

EREDETI KÖZLEMÉNY

Ápolói jelenlét a fájdalommenedzsmenben

RIDINGER Judit, DR. BALOGH Zoltán PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: A hazai fekvőbeteg-ellátásban a fájdalommenedzsmen, acut pain service (fájdalomkezelési munkacsoport), pain nurse (fájdalomkezelő szakápoló) szerepvállalási lehetőségeinek vizsgálata.

Anyag és módszer: Az adatgyűjtés saját szerkesztésű, anonim, önkitöltős, online kérdőívvel ETT TUKEB-engedéllyel történt. Összesen 56 válasz érkezett, főként aneszteziológiai, intenzív terápiás osztályokról. Az eredmények értékelését Excel és SPSS 30.0 programok felhasználásával végeztük.

Eredmények: A fájdalomcsillapítási protokollok és elégedettség kapcsolatában a Tukey HSD post hoc teszt statisztikailag szignifikáns különbséget mutatott a protokollal nem rendelkező és a dolgozó által nem ismert, de protokollal rendelkező intézmények betegelégedettségében ($p=0,046$). A dolgozói elégedettségben az ANOVA analízissel – $F(3,43)=2,942$, $p=0,044$ – szignifikáns eltérés látszott. Azonban a Tukey HSD post hoc teszt nem jelzett statisztikailag szignifikáns különbségeket ($p > 0,05$). Ennek hátterében a többes összehasonlítások szigorúbb korrekciója, kis hatásméret, elemszám, az eltérések nem egyértelműen két csoport közötti eloszlása állhat. Mivel a legjelentősebb betegelégedettség a meglévő, ám nem ismert protokollhoz köthető, így megkérdőjelezhető azok hatékonysága. Felmerül, hogy a kutatásban való részvételi hajlandóság és az indirekt adatgyűjtés nem biztosít megfelelő minőségű adatszolgáltatást. Megfontolandó, hogy a kapott válaszokból korrektt statisztikai eljárás során nyert eredmények alkalmasak-e érvényes következtetések levonására vagy inkább pilot vizsgálatként való értelmezésük javasolt.

Következtetések: A fájdalomkezelési munkacsoport és a fájdalomkezelő szakápoló számos területen alkalmazható volna, kiemelten a kiterjesztett hatáskörű ápolók jogszabályi háttérben biztosított kompetenciáinak megvalósítása által.

Kulcsszavak: fájdalomkezelési munkacsoport, fájdalomkezelő szakápoló

Nursing Presence in the Pain Management

Judit RIDINGER, Zoltán BALOGH PhD

SUMMARY

Purpose: to examine the role options of pain management, Acute Pain Service (pain management working group), and Pain Nurse (pain management specialist nurse) in national inpatient care.

Methods: Data collection was carried out using self-designed, anonymous, self-fulfilling, online questionnaires with the permission of ETT TUKEB. 56 responses were received, mainly from anesthesiology and intensive care departments. The results were evaluated using Excel and SPSS 30.0 programs.

Results: In the relationship between pain relief protocols and satisfaction, based on the Tukey HSD post-hoc test, it can be said that there is a statistically significant difference in patient satisfaction between institutions without a protocol and those not known to the employee but with a protocol ($p=0.046$). In relation to employee satisfaction, the ANOVA analysis ($F(3.43)=2.942$, $p=0.044$) showed a significant difference between the studied groups. However, the Tukey HSD post hoc test did not show statistically significant differences between the individual groups ($p > 0.05$). This may be due to the stricter correction of multiple comparisons, the relatively small effect size, the small number of elements, or the fact that the differences are not clearly distributed between two groups, but between several groups. Since the most significant patient satisfaction is linked to existing but unknown protocols, their effectiveness can be questioned. It appears that the willingness to participate in research and indirect data collection do not ensure adequate quality data provision. Another question is whether the results obtained from the responses received through a correct statistical procedure are suitable for drawing valid conclusions or whether it is recommended to interpret them as a pilot study.

Conclusion: The APS and the Pain Nurse could be applied in many areas, particularly by implementing the competencies provided for in the legislation for advanced practice nurses.

Keywords: Acut Pain Service, Pain Nurse

RIDINGER Judit kiterjesztett hatáskörű ápoló, aneszteziológiai asszisztens, Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest PhD-hallgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Tagozat

DR. BALOGH Zoltán PhD főiskolai tanár, tanszékvezető, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék, Budapest
ORCID-azonosító:
0000-0002-1202-1111

Levelező szerző

(corresponding author):
RIDINGER Judit
E-mail:
riding.judit@gmail.com

Beérkezett: 2025. november 11.
Elfogadva: 2026. április 22.



Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.39.0007> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

Az ápolói hivatás elválaszthatatlan a beteg fájdalmának enyhítésére tett törekvésektől, amely különböző módokon valósulhat meg. A terápia megválasztása, kivitelezése során alapvető szempont a képzettséghez kapcsolódó kompetenciaszint, így a végzettségek áttekintése szükségszerű a betegek fájdalommenedzsmentjének vizsgálata során.

A kutatás célja elsősorban a fővárosi fekvőbeteg-ellátó intézmények fájdalomcsillapítással kapcsolatos hozzáállásának, szakmai protokolljainak és gyakorlatának vizsgálata, kiemelt figyelemmel az ápolói jelenlét minőségére, valamint a protokollok és a beteg-, illetve ellátói elégedettség összefüggéseire.

A posztoperatív fájdalom és a fájdalomkezelés

A témaválasztás alapjául szolgáló fájdalomra mint összetett tapasztalatra tekintve kijelenthető, hogy szenzoros, érzelmi, viselkedésre vonatkozó és fiziológiás összetevők alkotják. A hatékony fájdalommenedzsment része a beteg előkészítése és oktatása, eredménye pedig a korai mobilizáció, a kardiorespiratorikus szövődmények csökkenése, a sebgyógyulás és a felépülés támogatása. A nem megfelelő fájdalomkontroll magasabb morbiditást, mortalitást és elhúzódó kórházi tartózkodást okozhat, valamint krónikus posztoperatív fájdalom kialakulásához vezethet (Chapman & Lalkhen, 2016).

A kutatás témaválasztásának jelentőségére mutat rá, hogy a nemzetközi tendenciákat tekintetbe véve is növekvő műtéti szám érzékelhető, amely a műtétet követő fájdalomcsillapítás témáját mind a betegekhez, mind az ellátókhöz közelebb hozza (Weiser et al., 2016).

Az amerikai összefoglaló rávilágít, hogy a legtöbb, sebészeti beavatkozáson áteső beteg szenved akut posztoperatív fájdalomtól, de csak a betegek kevesebb, mint a fele számol be megfelelő fájdalomcsillapításról. Számos pre-, intra- és posztoperatív beavatkozás és kezelési stratégia elérhető a posztoperatív fájdalommenedzsmentben, beleértve a preoperatív oktatást, a perioperatív fájdalomkezelési tervet, a különböző gyógyszeres és nem gyógyszeres modalitásokat, a szervezeti irányelveket és a járóbeteg-ellátásba történő irányítást. A javaslat alapja, hogy az optimális kezelés a műtétet megelőző időszakban a beteg felméréssel kezdődik és mind a beteghez, mind a sebészeti beavatkozáshoz igazított, multidiszciplináris ellátási terv kialakításában teljeseedik ki (Chou et al., 2016).

A napjainkban meghatározó ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protokoll szemlélete szerint a hatékony fájdalomkezelés multimodális, multidiszciplináris megközelítést kíván, ami magába

Rövidítések jegyzéke

APS = (acute pain service) akutfájdalom-kezelő szolgálat
BPS = (behavioral pain scale) viselkedési fájdalom skála
CPOT = (critical care pain observation tool) kritikus ellátásifájdalom-megfigyelő eszköz
EDA = (epidural analgesia) epidurális fájdalomcsillapítás
EMMI = (Ministry of Human Capacities) Emberi Erőforrások Minisztériuma
ERAS = Enhanced Recovery After Surgery
ETT-TUKEB = (Medical Research Council) Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottság
IASP = (International Association for the Study of Pain) Fájdalomkutatás Nemzetközi Szövetsége
MAITT = (Hungarian Society of Anaesthesiology and Intensive Therapy) Magyar Aneszteziológiai és Intenzívterápiás Társaság
MESZK = (Chamber of Hungarian Health Care Professionals) Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara
VAS = (visual analogue scale) vizuális analóg skála
WHO = (World Health Organisation) Egészségügyi Világszervezet

foglalja az operáló team tagjai (aneszteziológus orvos és asszisztens, ápoló, gyógyszerész) közötti összehangolt munkát (Macres et al., 2023).

A fájdalom mérése

A fájdalom mérhetővé tétele egy-, illetve többdimenziós skálák alkalmazása