alkotások születtek, amelyek jól szemléltetik a nővérek tevékenységi körét:

- az új beteg felvétele, „diagnózisfelvétele”, tiszta ruhával való ellátása és ágyba helyezése,
- ételfőzés és -osztás,
- az orvosi viziten való részvétel (tájékoztatás a páciens állapotáról),
- vizeletminta gyűjtése (az orvos házába történő átszállítása),
- az orvosok által előírt kezelési módok betartása,
- lelkigondozás, bibliaolvasás,
- aktív, értő figyelem, a beteg meghallgatása,
- ágyneműmosás a Reie folyóban,
- a kórház tisztán tartása saját maguk által vagy a cselédek felügyeletével,
- a gyógynövénykert művelése, gyógyszerek előállítása,
- imádkozás a betegekért,

– az elhunyt páciensek eltemetésében segédkezés (Pannier, 2016; OKV, 2001; Bryne, 2011).

Ugyanakkor olyan belső szabályzat, mint a spanyol 1587-es konstitúció (Constituciones para toda la orden: Aprobadas en el Primer Capítulo General) a Betegápoló Irgalmasrendnél (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios) nem maradt fenn (Hegyi, 2024). Így nem tudhatjuk, hogy milyen gyakran vettek részt a viziteken, hányszor cserélték az ágyneműt, hogyan fordítottak figyelmet az egyén személyes higiéniájára. Korabeli feljegyzések alapján úgy vélik, hogy a XVIII. század előtt a hajmosás és hajvágás fontosságát teljesen alábecsülték, s az is gyakran előfordult, hogy egy újonnan érkezőnek az előző ott-tartózkodó felfrissítetlen ágyában kellett aludnia (OKV, 2001).

A fizikális ápolás mellett a lelkiápolást is rendkívül fontosnak tartották. Hippokratész humorápatológiai elméletét, amely szerint minden betegség mögött a négy testnedv – haima (vér), kholé (sárga epe), melankholé (fekete epe), phlegma (nyálka) – aránytalan eloszlása, illetve a testnedvek hibás keveredése áll, rendkívül meghatározónak találták. Úgy vélték, hogy a negatív érzelmek betegséget okozhatnak, míg a pozitívak gyógyíthatnak (Horden, 2008). Így voltak olyan kórházi szabályzatok, amelyek „arra utasították a nővéreket, hogy készítsék el a betegeknek azt az ételt, amit akarnak, és legyenek vidámak, türelmesek és kedvesek, nehogy boldogtalanok legyenek” (Pannier, 2016). E szemléletnek felel meg, hogy a Szent János Kórházban, ha kevés páciens tartózkodott, akkor „egy bárány húsát el kellett adni, és csibék és egyéb édes dolgok vásárlására kellett használni, amelyekre a betegek régóta vágytak”. Emellett elrendelték azt is, hogy „az álmatlan betegeknek éjszakára adjanak bort” (Pannier, 2016). Azt is lehet tudni a megmaradt tárgyi emlékekből, hogy az ételeket rézedényekben főzték. A páciensek pedig fa- vagy kőtányérokból fakanalakkal ettek (OKV, 2001).

Lelkigondozás a kórházban

A Szent János Kórházban a papnak éjjel-nappal készen kellett állnia, hogy egy új páciens felvételekor jelen legyen és lehetőséget adjon a gyónásra, illetve a kórházi tartózkodás alatt a betegek bármikor bűnbánatot végezhesse. Ennek hátterében az az elképzelés állt, hogy a bűn betegséget okozhat, illetve a bűn fizetsége végső soron a halál. A gyónást azért is tartották fontosnak, hogy „a kórházat egyetlen bűnös se szennyezze be” (Pannier, 2016).

A pap naponta többször meglátogatta a kórházat, megkérdezte a nővéreket, hogy igénybe vehetik-e a betegek a szolgáltatásait, a szentségek kiszolgáltatását. A papot akár éjszaka is értesíteni kellett a közelgő halálesetről (Pannier, 2016).

A Szent János Kórház saját kápolnájában – amely közvetlenül a betegek kórtermeként funkcionáló helyiség mellett volt – szentmisék tartására is sor került. Annak köszönhetően, hogy a két helyiség nem volt elválasztva, minden páciens hallhatta az ott tartott miséket. A napi többszöri zenehallgatás, az éneklés fontos részét képezte a lelkipálosoknak. 1545-ben a kórház még orgonát is vásárolt. A tisztán liturgikus célon kívül úgy vélik, hogy a kórházban történő zenélésnek szintén köze van a négy testnedvről szóló elmülethez. Horden szerint a zene a kor felfogásában terápiás hatást gyakorolt a lélekre és a test működésére is. A liturgikus zene, a zsoltár-éneklés megvigasztalja, megnyugtatja az embereket, vagy épp boldoggá teszi őket és ezáltal egészségessé (Pannier, 2016; OKV, 2001; Horden, 2001). Csak később, 1820-ban különítik el a templomot a betegszobáktól (URL1; Bryne, 2011).

A lelkipálosokban fontos szerepe volt annak is, hogy a kórház „falait gyakran díszítették szakrális szimbólumokkal is, mint például keresztekkel, Mária-szobrokkal vagy más szentek szobraival, amelyek imádatával a gyógyulás útjára terelhetik a beteget” (Pannier, 2016). Műalkotások, például festmények és szobrok is voltak a kórházi osztályokon, hogy példaként szolgáljanak a lelkipálosokban (OKV, 2001).

Kórházi fűvészkert és gyógyszertár

A gyógynövények – a tapasztalatok során szerzett felhasználási ismeretek – fontos szerepet játszottak a kora újkori gyógyászatban. A kórház egy hatalmas gyógynövénykerttel (1547) és később már saját gyógyszertárral (1644) is rendelkezett (6. ábra). 1643 és 1655 között gyógyszerészt kerestek a nővérek kiképzésére, majd innentől kezdve két nővér vezette a gyógyszertárat. Csak kétszáz évvel később, 1858-ban írták elő törvényileg, hogy kötelező orvost kijelölni felügyelet céljából (Pannier, 2016; Lobelle-Caluwé, 2001; OKV, 2001; Bruyne, 2011).

A fűvészkertet és mellette egy veteményest általában a nővérek művelték, amikor a betegellátás mellett erre nem maradt kapacitásuk, akkor az udvarmester fia segített a kerti munkában. Feltételezik, hogy Nagy Károly kapitulárisaiban meghatározott 13 fajta gyógynövény volt ebben a kertben: ánizs, koriander, kömény, mustárnövény, menta, zsálya, sós-, édeskömény, cseresznye, fokhagyma, petrezselyem, hagyma és durva metélőhagyma. A korabeli források alapján rózsza és levendula is lehetett a kertben, akár díszítési, akár gyógyászati céllal (Pannier, 2016; OKV, 2001).

Azokat a gyógynövényeket, fűszereket, amelyeket nem tudtak termesztetni, külsős gyógyszerészekről vagy élelmiszer-kereskedőktől szereztek be (Pannier, 2016).

6. ábra. Philippe Jacques Van Bree olajfestménye, „Látvány a régi gyógyszerárban 1841 előtt”. (Forrás: URL8)



Azt feltételezik, hogy a gyógynövénykert nemcsak a növények termesztésére szolgált, hanem méretéből adódóan terápiás, relaxációs környezetet is biztosított, ahol akár a betegek is kikapcsolódhattak, gyógyulhattak. Hiszen a kora újkorban azt gondolták, a negatív érzelmek által okozott betegségeket úgy lehet száműzni, ha a betegek pozitív lelkiállapotba kerülnek (Pannier, 2016).

Mindezekon kívül azt is vélelmezik, hogy a rózsát és a levendulát a kórházban lévő rossz szagok leplezésére is használták, hiszen a kora újkorban megvoltak arról győződve, hogy a betegségeket a szagok belélegzése is továbbítja (Pannier, 2016).

A kórház épülete napjainkban

Az épület közel 800 évig betöltött kórházi funkciója 1977-ben szűnt meg, ekkor költöztették át az ellátást egy újabb, modern Brugge Sint-Pieters-i kórházba. Manapság a kórház körtermeiben múzeum működik, itt található a népszerű Hans Memling Múzeum, amelyet a német származású holland festőről neveztek el. A Memling Múzeum nem újdonság a kórház történetében, hiszen először 1839-ben a test-

vérkolostor káptalanházában nyitották meg és a látogatói bevételek fontos pluszbevételt biztosítottak a kórház számára. A 2023-ban megújult kiállítás kiindulópontjai: a vendégszeretet, empátia, gondoskodás, élet és halál, test és lélek, szenvedés és az élet értelme. Valamennyi témát olyan tárgyakon keresztül dolgoztak fel, amelyek a Szent János Kórházhoz kapcsolódtak. Ennek megfelelően számos festményt, vallási tárgyat, valamint kórházi feljegyzéseket, orvosi műszereket mutatnak be, továbbá a rekonstruált lefüggönyözött betegágyak és betegszállításra használt gyaloghintó és interaktív eszközök segítségével felidézik a korabeli betegellátás atmoszféráját. Sőt, hogy teljes legyen az összehatás, visszaállították a fal elbontásával az eredeti kapcsolatot a két nagy terület, a kórház és a betegek ellátásának eredeti helyszíne között. Ennek köszönhe-

tően átélelhető a régi gyengélkedő tágassága, nyitottsága a magas ablakokkal és a monumentális kő és fa oszlopsorokkal (URL1; Everaarts & Souvereyns, 2024).

Összefoglalás

Mint az a jelen közleményben is látható, a nővérek jelentős szerepet játszottak a középkori és kora újkori kórházak működésében, amelyek nem csupán egészségügyi intézmények voltak, hanem az élet egyéb aspektusait is szolgálták, többek között a szegénység enyhítését és a vallási élet elősegítését. A nővérek munkája nélkül a betegápolás és szociális ellátás nem lenne elképzelhető, hiszen ők adták meg azt a szellemi és fizikai támogatást, amelyre a rászorulóknak a legnagyobb szükségük volt. Mégis alig maradt fenn írásos emlék tevékenységeikről.

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

Érdekeltségek: A szerzőnek nincsenek érdekeltiségei.

Irodalomjegyzék

Bianucci, R., Rahalison, L., Peluso, A., Rabino Massa, E., Ferroglio, E., Signoli, M., Langlois, J., Gallien, V. (2009). Plague immunodetection in remains of religious exhumed from burial sites in central France. *Journal of Archaeological Science*, 36(3), 616–621. <https://doi.org/10.1016/j.jas.2008.10.007>.

de Bruyne, H. (2011). Care of citizens in sixteenth and seventeenth-century Bruges. (2024.08.12.) https://issuu.com/museabrugge/docs/museumbulletin2011-nr3_en/s/10346444
Cadden, J. (1993). *A History of Medical Ethics in the Medieval Society*. University of California Press.

- Everaarts, M. & Souvereyns, G. (2024). 'Feel the Heartbeat' at Museum Sint-Janshospitaal. (2024.08.12.) <https://www.codart.nl/feature/curators-project/feel-the-heartbeat-at-museum-sint-janshospitaal/>
- „Felfedezték a johanniták kórházát Jeruzsálemben”. (2013. augusztus 6.). https://m.mult-kor.hu/20130806_felfedeztek_a_johannitak_korhazat_jeruzsalembe
- Hegyi, V. K. (2024). Juan de Dios hagyatéka a modern kori ápolás hajnalán. *Nővér*, 37(1), 3–7. <https://doi.org/10.55608/nover.37.0001>
- Horden, P. (2001). Religion as Medicine: Music in Medieval Hospitals. In: Biller, P. & Ziegler, J. (szerk.). *Religion and Medicine in the Middle Ages*. York, York Medieval Press, pp. 135–154.
- Horden, P. (2008). A non-natural environment: medicine without doctors and the medieval European hospital, in: Horden, P. (szerk.). *Hospitals and Healing from Antiquity to the Later Middle Ages*, pp. 139–140.
- Lobelle-Caluwé, H. (2001). Apotheek en remedies. Het Sint-Janshospitaal. *Openbaar Kunstbezit in Vlaanderen*, (2), 41–43.
- Maréchal, G. (1978). De levenskansen van de personeelsleden in het Brugs Sint-Janshospitaal in de XIVde en XVde eeuw. *Brugs Ommeland*, 18(1), 36–38.
- Nutton, V. (2004). *Ancient Medicine*. Routledge.
- OKV. (2001). Het Sint-Janshospitaal. Openbaar Kunstbezit in Vlaanderen, (2), 6–40.
- „Pantokrator kolostor” (2019. április 2.) (2024.08.12.) <https://azoldbolygo.hu/pantokrator-kolostor/>
- Pannier, S. (2016). A Bruges-i Szent János Kórház a 16. és 17. században: jótékonyág konfliktusok és ellenreform idején. [Het Sint-Janshospitaal van Brugge in de 16de en 17de eeuw: caritas in tijden van conflict en contrareformatie]. Mesterdolgozat. Genti Egyetem.
- Perkó, M., Sövényi, Fné. Fedenczné Vittay, K., Kis, T., Szebeni-Kovács, Gy., Oláh, A. (2022). Ápolástörténet. Elhivatottságtól a hivatásig. Az ápolás, ápolásügy és az ápolóképzés története Magyarországon.
- Pintér, E. (1997). 100 éves a Szent Margit Kórház. Óbudai kórház történet dióhéjban. *Budapest III. kerület. Óbuda-Békásmegyer. Helytörténeti füzetek*, 2(2).
- Suenens, K. (2023). Congregatie van de Hospitaalzusters van Sint-Jan, Brugge (Circa 1150-heden). In: *ODIS*. http://www.odis.be/lnk/OR_17986
- URL1: Sint-Janshospitaal (Brügge). (2024.08.12.) [https://de.wikipedia.org/wiki/Sint-Janshospitaal_\(Br%C3%BCgge\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Sint-Janshospitaal_(Br%C3%BCgge))
- URL2: AZ Sint-Jan Brugge. Historiek. (2024.08.12.) <https://www.azsintjan.be/historiek>
- URL3: Szent János Kórház, Brugge, Belgium. (2024.08.12.) <https://pixabay.com/hu/photos/szent-j%C3%A1nos-k%C3%B3rh%C3%A1z-brugge-belgium-973985/>
- URL4: Érem „domus beati Iohannis” felirattal. (2024.08.12.) <https://oldthing.de/e7840-Original-alte-Medaille-mit-Etui-domus-beati-johannis-in-Brugis-1188-1977-0029736608>
- URL5: Ismeretlen festő alkotása a 18. század elejéről. „Kilátás a kertre és a Sint-Janshospitaal nyugati homlokzatára” [Zicht op de westgevels van de oude ziekenzaal] című alkotás, kiemelve egy részlet a szabadtéri betegruhátról a város címerének színeivel. (2024.08.12.) <https://artinflanders.be/nl/kunst/de-westgevels-van-de-ziekenzaal-van-het-sint-janshospitaal>
- URL6: Jan Baptiste Beerblock olajfestménye. „Rálátás a Szent János Kórház gyengélkedőre”, 1778 [Zicht in de oude ziekenzaal]. (2024.08.12.) https://collectie.museabrugge.be/collection/work/id/O_SJ0160_I
- URL7: Johannes Beerblock. Gezicht op de oude ziekenzaal van het Sint-Janshospitaal in Brugge. (2024.08.12.) <https://artinflanders.be/nl/kunst/gezicht-op-de-oude-ziekenzaal-van-het-sint-janshospitaal-brugge>
- URL8: Philippe Jacques Van Bree olajfestménye. Zicht in de apotheek van het Sint-Janshospitaal. (2024.08.12.) https://collectie.museabrugge.be/collection/work/id/O_SJ0079_I

KARÁCSONYI RAJZPÁLYÁZAT 2024.

A MESZK gondozásában megjelenő NŐVÉR szakfolyóirat karácsonyi rajzpályázatot hirdet az egészségügyi középfokú szakképzésbe és az egészségtudományi felsőoktatásba járó tanulók/hallgatók körében.

A pályázat részletei:

A rajzok szabadon választott stílusban és tetszőleges technikával (pl. színes ceruza, zsírkréta, festék), színes kivitelen készülhetnek A/4-es méretben. A pályázat során elkészített műveknek kötődniük kell az egészségügy és a karácsony témakörökhöz egyaránt.

Az alkotásokat beszkenelve (jpg formátumban elküldve) [emailben a nover.karacsony@gmail.com](mailto:emailben@nover.karacsony@gmail.com) címen várjuk. Az e-mailben kérjük feltüntetni az alkotó nevét, évfolyamát, szakát, valamint képzőhelyének nevét. Minden pályázó korlátlan számú képpel nevezhet.

Díjazás: A pályázat nyertesének műve megjelenik a Nővér folyóirat 2024. évi decemberi lapszámában. Ezen felül az alkotó és a képzőintézmény is egy-egy éves Nővér folyóirat előfizetést kap.



A 2023. évi pályázat I. helyezette,
Horváth Dalma, 10. évfolyam, Padányi Katolikus Iskola
(Veszprém) alkotása.

A beküldési/beérkezési határidő: 2024. november 24.

Dr. Balogh Zoltán PhD
felelős kiadó

Dr. Hirdi Henriett Éva PhD
főszerkesztő

EREDETI KÖZLEMÉNY

Az emlő önvizsgálatát befolyásoló egyéni és családi tényezők összefüggéseinek vizsgálata

MÁTÉ-PÓHR Kitti, KÉRI Luca Márta, DR. HABIL PAKAI Annamária PhD,
DR. KARÁCSONY Ilona PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

Célkitűzés: Vizsgálatunk célja felmérni a nők ismeretét a mellrák és az önvizsgálat háttéréről; azonosítani a rizikótényezőket; feltárni az információátadás formáit és a rákmegelőző programok hatékonyságainak meglétét.

Vizsgálat módszere: A keresztmetszeti, kvantitatív vizsgálatunk 2023 áprilisától 2023 novemberéig tartott (n=166). Saját szerkesztésű kérdőívet és egy standard testértékelési skálát alkalmaztunk. Két változó kapcsolatának meghatározását χ^2 -próbával és korrelációs számítással végeztük, az átlagok közti különbségek meghatározásához ANOVA-számítást alkalmaztunk ($p < 0,05$). Az adatok feldolgozását SPSS 26.0 statisztikai szoftver segítségével végeztük.

Eredmények: Az önvizsgálat elvégzését havi rendszerességgel a minta 22,29%-a tette meg. Családi körben az önvizsgálatról való információátadás megléte a mell önvizsgálatának helyes kivitelezését eredményezte ($p < 0,05$). A daganatos betegségek megelőzésére irányuló egészségnevelő programokon való részvétel a nők rendszeres önvizsgálatát eredményezte ($p < 0,05$).

Következtetés: Az emlő önvizsgálatának kivitelezését nagymértékben befolyásolta a mellrák kialakulásához vezető rizikótényezők megléte. Az önvizsgálat életet menthet, így a jövőben nagyobb hangsúlyt kell fektetni a prevenció háttérének elterjesztésére.

Kulcsszavak: mellrák, mellőnvizsgálat, prevenció, tudatosság

The investigation of the relationship between individual and family factors in breast self-examination

Kitti MÁTÉ-PÓHR, Luca Márta KÉRI, Annamária PAKAI PHD. HABIL, KARÁCSONY Ilona

SUMMARY

Purpose: The main objective of our study was to assess women's knowledge about the theoretical and practical background of breast cancer screening and self-examination, and to observe individual and family risk factors, information transfer and the effectiveness of cancer prevention programmes.

Methods: Our cross-sectional, quantitative research was conducted from April to November 2023, involving women through a single non-random convenience sampling procedure (n=166). Descriptive statistical methods were used to process the responded data. χ^2 test and correlation analysis were used to determine the relationship between two variables ($p < 0.05$), and one-way analysis of variance was used to determine the differences between means. Data were processed using SPSS 26.0 statistical software.

Results: Only 22.29% of the sample had performed self-examination on a monthly basis. The women who performed breast self-examination with responsible behaviour had collective knowledge about breast cancer and its prevention $p < 0.05$. Increase in the number of risk factors for breast cancer did not encourage women to practice self-examination more accurately $p > 0.05$.

Conclusion: Self-examination can save lives that is why in the future more emphasis should be placed on disseminating its preventive background.

Keywords: breast cancer, breast self-examination, prevention, awareness, practice

MÁTÉ-PÓHR Kitti szakoktató,
Pécsi Tudományegyetem,
Egészségtudományi Kar,
Sürgősségi, Egészség-
pedagógiai és Ápolástudományi
Intézet, Oxiológiai, Sürgősségi
Ellátási Tanszék; mentőtiszt,
Országos Mentőszolgálat,
Nyugat-dunántúli Régió;
PhD-hallgató, Pécsi Tudomány-
egyetem, Egészségtudományi
Doktori Iskola,
ORCID-azonosító: 0009-0003-
0368-0144

KÉRI Luca Márta területi
védőnő, Győr-Moson-Sopron
Vármegyei Petz Aladár
Egyetemi Oktatókórház;
Győr-ság területi védőnői körzet

DR. HABIL PAKAI Annamária PhD
mb. intézetigazgató-helyettes,
Pécsi Tudományegyetem,
Egészségtudományi Kar,
Sürgősségi, Egészség-
pedagógiai és Ápolástudo-
mányi Intézet
ORCID-azonosító: 0000-0002-
2849-1310

DR. KARÁCSONY Ilona PhD.
adjunktus, Pécsi Tudomány-
egyetem, Egészségtudományi
Kar, Egészségtudományi
Alapozó, Szülésznői és Védőnői
Intézet, Védőnői és Prevenció
Tanszék

Levelező szerző

(corresponding author):

MÁTÉ-PÓHR Kitti

E-mail: kitti.pohr@etk.pte.hu

Beérkezett: 2024. július 10.

Elfogadva: 2024. augusztus 9.

Bevezetés

Az emlőrák az egyik leggyakoribb rákos megbetegedés világszerte, és a nők közel egynegyedét érinti. Az emlőrák mind a fejlett, mind a fejlődő országokban egyaránt gyakori. Az emlőrákszűrő programok, mint a mammográfia, az emlő önvizsgálata (breast self-examination – BSE) és az emlők klinikai vizsgálata nélkülözhetetlenül fontos szerepet játszik az emlőrák megelőzése érdekében (Mohamed et al., 2020). Világszerte a nők körében az emlőrák az egyik leggyakoribb rosszindulatú daganatos megbetegedés. 2018-ban a világon körülbelül 2,1 millió újonnan diagnosztizált mellrákos megbetegedést regisztráltak, ami csaknem minden negyedik nőt érint. A mellrák éves szinten komoly halálozási aránnyal rendelkezik (Koc et al., 2019). Ennek megelőzése érdekében a szűrővizsgálatok fontosságát ki kell hangsúlyozni. Az emlő önvizsgálata továbbra is bizonyítottan az egyik legmegfelelőbb módszer a mellrák korai stádiumának szűrésére (Kassie et al., 2021). A leghatékonyabb korai diagnózis felállítását segítő ismert vizsgálati módszerek közé tartozik még az orvos által végzett fizikális vizsgálat és a mammográfia. A rendszeres emlőönvizsgálat egyszerű, olcsó, hatékony, megbízható, noninvazív szűrési módszer, amely nem igényel speciális eszközöket és bármikor elvégezhető (Koc et al., 2019).

Bár az emlőönvizsgálat egyszerű, gyors és költségmentes eljárás, így is, sajnos, sok nő helytelenül végzi el vagy egyáltalán nem is végzi el. Fontos kihangsúlyozni, hogy a nők a lehető legkorábban megismerjék melleiknek jellegét és tapintását, amivel így könnyedén felismerhetik a melleikben bekövetkező változásokat. Nde és munkatársa tanulmánya kimutatta, hogy pozitív összefüggés van az emlők önvizsgálatának elvégzése és az emlőbetegségek korai felismerése között (Nde et al., 2015). A Buea Egyetem hallgatói körében végzett felmérés során körülbelül csak 37,3%-uk tudta, hogy az emlők önvizsgálatát havonta el kell végezni. A válaszadók közül nagyon kevesen (9,0%) tudták, hogy hogyan is kell a BSE-t szakszerűen elvégezni. Továbbá mindössze 13,9%-uk ismerte pontosan, hogy mire kell figyelni az önvizsgálat elvégzése során. Szignifikáns összefüggést figyeltek meg az ismeretek és a mell önvizsgálatának elvégzésére való hajlam között ($p=0,029$), valamint az attitűdök és az önvizsgálat iránti hajlandóság ($p=0,015$) között (Nde et al., 2015).

Kutatásunk célja volt, hogy vizsgáljuk azokat a nőket, akik testképzavarban szenvednek és negatíván álltak saját testükhöz. Ők vajon havi rendszerességgel végeztek-e önvizsgálatot vagy ez esetleg befolyásoló tényezőként hatott-e rájuk? Kerestük az

összefüggést aközött a két tény között, hogy azok a hölgyek, akik a mell önvizsgálatát felelősségtudatosabban kezelik és megfelelő módon végzik annak gyakorlatát is, ők sokkal inkább széles körű ismerettel rendelkeztek a mellrákról és a mellrák megelőzésének technikáiról. Fontosnak tartottuk még azt a tényt is vizsgálni, hogy ha családi körben, akár anya-lánya között, beszéltek és alkalmazták is a mellönvizsgálatát, akkor nagyobb valószínűséggel valósult-e meg a mell önvizsgálatának pontos és helyes kivitelezése. Szerettük volna még azt a kiemelten fontos tevékenységet is megvizsgálni, hogy a megkérdezett nők körében előforduló mellrákra veszélyeztető rizikótényezők számának növekedése hatással volt-e a mell önvizsgálatának pontosabb kivitelezésére. Továbbá célunk volt még megvizsgálni, hogy azok, akik daganatos betegségek megelőzésére irányuló egészségnevelő programokon és kampányokon vettek részt, azok a nők a mell önvizsgálatát rendszeresen végezték-e el.

Anyag és módszer

Kvantitatív, keresztmetszeti vizsgálatunk 2023. áprilistól novemberig tartó intervallumban zajlott, online felületen történő kérdőív megosztással. Egyszeri, nem véletlenszerű, kényelmi mintavétel során célcsoportunkat 25 és 45 év közötti nők alkották. Összesen 354 nő töltötte ki a kérdőívet. A résztvevők közül mindenki önkéntes alapon és anonim felhasználóként vett részt a vizsgálatban.

A mintából kizárásra kerültek, akiket mellrákkal kezeltek/kezelnek, továbbá akik mellimplantátummal rendelkeznek, illetve a szoptató nők. Kérdőívünk saját szerkesztésű és standard elemeket is tartalmazott. Előbbi kérdéskörei: szociodemográfiai adatok; a nők saját testképük negatív megítélése; a mell önvizsgálatának felelősségteljes magatartása; a családon belüli kommunikáció pozitív hatása a mell önvizsgálatára; rizikótényezők befolyása az önvizsgálatra; rákmegelőzési programokon való részvétel hasznossága. Standard kérdőívünk a testértékelési skála volt (Béres et al., 2013).

A kapott adatokat SPSS 26.0 program segítségével, leíró statisztikai (abszolút és relatív gyakoriság, átlag, szórás, minimum-maximum értékek) és matematikai számításokkal (χ^2 -próba, korrelációs számítás, egyutas varianciaanalízis [ANOVA]) elemeztük. A folytonos változók átlag $\pm$ standard deviáció, a kategorikus változók pedig relatív gyakoriság formájában kerültek bemutatásra. Az eredményeket gyakoriság és átlag megbízhatósági tartománnyal prezentáltuk, a szignifikanciaszintet $p \leq 0,05$ értéknél határoztuk meg (Pakai & Kívés, 2013).

Eredmények

A beválasztási kritériumoknak megfelelően a megkérdezett nők (n=166) átlagéletkora 32,48 év (SD=6,17) volt a vizsgált 25–45 éves életkori tartományban. Lakóhely szerinti megoszlásukat tekintve a mintában szereplő nők jelentős része falun élt (42,2%), míg a többi válaszadó a fővárosban (14,5%), vármegyeszékhelyen (19,9%) és városban (23,5%) tartózkodott a feldolgozott válaszok alapján. A családi állapotokat tekintve nagyban levonható az a következtetés, hogy leginkább a hajadon (42,7%) és a házasságban élő (48,8%) nők töltötték ki a kérdőívet. Kérdés volt még, hogy kinek hány gyermeke van. Összesében a 166 főből 81-en (49%) választották azt, hogy nincsen még gyermekük. Az egy- (36 fő), illetve két- (31 fő) gyermekes nők (21,7%; 18,7%) között lényeges százalékos eltérés nem volt tapasztalható. A legkevesebb válasz a 3–4 gyermeket vállaló nőkre (9%; 2%) esett. Nem kötelezően kitölthető kérdés alapján (n=90) 79%-ban a gyermeket vállalt nők igény szerinti anyatejes táplálásban részesítették gyermeküket, míg 21%-uk válaszolta azt, hogy nem szoptatták gyermeküket. Legmagasabb iskolai végzettségüket vizsgálva az főiskolai vagy egyetemi végzettséggel rendelkezők (57,2%) közül messze a legtöbb volt a másik válaszadók arányához képest. A szakmunkásképző, szakiskola (9,6%), gimnázium, szakközépiskola, technikum, azaz az érettség adó képzések (13,9%) és felsőfokú szakképzés vagy OKJ-s képzést elvégzett nők (18%) töltötték még ki a kérdőívet. A célpopulációban 36 fő rendelkezett valamilyen ágazatú egészségügyi végzettséggel, míg 130 fő azt válaszolta, hogy nincsen semmiféle egészségüggyel kapcsolatos tanulmányi végzettsége. Így elmondható, hogy a mintacsoportunkban lévő nők jelentős többsége laikusnak számított. A mellét érintő daganatos megbetegedésről a kitöltők 87%-a azt válaszolta, hogy van róla ismerete, míg 12%-uknak nem volt információjuk erről az igencsak veszélyes kóról. Az információforrások közül a három legjellemzőbb válasz a szakemberektől (54,2%) (orvos, nővér, védőnő stb.), a családtagoktól (48,8%) és a médiából (45,1%) érkeztek. Az emlőt érintő daganatos megbetegedések információforrásai jól megmutatják, hogy a nők többsége az egészségügyi személyzettől kapott tájékoztatást. A médiából kapott különböző tudásokat ugyancsak magasabb eredménnyel jelölték. Mégis a szociális felületen lévő cikkek már nem voltak a megkérdezett nők körében annyira népszerűek, így azokból kevésbé tudták elmélyíteni a kellő minőségű információkat. Nagymértékben hozzájárul az információk gyűjtéséhez a tanulmányokból (29,5%) és az ismerősöktől szerzett források.

A kérdőívet kitöltő nők közül voltak olyanok, akiknek egyáltalán nem volt ismerete (7,8%) erről az igencsak nagy mortalitással járó daganatos megbetegedésről.

Az emlő betegségéről és vizsgálatáról való tudásfelmérés

A kutatásban szereplő nők (n=166) emlőrákról és az önvizsgálatról való ismereteit is megvizsgáltuk. A mellben kialakuló – akár korai vagy késői stádiumban lévő – daganat leggyakoribb helye az emlők külső-felső negyedében van. A többi válasz megosztó arányban oszlott szét. Mégis, a válaszadók többsége azonban úgy gondolta, hogy leginkább a hónalj felé eső területen (48,8%) fordul elő túlnyomó részben a rákos sejtek kezdeti állapota, amelyből az idő előrehaladtával akár rosszindulatú carcinoma is kialakulhat.

Megvizsgáltuk, hogy a nők körében a mammo-gráfias szűrési módszer mennyire terjedt el. A mellrák felfedezése érdekében a válaszadók 68,6%-a (144 fő) jelölte, hogy mindegyik szűrési módszert ismeri. Külön megjelölték még, hogy a mammo-gráfias szűrővizsgálatot 34%-ban (57 fő); az orvosi manuális vizsgálatot 13,2%-ban (22 fő); az ultrahangot 12,6%-ban (21 fő) és végül az önvizsgálatot 25,9%-ban (43 fő) ismerik a hölgyek ezeket a diagnosztikus és rákmegelőző állapot felismerésére használt kivitelezéseket. A megkérdezettek szerint elég csak 30–35 éves kor felett kiegészítő eljárásként igénybe venni a mammo-gráfiai vizsgálatot (59,6%). Miközben a megfelelő válasz inkább az, hogy csak azoknak a 45–65 év közötti nőknek kell, akik meghívást kapnak az emlővizsgálatra (42,7%).

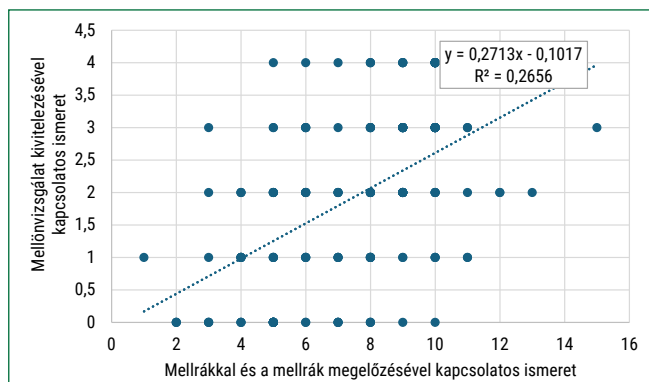
Az emlő önvizsgálatának gyakorlata

A mellőnvizsgálat helyes gyakorlatára vonatkozóan az alábbi kérdéseket tettük fel: „Hány lépésből áll az önvizsgálat? Ön szerint melyik a helyes sorrend az önvizsgálat kivitelezéséhez? A női ciklus mely szakaszában kell az önvizsgálatot elvégezni? Önellenőrzés során mit NEM szükséges ellenőrizni?” A felmérésünkben szereplő nők (n=166) 92,7%-a azt válaszolta, hogy hallott már a mellőnvizsgálatról, míg 7,2%-uk egyáltalán nem hallott róla és semmiféle információja sincs ezzel a preventív technikával kapcsolatban. Az önvizsgálat megfelelő elvégzése, kivitelezése a célpopulációban lévő nők között erősen eltérően alakult. A legtöbb válasz arra érkezett, hogy van ezzel kapcsolatban ismeretük, azonban úgy érzik, azok bővítésre szorulnak (62%). A válaszadók 16,2%-a tisztában volt a szakmai háttérével, de nem tudta,

hogy azt a gyakorlatban hogyan is kell kiviteleznie. Teljes ismerete volt és gyakorlati tapasztalattal is rendelkezett (13,8%) a nők kevesebb mint egynegyede. Akik pedig egyáltalán nem hallottak az emlők önvizsgálatának prevenció fontosságáról (7,8%), ők voltak a legkevesebben a megkérdezett hölgyek közül.

Az önvizsgálat helyes sorrendje nyolc lépésből áll, amelyet a nők többsége nem pontosan tud vagy nem megfelelő sorrendben végez el. A válaszadó nők közül rendkívül alacsony számban (29 fő) tudták, hogy nyolc lépés a kérdőívben szereplő helyes válasz. A legtöbb jelölés azonban a „nem tudom a pontos válasz”-ra esett (82 fő), a megkérdezett nők majdnem fele egyáltalán nincsen tisztában az önvizsgálat lépéseinek számát illetően. A helyes sorrendet 80 fő tudta, míg 50 fő nem tudta igazán, hogyan is vannak a lépések egymás után sorrendben. A mellönvizsgálatról szerzett információforrások a beérkezett adatok alapján a média (43,3%), a szakember (40,9%) és a családtag (32,5%) volt a leginkább jellemző válaszadási arány. Az önvizsgálat elvégzését havi rendszerességgel csak 37 fő tette meg. Jellemzően alkalmanként 92 fő végzi el az emlők átvizsgálását, míg 37-en egyáltalán nem végzik semmilyen időintervallumban sem. Havonta egy alkalommal kell kivitelezni a mellönvizsgálatának gyakorlatát, amit a válaszadók 28,9%-ban valósítanak meg. A felsorolt válaszadási lehetőségek közül a leginkább választott volt még a kéthavonta végzett önvizsgálat (18,6%) és a ritkán vagy éppen, amikor eszükbe jut a kivitelezése (23,4%). 13,2%-uk azonban soha nem végzi el az emlők önvizsgálatát, azaz 166 főből mindössze 22-en vannak azok a nők, akik nem csinálják kellő elhatározással. Fontos kiemelni, hogy a mell önvizsgálatát a menstruációs ciklus utáni ötödik-hetedik napon érdemes elvégezni. A célpopulációban lévő nők közül 57 fő válaszolta meg ezt a kérdést helyesen, míg a 166 főből 60-an azt válaszolták, hogy nem tudják a pontos választ. A menopauza utáni időszakban célszerű kijelölni egy meghatározott napot és azután mindig elvégezni az önvizsgálatot. A válaszadó nők között 37 fő úgy gondolta, így helyes kivitelezni a mellek áttapintását. Az önvizsgálat elvégzése létfontosságú szereppel rendelkezik főleg azért, mert a vizsgálat közben bármiféle tünetet vagy akár elváltozást is tapasztalhat az egyén. Ilyen elváltozások lehetnek az emlő bőrének elváltozása (például új redő, göb), a mell formájának megváltozása, a mellbimbó tartós behúzódása, csomó vagy göb az emlőben vagy akár a hónaljban és akár váladékozás a mellbimbóból – ezek mind a ko-

1. ábra. A mellrákkal és a mellrák megelőzésével kapcsolatos ismeret és a mellönvizsgálat kivitelezésével kapcsolatos ismeretek korrelációvizsgálata (n=166)



rai stádiumban lévő ráknak tipikus tünetei lehetnek. A válaszadók legtöbb arányban (61,4%) nem észleltek semmiféle elváltozást, míg voltak, akik (17,4%) nem is végzik az emlő önvizsgálatát, így természetesen az elváltozásokkal kapcsolatban sincsen semmiféle információjuk ($r=0,515$, $p<0,001$) (1. ábra).

A megkérdezett nők tápláltsági állapota megfelelőnek bizonyult. 65%-ban normális testarányúnak ítélték meg magukat a megkérdezettek. Köztük volt, aki 21%-ban elhízott volt, 4,8%-ban túlsúlyos és 9%-ban pedig sovány. Mindennapos testmozgást összességében egy héten legjelentősebb arányban senki sem végzett a nők közül (24,7%-ban), míg aki mindennap mozog, az csak mindössze 4,8%. A nők kimagszó többsége a genetikát (93,9%), a túlsúlyt (59,04%), a dohányzást (56,6%), a hormontartalmú gyógyszereket (57,2%), a szoros melltartó viselését (30,7%) és a 45 év feletti életkort (29,5%) gondolta leginkább rizikótényezőnek ($r=-0,059$; $p=0,449$).

A testképzavar mint egy kivételesen befolyásoló tényező is közrejátszhat az önvizsgálat kivitelezésében. Ezt a tényt egy testértékelési skála segítségével felmértük. Az eredmények azt mutatták, hogy átlagban (43,83 [SD=10,11]) a válaszok a gyakran és a mindig kategóriájába tartoztak. A skálában szereplő válaszok közül összesen 13 db volt. A skála egytől ötig terjedő számozással rendelkezett, ahol a „soha” választól egészen a „mindig”-ig ki lehetett választani a megkérdezetteknek. Ezek a kérdések rákérdeztek az egyén önértékelésére, hogy mennyire tiszteli és figyel oda testének szükségleteire. A kérdések között még szerepeltek azok a tények is, hogy a külső impulzusok (média) mennyire befolyásolják az egyén önképét, illetve mennyire élnek egészségtudatos életet, ami akár a pozitív énképüket kialakíthatja. A megkérdezett nők körében vizsgáltuk, a testképzavar és az emlő önvizsgálatának kivitelezése között

van-e esetleges összefüggés. A célpopulációban lévő nők által megválasztott kérdések eredményeit saját szerkesztésű és standard kérdőív segítségével mértük fel. A testértékelési skála átlagértéke $M=43,83$. A kapott adatok alapján a nők közül 37 főnél a testértékelési skála eredményének átlaga $M=48,84$ ($SD=3,206$) volt azok körében, akik végezték rendszeresen a mell önvizsgálatát. A legtöbb válasz a csak alkalmanként elvégzett önvizsgálatra érkezett (92 fő) és ugyancsak a testértékelési skálával összevetve átlagértékben $M=44,46$ ($SD=1,841$) volt. Akik nem végezték el az önvizsgálatot (37 fő), náluk jelentősen alacsonyabb volt az átlagértékhez való viszony $M=40,27$ ($SD=3,899$). A kapott értékeket összevetve kiderült, hogy az átlagértékek között szignifikáns különbség van ($p=0,040$). Azok, akik végezték az önvizsgálatot, befolyásolta őket a testükhöz való hozzáérés. Válaszaik alapján tiszteltben tartják testüket és ezáltal elvégzik a mell önvizsgálatát.

A nők többsége azért nem végzi el a mell önvizsgálatát, mert félnek, hogy valami probléma derül ki (18,2%), nem tulajdonítanak kellő mennyiségű figyelmet (7,83%), időt (13,9%), családjukban nem fordult elő ilyen fajta daganattípus (20%) vagy éppenséggel nem is tudják, hogyan is kell kivitelezni (26,9%) az önvizsgálat gyakorlatát. Azok a hölgyek, akik csak egy tényezőt jelöltek (85 fő), amiért nem végzik az önvizsgálatot, az átlaguk $M=43,87$. Ezeknek a tényezőknek az összességét egybevetve a testértékelési skálával kijött eredményként ($F(2,112)=1,706$; $p=0,186$).

A rizikótényezőkről és az önvizsgálatról a családi körben való információátadás külön nagy felelősséggel és esszenciális tényezőkkel bír, ami a nők életéért felel. A válaszadó nők körében 54,2%-uknál nem fordult még elő a családjukban ez a daganattípus. 23,5%-uk azt válaszolta, hogy náluk előfordult, de maximum csak egy személynél; egynél több személynél 4,8%-uk és végül 17,4%-uk nem tudott róla. Akiknél előfordult, ők rendszeresen eljárnak szűrésre (56,3%), míg 43,6% azt válaszolta, hogy nincsen rá ideje. Fontos felmérési eredmények között volt még az, hogy a megkérdezett nők családi körében az emlő önvizsgálatáról szó esik és alkalmazk-e rendszeresen. 43,3%-uk azt válaszolta, hogy „volt már róla szó”; 31,9%-uk pedig „beszélünk erről alkalmanként”, továbbá 15,6%-uk „nem tartja fontosnak” és végül 9,04%-uk csak az, akik „rendszeresen beszélnek” ennek a daganattípusnak a prevenció hátteréről (2. és 3. ábra).

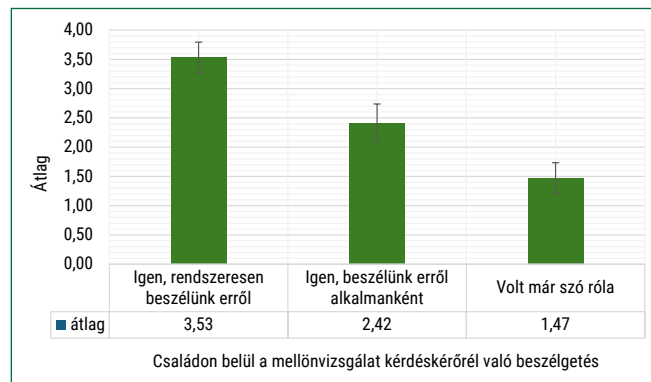
A megkérdezettek 74,7%-a (124 fő) nem volt még soha mellrák elleni egészségnevelő programon.

Megbeszélés

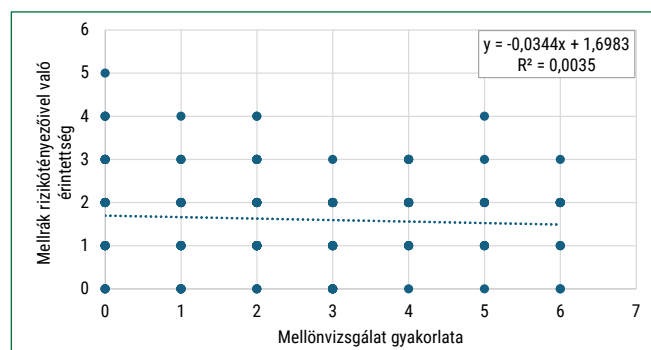
A nők körében a mellrák mortalitása globálisan megnőtt, a mellrák a leggyakoribb nőgyógyászati daganattípus (Pakai et al., 2017). Ennek a daganattípusnak időbeni felismerésére az egyik leghatékonyabb mód az emlők önvizsgálatának elvégzése. Vizsgálatunk célja volt igazolni azt a tényt, hogy azok a nők, akik saját testképüket nem fogadják el, ők nem végzik el havi rendszerességgel az emlők önvizsgálatát. Eredményeinkből arra következtethetünk, hogy a nőket nem befolyásolja a testükhöz való hozzáállásuk, nem emiatt a tény miatt végzik, illetve nem végzik az önvizsgálatot ($p>0,05$). Aki viszont rendszeresen gyakorolja az önvizsgálat technikáját, azok testértékelése kedvezőbb, szemben azokkal, akik csak alkalmanként ($p<0,05$).

Vizsgálatunkban összefüggést kerestünk az között a két tény között, hogy azok a nők, akik a mell önvizsgálata során felelősségtudatos magatartással vol-

2. ábra. Mellőnvizsgálat kivitelezésének átlagértékei a családon belüli önvizsgálatról való beszélgetés tükrében vizsgálva ($n=166$)



3. ábra. A mellőnvizsgálat gyakorlata és a mellrák rizikótényezőivel való érintettség kapcsolatának vizsgálata ($n=166$)



tak, ők több ismerettel rendelkeztek a mellrákról és a mellrák megelőzéséről. Összesítettük a mellőnvizsgálat kivitelezésére beérkezett adatokat és összevetettük a mellrák megelőzése érdekében felmért tudtáteszt eredményeivel. A legtöbb válasz arra érkezett, hogy van a mellrákkal kapcsolatban ismeretük, de azonban úgy érzik, azok bővítésre szorulnak (62%). Volt, aki tisztában volt a szakmai hátterével, de nem tudta, hogy azt a gyakorlatban hogyan is kell kiviteleznie (16,2%). Átfogó ismeretük volt és gyakorlati tapasztalattal is rendelkezett (13,8%) a nők kevesebb mint egynegyede. Akik pedig egyáltalán nem hallottak az emlők önvizsgálatának prevenció fontosságáról (7,8%), ők voltak a legkevesebben a megkérdezett hölgyek közül. Az ankarai egyetemista nők körében is felmérésre kerültek ezek az információk. A hallgatók 73,3%-a hallott már az emlők önvizsgálatáról. A hallgatóknak csak a fele szerzett további pluszinformációkat az önvizsgálatról. A diákok nagy többsége, 83,1%-a volt igazán tisztában az önvizsgálatról és annak létfontosságú céljával. A diákok több mint fele (52,5%) jelezte, hogy elvégzi az önvizsgálatot, és csak 33,3%-uk számolt be arról, hogy ezt rendszeresen, minden egyes alkalommal, havonta elvégezték. Bár azok, akik gyakorolták az önvizsgálatot, nem voltak teljesen tisztában azzal, hogy hogyan és mikor kell pontosan elvégezni azt (Koc et al., 2019). A fiatal nők nem rendelkeznek elegendő ismerettel az emlőrák korai diagnosztikáról, vagy nem gyakorolják az emlők önvizsgálatát, mivel úgy vélik, hogy náluk nagyon alacsony a mellrák kialakulásának kockázata. A kérdőívünkben megválaszolt kérdések ellenkező eredményeket hoztak. A helyes önvizsgálat kivitelezéséről való kérdések összessége átlagban 1,92 (SD=1,32) lett. A mellrákról való információról és megelőzésének kivédéséről a válaszadók átlagértéke 7,46 (SD=2,51) lett. Az előbbi két változó közötti korrelációt vizsgálva erős, pozitív irányú kapcsolat mutatkozott meg ($r=0,515$ $p<0,001$). Azok a nők, akik tisztában vannak a mellrák tüneteit, rizikótényezőit illetően, sokkal inkább előnyben részesítik az önvizsgálat kivitelezését.

A családban lévő információátadás a mellrákról és az önvizsgálatról szerte a világon mindenhol fontos tényező. A mellrákra predisponáló tényezők emelkedése nagymértékben jelen van a társadalom életében. A nők hiányos ismerettel rendelkeznek az emlőrák kialakulásában szerepet játszó rizikótényezők tekintetében (Farkasné et al., 2014). A mellrákra veszélyeztető tényezők számának emelkedése nem ösztönözte a nőket az önvizsgálat pontosabb gyakorlatának elvégzésében ($p>0,05$). A Sharjah Egyetem

hallgatói körében is felmérték a mell önvizsgálatának gyakorlatát és tudását, illetve a rizikótényezők meglétét. Körülbelül 61,8%-uk volt tisztában a kockázati tényezőkkel, de csak mindössze 38,2%-uk tudta pontosan, mik is a figyelmeztető tünetek. A leggyakrabban azonosított kockázati tényezők: a mellrák családi és személyes története (82,2%), az emlő funkcionális megváltozása (80,1%), méretének és alakjának változása (74,7%), valamint a mellben vagy a hónaljban jelentkező fájdalom (73,3%) volt. A legkevésbé azonosított emlőrákra figyelmeztető jelek a mellbimbón való kiütés vagy fekély, illetve a kar duzzanata (37,8% és 26,1%) volt (Rahman et al., 2019). Az összefüggés azt mutatta meg, hogy más országokban is a rizikótényezők meglétét a nők nem tekintik figyelmeztető jelzésként. A nők körében nagy szükség lenne, hogy bővítsék a mellrákra és az önvizsgálatra vonatkozó felelősségérzetet.

A daganatos betegségek megelőzésére irányuló egészségnevelő programok jótékonyan hatnak az emberre. Az önvizsgálat helyes kivitelezéséhez is akár ezek a programok, kampányok, rendezvények nagymértékben hozzájárulhatnak. A megkérdezettek 74,7%-a nem volt még soha mellrák elleni egészségnevelő programon. Akik részt vettek a rákmegelőzési kampányokon és végezték az emlők önvizsgálatát, ők 22-en voltak (53,6%). A daganatos betegségek megelőzésére irányuló egészségnevelő programokon való részvétel a nők rendszeres önvizsgálatát eredményezte ($p<0,05$). A Buea Egyetem hallgatói között is felmérték a mell önvizsgálatával kapcsolatos ismereteket, attitűdöket és kivitelezéseket. A megkérdezett hallgatók között 182 diákból összesen 166 töltötte ki a kérdőívet. A hallgatók 88,6%-a az önvizsgálatot kiemelkedően fontos technikának tartotta az emlőrák korai stádiumának felismerésében. Többségük (81,9%) azt állította, hogy a kampányok motiválták őket az emlő önvizsgálatának elvégzésére (Nde et al., 2015).

Összességében levonható a konklúzió, hogy rengeteg pozitív értékkel rendelkeznek a családon belül és a társadalom által létrehozott programok információforrásai a mellrákról, annak megelőzéséről és az önvizsgálat létfontosságú végrehajtásáról. Az emlők önvizsgálatának kivitelezését nagymértékben befolyásolta a mellrák kialakulásához vezető rizikótényezőknek a megléte. Az önvizsgálat akár életet menthet, így a jövőben törekedni és még nagyobb hangsúlyt kell fektetni a mellrák megelőzésének elterjesztésére, kimondottan azon nők körében, akik kevesebb ismerettel rendelkeznek ebben a témakörben, és jellemzően távol maradnak a közösségi egészségfejlesztési programoktól.

Szerzői munkamegosztás: K. I., M. P. K., K. L.: Irodalomkutatás, a kézirat megszövegezése. K. I., M. P. K., K. P. A.: A vizsgálat megtervezése. K. L.: Adatok gyűjtése. M. P. K., K. I., K.-L. K., K. P. A.: Statisztikai elemzés. K. P. A.: A kézirat véleményezése. A közlemény más folyóiratban korábban nem jelent meg és nem került beküldésre. A szerzői útmutatót valamennyi szerző elolvasta.

A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Anyagi támogatás: A kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségek.

Irodalomjegyzék

- Béres, A., Czeglédi, E., & Babusa, B. (2013). A testedzésfüggőség és a testkép vizsgálata fitneszedzést végző nők körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 1(2): 91–114. <https://doi.org/10.1556/Mental.14.2013.2.1>
- Farkasné, Buzánczky, G., Vajda, R., Kivés, Zs., Várady, H. Á., Pakai, A. (2014) Emlőszűrésen való megjelenés vizsgálata Bács-Kiskun megyében élő nők körében. *Ápolásügy: A Magyar Ápolási Egyesület továbbképző és tájékoztató kiadványa* 28(2): 15–18.
- Kassie, A. M., Abate, B. B., Kassaw, M. W., & Shiferaw, W. S. (2021). Breast Self-Examination Practice Among Female University Students in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cancer Control: Journal of the Moffitt Cancer Center*, 28, 10732748211019137. <https://doi.org/10.1177/10732748211019137>
- Koc, G., Gulen-Savas, H., Ergol, S., Yildirim-Cetinkaya, M., & Aydin, N. (2019). Female university students' knowledge and practice of breast self-examination in Turkey. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 22(3), 410–415. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_341_18
- Mohamed, A. O. A., Nori, M. M. M., Ahmed, A. S. M., Altamih, R. A. A., & Kunna, E. S. M. (2020). Knowledge, attitude, and practice of breast cancer and breast self-examination among female detainees in Khartoum, Sudan 2018. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 61(3), E470–E475. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2020.61.3.1404>
- Nde, F. P., Assob, J. C., Kwenti, T. E., Njunda, A. L., & Tainenbe, T. R. (2015). Knowledge, attitude and practice of breast self-examination among female undergraduate students in the University of Buea. *BMC Research Notes*, 8, 43. <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1004-4>
- Pakai, A., Kivés, Zs. (2013). Kutatásról ápolóknak. Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészségtudományi kutatásokban. *Nővér*, 26(3): 20–43.
- Pakai, A., Oláh, A., Farkasné, Buzánczky, G., Sélleyné, Gyúró, M., Brantmüller, É. (2017). Attitude examination related to breast cancer among women in Bács-Kiskun county, Hungary. *Practice and Theory In Systems Of Education* 11(3): 223–232. <https://doi.org/10.1515/ptse-2016-0021>
- Rahman, S. A., Al-Marzouki, A., Otím, M., Khalil Khayat, N. E. H., Yousuf, R., & Rahman, P. (2019). Awareness about Breast Cancer and Breast Self-Examination among Female Students at the University of Sharjah: A Cross-Sectional Study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 20(6), 1901–1908. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2019.20.6.1901>

Nursing and Primary Health Care: Towards the realization of Universal Health Coverage

Az Ápolók Nemzetközi Tanácsa (International Council of Nurses, ICN) az idei év szeptemberében átfogó jelentést tett közzé „Nursing and Primary Health Care: Towards the realization of Universal Health Coverage” címmel.

A komplex tanulmány célja egy átalakító vízió megfogalmazása az alapellátás területén, amely kulcsfontosságú az egyetemes egészségügyi lefedettség, hozzáférhetőség biztosításához, megvalósításához. Az ápolók széleskörű közösségi és otthoni ápolási tapasztalattal rendelkeznek, éppen ezért ennek a vízióknak a frontvonalában állnak.

A jelentés hangsúlyozza, hogy az alapellátás holisztikus megközelítést képvisel, célja az egyének és közösségek egészsége és jóléte, biztosítva, hogy még a legsebezhetőbbek is olyan egészségügyi ellátásban részesüljenek, amely biztonságos, megfizethető és elérhető. A hangsúly az egyének egészségi szükségleteivel való proaktív foglalkozáson van, amely az egészségfejlesztéstől a palliatív ellátásig terjed, lehetőleg a lakó- és munkahelyekhez közel nyújtva.

Az ápolásba történő befektetés kiemelkedő fontosságú stratégia, amely képes optimalizálni az alapellátást, miközben biztosítja annak rezilienciáját az egészségügyi válságok során, és fenntartja az ellátás folytonosságát a lakosság számára. Vallják, hogy a kiterjesztett hatáskörű ápolók (APN) ígéretes megoldást jelentenek a növekvő háziorvosi hiányosságokkal szemben.

(Forrás: <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/nursing-and-primary-health-care-towards-realization-universal>)

EREDETI KÖZLEMÉNY

Változókorban élő nők életminőségének, a depresszió és a stressz mértékének vizsgálata

CSETVEI Alexandra, PÜSPÖK Noémi, GOMBÁROVITY Elvira,
DR. KARÁCSONY Ilona PhD, DR. HABIL PAKAI Annamária PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: Célunk volt felmérni a változókorban élő nők életminőségét, tüneteik súlyosságának fokát, a depresszió és stressz mértékét.

Anyag és módszerek: A keresztmetszeti vizsgálatot 2023. június és december között végeztük. A mintavétel célcsoportja a 45–65 éves változókorban lévő nők (n=243) voltak. Saját szerkesztésű és validált kérdőíveket alkalmaztunk (MRS, SF-36, PSS, BDI). Leíró statisztikát, t-próbát, korrelációt, és χ^2 -próbát számoltunk Excel szoftverrel (p<0,05).

Eredmények: Az SF-36 dimenziói negatív irányú korrelációs kapcsolatot mutatnak az MRS, BDI és PSS pontszámaival (p<0,05). Az alvásproblémákkal küzdő nők MRS- és BDI-pontszáma szignifikánsan magasabb volt (p<0,05). Közepes, jelentős korrelációs kapcsolatot figyeltünk meg a BDI és az MRS között (r=0,534, p<0,05). Az optimista nők PSS- és MRS-pontszámai szignifikánsan alacsonyabbak voltak, mint a pesszimista nők pontszámai (p<0,05).

Következtetés: Elmondható, hogy a változókorban élő nőknél gyakori a súlyos depresszió, a magasabb fokú stressz és az ezzel járó alacsonyabb életminőség.

Kulcsszavak: változókor, életminőség, depresszió, stressz

Study of the Quality of Life, Depression and Stress Levels in Women going through Menopause
Alexandra CSETVEI, Noémi PÜSPÖK, Elvira GOMBÁROVITY, Ilona KARÁCSONY PhD, Annamária PAKAI PhD. HABIL

SUMMARY

Purpose: The aim was to assess the quality of life, severity of symptoms, level of depression, and stress among women in menopause.

Material and methods: The cross-sectional study was conducted between June and December 2023. The target group comprised women aged 45-65 in menopause (n=243). Self-designed and validated questionnaires were used (MRS, SF-36, PSS, BDI). Descriptive statistics, t-tests, correlations, and chi-square tests were calculated using Excel software (p<0.05).

Results: The dimensions of SF-36 showed negative correlations with scores of MRS, BDI, and PSS (p<0.05). Women experiencing sleep problems had significantly higher scores in MRS and BDI (p<0.05). A moderate correlation was observed between BDI and MRS (r=0.534, p<0.05). Optimistic women had significantly lower PSS and MRS scores compared to pessimistic women (p<0.05).

Conclusions: Women in menopause frequently experience severe depression, higher levels of stress, and lower quality of life.

Keywords: menopause, quality of life, depression, stress

CSETVEI Alexandra,
ápoló Bsc

PÜSPÖK Noémi ápoló Bsc,
abszolvált hallgató

GOMBÁROVITY Elvira ápoló Bsc,
Dr. Đorđe Lazić Egészség ház
Zombor

DR. KARÁCSONY Ilona PhD
egyetemi adjunktus, Pécsi
Tudományegyetem Egész-
ségtudományi Kar, Egészség-
tudományi Alapozó, Szülésznői
és Védőnői Intézet, Védőnői és
Prevenációs Tanszék
ORCID-azonosító:
0000-0003-3336-9376

DR. HABIL PAKAI Annamária
PhD egyetemi docens, mb.
intézetigazgató-helyettes,
Pécsi Tudományegyetem,
Egészségtudományi Kar,
Sürgősségi, Egészség-
pedagógiai és Ápolástudo-
mányi Intézet, Oxiológiai,
Sürgősségi Ellátási Tanszék
ORCID-azonosító:
0000-0002-2849-1310

Levelező szerző

(corresponding author):

CSETVEI Alexandra

E-mail:

alexandra.csetvei05@gmail.com

Beérkezett: 2024. július 2.

Elfogadva: 2024. szeptember 1.

Bevezetés

A nők életében a menopauza a termékenység időszakának végét jelenti (Alam et al., 2020). Bár a változókori beállta egy természetes folyamat, befolyással bírhat a hangulatra és az életminőségre. A demográfiai adatok azt mutatják, hogy évente körülbelül 25 millió nő éli át a változókort világszerte. Azok a nők, akiknél korábban jelenik meg a menopauza, két-háromszor nagyobb valószínűséggel szenvednek depresszióban, mint a premenopauzában lévő nők, továbbá tizennégyszeresére nőtt a késői menopauzában előforduló depresszió (Zeng et al., 2019a). A változókori gyakran jár olyan pszichés tünetekkel (hangulatingadozások, depresszió), amelyek jelentősen rontják az életminőséget (Jalava-Broman et al., 2020). A menopauza jellemzően 40-60 éves kor között jelentkezik, de az első tünetek akár évekkel korábban is megjelenhetnek. Statisztikailag a menopauza körülbelül 10 évig tart (Krajewska-Ferishah et al., 2022). Kettő-nyolc év kell ahhoz, hogy a nők a menopauza előtti állapotból (premenopauza) a menopauzába lépjenek. A változókori a hormonális változások befolyásolhatják a hangulatot, depresszióhoz és szorongáshoz vezethetnek (Monfaredi et al., 2022). Ismeretes, hogy a nőknél nagyobb a depresszió prevalenciája, mint a férfiaknál, az arány megközelítőleg 2:1 (Jung et al., 2015). A pubertáskor és a menopauza időszakában is nagyobb arányban fordulnak elő a major depressziós rendellenességek (MDD) nőknél, mint férfiaknál, ami alátámasztja azt, hogy az ösztrogén változásai szerepet játszhatnak a hangulatban bekövetkező változásokban (Albert et al., 2021). Számos feljegyzés arra utal, hogy a depresszió gyakrabban fordul elő a perimenopauzában lévő nőknél, mint a premenopauzális és posztmenopauzális időszakban, azonban a korai posztmenopauza szintén hajlamosít a depresszióra (Owsianowska et al., 2020). A depressziós tünetek mérése, a szűrés egyszerűbb folyamat, mint a depresszió klinikai diagnózisa az epidemiológiai vizsgálatok során, ezért a változókori lévő nők körében végzett legtöbb tanulmány a depressziós tünetekre (majd a depresszióra) összpontosít értékelési skálák segítségével (Zeng et al., 2019b). Sok nő nem fordul pszichológushoz a hangulati zavarokkal, mert a mentális egészségügyi problémák megbélyegzettek (Xiao et al., 2020). Fontos odafigyelni erre az időszakra és hangsúlyt fektetni az életminőség javítására (Monfaredi et al., 2022). Ha a nők kellő ismeretekkel rendelkeznek a menopauzában jelentkező tünetekről, akkor jobban elviselik ennek az időszaknak a szövődményeit, és megfelelő kezeléssel megakadályozhatják a súlyosabb és visszafordíthatatlan szövődményeket (Najimi et al., 2020).

Rövidítések jegyzéke

BDI = (Beck Depression Inventory) Beck depresszió-kérdőív
 MRS = (Menopause Rating Scale) Menopauza-értékelési skála
 PSS = (Perceived Stress Scale) Észlelt stressz kérdőív
 SF-36 = (36-item Short Form Health Survey) 36 tételből álló általános egészségi állapot kérdőív

Anyag és módszer

A leíró, keresztmetszeti, kvantitatív vizsgálatot 2023. június és 2023. december között végeztük. A nem véletlenszerű, célirányos, szakértői mintaválasztás során hólabdamódszert alkalmazva, a célcsoportba a 45-65 év közötti változókori lévő nők kerültek be (N=243). A kutatás a közösségi média felületén, Szerbiában, a Vajdaság területén és Magyarországon zajlott. Kizárási kritériumnak számított az alkohol és kábítószer fogyasztása, a hangulati változásokat befolyásoló gyógyszerek rendszeres szedése (mint például szorongásoldók, antidepresszánsok), illetve a kötelező kérdések kihagyása.

Az online módon kiosztott kérdőív során 243 kiöltés érkezett be, a résztvevők válaszait áttekintettük, minden válaszadó megfelelt a beválasztási kritériumoknak, senki sem került kizárára. A kérdőívben szociodemográfiai (nem, életkor, lakhely, foglalkozás, iskolázottság, családi állapot, gyermekek), hangulatban bekövetkező változásokkal összefüggő és a változókori, valamint betegségekkel kapcsolatos kérdéseket tettünk fel (menstruációs vérzés, tünetek, krónikus betegségek, alvászavar, változókorihoz való hozzáállás, személyiségtípus).

A változókori előforduló tünetek súlyossági fokát a Menopause Rating Scale-lel (MRS) mértük fel, amely 11 tünetet sorol fel, a pontszámok pedig növekednek a tünetek súlyosságának fokozódásával (0=nincs tünet, 4=nagyon súlyos), 16 pont felett súlyos fokú tünetekről beszélünk. A tüneteket három alcsoportba sorolja, ezek a szomatikus, pszichikai és urogenitális tünetek (Hauser et al., 1994).

A stressz szintjét a Perceived Stress Scale-lel (PSS) határoztuk meg. Ez a kérdőív azokra a gondolatokra kérdez rá, amelyek az adott személy stresszézelését jellemzik. A magasabb pontszámok a stresszhelyzetek nagyobb gyakoriságát, illetve a sikeresebb megküzdést jelzik. A Perceived Stress Scale kérdéseire adott válaszok pontszámainak összeadásával összpontszám számolandó, amely az észlelt stressz szintjét mutatja (Cohen et al., 1983).

Az életminőség szintjét a Short Form Health Survey-vel (SF-36) kívántuk felmérni. A kérdőív az alanyok saját egészségi állapotáról gyűjt információt. Segítségével nyomon követhető, hogy a kitöltő hogyan érzi magát, illetve mennyire képes bizonyos tevékenységeket elvégezni. Az SF-36 kérdőívénél a 0 pont a legrosszabb életminőséget jelenti, a 100 pont pedig a lehető legjobb életminőséget jelzi. Nyolc csoportot határoz meg (fizikai működés, fizikai szerep, testi fájdalom, általános egészség, vitalitás, szociális működés, érzelmi szerep, mentális egészség) (Brazier et al., 1992).

A depresszió tüneteinek súlyossági fokát a Beck Depression Inventory-vel (BDI) elemeztük. A kérdőív a depresszió rizikójának mértékét méri fel, a kérdéseknél az egyénnek azt kell jelölnie, ami az elmúlt héttől számítva a jelenlegi érzéseit a legjobban leírja. A pontszámok alapján különböző kategóriákba sorolja a résztvevőket (Beck et al., 1961).

Az adatokat leíró statisztikával (gyakoriság, átlag, szórás, minimum, maximum) és matematikai statisztikával (χ^2 -próba, t-próba, korreláció) elemeztük. Az eredményeket átlag és gyakoriság megbízhatósági tartománnyal prezentáltuk és $p < 0,05$ mellett tekintettük szignifikánsnak. A számításokat a Microsoft Excel szoftverrel végeztük. Az etikai megfelelőségi szempontok érvényesülése alapján a kérdőív kitöltése önkéntes és anonim módon történt. A kutatásban résztvevők adatait bizalmasan kezeltük, az anonimitást és a kapott adatokat végig megőriztük (Pakai & Kívés, 2013).

Eredmények

Szociodemográfiai adatok

A válaszadók átlagéletkora $51,47 \pm 4,04$ év, a legfiatalabb nő 45 éves, a legidősebb 65 éves. A kitöltők 65,02%-a ($n=158$) Magyarországon, 31,69%-a ($n=77$) Szerbiában, 3,29%-uk ($n=8$) pedig egyéb országokban (Anglia, Ausztria, Németország, Horvátország, Norvégia, Szlovákia, Írország) él. Település tekintetében 57,61%-uk ($n=140$) városban, míg 42,39%-uk ($n=103$) falun él. Családi állapot tekintetében a válaszadók 60,08%-a ($n=146$) házas, 18,11%-uk ($n=44$) élettársi kapcsolatban, 11,11%-uk ($n=27$) egyedül él, 8,23%-uk ($n=20$) elvált, 2,47%-uk ($n=6$) pedig özvegy. A 243 nő 87,24%-ának ($n=212$) van gyermeke, míg 12,76%-ának ($n=31$) nincs gyermeke. Az iskolázottság tekintetében 54,32%-uk ($n=132$) középiskolai, 41,98%-uk ($n=102$) főiskolai vagy egyetemi, 3,29%-uk ($n=8$) 8 általános és 0,41%-uk ($n=1$) pedig kevesebb, mint 8 általános iskolai végzettséggel rendelkezik. Foglalkozás tekintetében 55,14%-uk ($n=134$) aktív szellemi munkát

végez, 34,98%-uk ($n=85$) aktív fizikai munkát végez, 6,58%-uk ($n=16$) jelenleg állást keres, 2,47%-uk ($n=6$) már nyugdíjas és 0,82%-uk ($n=2$) rokkantnyugdíjas. A válaszadók 76,95%-a ($n=187$) nem dohányzik, míg 23,05%-uk ($n=56$) aktív dohányzó.

Változókorra és betegségekre vonatkozó adatok

A megkérdezett nők első menstruációs vérzése átlagban $13 \pm 1,52$ éves korban jelentkezett (minimum=9, maximum=20). A megkérdezettek 54,73%-ának ($n=133$) menstruációs ciklusa már megszűnt, 32,10%-ának ($n=78$) rendszertelenné vált, 13,17%-ának ($n=32$) pedig még rendszeres a menstruációs vérzése. A válaszadók 54,73%-ának ($n=133$) átlagban $48,89 \pm 4,67$ éves korában volt az utolsó vérzése (minimum=26, maximum=56). A menstruációs ciklusuk végének beállta 78,20%-ban ($n=104$) természetes módon zajlott, 14,29%-ban ($n=19$) méh- vagy petefészkek-eltávolítás eredményeképp, 5,26%-ban ($n=7$) egyéb sebészeti beavatkozás következtében, 2,26%-ban ($n=3$) pedig rosszindulatú daganat (sugarterápia/kemoterápia) miatt következett be. A változókorrhoz köthető tünetek átlagban $47,40 \pm 3,78$ éves korban jelentkeztek először (minimum=30, maximum=60). A tüneteket tekintve a kitöltők 60,49%-a ($n=147$) fizikai és szellemi kimerültségre, 48,15%-a ($n=117$) izületi és izompanaszokra, 59,26%-a ($n=144$) ingerlékenységre, 68,72%-a ($n=167$) alvászavarokra, 47,74%-a ($n=116$) szorongásra, 40,74%-a ($n=99$) levertségre, 72,43%-a ($n=176$) hőhullámokra, 26,34%-a ($n=64$) fejfájásra, 39,51%-a ($n=96$) hajhullásra, 38,27%-a ($n=93$) erős szívdobogásra, 48,97%-a ($n=119$) libidócsökkenésre, 25,10%-a ($n=61$) szédülésre, 30,04%-a ($n=73$) vizelettartási nehézségre, 13,17%-a ($n=32$) hüvelygyulladásra, 1,65%-a ($n=4$) pedig hüvelyszárazságra panaszkodott.

Az összes kitöltő 61,73%-ának ($n=150$) nincs, 38,27%-ának ($n=93$) pedig van valamilyen krónikus betegsége.

A kitöltők 33,33%-ánál ($n=81$) ritkán vagy nem, 66,66%-ánál ($n=162$) viszont sűrűn fordul elő alvásprobléma. Az alvásproblémák tekintetében 22,47%-uk ($n=40$) az aluszékonyságot, 50,56%-uk ($n=90$) az álmatlanságot, 56,74%-uk ($n=101$) az éjszakai fölriadásokat, 14,04%-uk ($n=25$) a hirtelen nappali elalvást jelezte.

A válaszadók 53,09%-a ($n=129$) használ valamilyen természetes módszert a stressz csökkentésére, míg 46,91%-uk ($n=114$) nem. A kitöltők 79,84%-a ($n=194$) optimistának, 20,16%-a ($n=49$) pesszimistának vallja magát.

Azt is megkérdeztük, hogyan fogadták a változókör közeledtét/beálltát: 21,81%-uk ($n=53$) megkönnyebbülést érzett, 16,87%-uk ($n=41$) kevésbé

érzi magát nőnek, 31,69%-uk (n=77) fél a különböző betegségek megjelenésétől, 46,50%-uk (n=113) rosszul érzi magát a bőrében, 37,86%-uk (n=92) úgy érzi, elvesztette a vonzerejét, 13,99%-uk (n=34) értéktelennek érzi magát, 27,16%-uk (n=66) jelezte az öregedéstől való félelemérzetét, 9,88%-uk (n=24) pedig semleges vagy pozitív választ adott.

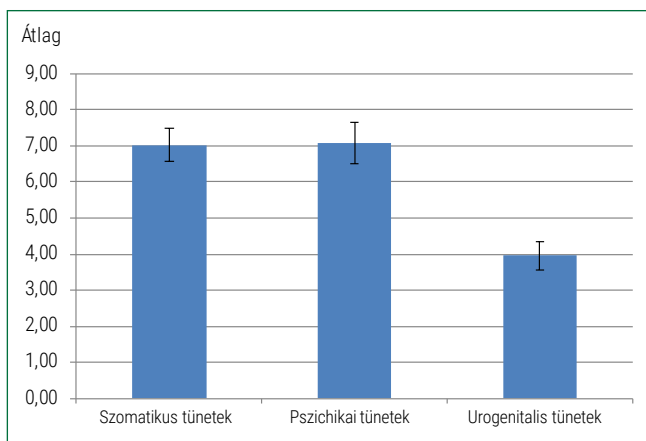
A Menopause Rating Scale eredményei

A maximális elérhető pontszám a 44 pont volt. A megkérdezettek összpontszámának átlaga $18,05 \pm 9,00$ pont (minimum=0, maximum=42). A tünetek súlyosságának kategóriái alapján a kitöltők 5,35%-ánál (n=13) nem jelentkezett vagy kismértékű panaszokat tapasztaltak, 8,64%-uk (n=21) enyhe, 25,10%-uk (n=61) mérsékelt és 56,38%-uk (n=137) súlyos tüneteket jelzett. További kategóriákba sorolva, a szomatikus tünetek alapján a megkérdezettek átlagosan $7,02 \pm 3,66$ pontot értek el (a maximális elérhető pontszám 16 pont), pszichikai tüneteket tekintve $7,7 \pm 4,49$ (a maximális elérhető pontszám 16 pont), míg urogenitalis tünetek tekintetében $3,95 \pm 3,03$ (a maximális elérhető pontszám 12 pont) pontra értékeltük panaszait (1. ábra).

A Magyarországon élő megkérdezettek 3,80%-ának (n=6) nincs vagy kevés tünete van, 6,33%-a (n=10) az enyhe, 25,32%-a (n=40) a mérsékelt és 64,56%-a (n=102) a súlyos kategóriába tartozott. Az átlagpontszám ebben az esetben $19,25 \pm 8,95$ (minimum=0, maximum=42). A Szerbiában élő válaszadó nők 11,69%-ánál (n=9) nincs vagy kevés panasz jelentkezett, 14,29%-ánál (n=11) enyhe, 25,97%-ánál (n=20) mérsékelt és 48,05%-ánál (n=37) súlyosabb mértékű tünetek fordultak elő. Átlagosan $14,97 \pm 8,37$ pontot értek el (minimum=7, maximum=36). A minta Magyarországon élő részének MRS-átlagpontszáma szignifikánsan magasabb, mint a Szerbiában élők pontszáma ($p < 0,01$).

A korosztály tekintetében a 45–55 évesek 5,80%-a (n=12) nincs vagy alacsonyabb mértékű tüneteket tapasztal, 8,21%-a (n=17) enyhe, 24,64%-a (n=51) mérsékelt és 61,35%-a (n=127) súlyos panaszokkal küzd. Átlagosan $18,52 \pm 9,07$ pontot értek el (minimum=0, maximum=42). Az 56–65 évesek 8,33%-a (n=3) nem, vagy alacsonyabb fokú szimptomákat érzékel, 11,11%-a (n=4) enyhe, 27,78%-a (n=10) mérsékelt és 52,78%-a (n=19) pedig súlyos tünetektől szenved. Átlagpontszámuk $15,36 \pm 8,16$ pont (minimum=0, maximum=34). Az életkor vonatkozásában tendenciaszintű különbség állapítható meg a változókori tüneteknek súlyossági fokát illetően ($p = 0,052$).

1. ábra: Menopause Rating Scale értékelése (N=243)

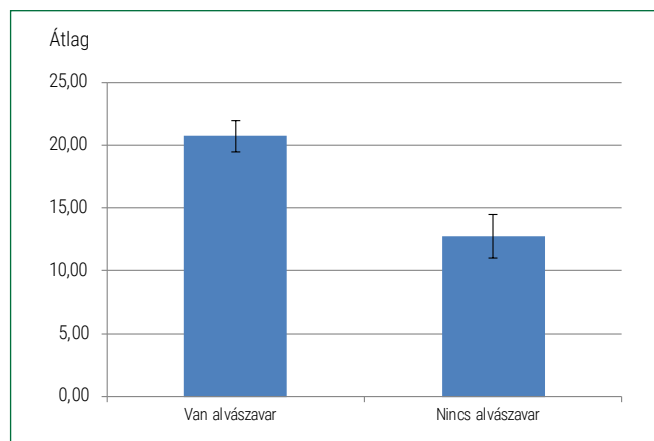


Iskolázottság tekintetében a középiskolai vagy annál alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők (8 általános iskola vagy annál kevesebb, középiskola) 4,96%-ának (n=7) az MRS besorolása alapján nincs vagy kevés tünete van, 7,09%-ának (n=10) enyhe, 24,82%-ának (n=35) mérsékelt és 63,12%-ának (n=89) súlyos tünetei vannak. Az átlag-MRS-pontszám ebben a csoportban $18,74 \pm 8,79$ pont (minimum=0, maximum=40). A magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők (főiskola, egyetem) 7,84%-a (n=8) a nincs vagy kevés, 10,78%-a (n=11) az enyhe, 25,49%-a (n=26) a mérsékelt és 55,88%-a (n=57) a súlyos tünetek besorolási kategóriába tartozik. Az átlagpontszám ezen csoportnál $17,09 \pm 9,24$ pont (minimum=0, maximum=42). Az alacsonyabb és a magasabb iskolázottság tekintetében nincs kimutatható szignifikáns különbség ($p = 0,157$).

Az egyedülálló nők (idetartozik az, aki egyedül él, elvált vagy özvegy) 9,43%-ának (n=5) nincs vagy kevés, szintén 9,43%-ának (n=5) enyhe, 22,64%-ának (n=12) mérsékelt és 58,49%-ának (n=31) súlyosra értékelt szimptomái vannak. Átlagosan $16,98 \pm 8,97$ pontot értek el (minimum=0, maximum=36). A társas kapcsolatban lévők (élettársi kapcsolatban élők, házasságok) 5,26%-ának (n=10) nincs vagy kevés tünete van, 8,42%-ának (n=16) enyhe, 25,79%-ának (n=49) mérsékelt és 60,53%-ának (n=115) súlyos mértékű panaszai vannak. Az összesített átlagpontszámuk pedig $18,35 \pm 9,01$ pont (minimum=0, maximum=42). Az egyedülálló nők és az élettárral vagy házasságban élő nők között az MRS-pontszám függvényében nincs szignifikáns különbség ($p = 0,329$).

A vidéken élők 8,74%-ának (n=9) nincs vagy kevés, úgyszintén 8,74%-ának (n=9) enyhe, 30,10%-ának (n=31) mérsékelt és 52,43%-ának súlyos szintű változókori jelentkező panaszja van. Az eredmények szempontjából $16,62 \pm 9,05$ pontot értek el átlagosan (minimum=0, maximum=36). A városban élők

2. ábra: Menopause Rating Scale-pontszám alvászavar tekintetében (N=243)



4,29%-ának (n=6) nincs vagy kevés mértékű, 8,57%-a (n=12) az enyhe, 21,43%-a (n=30) a mérsékelt és 65,74%-a (n=92) a súlyos szintű tüneti besoroláshoz tartozik, átlagpontszámuk $19,10 \pm 8,85$ (minimum=0, maximum=42). A városban élő nők MRS-pontszáma szignifikánsan magasabb, mint a vidéken élő nők pontszáma ($p=0,034$).

A perimenopauzában lévő nők (idetartoznak azok a nők, akiknek még rendszeres vagy rendszertelenné vált a menstruációs vérzésük) 10,00%-ának (n=11) nincs vagy kevés tünetre panaszkodik, 11,82%-a (n=13) enyhe, 22,73%-a (n=25) mérsékelt és 55,45%-a (n=61) súlyos panaszokkal küzd az MRS szerint. Az átlagpontszám ennél a csoportnál $16,95 \pm 9,52$ pont volt (minimum=0, maximum=37). A posztmenopauzában lévő nők csoportjában (amelyhez azon személyek tartoznak, akiknek már megszűnt a menstruációs vérzésük) 3,01%-uknak (n=4) nincs vagy kevés, 6,02%-uknak (n=8) enyhe, 27,07%-uknak (n=36) mérsékelt és 63,94%-uknak (n=85) súlyos szimptomáik vannak. Ennél a csoportnál a pontszám átlagosan $18,96 \pm 8,47$ pont volt (minimum=0, maximum=42). A perimenopauza és a posztmenopauza-csoport között nincs szignifikáns különbség az MRS-pontszámokat tekintve ($p=0,082$).

Azon nők, akiknél természetes módon ért véget a menstruációs vérzés, szignifikánsan alacsonyabb MRS-pontszámot értek el, mint azok, akiknek valamilyen egyéb sebészeti beavatkozás következtében ért véget menstruációs ciklusuk ($p=0,037$).

Azon nők, akik jelezték, hogy előfordul náluk alvászavar, 0,62%-ban (n=1) nem tapasztalható vagy alacsony szintű tüneteket jeleztek, 4,94%-ban (n=8) enyhe, 23,46%-ban (n=38) mérsékelt és 70,99%-ban (n=115) súlyos szimptomáktól szenvednek. Az átlagpontszám $20,70 \pm 8,33$ pont volt (minimum=1,

maximum=42). Akiknél ezen probléma nem fordul elő, 17,28%-ban (n=14) nem vagy alacsonyabb szinten érzékelték, 16,05%-ban (n=13) enyhe, 28,40%-ban (n=23) mérsékelt és 38,27%-ban (n=31) súlyos panaszokkal küszködnek. Átlagosan $12,75 \pm 7,92$ pontot értek el (minimum=0, maximum=32). Az alvásproblémákkal rendelkező nők MRS-pontszáma szignifikánsan magasabb, mint az alvásproblémákkal nem rendelkező nők pontszáma ($p<0,01$) (2. ábra).

A krónikus betegségben szenvedők 3,23%-ának (n=3) nincs vagy alacsony mértékű tünetei vannak, 5,38%-a (n=5) az enyhe, 17,20%-a (n=16) a mérsékelt és 74,19%-a (n=69) a súlyos kategóriába vonható az MRS-pontszámok vonatkozásában. Az átlagpontszám $20,71 \pm 8,88$ volt (minimum=2, maximum=42). A krónikus betegséggel nem rendelkező résztvevők 8,00%-a (n=12) nem vagy alacsonyabb fokú tüneteket tapasztal, 10,67%-uknál (n=16) enyhe, 30,00%-uknál (n=45) mérsékelt és 51,33%-uknál (n=77) súlyos tünetek figyelhetők meg. Átlagosan $16,40 \pm 8,70$ pontot értek el (minimum=0, maximum=37). A krónikus betegségben szenvedők MRS-pontszáma szignifikánsan magasabb, mint akik nem szenvednek semmilyen krónikus betegségben ($p<0,01$).

A személyiségtípusokat tekintve két csoportot határoztunk meg az alapján, hogy az illető optimistának (első csoport) vagy pesszimistának (második csoport) tartja magát. Az első csoport 7,22%-a (n=14) kismértékben vagy egyáltalán nem tapasztal szimptomákat, 10,82%-a (n=21) enyhébb, 26,80%-a (n=52) mérsékelt és 55,15%-a (n=107) súlyosabb fokú tüneteket él meg. Átlagosan $16,84 \pm 8,75$ pontot értek el (minimum=0, maximum=42). A második csoport 2,04%-a (n=1) alacsony fokú, 0%-a enyhe, 18,37%-a (n=9) mérsékelt és 79,59%-a (n=39) jelentős mértékű tünetekkel küzd. Az átlagpontszám esetükben $22,86 \pm 8,43$ pont (minimum=0, maximum=39). Az optimista nők átlagpontszáma szignifikánsan alacsonyabb, mint a pesszimista nőké ($p<0,01$).

Az Észlelt stressz kérdőív (PSS) eredményei

Ezen kérdőív esetében a legmagasabb elérhető pontszám 40 pont volt. A megkérdezettek összpontszámának átlaga $18,60 \pm 8,48$ pont. Az alanyok 32,92%-a (n=80) az alacsony fokú, 48,15%-uk (n=117) a mérsékelt fokú, míg 18,93%-uk (n=46) a magas fokú stresszre értékelt kategóriába sorolható be a pontszámok összesítése alapján (3. ábra).

Az életkor vonatkozásában két csoportba osztottuk a résztvevőket, az első csoportba a 45–55 évesek ($n=207$), a második csoportba az 56–65 évesek ($n=36$) tartoztak. Az első csoport 30,92%-a ($n=64$) az alacsony fokú, 47,83%-a ($n=99$) a mérsékelt fokú és 21,26%-a ($n=44$) a magasabb fokú észlelt stressz kategóriához tartozik. Az átlagpontszám $19,14 \pm 8,61$ pont (minimum=0, maximum=40). A második csoport 44,44%-a ($n=16$) alacsonyabb szintű, 50,00%-a ($n=18$) mérsékelt és 5,56%-a ($n=2$) tartozik a magasabb szintű stressz besoroláshoz. Átlagosan $15,47 \pm 6,97$ pontot értek el (minimum=1, maximum=30). A 45–55 évesek stresszpontszáma szignifikánsan magasabb, mint az 56–65 évesek pontszáma ($p=0,016$).

Az optimista nők 40,21%-a ($n=78$) alacsony, 46,91%-a ($n=91$) mérsékelt és 12,89%-a ($n=25$) magasabb fokú stresszt tapasztal mindennapjaiban. Átlagosan $16,96 \pm 8,01$ pontot értek el (minimum=0, maximum=35). A magát pesszimistának valló nők 4,08%-a ($n=2$) alacsony fokú, 53,06%-a ($n=26$) mérsékelt és 42,86%-a ($n=21$) magasabb fokú stresszel küzd. Átlagosan $25,08 \pm 7,11$ pontot értek el (minimum=8, maximum=40). Az optimista nők stresszpontszáma szignifikánsan alacsonyabb, mint a pesszimista nők pontszáma ($p<0,01$).

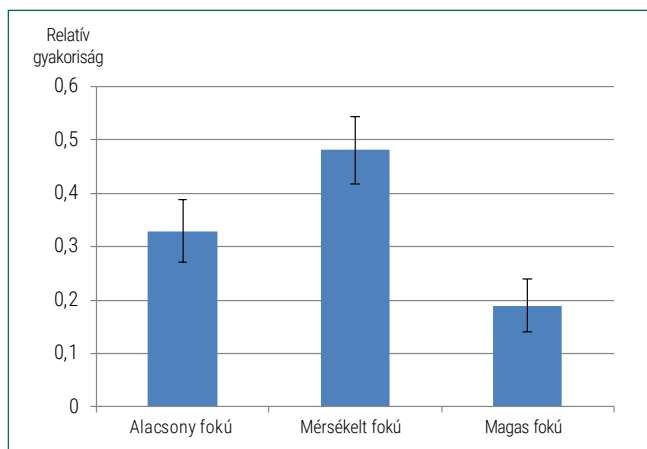
A Menopause Rating Scale és a Perceived Stress Scale egy pozitív irányú, közepes, jelentős korrelációs kapcsolatot mutat ($r=0,630$, $p<0,01$). Tehát minél magasabb a stressz pontszáma, annál magasabb a változókorban jelentkező tünetek pontszáma is.

Az SF-36 kérdőív eredményei

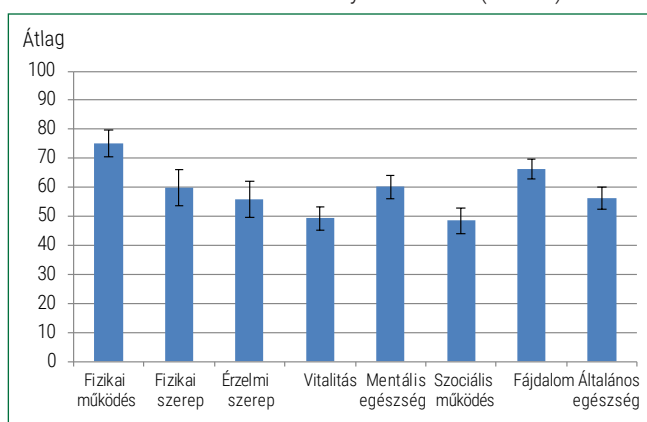
Az SF-36 kérdőívénél 0–100 pontot lehet elérni. A 0 a legrosszabb életminőséget jelenti, a 100 pont pedig a lehető legjobb életminőséget jelzi. A fizikai működés tekintetében átlagosan $75,14 \pm 35,11$, a fizikai szerep alapján $59,98 \pm 49,02$, a testi fájdalmat figyelembe véve $66,21 \pm 27,57$, az általános egészség szerint $56,36 \pm 30,76$, a vitalitás szempontjából $49,28 \pm 30,33$, a szociális működés kérdéskörénél $48,56 \pm 34,81$, az érzelmi szerepet tekintve $55,97 \pm 49,68$, míg a mentális egészség kategóriában $60,21 \pm 31,42$ pontot értek el a kutatásban résztvevők (4. ábra).

A változókorban jelentkező tünetek súlyossági fokának pontszáma és az SF-36 fizikai működés ($r=-0,346$, $p<0,01$), fizikai szerep ($r=-0,435$, $p<0,01$),

3. ábra: Perceived Stress Scale értékelése ($N=243$)



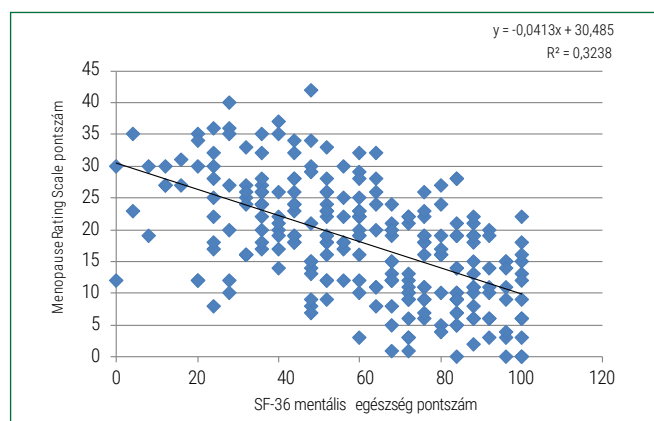
4. ábra: Short Form Health Survey értékelése ($N=243$)



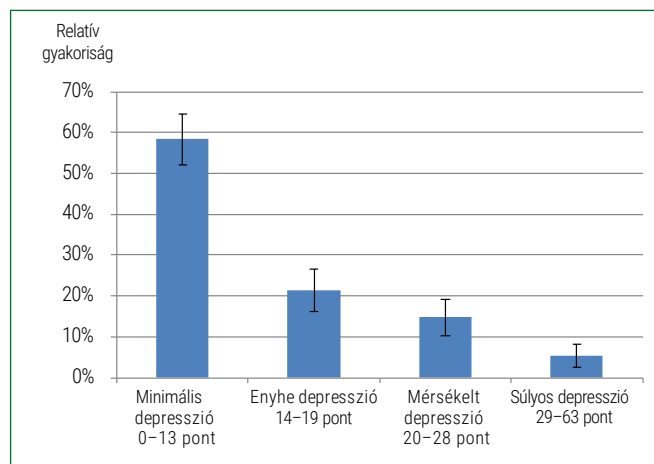
testi fájdalom ($r=-0,423$, $p<0,01$), általános egészség ($r=-0,417$, $p<0,01$), vitalitás ($r=-0,534$, $p<0,01$), érzelmi szerep ($r=-0,575$, $p<0,01$), mentális egészség ($r=-0,811$, $p<0,01$) pontszám dimenziói között negatív irányú korrelációs kapcsolat mutatkozott meg. A stressz és a szociális működés átlagpontszáma között nincs szignifikáns összefüggés ($r=-0,058$, $p=0,367$). Tehát minél nagyobb a tünetek súlyossági fokának pontszáma, annál alacsonyabb az életminőség pontszáma (5. ábra).

A stressz pontszáma és az SF-36 fizikai működés ($r=-0,313$, $p<0,01$), fizikai szerep ($r=-0,433$, $p<0,01$), testi fájdalom ($r=-0,491$, $p<0,01$), általános egészség ($r=-0,541$, $p<0,01$), vitalitás ($r=-0,702$, $p<0,01$), érzelmi szerep ($r=-0,575$, $p<0,01$), mentális egészség ($r=-0,811$, $p<0,01$) pontszám dimenziói között negatív irányú korrelációs kapcsolat mutatkozott meg. A stressz és a szociális működés átlagpontszáma között nincs szignifikáns összefüggés ($r=-0,064$, $p=0,315$). Összességében elmondható, hogy minél nagyobb a stressz pontszáma, annál alacsonyabb az életminőség pontszáma.

5. ábra: A Menopause Rating Scale-pontszám és a Short Form Health Survey mentális egészség dimenzió pontszámai közötti korrelációs kapcsolat (N=243)



6. ábra: Beck Depression Inventory értékelése (N=243)



A depresszió pontszáma és az SF-36 fizikai működés ($r=-0,382$, $p<0,01$), fizikai szerep ($r=-0,457$, $p<0,01$), testi fájdalom ($r=-0,521$, $p<0,01$), általános egészség ($r=-0,587$, $p<0,01$), vitalitás ($r=-0,682$, $p<0,01$), érzelmi szerep ($r=-0,614$, $p<0,01$), mentális egészség ($r=-0,718$, $p<0,01$) pontszám dimenziói között negatív irányú korrelációs kapcsolat mutatkozott meg. A depresszió és a szociális működés átlagpontszáma között nincs szignifikáns összefüggés ($r=-0,010$, $p=0,872$). Tehát minél nagyobb a depresszió pontszáma, annál alacsonyabb az életminőség pontszáma.

Beck depresszió-kérdőív eredményei

A legmagasabb elérhető pontszám a 63 pont volt. A megkérdezettek összpontszámának átlaga $13,16 \pm 9,45$ pont (minimum=0, maximum=59). A depressziós tünetek súlyossága tekintetében négy kategória különíthető el. A nők 58,44%-a ($n=142$)

a minimális depresszió kategóriába sorolható, 21,40%-uk ($n=52$) enyhe depresszióra utaló tüneteket produkál, 14,81%-uk ($n=36$) mérsékelt depresszióval küzd, míg 5,35%-uknál ($n=13$) a kiértékelés súlyos depressziót jelez (6. ábra).

Az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező nők 57,45%-a ($n=81$) a minimális depresszió, 22,70%-a ($n=32$) az enyhe, 15,60%-a ($n=22$) a mérsékelt és 4,26%-a ($n=6$) a súlyos depresszió kategóriájába sorolható. A kevesebb, mint 8 általános, 8 általános és középiskolai végzettségűeknél az átlagpontszám $13,06 \pm 8,34$ (minimum=0, maximum=37). A magasabb iskolai képzettséggel rendelkezők 59,80%-a ($n=61$) minimális, 19,61%-a ($n=20$) enyhe, 13,73%-a ($n=14$) mérsékelt és 6,86%-a ($n=7$) súlyos depresszió csoportba illeszthető. A főiskolát vagy egyetemet végzett nők átlagosan $13,30 \pm 10,85$ pontot értek el (minimum=0, maximum=59). Az iskolai végzettség és a depresszió pontszámának függvényében nincs szignifikáns különbség ($p=0,852$).

Az egyedülállók 62,26%-a ($n=33$) a minimális depresszió kategóriába tartozik, 16,98%-a ($n=9$) enyhe, 15,09%-a ($n=8$) mérsékelt és 5,66%-a ($n=3$) súlyos depresszióval küzd. Átlagosan $13,06 \pm 9,67$ pontot értek el (minimum=0, maximum=47). A társas kapcsolatban élők 57,37%-a ($n=109$) minimális, 22,63%-a ($n=43$) enyhe, 14,74%-a ($n=28$) mérsékelt és 5,26%-a ($n=10$) súlyos depresszióval rendelkező csoportba sorolandó. Átlagosan $13,19 \pm 9,42$ pontot kaptak (minimum=0, maximum=59). Az egyedülálló vagy házasságban, illetve élettársi kapcsolatban élő nők pontszáma között nincs szignifikáns különbség ($p=0,925$).

Lakhely szempontjából a faluban élők 62,14%-a ($n=64$) a minimális depresszió kategóriát erősíti, 17,48%-a ($n=18$) enyhe, szintén 17,48%-a ($n=18$) mérsékelt és 2,91%-a ($n=3$) súlyos depresszióval küzd. Átlagpontszámuk $12,11 \pm 8,58$ pont (minimum=0, maximum=37). A városban élők 55,71%-a ($n=78$) minimális, 24,29%-a ($n=34$) enyhe, 12,86%-a ($n=18$) mérsékelt, 7,14%-a ($n=10$) pedig a súlyos kategóriához sorolandó. Átlagosan $13,94 \pm 10,01$ pontot értek el (minimum=0, maximum=59). A vidéken és városban élő nők depressziópontszámainak függvényében nem mutatható ki szignifikáns különbség ($p=0,126$).

A perimenopauzában lévő nők 59,09%-a ($n=65$) a minimális, 22,73%-a ($n=25$) az enyhe, 11,82%-a

($n=13$) a mérsékelt és 6,36%-a ($n=7$) a súlyos depressziós szinthez sorolható. A felmérésen átlagosan $13,22 \pm 10,60$ pontot értek el (minimum=0, maximum=59). A második csoport 57,89%-a ($n=77$) a minimális depresszió pontszámát érte el, 20,30%-a ($n=27$) enyhe, 17,29%-a ($n=23$) mérsékelt és 4,51%-a ($n=6$) súlyos depresszióval küzd. Az átlagpontszám ezen csoportnál $13,12 \pm 8,43$ pont volt (minimum=0, maximum=36). A két csoport depressziópontszáma között nincs szignifikáns különbség ($p=0,938$).

A krónikus betegségben szenvedők 53,76%-a ($n=50$) a minimális, 21,51%-a ($n=20$) az enyhe, 19,35%-a ($n=18$) a mérsékelt és 5,38%-a ($n=5$) a súlyos kategóriába vonható. Az átlagpontszám $14,71 \pm 9,77$ pont volt (minimum=1, maximum=51).

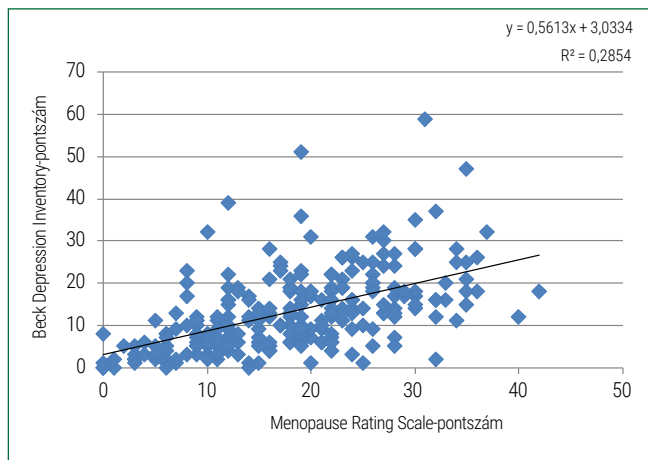
A krónikus betegséggel nem rendelkező egyének 61,33%-a ($n=92$) minimális depresszió kategóriába sorolható, 21,33%-uknál ($n=32$) enyhe, 12,00%-uknál ($n=18$) mérsékelt és 20,67%-uknál ($n=31$) súlyos depresszió figyelhető meg. Átlagosan $12,21 \pm 9,16$ pontot értek el (minimum=0, maximum=59). A krónikus betegségben szenvedők depressziópontszáma szignifikánsan magasabb, mint akik nem szenvednek krónikus betegségben ($p=0,045$).

A szomatikus tünetek és a Beck Depression Inventory skála pontszámai között pozitív irányú, biztos, de gyenge korreláció ($r=0,321$, $p<0,05$) kapcsolat mutatható ki. Ez azt jelenti, hogy minél magasabb a szomatikus tünetek pontszáma, annál magasabb a depresszió pontszáma.

A kitöltők 66,67%-ánál ($n=162$) előfordul alvászavar, és közülük 49,38% ($n=80$) a minimális depresszió kategóriába sorolandó, 27,16% ($n=44$) enyhe, 16,67% ($n=27$) mérsékelt és 6,79% ($n=11$) súlyos depresszióval küzd. Az átlagpontszámuk $14,65 \pm 9,41$ pont (minimum=0, maximum=59). Az alvásproblémákkal nem küzdő nők 76,54%-a ($n=62$) a minimális, 9,88%-a ($n=8$) az enyhe, 11,11%-a ($n=9$) a mérsékelt és 2,47%-a ($n=2$) a súlyos kategóriába sorolandó. Átlagosan $10,19 \pm 8,87$ pontot értek el (minimum=0, maximum=51). Az alvásproblémákkal rendelkező nők depressziópontszáma szignifikánsan magasabb, mint azok pontszáma, akik nem küzdenek alvászavarokkal ($p<0,05$).

Azok a nők, akik optimistának vallják magukat, átlagosan $11,34 \pm 7,99$ pontot értek el (minimum=0, maximum=39). Közülük 66,49% ($n=129$) a minimális, 19,59% ($n=38$) az enyhe, 10,31% ($n=20$) a mérsékelt és 3,61% ($n=7$) a súlyos fokú depressziót jelző csoportba tartozik. Akik pesszimistának vallották

7. ábra: A Menopause Rating Scale és a Beck Depression Inventory-pontszám közötti korrelációs kapcsolat ($N=243$)



magukat, átlagosan $20,39 \pm 11,28$ pontot értek el (minimum=3, maximum=59). 26,53% ($n=13$) a minimális, 28,57% ($n=14$) az enyhe, 32,65% ($n=16$) a mérsékelt és 12,24% ($n=6$) a súlyos kategóriába tartozik. Az optimista nők depressziópontszáma szignifikánsan alacsonyabb, mint azon nők pontszáma, akik pesszimistának vallják magukat ($p<0,05$).

A Menopause Rating Scale és a Beck Depression Inventory pontszámai között pozitív irányú közepes, jelentős ($r=0,534$, $p<0,05$) korrelációs kapcsolat állapítható meg. Ez azt jelenti, hogy minél magasabb a Menopause Rating Scale pontszáma, annál magasabb a Beck Depression Inventory pontszáma (7. ábra).

Megbeszélés

A változókora az az életszakasz a nők életében, amikor számos fizikai és lelki változáson mennek keresztül. Gyakran ezek a tünetek ezzel egyidejűleg nagymértékben ronthatják az életminőséget is. Mái sem egyértelmű, hogy egyes nők miért sebezhetőbbek a változókorból előforduló tünetekkel szemben, míg mások kevésbé (Jalava-Broman et al., 2020). A kutatásunk elsődleges célja volt felmérni a változókorból élő nők életminőségét, tüneteik súlyosságának fokát, valamint a depresszió és stressz mértékét. Célunk volt az is, hogy feltárjuk azon befolyásoló tényezőket, amelyek kihatással vannak a hangulatban bekövetkező változásokra.

A legmagasabb pontszámot a pszichikai tünetek, a legalacsonyabb pontszámot az urogenitális tünetek kategóriájában érték el. Szociodemográfiai adatokat illetően az iskolai végzettség és a családi állapot vonatkozásában nincs szignifikáns különbség, azonban a városban élő nők MRS-pontszáma szignifi-

kánsan magasabb, mint a vidéken élő nők pontszáma ($p=0,034$). Életkor tekintetében a 45–55 évesek MRS-pontszáma magasabb, mint az 56–65 évesek pontszáma, tendenciaszintű különbség állapítható meg ($p=0,052$). Azon nők MRS-pontszáma, akiknek van valamilyen krónikus betegségük, szignifikánsan magasabb, mint akiknek nincs ($p=0,000$). Eredményeink szerint az MRS-pontszám szignifikáns összefüggést prezentál a stressz és a depresszió pontszámával, tehát azon nőknél, akiknél magasabb a stressz- és depressziópontszám, a tünetek súlyossági foka is magasabb.

Mariana Alvina Dos Santos és munkatársai (2021) szerint azon nők, akik rosszul alszanak, alacsonyabb pontszámot értek el a menopauza tüneti skáláján. Hasonlóan, eredményeink azt mutatják, hogy az alvásproblémákkal rendelkező nők MRS-pontszáma szignifikánsan magasabb, mint az alvásproblémákkal nem küzdő nők pontszáma ($p<0,01$).

Mevlûde Alpaslan Arar és munkatársai (2023) kutatása alapján az MRS-tünetek közül a legmagasabb pontot az alvásproblémáknál, a hőhullámoknál, a fizikai és szellemi kimerültségnél és a depressziós hangulatnál érték el az alanyok, hasonlóan a mi eredményeink szerint az alvásproblémák ($2,16\pm1,36$), a hőhullámok ($2,10\pm1,29$), a fizikai és szellemi kimerültség ($1,95\pm1,26$) és az ingerlékenység ($1,83\pm1,28$) tünetre érték el a legmagasabb pontokat.

Jaana Jalava-Broman és munkatársai (2020) arra következtettek, hogy a pszichológiai viselkedésminták befolyásolják a változókori tüneteinek észlelését. Megvizsgáltuk, hogy a magát optimistának és pesszimistának vallók között van-e szignifikáns különbség, és kimutatható, hogy az optimisták körében alacsonyabb az MRS-pontszám, mint a pesszimista nőknél ($p<0,01$).

A résztvevők legnagyobb százaléka, 48,15%-uk ($n=117$) a mérsékelt fokú, 32,92%-a ($n=80$) az alacsony fokú, míg 18,93%-uk ($n=46$) a magas fokú észlelt stressz kategóriába sorolható be. A megkérdezettek összpontszámának átlaga $18,60\pm8,48$ pont. Az optimista nők stresszpontszáma szignifikánsan alacsonyabb, mint a pesszimista nők pontszáma

($p<0,01$). Meghatároztuk azt is, hogy az MRS és a PSS közepes, jelentős korrelációs kapcsolatot mutat ($r=0,630$, $p<0,01$), tehát minél magasabb a stressz pontszáma, annál magasabb a változókori jelentkező tünetek pontszáma is.

Jaana Jalava-Broman és munkatársai (2020) arra jutottak, hogy az idősebb finn nők stresszpontszáma szignifikánsan magasabb, azonban a mi eredményeink alapján a fiatalabb korosztály (45–55 éves) átlagpontszáma volt szignifikánsan magasabb, mint az idősebbeké (56–65 éves) ($p=0,01$).

Megállapítottuk, hogy az MRS és az SF-36 dimenziói között negatív irányú korrelációs kapcsolat figyelhető meg ($p<0,01$), ez alól kivétel a szociális működés. Ez azt jelenti, hogy minél magasabb az MRS- (a változókori tüneteinek súlyossága) pontszám, annál alacsonyabb az életminőség-pontszám. A PSS és az SF-36 korrelációs számítása esetén hasonló eredményeket kaptunk, amely szintén negatív irányú kapcsolatot mutat, ahogyan a BDI is ($p<0,01$).

Zabira Monfaredi és munkatársai (2022) szerint menopauza idején a depresszió és a szorongás a leggyakoribb hangulatváltozások közé tartozik, valamint az alvászavarok a menopauza idején is fokozódnak, ami az életminőség romlásához vezet. A mi eredményeink alapján elmondható, hogy a változókori jelen lévő tünetek súlyosbodása, a depresszió jelenléte és a magasabb fokú stressz jelentősen rontja az életminőséget.

Összehasonlítottuk *Czimbalmos Ágnes* és munkatársai (1999) kutatásában részt vevő egészséges populáció életminőség-pontszámait a menopauzában lévő nők pontszámaival. Az eredményeket összehasonlítva a változókori élő nők életminősége szignifikánsan rosszabb, mint az egészséges populációé ($p=0,001$) (**I. táblázat**).

Mohammad Morshad Alam és munkatársai (2020) azt tapasztalták, hogy azon bangladesi nők, akiknek alvásminőségük rosszabb volt, nagyobb valószínűséggel szenvedtek depresszióban, illetve a krónikus betegségek és a depresszió között is szignifikáns összefüggést találtak, valamint *Fiona C. Baker* és munkatársai (2018) szerint a rossz alvás következet-

I. táblázat: Egészséges populáció és változókori élő nők életminőség-pontszámai

	FM	FS	TF	ÁE	VI	SM	ÉS	ME
Egészséges populáció életminőség-pontszámai (N=3907) (Czimbalmos et al., 1999)	91	79	78	64	70	80	78	71
Változókori élő nők életminőség-pontszámai (N=243) (saját kutatás)	75	60	66	56	49	49	56	60

FM = fizikai működés; FS = fizikai szerep; TF = testi fájdalom; ÁE = általános egészség; VI = vitalitás; SM = szociális működés; ÉS = érzelmi szerep; ME = mentális egészség

sen összefüggésbe hozható a depresszióval. A mi eredményünk alapján az alvász problémákkal küzdő nők depresszió pontszáma szignifikánsan magasabb. Ugyanígy elmondható az is, hogy a krónikus betegségben szenvedők depresszió pontszáma szignifikánsan magasabb, mint azon nőké, akik nem szenvednek semmilyen krónikus betegségben ($p=0,045$).

Liang-Nan Zeng (2019a) és munkatársai elemzése kimutatták, hogy az idősebb nőknél magasabb volt a depresszió előfordulása, azonban a mi eredményeink alapján a depresszió és az életkor között nem mutatható ki szignifikáns összefüggés ($p=0,986$).

Lei Gao és munkatársai (2016) a szociodemográfiai adatokat (lakhely, családi állapot, iskolázottság stb.) és a depressziót tekintve nem találtak szignifikáns összefüggést, a mi eredményeink szerint sem mutatható ki különbség sem lakhely ($p=0,126$), sem családi állapot ($p=0,925$), sem iskolázottság ($p=0,852$) tekintetében.

Katarzyna Krajewska-Ferishah (2022) és munkatársai alátámasztották, hogy a BDI és az MRS korrelációs kapcsolatot mutat, hasonlóan a mi eredményeinkhez ($r=0,534$, $p<0,05$). Ehhez hasonlóan Josephine Vivian-Taylor és munkatársai (2014) is összefüggést mutattak ki a menopauza és a depressziós tünetek fokozódása között.

Összességében elmondható, hogy a változókorban élő nők körében a menopauzát kísérő tünetek közül pszichés és szomatikus panaszok dominálnak, amelyek főként a 45–55 év közöttieket, a krónikus betegségben szenvedőket és a pesszimista személyiségű egyéneket érintették, illetve gyakori a súlyos depresszió, a magasabb fokú észlelt stressz és az ezzel járó alacsonyabb életminőség. Figyelembe véve, hogy ezen tényezők jelentősen negatív hatással bírnak a szellemi és fizikai jólétre, fontos, hogy a nők kellő ismeretekkel rendelkezzenek az állapotukról, így szükségszerű-

nek tartjuk a csoportos edukációkon való részvételt, önszorgó csoportokhoz kapcsolódást, a szakmai segítség igénybevételét és az életmódbeli változtatásokat, amelyek segítenek az egészségesebb életmód fenntartásában. Eredményeink alapján a középkorú nőket, a krónikus betegséggel kezelt személyeket kiemelten indokolt tájékoztatni a menopauza folyamatáról/a panaszok csökkentésének lehetőségeiről, valamint a nőgyógyászati vizsgálatok fontosságáról az egészségmegőrzés és a betegségek korai felismerése céljából, ugyanis ebben az életszakaszban megnő a daganatos elváltozások kockázata. Ajánlott különböző stresszkezelési technikák bevezetése a mentális egészség megtartása és a depresszió megelőzése érdekében.

Az eredményeink csupán tájékoztató jellegűek, nem tudunk általánosítani az alacsonyabb elemszám és a nem véletlenszerű mintavétel miatt. Szükséges lenne nagyobb körben, több országot érintve megismételni a vizsgálatot.

Szerzői munkamegosztás: CS. A.: koncepció, szakirodalom-kutatás, adatgyűjtés, adatfeldolgozás, statisztika, táblázatok és ábrák elkészítése, publikáció összeállítása. P. N.: koncepció, táblázatok és ábrák elkészítése, statisztika, publikáció összeállítása. G. E.: koncepció, szakirodalom-kutatás, adatgyűjtés, statisztika, szakmai véleményezés. K. I.: koncepció, szakmai lektorálás, szakmai véleményezés, szakértő. P. A.: koncepció, szakirodalom-kutatás, adatgyűjtés, statisztika, táblázatok és ábrák elkészítése, publikáció összeállítása, szakmai lektorálás, szakmai véleményezés, szakértő.

Anyagi támogatás: A kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Érdeklőségek: A szerzőknek nincsenek érdeklőségeik.

Irodalomjegyzék

- Alam, M. M., Ahmed, S., Dipti, R. K., Siddiquee, R., & Hawlader, M. D. (2020). The prevalence and associated factors of depression during pre-, peri-, and post-menopausal period among the middle-aged women of Dhaka City. *Asian Journal of Psychiatry*, 54, 102312. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102312>
- Albert, K., Boyd, B., Taylor, W., & Newhouse, P. (2021). Differential effects of estradiol on neural and emotional stress response in postmenopausal women with remitted major depressive disorder. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(4), 355–362. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.040>
- Arar, M. A., & Erbil, N. (2023). The effect of menopausal symptoms on women's daily life activities. *Przegląd Menopauzalny*, 22(1): 6–15. <https://doi.org/10.5114/pm.2023.126436>
- Baker, F. C., Zambotti, M. D., M Colrain, I. M., & Bei, B. (2018). Sleep problems during the menopausal transition: Prevalence, impact, and management challenges. *Nature and Science of Sleep*, 10: 73–95. <https://doi.org/10.2147/NSS.S125807>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4: 561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Brazier, J. E., Harper, R., Jones, N. M., O'Cathain, A., Thomas, K. J., Usherwood, T., & Westlake, L. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *British Medical Journal*, 305(6846): 160–4. <https://doi.org/10.1136/bmj.305.6846.160>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>

- Czimbalmos, Á., Nagy, Zs., Varga, Z., & Husztik, P. (1999). Páciens megelégedettségi vizsgálat SF-36 kérdőívvel, a magyarországi normálértékek meghatározása. *Népegészségügy*, 80(1), 4–19.
- Gao, L., Zhang, L., Qi, H., & Petridis, L. (2016). Middle-aged female depression in Perimenopausal period and Square dance intervention. *Psychiatra Danubina*, 28(4): 372–378.
- Hauser, G. A., Huber, I. C., Keller, P. J., Lauritzen, C., Schneider, H. P. G. (1994). Evaluation der klinischen Beschwerden (Menopause Rating Scale). *Zentralbl Gynakol*, 116: 16–23.
- Jalava-Broman, J., Junttila, N., Sillanmäki, L., Mäkinen, J., & Rautava, P. (2020). Psychological behavior patterns and coping with menopausal symptoms among users and non-users of hormone replacement therapy in Finnish cohorts of women aged 52–56 years. *Maturitas*, 133, 7–12. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.12.009>
- Jung, S. J., Shin, A., & Kang, D. (2015). Menarche age, menopause age and other reproductive factors in association with post-menopausal onset depression: Results from health examinees study (HEXA). *Journal of Affective Disorders*, 187, 127–135. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.047>
- Krajewska-Ferishah, K., Kulak-Bejda, A., Szyszko-Perłowska, A., Shpakou, A., Van Damme-Ostapowicz, & K., Chatzopulu, A. (2022). Risk of depression during menopause in women from Poland, Belarus, Belgium, and Greece. *Journal of Clinical Medicine*, 11(12), 3371. <https://doi.org/10.3390/jcm11123371>
- Meltem, U., Şahin, M. V., & Oktem, O. H. (2024). The effect of music on menopausal symptoms, sleep quality, and depression: A randomized controlled trial. *Journal of the Brazilian Medical Association* 70(2), e20230829. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20230829>
- Milman, L. W., Sammel, M. D., Barnhart, K. T., Freeman, E. W., & Dokras, A. (2015). Higher serum total testosterone levels correlate with increased risk of depressive symptoms in Caucasian women through the entire menopausal transition. *Psychoneuroendocrinology*, 62, 107–113. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.07.612>
- Monfaredi, Z., Malakouti, J., Farvashi, M., & Mirghafourvand, M. (2022). Effect of acceptance and commitment therapy on mood, sleep quality and quality of life in menopausal women: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 22(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03768-8>
- Najimi, A., Hashemian, S., & Masom-Alipour, S. (2020). Improving menopausal symptoms and reducing depression in postmenopausal women: Effectiveness of transferring experiences in group education. *Journal of Education and Health Promotion*, 9(1), 318. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_342_20
- Owsianowska, J., Kamińska, M. S., Bosiacki, M., Chlubek, D., Karakiewicz, B., Jurczak, A., ... Grochans, E. (2020). Depression, changes in peripheral blood cell count, and changes in selected biochemical parameters related to lead concentration in whole blood (Pb-B) of women in the menopausal period. *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology*, 61, 126501. <https://doi.org/10.1016/j.jtemb.2020.126501>
- Pakai, A., & Kivés, Zs. (2013). Kutatásról ápolóknak. Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészségügyi kutatásokban. *Nővér*, 26(3), 20–43.
- Santos, M. A., Vilerá, A. N., Wysocki, A. D., Pereira, F. H., Oliveira, D. M., & Santos, V. B. (2021). Sleep quality and its association with menopausal and climacteric symptoms. *Rev Bras Enferm*, 16(74), e20201150. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1150>
- Vivian-Taylor, J., & Hickey, M. (2014). Menopause and depression: Is there a link? *Maturitas*, 79(2), 142–146. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.014>
- Willi, J., Süß, H., Grub, J., & Ehlert, U. (2020). Prior depression affects the experience of the perimenopause – findings from the Swiss perimenopause study. *Journal of Affective Disorders*, 277, 603–611. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.062>
- Xiao, C., Chen, Y., Wu, Y., Mou, C., Zhou, X., & Wang, Z. (2020). Mindfulness-based stress reduction therapy as a preclinical intervention for peri-menopausal depressive moods – An observational study. *European Journal of Integrative Medicine*, 39, 101199. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2020.101199>
- Zeng, L., Yang, Y., Feng, Y., Cui, X., Wang, R., Hall, B. J., ... Xiang, Y. (2019a). The prevalence of depression in menopausal women in China: A meta-analysis of observational studies. *Journal of Affective Disorders*, 256, 337–343. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.017>
- Zeng, Y., Huang, X., Chen, C., Nie, G., Cao, X., Wang, J., & Wang, X. (2019b). A randomized, controlled clinical trial of combining therapy with traditional Chinese medicine-based psychotherapy and Chinese herbal medicine for menopausal women with moderate to serious mood disorder. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2019, p. 1–13. <https://doi.org/10.1155/2019/9581087>

A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA ORSZÁGOS FELNŐTTÁPOLÁSI SZAKMAI TAGOZATA

2024. november 22-én, Budapesten a Lurdy Házban
rendezi meg

a

VI. Ápolásinnováció és Ápolásmenedzsment Országos Tudományos Konferencia
c. pontszerző rendezvényt.

A rendezvényre vonatkozó bővebb információ a www.meszk.hu honlapon keresztül érhető el.

„Mert az ember emberből van.” – A szubjektív ápolási diagnózisok helye és szerepe a triangulált betegvezetés modelljében

Dr. HELEMBAI Kornélia CSc, PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

A tanulmány célja bemutatni a szubjektív ápolási diagnózisok lehetséges megközelítési módját a betegvezetésen alapuló ápolási modell szerint és annak felhasználását az ápolás gyakorlatában, továbbá feltárni azok hasznosságát az ápolás oktatásában és a tudományos kutatásban.

Módszer: Az ápolási diagnózisok jellemzőit a diagnózisok ma elfogadott rendszerének és a pszichológia releváns elméleteinek egybevetésével elemeztük.

Eredmények: Az ápolási diagnózisok tartalmi elemeit, valamint az emberi rendszerhierarchia működésének törvényszerűségeit középpontba állító elméleti áttekintés eredményei azt bizonyítják, hogy új megközelítésre van szükség az emberek szubjektív reagálási módjainak azonosításához és ezáltal a szomatikus és szubjektív ápolási diagnózisok egyenértékű fontosságának megértéséhez.

Következtetés: Az emberi méltóság és autonómia támogatásához, a betegek motivációjának felkelteséhez a verbális és nonverbális viselkedésükben kódolt üzenetek pontos értelmezése nélkülözhetetlen. A szubjektív ápolási diagnózisok struktúrája az üzenetek dekódolásához nyújt segítséget. Az ápolási diagnózisok rendszerének ez irányú gazdagítása, valamint a képzési programok innovációja és a szubjektív ápolási diagnózisok alkalmazásának bevezetése a professzionális ápolás gyakorlatába együttesen az ápolási kultúra további fejlődésének előfeltételeként tekinthető.

Kulcsszavak: betegvezetés, szomatikus és szubjektív ápolási diagnózisok, személyközpontú ápolás

„Because the Man is Made of Human.” – The Place and Role of Subjective Nursing Diagnoses in the Model of Triangulated Patient Conducting

Kornélia HELEMBAI CSc, PhD

SUMMARY

The aim of this study is to present a possible approach to the essence of subjective nursing diagnoses according to the triangulated patient conducting model in nursing and its use in nursing practice, as well as to explore their usefulness in nursing education and scientific research.

Method: The characteristics of nursing diagnoses were explored by a comparative analysis of the currently accepted system of diagnoses and relevant psychological theoretical approaches.

Results: The results of the theoretical review focusing on the content of nursing diagnoses and the functioning laws of the human system hierarchy, demonstrate the need for a new approach to identify people's subjective ways of responding and thus to understand the equivalent importance of somatic and subjective nursing diagnoses.

Conclusion: To promote human dignity and autonomy and to motivate patients, accurate interpretation of verbal and nonverbal messages encoded in response modes is necessary. The structure of subjective nursing diagnoses helps to decode these messages. The enrichment of nursing diagnoses, the innovation of training programs and the introduction of the use of subjective nursing diagnoses into the practice of professional care can therefore be seen as prerequisites for the further development of nursing culture.

Keywords: patient conducting, somatic and subjective nursing diagnoses, person centered nursing

Dr. HELEMBAI Kornélia CSc,
PhD professor emerita,
Szegedi Tudományegyetem,
Egészségtudományi és
Szociális Képzési Kar
ORCID-azonosító:
0000-0002-8214-9196

Levelező szerző

(corresponding author):
Dr. HELEMBAI Kornélia CSc, PhD
E-mail:
helembai008@gmail.com

Beérkezett: 2024. július 15.
Elfogadva: 2024. július 20

Bevezetés

Az ápolási diagnózis terminológia bevezetése Fry (1953) nevéhez köthető, aki elsőként alkalmazta azt és nevezte meg az ápolási terv kialakításának szükséges előfeltételeként. Az Amerikai Ápolók Egyesülete (ANA) 1973-ban tette közzé az ápolás gyakorlatának irányelveit és hívta össze az első ápolási diagnosztikusok középpontba állító konferenciáját.

A testület 1980-ban kiadott állásfoglalásában az ápolás lényegét már „*a tényleges vagy potenciális egészségügyi problémákra adott emberi válaszok diagnosztizálásaként és kezeléseként*” jelölte meg. Az 1982-ben megalakult Észak-amerikai Ápolási Diagnózis Társaság (NANDA) 1990 márciusában megtartott kilencedik konferenciáján hagyta jóvá az ápolási diagnózisok hivatalos meghatározását. Az ápolási diagnózis ennek értelmében az egyén, család vagy közösség tényleges vagy potenciális egészségügyi problémákra/életfolyamatokra adott válaszait fogalmazza meg klinikai ítélet formájában (Carpenito, 2013).

Napjainkban a gondos fejlesztőmunka eredményeként az ápolási diagnózisok már rendszerezett formában nyújtanak segítséget az ápolók számára az ápolási beavatkozások alapjául szolgáló klinikai ítéletek minél pontosabb felállításához. Az időközben nemzetközivé bővült és NANDA-I néven ismert szervezet 2012-ben felülvizsgálta az ápolási diagnózisok korábban kialakított és Taxonómia I. megnevezéssel ismert struktúráját. A testület meghozott döntése eredményeként jelentős változásként tekinthető a korábban külön álló „*wellness*” diagnózis törlése és egyidejűleg a tartalmának belefoglalása az újonnan kialakított egészségfejlesztés főcsoportba. A kialakult Taxonómia II. rendszerként elfogadott ápolási diagnózisok besorolásában a szakmai közösség 2020-tól 13 fő terület 47 osztályába tartozó 244 ápolási diagnosztikai címkét hagyott jóvá klinikai felhasználásra és további kutatásra (URL1).

Az ápolási diagnosztikusrendszer mellett a professzionális ápolói tevékenység minőségét és megbízhatóságát további két egységbe foglalt szakmai ismerettár is támogatja. Az Ápolási Beavatkozások Osztályozásának Rendszere (Nursing Interventions Classification – NIC) a felállított ápolási diagnosztikusokon alapuló célzott ápolói beavatkozások kiválasztásához nyújt segítséget. Az Ápolási Eredmények Osztályozásának Rendszere (Nursing Outcomes Classification – NOC) az ápolási beavatkozások eredményeként kialakuló és megfigyelhető viselkedésszerű vagy észlelési reakciókat tartalmazza, amely kívánatos változások a betegek tevékenységében és

Rövidítések jegyzéke

ANA = (American Nurses Association) Amerikai Ápolók Egyesülete
BMI = (body mass index) testtömegindex
ICN = (International Council of Nurses) Ápolók Nemzetközi Tanácsa
KÉM = Kognitív viszonyulás-Érzelmi állapot-Megküzdési stratégiák
KKK = A felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményei
NANDA = (North American Nursing Diagnosis Association) Észak-amerikai Ápolási Diagnózis Társaság
NANDA-I = (North American Nursing Diagnosis Association International) Nemzetközi Észak-amerikai Ápolási Diagnózis Társaság
NIC = (Nursing Interventions Classification) Ápolási Beavatkozások Osztályozásának Rendszere
NOC = (Nursing Outcomes Classification) Ápolási Eredmények Osztályozásának Rendszere
PES = probléma-etiológia-szimpptóma
POT = probléma-ok-tünet
SORE = szomatikus reakció
SURE = szubjektív reakció

fejlődésében tükröződik (Sparks & Taylor, 1993; Carpenito, 2013; Ackley, et al., 2020).

A fentiekben vázolt rendszerek elegendő információt nyújtanak az ápolók számára a különböző fiziológiai és/vagy viselkedésszerű tünetek/reagálási módok azonosításához, a fejleszteni szükséges ismeretek és készségek kiválasztásához, valamint a beteg fejlődésében megfigyelhető célok kijelöléséhez.

A fizikai állapotfelmérés a beteg jelenlegi helyzetére és egészségi állapotára vonatkozó objektív információkat veszi figyelembe. Az ápolók a betegek felmért szükségletei alapján mérlegelnek és állítják fel a megfelelő szomatikus ápolási diagnosztikusokat.

Az **I. táblázat** az úgynevezett triangulált betegvezetés logikai struktúráját mutatja be. A trianguláció kifejezés a tengeri navigáció szótárából ered, amely arra utal, hogy egy objektum pontos pozíciójának meghatározása három különböző irányból történő bemérés alapján lehetséges. Egy hajó biztonságos haladásához ismerni kell annak pillanatnyi tartózkodási helyét. Az aktuális pozíció koordinátáinak (a földrajzi szélesség és hosszúság), valamint a célállomás ismeretében lehet megtervezni a kívánt útirányt, illetve korrigálni a haladást a tervhez képest fellépő eltéréseknek megfelelően. A betegvezetés dimenzió-

I. táblázat: Az ápolási diagnózisok helye és típusai a triangulált betegvezetés modelljében

KINEK? „A hajó veszélyhelyzetére utaló információk összegyűjtése.” Az egyén szomatikus állapotára és szubjektív válaszlásolási módjára utaló információk felmérése.				
„Aktuális pozíció koordinátái”: a földrajzi szélesség és hosszúság” MIÉRT? Ápolási diagnózisok felállítása.		„Cél és a hozzá vezető optimális útvonal.” MIT? Programcsomagok tervezése a kívánt cél elérése érdekében.	„A haladás útjának támogatása, korrigálása.” HOGYAN? Paramedikális tanácsadás szintjeinek és módszereinek alkalmazása az ápolási folyamat fázisaiban.	
Szomatikus válaszreakciók	Szubjektív válaszreakciók		Végrehajtás	Értékelés

jában a „*pillanatnyi tartózkodási hely*” megállapításához a szomatikus és a szubjektív diagnózisok ismerete szükséges.

A viselkedés terén a „*tünet*” az egyén éppen tanúsított magatartásában, reakálási módjában jelenik meg. Az „*együttműködő beteg*” követi a kezelési előírásokat, nyitott az új ismeretek befogadására. A „*nem együttműködő*” beteg gondozása többletenergia-befektetést igényel. A gyakori konfliktushelyzetek kezelése, a beteg meggyőzésére irányuló erőfeszítések alacsony hatékonysága igen nagy valószínűséggel egyaránt kedvezőtlenül befolyásolja az ápolók kompetenciaérzését, a betegelégedettséget és az ellátás hatékonyságát is (Helembai, 2019).

A szubjektív információk a beteg és a számára fontos személyek kommunikációjából származnak (Ackley, et al., 2020). A mindennapi gyakorlatban a betegek kódolt üzeneteinek megértése nélkül igen csak esetleges annak az azonosítása, hogy kihez is tartozik például a fokozott nyitottság az egészséget támogató ismeretek iránt, vagy akár a megnyilvánulások alapján felelőtlennek tűnő egészség-magatartás a kezelési előírások be nem tartása miatt. Ki is az a személy, akinek az ismeretei, készségei fejlesztést igényelnek annak érdekében, hogy támogatni tudja a saját egészségének helyreállítását; sőt mi több, aki nélkül a betegoktatás és általában az ellátás hatékonysága is csak probalasztikus módon érhető el.

Az egyes ápolási helyzetekben az emberek viselkedésének megértéséhez elengedhetetlen az aktuális magatartás hátterének feltárása. Az emberi immanencia teljességének támogatásához a fiziológiai működés sajátosságain túl szükséges annak a megismerése is, hogy a beteg miként gondolkodik és érez a felmerült egészségi problémájáról, helyzetéről, amelyek hatására valamilyen módon cselekszik. Ezért a beteg szubjektív megnyilvánulásainak értelmezésére legalább akkora figyelmet kell fordítani, mint a fizikai állapotot kifejező szomatikus ápolási diagnózi-

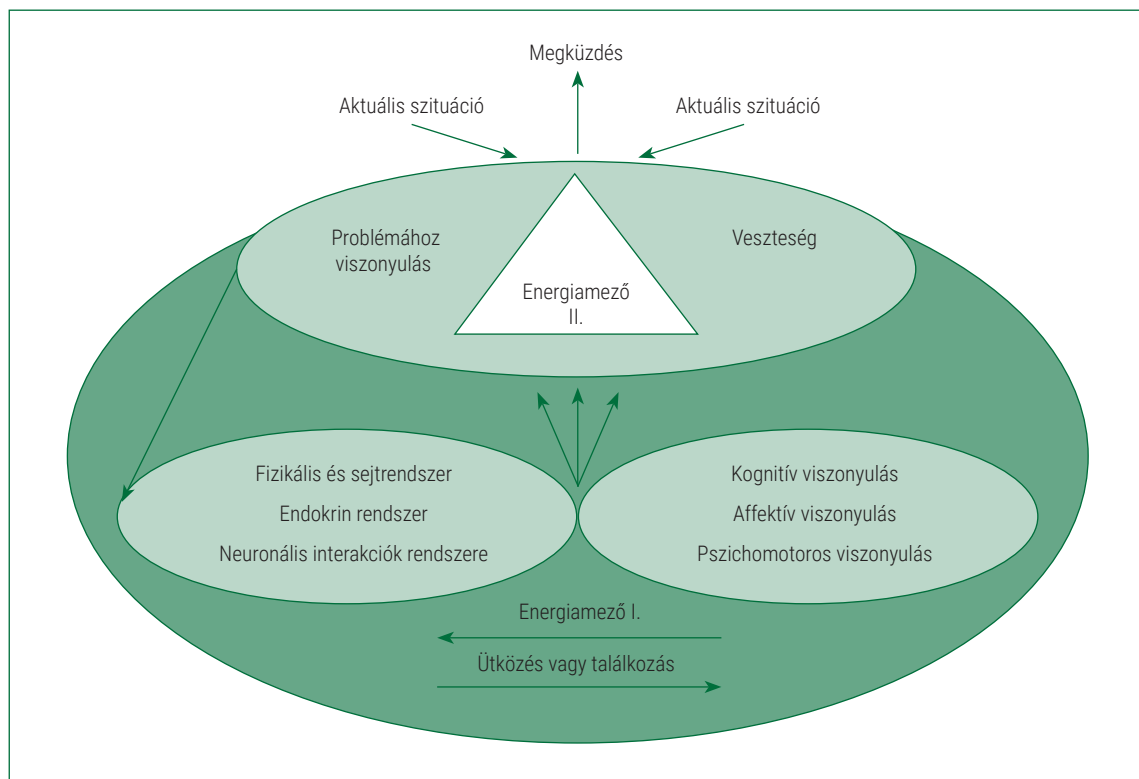
sok megfogalmazására azon egyszerű ok miatt, mert az ember emberből van.

A tanulmány fő célja az ápolási diagnózisok egy lehetséges, betegvezetésre fókuszáló megközelítésének bemutatása és annak további átgondolásra ajánlása a felnőtt, mentálisan nem zavart betegekkel és a számukra jelentős, úgynevezett szignifikáns személyekkel foglalkozó ápolási gyakorlat, valamint az ápolásoktatás és a tudományos kutatás számára.

Az ápolási diagnózisok elméleti alapjai a betegvezetésben

A működő emberi rendszerhierarchia dinamikus, mivel az elemei közötti elrendezés működési irányváltozásokkal, oksági és tér-idő elrendezéssel rendelkezik. A rendszer egyrészt nyitott konstrukció, mivel külső és belső környezetével folyamatos anyag- és információcserében létezik. Továbbá többszörösen összetett, mert sok elemet és azok egymásnak megfelelő kapcsolatait tartalmazza. Másrészt úgy tekinthető, mint amelyben minden elem és kapcsolat összefügg egymással, és az emberi viselkedés többváltozós és valószínűségi vonása következik belőle (Bernstein et al., 1988). Ez utóbbi, úgynevezett probalasztikus vonás arra utal, hogy ugyanazon hatásra az emberek igen csak eltérő módon reagálhatnak. A probléma megoldásaként javasolt műtét hallatán feltörő sírás fakadhat elkeseredésből, mert műteni kell, de megkönnyebbülésből is, mert a műtéti megoldás még lehetséges.

Dinamikus energiamezőként az ember folyamatos kölcsönhatásban áll a környezetével, amelynek minden egyes mintája végtelen variációkból áll (Bertalanffy, 1968). Az ember és a környezet két olyan energiamező, amelyek között a kölcsönhatás harmóniája szükséges az egészségi állapot fenntartásához. A külső és belső energiamezők személyenként változnak, amelyek fájdalom vagy betegség miatt tovább módosulhatnak. A külső és belső környezet kölcsönhatása indukálja és mozgósítja az emberi viselkedést.

1. ábra: Az emberi rendszerhierarchia működésének sematikus vázlata (Helembai, 2021)

A szomatikus energizáló szerepe az ember-környezet kölcsönhatásban

Üljön kényelmesen egy széken! Hajlítsa ökölbe a kezét! Tegye össze a lábait! Csukja be a szemét! Nyissa ki nagyra a száját! Most mindezt tegye egyszerre és igen nagy erőfeszítéssel. Ha pontosan és gátlások nélkül követette az utasításokat, akkor megtapasztalhatta egy kiprovokált ordítás élményét.

A tárgy szemszögéből nézve világossá válik, hogy a szemlehungyásnak, a kéz összecukásának stb. közvetlenül nem sok köze van ahhoz, hogy a kiáltás boldogság vagy dühkitörés következményeként jött létre. A „produkció” szerkezete nagyon különböző elemeket tartalmaz, amelyek együttműködve más, összetettebb megnyilvánulásokhoz vezetnek. Az is tény, hogy minden egyes részelemre szükség van a kívánt viselkedés eléréséhez (1. ábra).

A fiziológiai rendszer működése a kölcsönhatás elsődleges energizálójaként szolgál. Az agy kétféle módon kapja az ingereket az érzékszervektől. A speciális afferensek olyan információkat szolgáltatnak, amelyeket a viselkedés és a specifikus válaszok irányítására használnak. A különálló érzékelések (fény, hő, hang stb.) mellett azt is biztosítják, hogy az információk az egyes érzékelésfajtákon belül elkülöníthetők legyenek az ingerület keletkezésének helyétől függően. Az érzékszervek csakis a nekik megfelelő ingerek

fogadására és válaszok adására képesek, amely arra az esetre is érvényes, ha az érzékszervet inadekvát hatás éri. A szem például az ütésre „csillagokkal”, a fül pedig „zúgással” képes válaszolni. A még működőképes speciális pályák teszik lehetővé a súlyos agykárosodást szenvedett betegnél egyes feltétlen reflexek kiválthatóságát is. A hozzátartozók számára ez a jelenség a remény forrása, amely tovább fokozza az elfogadhatatlan irreverzibilis állapot tényének elfogadását.

A másik típusú pályákat a nem specifikus afferensek alkotják. Serkentő hatásuk miatt alkalmasak arra, hogy elősegítsék a szállított inger terjedését az agykéreg területén. Így segítik az ingerület átvitelét a nem specifikus pályáikon a mozgatórendszerekbe. A nem specifikus afferensek hiányában a magasabb rendű pszichikus működés – mint az észlelés, emlékezet, gondolkodás, képzelet – nem lehetséges. Működésük az érzékszervi ingerek és a gondolatok által arousal- (háttér izgalmi) szintet generál és változást eredményez a viselkedésben (Bertalanffy, 1968; Hebb, 1972).

Az arousalelmélet képviselői szerint az arousal az aktivációs szintek mutatójaként a fiziológiai működés számos aspektusában megfigyelhető, mint például az izomtónus, a szív működés, az agyi elektródaaktivitás stb. változásaiban. Azt is elfogadják, hogy az arousal-intervallumon belül, amely a nyugodt, mély alvás és az izgatottság fokozatáig terjed, az ember megpró-

bál úgy viselkedni, hogy az támogassa az egyénileg optimális belső feszültségi szintjének a fenntartását (Bertalanffy, 1968; Hebb, 1972; Zuckerman, 1984; Bernstein, 1988; Fiske & Maddi, 1961). Az egyén a számára kiegyensúlyozott arousalszint állapotában jobban érzi magát és jobb eredményeket képes elérni a teljesítményében (Leary, 1957; Fiske & Maddi, 1961; Bernstein, 1988).

Az optimális belső feszültségi szint személyenként eltérő, így annak fenntartásához is eltérő inger mennyiségre van szükség. A személyiség számára nem megfelelő stimulusok mennyisége és erőssége jelentős kifáradást előidéző és fokozó tényezőként tekinthető. Egyesek számára például a folyamatos aktivitás lételeme, ezért „pörgős” egyéniségként is tartják számon. Általánosan elmondható, hogy a kiszolgáltatottság, a befolyásolhatóság és bejósolhatóság hiánya a belső feszültségi szint nagymértékű megemelkedéséhez vezethet, amelynek hatására az egyén olyan viselkedést tanúsíthat, amely egyáltalán nem tekinthető rá jellemzőnek.

A szubjektív energiamező szerepe az ember-környezet kölcsönhatásban

Képzeljünk el egy programokkal gazdagon ellátott laptopot. A felhasználója pontosan ismeri az elérhető menüpontokat, a billentyűparancsokat és szívesen fejleszti

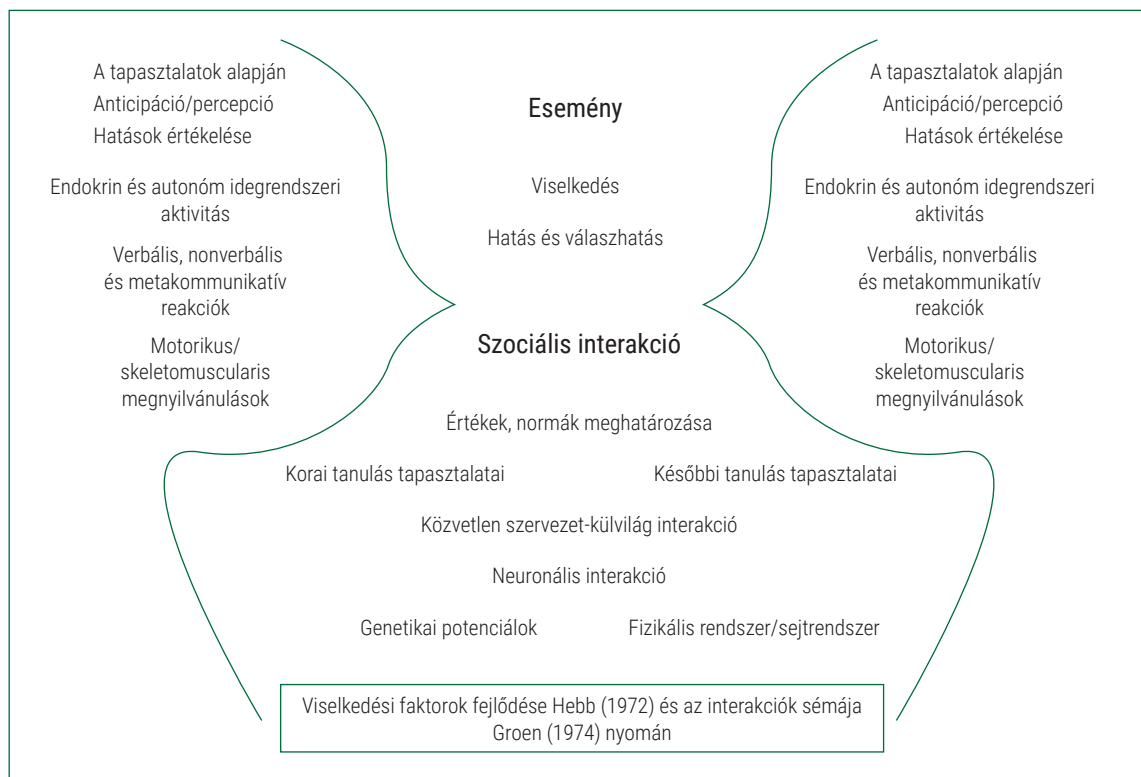
a tudását, hogy minél magasabb szinten tudja az eszközét alkalmazni a kívánt célok eléréséhez. A szükséges tudás és technikai készségek ismerete ellenére is diszfunkcionálissá válhat a készülék, ha a működéshez szükséges energiaforrás nem megfelelő, vagy nem elegendő.

Az ember autonómiára törekvő lény. Életútja során megszerzett ismeretei, készségei segítségével valamilyen szinten képes boldogulni és értékesnek érezni önmagát. Egy betegség vagy megterhelő élethelyzet a belső erőtartalekot olyan mértékben felőrölheti, hogy az a mellette álló segítő támogatás nélkül a motivációjának vagy akár az élni akarásának elvesztéséhez is vezethet.

Az emberi viselkedés motivációja évszázadok óta a filozófusok és pszichológusok érdeklődésének középpontjában áll. A kutatások eredményeként ma már általánosan elfogadott tény, hogy a fiziológiai működésből eredő hatásokon túl a kognitív és érzelmi működés ugyancsak az emberi viselkedést meghatározó fő motivációk forrásának tekinthetők (Petri, 1986; Hebb, 1972). Ezek a pszichikus tényezők a szomatikus működésre épülve másodlagos energiamezőként szolgálnak az ember és a környezet közötti kölcsönhatásban (2. ábra).

A világról megszerzett tudás, a szociális tanulás, az oktatás által közvetített értékek és az egyéni tapasztalatok alakítják az emberek felfogását és gondolkodásmódját a létezésről. Kognitívan az emberek

2. ábra: Az emberi rendszerhierarchia és a viselkedésfejlődési faktorok összefüggései



különbözően képezik le és gondolkodnak a természetről, a természetfeletti erőkről, az ember belső természetéről, az idő szerepéről vagy a tevékenység és az emberi kapcsolatok fontosságáról, azoknak az életben betöltött szerepéről (Campbell, 1963; Murray & Zentner, 1985). Ennek eredményeként eltérő módon viszonyulhatunk az egyes dolgok, helyzetek jelentőségéhez is, amely jelenséget a szakirodalom a minden nyelvben és kultúrában megtalálható beállítódás vagy attitűd fogalmával írja le.

Az attitűd definíciója szerint *„tapasztalat révén szerveződött mentális és idegi készenléti állapot, amely irányító vagy dinamikus hatást gyakorol az egyén reagálására mindazon tárgyak és jelenségek irányában, amelyekre az attitűd vonatkozik”* (Allport, 1935). Ezért a fiziológiai tényezők mellett az egyén attitűdje ugyancsak befolyásolja azt, hogy valaki miként viszonyul az egészségi problémájához, az egészségi állapotának alakulásához, a javasolt beavatkozásokhoz vagy a veszteségek megéléséhez.

Az attitűdkutatások azt is feltárták, hogy az emberek hajlamosak véleményt nyilvánítani olyan dolgokról, amelyekre korábban nem gondoltak (Sherif et al., 1965). A betegséggel szembesülő emberek általában kevés vagy felületese, esetleg az internetről szerzett téves információval rendelkeznek az elszenvetett veszteségük természetéről és a megoldási lehetőségekről. A kialakult helyzetet természetesen a jelen beállítódásuknak, felfogásuknak megfelelően értelmezik, amely a gyógyulást segítő és gátló hatású egyaránt lehet. Az elszenvetett egészségkárosodás esetén is különböző módon viszonyulhatnak magához a betegség tényéhez, a kezelésekhöz, előírásokhoz, amelyekhez eltérő jellegű és intenzitású érzelmeik kapcsolódhatnak. A szűrővizsgálatok jelentőségének ismerete motiválhatja az egyén részvételi hajlandóságát, míg az önmagának sem bevallott félelme az esetleg kedvezőtlen eredmény miatt a felajánlott lehetőség elmulasztásához vezethet.

Az attitűd affektív vagy érzelmi komponense, amely tisztán értékelőnek tekinthető, magában foglalja a személy pozitív vagy kedvezőtlen érzéseit az aktuális témával, eseménnyel kapcsolatban, amelyre adott reakciók intenzitása az affektív komponens erősségére utalnak. *„Az érzélem meghatározható (1) olyan élményként, amelyet (2) az ember úgy érez, mint ha az énnel történné, (3) amelyet részben a helyzet kognitív értékelése generál, és (4) amelyet tanult és reflektív testi reakciók kísérnek”* (Bernstein, 1988).

Az érzélem önmagában motivációs tényező lehet, a motiváció pedig érzelmeket generálhat. A túl nagy belső feszültség miatt az érzelmileg túlfűtött ember kevésbé képes koncentrálni vagy kontrollálni

ni a gondolatait és hatékonyan cselekedni. Kutatások alapján egyértelműen bebizonyosodott az is, hogy a negatív érzelmek hátrányosan befolyásolják a fiziológiai egészséget (Cohen, 1980; Bernstein, 1988). A malignus betegségben szenvedők körében végzett összefüggés-vizsgálat a szubjektív vagy másodlagos belső energiamező pozitív érzelmi töltésének erejét bizonyítja a megküzdési stratégiák, a túlélés ideje és a túlélők számának alakulásában (Greer et al., 1979).

Az attitűd pszichomotoros (cselekvéses) összetevője a személy viselkedésében jelenik meg. Az elkeseredés/félelem (affektív komponens) könnyen vezethet „felelőtlen” döntésekhez/cselekvésekhez, amelyek súlyosan rontják az egészséget, veszélyeztetik az egyének gyógyulási esélyeit. A beállítódás területén végzett vizsgálatok azt is feltárták, hogy az emberek verbális attitűdje, vélekedése igen gyenge kapcsolatban áll egy adott helyzettel/tárggyal vagy jelenséggel kapcsolatos tényleges viselkedésükkel (Festinger, 1964).

Praktizáló ápolók naponta megtapasztalhatják azt, hogy egy beteg a korrekt tájékoztatás, oktatás eredményeként megérti és egyet is ért az elrendelt például *„szigorú ágynyugalom”* fontosságával, ennek ellenére mégis rövid időn belül *„elindul”*. A beteg nem megfelelő viselkedését több tényező motiválhatja. Az egyik ilyen gyakori ok abból adódik, hogy az elrendelt ágynyugalom a szeméremérzetet és ezzel együtt a szocializáció korai szakaszában kialakult és rögzült szigorú normát *„sérti”* meg. Ennek legyőzésében a bátorító közlés, mint *„ez a mi munkánk, mi ezt már megszoktuk”*, a beteg kínélményén sokat nem változtat.

A jelenség a belső energiafedezet folyamatos utánpótlásának, támogatásának fontosságára hívja fel a figyelmet. Az embereknek az ismereteken túl további segítségre is szükségük van a helyzetük és lehetőségeik újragondolásához, mert a problémák túl közel állnak hozzájuk ahhoz, hogy tiszta képet kapjanak róla a hatékony problémamegoldáshoz (Helembai, 2019). A gondozás szempontjából ezért ugyancsak meghatározó ismeret az is, hogy az egyik attitűdkomponens hatékony megváltoztatása a többi dimenzióban is változást indukálhat (Katz & Stotland, 1959). Ebből a szempontból az affektív viszonyulás meghatározó. Ha pozitív változást kívánunk elérni valaki attitűdjében, ez esetben például az ágytálasználat elfogadása iránt, akkor elsődlegesen az érzelmi oldal megváltoztatására kell fókuszálnunk a gátló tényezők legyőzése érdekében. Ehhez a beteg érdekeit szolgáló változások eléréséhez a triangulált betegvezetésben alkalmazott paramedikális tanácsadás nyújt segítséget.

Az ápolási diagnózisok struktúrája a betegvezetésben

Az Ápolók Nemzetközi Tanácsa (ICN) 2002-ben közzétett definíciója értelmében: *„Az ápolás felöleli a bármilyen életkorú egyének, családok, csoportok és közösségek, betegek és egészségesek önálló és együttműködésre épülő gondozását valamennyi szintjén. Az ápolás magába foglalja az egészség fejlesztését, a betegség megelőzését, továbbá a betegek, fogyatékosok és haldoklók gondozását. Az érdekvédelem, a biztonságos környezet elősegítése, a kutatás, a részvétel az egészségpolitika formálásában, valamint a betegellátó és egészségügyi rendszerek vezetésében, továbbá az oktatás szintén kulcsfontosságú ápolói szerepek”* (URL2).

Ennek értelmében az ápolási diagnózis az ápolói gondozás központi eleme, amely vezérfonalként szolgál valamennyi ápoló számára az ellátás teljes időszaka alatt más egészségügyi szakemberekkel önálló és együttműködő funkciókban végzett munkában (Gordon, 1998; Tastan et al., 2014). A professziók együttműködése tekintetében ez azt jelenti, hogy az orvoslás elsősorban a fiziológiai rendszerek működésére és a betegség folyamatára, az ápolás pedig a betegek kórra és a betegség lefolyására adott szubjektív reakciókra összpontosít (Barrett, 2002; Fawcett, 2012).

A szomatikus ápolási diagnózisok struktúrája

A szomatikus ápolási diagnózisokat tekintve a beteg teste a *„fiziológia nyelvén”* és többnyire mérhető módon mondja el, hogy mi a vesztesége, amelyet a beteg panaszként fogalmaz meg. A fiziológiai diszfunkcióra adott Szomatikus REakciók háromkomponensű, aktuális ápolási diagnózisának szerkezete magában foglalja a problémát, amely, mint *„címke”* a NANDA-I listából elérhető tömör kifejezés/mondat, például *„perifériás szöveti vérátáramlás zavara”*.

SZOMATIKUS REAKCIÓ (SORE)

Probléma-Ok-Tünet (POT)

vagy

Probléma-Etiológia-Szimptóma (PES)

Az etiológia vagy ok, a problémához kapcsolódó tényező, amely a problémát okozza vagy ahhoz hozzájárul. A jól működő egészségügyi szolgáltatások rendszerében az ápolási diagnózisban az etiológiaként feltüntetett orvosi diagnózis az interprofesszionális együttműködő funkció alapfel-

tétele. A tünetek az ápoló által az értékelés során azonosított meghatározó jellemzők.

A triangulált betegvezetés modelljének alaptétele, hogy a betegeknek ismernie kell a tünetek okát, az ajánlott vizsgálatok, beavatkozások, kezelési előírások szerepét a jelenlegi állapotának javításában és a szövődmények vagy remissziók elkerülésében. Ez a tudás javítja a kiszámíthatóság érzését (Bernstein, 1988) és megalapozza a betegek aktív részvételének lehetőségét a saját gyógyulási folyamatukban.

A szubjektív ápolási diagnózisok struktúrája

A szükségletek felmérése feltárja az ápolóval közösen elérni kívánt célokat. A cél elérésének *„eszközei”* és jellemzői azonban jelentősen eltérhetnek, mint a példában említett szigorú ágynyugalom betartása, vagy az öninjekciózás, vizsgálatok, műtétek vállalása, gyógyszeres pontos adagolása, segédeszközök használata stb. Az egészségügyi problémákkal küzdő emberek nagyon eltérő módon viszonyulnak a gyógyulás eléréséhez vezető kihívásokhoz és az elérést szolgáló eszközök elfogadásához és azok célszerű alkalmazásához.

A szubjektív ápolási diagnózis azt tárja fel, hogy a beteg miként reagál az egészségével kapcsolatos problémákra. A szubjektív üzenetek helyes értelmezése annak az azonosítását segíti, hogy ki az a személy, akihez a fiziológiai tünetek tartoznak. Más szavakkal: Miként szembesül, egyáltalán képes-e szembesülni a beteg a felmerült problémájával (kognitív attitűd). Milyen segítő vagy gátló energiafedezettel/motivációval (érzelmi állapot) rendelkezik (Carpenito, 1996). Miként próbál a személy megbirkózni a nehézségeivel (megküzdési stratégiák).

A betegvezetés során ezért meg kell ismerni a beteg/hozzátartozó vagy szignifikáns személyek adott helyzettel kapcsolatos gondolkodását, érzelmi állapotát és a megoldás érdekében alkalmazott cselekvéseit, vagyis a megküzdési stratégiáit (**3. ábra**).

A szubjektív reaklási módok területén ezért ugyancsak célszerű egy olyan irányadó elvi vonalvezetés alkalmazása, amely orientálja az ápolóterapeutát a szubjektív ápolási diagnózisok felállításában a paramedikális tanácsadás fókuszának kijelölése, valamint a segítséget kérővel az eredményes együttműködés érdekében.

SZUBJEKTÍV REAKCIÓ (SURE)

KOGNITÍV VISZONYULÁS-ÉRZELMI ÁLLAPOT-MEGKÜZDÉSI STRATÉGIA (KÉM)

(X) Kognitív viszonyulás a veszteséghez/helyzethez, amely (Y) érzelmi státusz miatt (Z) megküzdési stratégiában nyilvánul meg.

A betegek szubjektíven megélt állapotukról „kódolt üzenetek” formájában, verbális és/vagy nonverbális csatornákon keresztül számolnak be. Az üzenetek tartalmának „megfejtése” és logikus struktúrába rendezése az elfogadott tudományos megfontolások alapján lehetőséget teremt az ápolók számára a betegek szubjektív reakcióinak értelmezésére. A szubjektív ápolási diagnózisok éppen ezért a triangulált betegvezetésben alkalmazott paramedikális tanácsadási folyamat vezetésének iránytűjeként is szolgálnak.

Értékelés

Történetiségét tekintve az ápolás területén jó száz évvel az orvoslást követően, 1953-ban fogalmazódott meg és jutott érvényre az igény, hogy az ápolás az ismereti anyagát a saját rendszerező elvei alapján keretbe foglalja, megalkotva ezzel leíró tudományának taxonómiáját. A diagnózis terminológia első megjelenését követő két évtizedben az ápolási diagnózis fogalomhasználatának előfordulása a szakirodalomban sporadikusnak tekinthető (Carpenito, 2013).

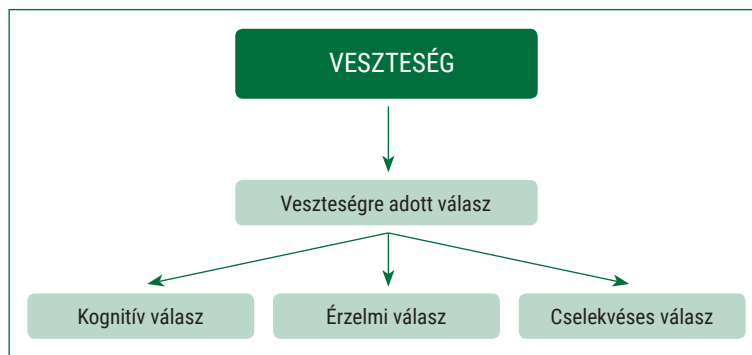
Az ápolástudomány és az ápolás gyakorlatának folyamatos fejlődése a diagnózisok megfogalmazásának „tétjét” megnövelte. Az időközben a világ 35 országát magában foglaló, nemzetközi szervezetté bővült szakmai közösség (North American Diagnosis Association-International – NANDA-I) 2008-ban megtartott szakmai fórumán deklarálta azt az állásfoglalását, amely szerint az ápolási diagnózisok alapján kiválasztott és alkalmazott beavatkozásokért az ápoló felelős (Carpenito, 2013).

Az ápolási diagnózisok szerkezetüket tekintve három csoportba sorolhatók:

1. Az egyrészes állítások formájában megfogalmazható ápolási diagnózisok a szindrómák, mint például nemi erőszak elszívését követő poszttraumás stressz szindróma. Az elfogadott konszenzus alapján az orvostudományban a szindrómák nem diagnózisokat, hanem jellemzőket és tüneteket csoportosítanak. Az ápolásban ezért a jellemzők és tünetek csoportja egy egytagú, magában álló ápolási diagnózisként szerepeltethető.

A poszttraumás stressz szindróma tünetcsoport nélkülözhetetlen a traumát elszívett egyén számára lényeges programok meghatározásához. Azt azonban nem árulja el, hogy a személy miként viszo-

3. ábra: A szubjektív ápolási diagnózisalkotás szempontrendszere



nyul például az igazságügyi vizsgálatához szükséges mintavételhez, vagy az alvás- és koncentrációszavar, elzárkózás stb. megszüntetésére ajánlott beavatkozásokhoz.

Az egyrészes klinikai állítások másik nagy csoportját az egészségfejlesztésre vonatkozó ápolási diagnózisok alkotják. Jellemzőket tekintve az idesorolható klinikai ítéletek kifejezik egy személy, család vagy közösség motivációját és vágyát a jóllét és az emberi egészségben rejlő potenciálok mozgósítása iránt, mint például nyitottság az új ismeretek befogadására, megküzdési stratégiák, kommunikáció fejlesztésére, gyakorlatok elsajátítására stb. Az érintettek ennek érdekében mozgósítják belső erőforrásait, amely kifejeződik a személyek készenlétében az egészség-magatartásuk javítására (Carpenito, 2013).

A kívánt eredmény elérése felé vezető úton azonban ez esetben is igencsak különböző módon reagálhatnak az emberek kognitív, érzelmi és cselekvéses módon egyaránt. Eltérően gondolkodhatnak a táplálék minőségének jelentőségéről, az étkezés érzelmileg betöltött szerepéről a saját életükben vagy a szükséges ellenőrzések elvégzésének, mint a testsúly mérése, BMI (testtömegindex) követéséről. A nyitottság diagnózisa önmagában nem árul el semmit az egyén kezelési tervében foglalt ajánlásokhoz, beavatkozásokhoz való viszonyulásáról. Az ápoló számára az egyéni reagálási módok azonosítása biztosít lehetőséget a beteg kódolt üzenetének megértésén túl a megfelelő paramedikális tanácsadási technikák kiválasztásához is.

2. A kockázati ápolási diagnózis felállítása az ápolási folyamat fontos részének tekinthető. A kockázati diagnózisok tartalmi és megbízhatóságot fokozó hozzájárulást nyújtanak a személyközpontú ápolói gondozás megtervezéséhez. Alkalmazásuk abban az esetben szükséges, ha nem áll rendelkezésre elegendő információ a megalapozott ápolási diagnózis megfogalmazására vagy a kockázat lehetőségének elvetésére.

Hagyományosan a kétrészes, úgynevezett kockázati diagnózisok a nem kívánt szomatikus és/vagy viselkedési reakciók elkerülése érdekében megfogalmazott klinikai ítéletek. A kockázati diagnózis első tagjaként a fennálló probléma, azaz a veszély szerepel, amelyek bekövetkezésére egy adott helyzetben a) valós vagy b) magas, illetve c) lehetséges mértékben számítani lehet.

A kockázati diagnózis második tagjaként feltüntetett ok egyaránt utalhat a probléma patofiziológiai/biológiai, kezeléssel/medikációval, szituációval (környezeti vagy személyi okból), vagy érési folyamattal összefüggő hátterére.

– „*Elégtelen perifériás vérátáramlás kialakulásának kockázata mélyvénás trombózis miatt.*” (Patofiziológiai ok.)

– „*Elégtelen perifériás vérátáramlás kialakulásának kockázata immobilitás miatt.*” (Kezeléssel összefüggő ok, például szigorú ágynyugalom esetén.)

– „*Elégtelen perifériás vérátáramlás kialakulásának kockázata a keringő vér mennyiségének csökkenése miatt.*” (Érési folyamattal összefüggő ok, például dehidráció időskorban.)

– „*Elégtelen perifériás vérátáramlás kialakulásának kockázata túlzott mértékű dohányzás miatt.*” (Személyi ok, például mélyvénás trombózis esetén.)

A triangulált betegvezetés modelljében a kockázati diagnózisok elsősorban a professzió gyakorlóí számára nyújtanak iránymutatást a szükséges és lehetséges gondozási terv és a beteg számára felajánlott programok kialakításához. A betegvezetésben a felmérést követően kerülhet sor a programtervezet időkeretbe is foglalt felajánlására. A beteggel együtt áttekintett programok stabil tájékoztató pontként tekinthetők az ápoló-orvos-beteg relációjában egyaránt, amelyek a megvalósítást követően módosíthatók a célszerűségnek megfelelően.

A beteg fejlődését célzó és keretbe foglaló programcsomagnak ezért tartalmaznia kell azokat az alprogramokat is, amelyek hozzásegítik a beteget a kockázatok bekövetkezésének megelőzéséhez, például a folyadékpótlás szerepe a szervezet működésében. A megküzdés ugyanis csak akkor lehet hatékony, ha az egyén számára világosan látható, hogy mit, miért és mikor kell tennie, mire és hogyan lehet az erőfeszítéseket irányítani.

Az egyes programok középpontjában a betegség természete, valamint az egyén által tapasztalt tünetek, kezelések, vizsgálatok közötti összefüggések megértését szolgáló ismeretek feldolgozása áll. Ebből következően a kockázati tényezőként megfogalmazott „ismerethiány” a személyre szabott programok és ezzel együtt a betegvezetés hiányára utal.

3. A háromrészes vagy aktuális ápolási diagnózisok átfogó módon írják le az egyének egészségi állapotra vagy az életeseményekre adott válaszainak konkrét összetevőit (Carpenito, 2013; Ackley et al., 2020). A háromkomponensű ápolási diagnózisban etiológiaként megjelölt orvosi diagnózis egyrészt az együttműködő funkció megalapozójaként, másrészt az önálló funkcióként végzett ápolói gondozás előfeltételeként tekinthető. Ennek alapján történhet meg ugyanis az ápoló felelősségi körébe tartozó beavatkozások kiválasztása az intervenciók tárából (NIC). Az orvosi diagnózis ismeretében határozhatók meg egyértelműen például az artériás vagy vénás trombózisban szenvedő beteg ellátása során alkalmazott ápolói beavatkozások és a kapcsolódó programok, mint az új ismeretek feldolgozása és a készségek kialakítása. A beteg fejlődésében kívánatos és reális változások meghatározásához a kimeneti eredmények osztályozásának rendszere (NOC) nyújt segítséget, amely célok eléréséhez időterv kialakítása is szükséges.

A háromtagú szomatikus ápolási diagnózisban ugyancsak szerepelhet problémát kiváltó okként patofiziológiai/biológiai, kezeléssel/medikációval, szituációval (környezeti vagy személyi okból) vagy érési folyamattal összefüggő tényező. Az *„elégtelen perifériás szöveti vérátáramlás mélyvénás trombózis miatt, amely az érintett végtag bőrének cianózisában, meleg tapintatúságában és a skálán mért 7-es erősségű fájdalomában nyilvánul meg”* patofiziológiai okot tartalmazó ápolási diagnózis struktúrájában és tartalmában egyaránt korrekt. Az egyén szubjektív viszonyulásának azonosításához azonban nem tartalmaz információt, amely a szomatikus válaszreakciók esetén nem is lehetséges.

Az ápolási diagnózisok bevezetésének időszakában az általánosan elfogadott nézet szerint az ápolási diagnózis orvosi diagnózist csak ráutalással tartalmazhatott. A napjainkban már meghaladott szabályhoz ragaszkodás még mindig érezhető valamilyen formában a diagnózisok megfogalmazásában. A kockázati diagnózisok terén például *„elégtelen perifériás vérátáramlás kialakulásának kockázata másodlagosan a mélyvénás trombózishoz kapcsolódva”* (Carpenito, 2013). A problémát kiváltó ok ismeretében az állítás aktuális (háromkomponensű) diagnózisként is megfogalmazható, például: *„Elégtelen perifériás szöveti vérátáramlás másodlagosan a mélyvénás trombózishoz kapcsolódva, amely az érintett végtag bőrének cianózisában, meleg tapintatúságában és a skálán mért 7-es erősségű fájdalomában nyilvánul meg.”*

Belegondolva, ennek alapján nem zárható ki az, hogy a *„másodlagosan a trombózishoz kapcsolódva”* állításban a trombózis és a másodlagosság orvosi vagy

ápolói megállapításon alapul-e, mint ahogyan a kockázati diagnózis esetében sem. Természetesen a közös konszenzus alapján a „trombózis” egyértelműen az orvos által felállított diagnózisra utalt és így már ápolási diagnózisként vált elfogadottá. A mai fejlett és magas szinten kvalifikált szakembereket foglalkoztató, valamint a professziók egymáshoz való viszonyának fejlődését követő egészségügyi ellátórendszerben ez a formáció már inkább csak hosszú és nehézkes.

A szubjektív válaszreakciók diagnózisának felállítása az aktuális diagnózisok esetében is megfontolásra érdemes. Klasszikus példaként említhető diagnózis *„A kezelési előírások betartásának elégtelensége (megfigyelhető 'tünet') az elrendelt heti vérnyomásmegfigyelés jelentőségének megértési képtelensége miatt [ok], amely a beteg »Nem megyek el ellenőrzésre, ha elfoglalt vagyok« szóbeli közlésében (a tünet verbális formája) nyilvánul meg»* (Carpenito, 2013).

A három tagból álló diagnózisként strukturálisan az eredmény a „tünet-ok-tünet”, amely az elfogadott főszabálynak (probléma-etiológia-szimptóma) nem felel meg. A személy viselkedésében, közléseiben megjelenő válaszreakciók közül kizárólag a gyógyulást gátló viselkedési komponens azonosítható, a kognitív viszonyulás és az érzelmi állapot viszont nem.

A mindennapok gyakorlatában többféle aktuális diagnózisváltozattal is találkozhatunk, mint például: *„Kezelési előírások betartásának elégtelensége ismerethiány miatt, amelyet a beteg szóban közöl.”* A beteg kijelentésének tartalma a betegvezetésben alkalmazott paramedikális tanácsadás szempontjából mindösszesen annyit árul el, hogy a személy még nem áll készen arra, hogy adekvát módon szembesüljön a megváltozott állapotával és emiatt az autonómiájának visszaszerzését támogató ajánlások elfogadására sem képes. Az érzelmi státusz azonosítása nélkül a viselkedés hátterében meghúzódó motivációs tényező is ismeretlen. Ennek alapján a hasznos, betegoktatáshoz szükséges témakör kiválasztható, didaktikailag jól felépített formában az edukáció maradéktalanul meg is valósítható. A beteg kognitív és affektív viszonyulásának ismerete nélkül azonban személyközpontú ápolásról nem beszélhetünk, és így a beteg viselkedésének megváltoztatására irányuló ápolói erőfeszítések mértéke többnyire nincs arányban az elért eredményekkel.

Általánosan elmondható, hogy az *„ismerethiány miatt”* tartalommal megfogalmazott diagnózisok célszerűsége igencsak kérdéses. Szomatikus diagnózisok keretében az ilyen tartalmú klinikai állítás nem értelmezhető, mivel fiziológiailag az ismerethiány nem okoz sem fertőzést, sem perifériás vérátáram-

lás-elégtelenséget. Szubjektív ápolási diagnózisként megfogalmazni ugyancsak felesleges, mert semmit nem árul el arról, hogy miként érez, gondolkodik és cselekszik az a személy, aki az *„ismerethiány tulajdonosa”*.

Következtetés

Az orvoslás a szervezet működésében tapasztalt diszfunkciók, tünetek, vizsgálati eredmények alapján állítja fel a kiváltó okot tartalmazó diagnózist és határozza meg a lehetséges terápiát. Az ápolás az orvosi diagnózisban meghatározott ok ismeretében fordul a fiziológiai és szubjektív reagálási módokban megjelenő egyéni válaszreakciók befolyásolása felé.

A szakmaközi kapcsolatok relációjában az úgynevezett függő funkció kivezetését a medicina területéről az ápolóképzés tartalmába emelt ismeretek tették lehetővé. Az ápolás és betegellátás alapképzési szakápolás szakirányának képzési és kimeneti követelményei (KKK) tételesen és részletesen tartalmazzák a professziók közötti együttműködő és önálló funkciók gyakorlásának alapjául szolgáló tudásfedezetet. Többek között: *„Széleskörűen ismeri a fizikális állapotfelmérés fogalmát, a betegségek kórismézésében használatos fizikális, laboratóriumi és modern képalkotó vizsgálatok alapelemeit, alkalmazási lehetőségeit, indikációit, kivitelezési technikáit, az egyes vizsgálatok korlátait, a vizsgálatok során nyert paraméterek helyes értékelését, az eltérések értelmezését. ... Részletesen ismeri a megbetegedések okát, tüneteit, diagnosztikáját, terápiáját, szakápolástanát, transzkulturális aspektusait, valamint az ezekkel kapcsolatos betegoktatási feladatokat az ellátás minden szintjén”* (URL3).

A személyközpontú, kimeneti eredményeken alapuló ápolás hatékonysága az érintett egyénnel közösen kiválasztott céloktól és a betegnek a kezelési folyamatba való bevonásától függ, mivel köztudott, hogy nincs olyan szakember, aki képes lenne a beteg helyett meggyógyulni. Ezért a betegnek is aktív résztvevőjének kell lennie az ápolási folyamat minden szakaszában, amelyet a *„beteggel és nem a betegért végzett munka szellemében végeznek”* (Kozier et al., 2012).

A KKK a személyközpontú ápoláshoz ugyancsak megfelelő tudásfedezetet biztosít azáltal, hogy az ápolás és betegellátás alapképzési szakon végzett hallgató *„részletesen ismeri a kommunikáció alapelemeit, formáit, irányait, csatornáit, az életkornak megfelelő kommunikációs stratégiákat... a személyiség fogalmát, a személyiségtípológiákat, az érett személyiség jellemzőit, az önismeret és önértékelés aspektusait, az egészségpszichológia alapjait, a különböző életszakaszok*

fejlődéslelektani alapjait, a konfliktusok fajtáit, okait... Átfogóan ismeri a pszichológia vizsgálati területeit, módszereit, a pszichológia legfontosabb irányzatait, tudományterületeit, illetve ezek alapproblémáit... Részletesen ismeri a terapeutamunka alapelveit, jellemzőit, intervenciók szintjeit, az ápolási és betegvezetési folyamat összefüggéseit, a betegvezetés elméleti alapjait, formáit, a paramedikális tanácsadás szintjeit, készségeit és stratégiáit...” (URL3)

A tudás önmagában csak potenciális lehetőséget biztosít az ápolás ügyének szolgálatára. A tudás tartalma és alkalmazásának minősége azonban szemléletfüggő is, vagyis függ az ápolástudomány és a minőségi ápolás jelentőségének felismerésétől.

A világ ápolóinak közvéleménye az elméleti ismeretekre épülő gyakorlati tapasztalatok alapján már régen definiálta az ápolás lényegét annak a felismerésével, hogy az ápolás fogalmának megalkotása pusztán a végzett tevékenységek (skill-mixek) listázásával nem lehetséges (Scott, 1994).

Az orvoslástól átadott tevékenységek alapján igen kevés a valószínűsége az ápolásról alkotott társadalmi megítélés kedvező változásának. A betegek és a hozzátartozók részéről pedig meglehetősen indifferens, hogy az ápolók tevékenysége milyen új feladatokkal bővül. Számukra ugyanis a legfontosabb az, hogy nehéz helyzetükben miként őrizhetik meg emberi méltóságukat és önazonosságukat, valamint önrendelkezési és minden egyéb jogait (Illyésné Rajki, 2000).

A szomatikus ápolási diagnózisok egy szervezet működésének jellemzőit és a valószínűsíthető kockázatokat tárják fel, azonban a szubjektív válaszreakciók azonosításához más szempontok figyelembevétele szükséges. Az ápolási diagnózisalkotás területén ezért időszzerűvé vált a szemléleti és szabályalkotási konszenzus megújítása az ápolástudomány fejlődésének megfelelően.

Ajánlás

Az ápolási diagnózisok jelentőségének felismerése és kidolgozása mérföldkőnek tekinthető az ápolástudomány és az ápolási kultúra fejlődésében. A korszerű ápolásról alkotott szemlélet meghonosítása, valamint az ápolási diagnózisok alkalmazásának bevezetése a hazai ápolóképzésbe és az ápolás mindennapos gyakorlatába *Sővényi Ferencné* hivatás iránt elkötelezett munkásságának köszönhető. Országos főnövéként ugyancsak ő „*hozta haza*” 1996-ban *L. J. Carpenito*, 1995-ben elkészített Ápolási diagnózisok kézikönyvét, amely ebben a tárgykörben azóta is az egyetlen magyar nyelven elérhető forrásmunka.

Az ápolás területének fejlődésére visszatekintve sürgetően időszzerűvé vált az ápolási diagnózisok kézikönyvének továbbfejlesztése a szubjektív ápolási diagnózisok bevezetésével valamennyi ápoló számára elérhető formában. A szubjektív ápolási diagnózisok lényegének ismerete egyrésről az egyénre szabott ápolási terv elkészítésének előfeltétele. Másrésről a szubjektív ápolási diagnózisalkotás szempontrendszer teszi lehetővé a beteg üzeneteinek, motivációinak pontos megértését, amely az ápoló-beteg konfliktusok megelőzésének legfőbb eszköze.

A képzési szintek differenciálásának alapjaként döntően a medicinától átvett kompetenciák tekinthetők. A személyközpontú gondozás azonban az ápolás valamennyi területén és az eltérő kvalifikációval rendelkező ápolók tevékenységével szemben azonos követelményként jelenik meg. A szubjektív ápolási diagnózisok általános bevezetése a különböző szintű ápolóképzések ismeretanyagába segítheti az előrelépést az eltérő kvalifikációval rendelkező ápolók együttműködése és betegvezetési tevékenységének harmonizálása felé vezető úton, amely egyúttal a kedvező munkahelyi légkör, valamint a munkával való elégedettség és a betegelégedettség elérése felé is vezet.

A szomatikus ápolási diagnózisok ismeretében tervezhető az ápolási folyamat, amelyet a NIC és NOC ajánlásai egyaránt támogatnak. A szubjektív ápolási diagnózisok irányítúként szolgálnak a betegvezetési és paramedikális tanácsadási folyamat számára. Éppen ezért a szubjektív ápolási diagnózisalkotáshoz szükséges célzott tananyag és gyakorlatok előzetes kidolgozása ugyancsak az ápolás előtt álló feladat. A betegvezetés ismeretrendszerének közreadása a tárgykörben felkészült, ápolói képzettséggel is rendelkező oktatók biztosításával lehetséges, ezért számukra továbbképzések biztosítása szükséges.

A területi mentorok számára szervezett továbbképzések ugyancsak nélkülözhetetlenek a képző- és ellátóintézmények együttműködése, valamint a napi gyakorlatban élénken élő, mára már meghaladott tradicionális szemléleten alapuló úgynevezett „*rejtett curriculumok*” (Ludwig et al., 2018) hatásának mérséklése érdekében.

További, fajsúlyában azonos jelentőségű feladat az ápoló- és orvosképzési tantervek harmonizálása a szakmaközi együttműködéshez a nélkülözhetetlen „közös nyelv” és attitűd megteremtése érdekében.

A szubjektív ápolási diagnózisok és betegvezetés területéhez köthető kutatások ma még gyakorlatilag az említett tudástartalom hiányát, illetve annak az ápolói ellátás során tapasztalt nemkívánatos következményeit mutatják be. Ezek a gyenge pontok jól

ismertek. A feltárt kedvezőtlen jelenségek egyetlen pozitívumaként tekinthető, hogy a fejlődéshez szükséges szemléletváltoztatásra hívják fel a figyelmet. A „humán faktor” társadalmi értékének, megbecsülésének függvényében alakulhat csak az érdemi kutatásokat megalapozó integrált tudásanyag biztosítása és annak alkalmazása iránti igény, amely a professzionális ápolás és az egészségügyi szolgáltatás minősé-

gi fejlődésének legfőbb előfeltétele és mozgatója is egyben.

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

Érdekltségek: A szerzőnek nincsenek érdekeltiségei.

Irodalomjegyzék

- Ackley, B. J., Ladwig, G. B., Makic, M. B. F., Martinez-Kratz, M. & Zanotti, M. (2020). *Nursing Diagnoses Handbook. An evidence-based guide to planning care.* (12th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Inc.
- Allport, G. W. (1935). Az attitűdök. In: Halász, L., Hunyadi Gy., Marton, L. M. (szerk.). *Az attitűd pszichológiai kutatásának kérdései.* Budapest: Akadémiai Kiadó; 1979. p. 49.
- Barrett, E. A. (2002). What is nursing science? *Nursing Science Quarterly*, 15(1), 51–60. <https://doi.org/10.1177/089431840201500109>
- Bernstein, D. A., Roy, E. J., Srull, T. K. & Wickens, C. D. (1988). *Psychology.* Boston, MA: Houghton Mifflin Company; p. 81–117.; 445; 472–503.
- Bertalanffy, L. (1968). *General Sytem Theory.* New York, NY: George Braziller.
- Campbell, D. T. (1963). Social attitudes and other acquired behavioral dispositions. In: Koch, S. (ed.). *Psychology: a study of science.* New York, NY: McGraw-Hill; p. 94–172.
- Carpenito, L. J. (1996). *Ápolási diagnózisok.* Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
- Carpenito, L. J. (2013). *Nursing Diagnoses Application to clinical practice* (14th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Cohen, S. (1980). After effects of stress on human performance and social behavior: a review of research and theory. *Psychological Bulletin*, 88(1), 82–108.
- Fawcett, J. (2012). Thoughts about nursing science and nursing sciencing on the event of the 25th anniversary of Nursing Science Quarterly. *Nursing Science Quarterly*, 25(1), 111–113. <https://doi.org/10.1177/0894318411429072>
- Festinger, L. (1964). Behavioral support for opinion change. *Publ Opin. Quart* 28, 404–417.
- Fiske, D. W., Maddi, S. R. (1961). *Functions of varied experience.* Homewood, IL: Dorsey Press.
- Gordon, M. (1998). Historical perspective: the National Conference Group for Classification of Nursing Diagnoses (1978, 1980). *Nursing diagnosis: ND: the official journal of the North American Nursing Diagnosis Association*, 9(2 Suppl), 27–31.
- Greer, S., Morris, T., & Pettingale, K. W. (1979). Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *Lancet (London, England)*, 2(8146), 785–787. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(79\)92127-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(79)92127-5)
- Groen, J. J. (1974). The challenge of the future: the prevention of psychosomatic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 23(1–6), 283–303. <https://doi.org/10.1159/000286651>
- Hebb, D. O. (1972). *Textbook of psychology.* (3rd ed.). W. B. Saunders Company, Philadelphia-London-Toronto.
- Helembai, K. (2019) Patient Conducting Model for Nursing Care. *Madridge J Nurs*, 4(1): 139–144. DOI: 10.18689/mjn-1000125
- Helembai, K. (2021). Essence of Subjective Nursing Diagnoses and Its Utilization. *Saudi J Nurs Health Care*, 4(6): 148–157. <https://doi.org/10.36348/sjnhc.2021.v04i06.002>
- Illyésné Rajki, V. (2000): Adalékok a laryngectomia műtéten átesett betegek ápolásához. *Nővér*, 13(1), 13–16.
- Katz, D., Stotland, E. (1959). A pleminiray statement to a theory of attitude structure and change. In: Koch S. (ed.) *Psychology: a study of a science*; vol. 3. NY: McGraw-Hill, 423–475.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A. Snyder, S., Harvey, S. & Morhan-Samuel, H. (2012). *Fundamentals of Nursing. Concept, process and practice.* (2nd ed). Harlow, UK: Pearson Education Ltd.; p. 40–257.
- Ludwig, B., Turk, B., Seitz, T., Klaus, I., & Löffler-Stastka, H. (2018). The search for attitude-a hidden curriculum assessment from a central European perspective. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 130(3–4), 134–140. <https://doi.org/10.1007/s00508-018-1312-5>
- Murray, R. B., Zentner, J. P. (1985). *Nursing Assessment & Health Promotion Strategies Through the Life Spain* (4th ed.). USA, NJ: Englewood Cliffs; p. 3–42.
- Petri, H. L. (1986). Motivation: Theory and research (2nd ed.) Belmont, CA: Wadsworth. Sherif, C. W., Sherif, M. & Nebergall, R. E. (1965). *Attitude and attitude change.* Philadelphia, PA: Saunders.
- Scott, P. (1994). A sárkányok birodalma. In: *Ápolóképzés a jövőnek.* (szerk.: Slevin, O. & Buckenham, M.) Budapest: Semmelweis Kiadó; p. 188–199.
- Sparks, S. M., Taylor, C. M. (1993). *Nursing Diagnoses Reference Manual.* (2nd ed.). USA, PA: Springhouse Corporation.
- Tastan, S., Linch, G. C., Keenan, G. M., Stifter, J., McKinney, D., Fahey, L., Lopez, K. D., Yao, Y., & Wilkie, D. J. (2014). Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(8), 1160–1170. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.004>
- Zuckerman, M. (1984). Sensation seeking: A comparative approach to a human approach. *The Behavioral and Brain Sciences*, 7, 413–471.
- URL1: Ápolási Diagnózis Útmutató (2021). Teljes Lista & Bemutató. Hippocrates Guild.
- URL2: Nursing definitions (2002). ICN – International Council of Nurses.
- URL3: A felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményei (2024). VIII. Orvos- és Egészségtudomány Képzési Terület 84. Ápolás és Betegellátás Alapképzési Szak. 512–530. <https://dd8943e58cb6bb4ad545f0919af0ed16eafe415e.pdf> (kormany.hu)

DOKUMENTUMAJÁNLÁS

A Sebgyógyulási Konceptió – Az Egyénre Szabott Sebkezelés Jelentősége

(Wounds International (2023). Wound balance: achieving wound healing with confidence. Wounds International, London)

DR RÉVÉSZ Erzsébet, HERMANN Zoltánné

ÖSSZEFOGLALÁS

A nemzetközi sebkezelő szakértők által 2022 novemberében Frankfurtban kidolgozott Sebgyógyulási konceptió egy új, innovatív megközelítés, amelynek célja a sebgyógyulási folyamat elősegítése, a betegek életminőségének javítása és a kezelési eredmények optimalizálása. A megfelelő kötszerek kiválasztása, az időben történő beavatkozások és a beteg életminőségének rendszeres felmérése kulcsfontosságúak a sikeres gyógyuláshoz. A konceptió hangsúlyozza, hogy az egyénre szabott ellátás nemcsak a seb kezelésére irányul, hanem a gyógyulás elősegítésére is, így jelentősen javítva az ellátás hatékonyságát és a betegek életminőségét.

A nemzetközi panel egy dokumentumban fogalmazta meg a Sebgyógyulási konceptióját, melynek célja, hogy a szükséges elméleti háttér bemutatása mellett gyakorlati útmutatóként szolgáljon a sebkezelő egészségügyi szakemberek számára, és iránymutatást nyújtson a sebkezelés minden szakaszában.

SUMMARY

The Wound Balance concept, developed by international wound care experts in Frankfurt in November 2022, is a new, innovative approach aimed at promoting the wound healing process, improving patients' quality of life, and optimizing treatment outcomes. Selecting the appropriate dressings, timely interventions, and regularly assessing the patient's quality of life are crucial for successful healing. The concept emphasizes that personalized care is not only focused on managing the wound but also on promoting healing, thereby significantly enhancing the effectiveness of treatment, and improving patients' quality of life.

The international panel outlined the Wound Balance concept in a document aimed at providing the necessary theoretical background while also serving as a practical guide for wound care healthcare professionals, offering direction for every stage of wound management.

Bevezetés

A Sebgyógyulási konceptió egy többtényezős, a sebgyógyulási folyamathoz és a klinikai gyakorlathoz kapcsolódó számos, egymással összefüggő kérdést érintő megközelítés. Célja, hogy összefoglalja azokat legfontosabb kritikus paramétereket, amelyek folytonosságot és személyre szabott ellátást tesznek lehetővé, támogatva a döntéshozatalt a sebkezelési folyamat során, a beteget helyezve az ellátás középpontjába.

A Wounds International által közzétett dokumentum útmutatást nyújt ahhoz, hogy mit jelent az egyensúly a sebkezelésben, és milyen gyakorlati lépésekkel javítható az eredményesség a kezelés során.

A sebgyógyulási három pillére

A sikeres sebkezelés érdekében fontos, hogy a kezelési folyamat minden szakaszában figyelembe vegyük a sebek egyedi jellemzőit, a betegek szükségleteit és az ellátás folytonosságát. A Sebgyógyulási konceptió három fő pilléren alapszik (**1. ábra**):

1. Egyensúly a Sebkezelésben

A biomarkerek (mint például a matrix metalloproteinázok (MMP), növekedési faktorok) és a sebváladék mennyiségének kontrollálása elengedhetetlen a hatékony sebgyógyuláshoz. A magas proteázszint az egyik legjelentősebb gátló tényező, amely akadályozhatja a gyógyulást. A sebgyógyulási olyan beavatkozásokkal érhető el, mint például a sebalap előké-

szítése, az elhalt szövet, szövettörmelékek eltávolítása (debridement), a megfelelő váladékmenedzsment, valamint az optimális kötszer kiválasztása.

Az alábbi lépések támogatják a seb állapotának javítását:

- Abszorpció: A gyógyulást gátló tényezők és mikroorganizmusok felvétele.
- Szekvesztráció: A proteázok és egyéb káros faktorok elkülönítése.
- Retenció: A gátló tényezők és mikroorganizmusok visszatartása.
- Eltávolítás: A káros tényezők biztonságos eltávolítása a kötszerrel együtt.

2. Egyensúly a Betegellátásban

Az ellátás során kiemelt figyelmet kell fordítani a beteg személyes prioritásaira, az életminőség javítására és az együttműködés támogatására. A beteg és az ellátók közötti hatékony kommunikáció, valamint a beteg szükségleteinek és céljainak folyamatos újraértékelése biztosítja, hogy az ellátás valóban a beteg érdekeit szolgálja. A páciensek bevonása és a betegségi ismeret növelése révén az ellátás nem csupán a seb kezelésére, hanem a gyógyulás elősegítésére is irányul.

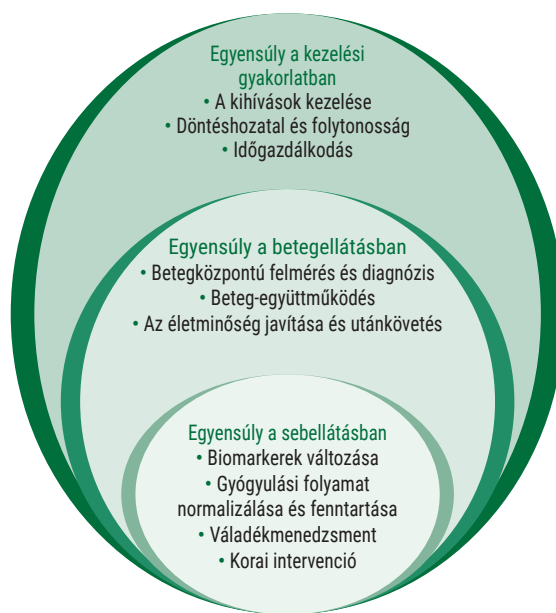
3. Egyensúly a Klinikai Gyakorlatban

A krónikus sebek kezelése során a döntéshozatal folytonossága és a beavatkozások időszerűsége kulcsfontosságú. A krónikussá válás első jeleit időben kell felismerni, és megfelelő stratégiákkal kezelni, hogy a gyógyulási folyamat ne szenvedjen késedelmet. Az ellátók közötti kommunikáció és a folyamatos szakmai képzés hozzájárulnak az ellátás minőségének javításához és a kezelési eredmények optimalizálásához.

A sebgyógyulás koncepció gyakorlati megvalósítása

A Sebgyógyulás koncepció gyakorlati megvalósítása érdekében a szakértők a következők vonatkozásában fogalmaztak meg ajánlásokat:

- A sebgyógyulás tudományos hátterének megértése.
- A gyógyulást akadályozó faktorok azonosítása, beleértve a külső tényezőket is.
- A várhatóan krónikussá váló sebek minél korábbi felismerése és ennek megfelelő kezelése.
- A betegközpontú megközelítés fontosságának megértése, a beteg egyéni szükségleteinek azonosítása, és annak biztosítása, hogy a beteg álljon a döntéshozatali folyamat középpontjában – a kezelés kezdetétől kezdve a teljes betegút során.
- A betegek életminőségének és a sebbel való együttélés hatásának figyelembevétele és mérése az eredmények javítása és a bizonyítékok megalapozása érdekében.



1. ábra: A sebgyógyulás három pillére

- A megszerzett ismeretek alkalmazása az eredmények megfelelő és időben történő elérése érdekében.

Eredmények és konklúzió

A szakértők egyetértettek abban, hogy a sebkezelési folyamat során figyelembe kell venni a sebgyógyulást akadályozó tényezőket, és ennek megfelelően kell alkalmazni a kezelési stratégiákat. Az ellátás célja nemcsak a sebek kezelése, hanem a gyógyulás elérése, amilyen korán csak lehetséges.

Az eredmények azt mutatják, hogy a sebkezelési protokollok és kötszerek hatékonysága jelentősen javítható a megfelelő kötszerválasztással, a beteg életminőségének fokozott figyelembevételével és a sebkezelési folyamat korai szakaszában történő beavatkozásokkal. A betegek életminősége és a sebkezelés eredményessége szoros összefüggésben áll, így az egyénre szabott ellátás elengedhetetlen a sikeres gyógyuláshoz.

A gondolkodásmód megváltoztatása és fókusz áthelyezése a lehetőségekhez mérten a sebek gyógyítására a pusztán ellátása helyett végső soron csökkentheti a sebkezelő szakemberekre és a betegek nehezedő nyomást és pszichés stresszt.

A Sebgyógyulás Koncepció - Az Egyénre Szabott Sebkezelés Jelentősége dokumentum magyar nyelven elérhető és letölthető a LINK a Sebgyógyulásért weboldalon, itt: [Egyensúly a sebkezelésben: Sebgyógyítás magabiztosan \(linkforwoundhealing.info\)](http://Egyensuly_a_sebkezelésben:_Sebgyógyítás_magabiztosan_(linkforwoundhealing.info))

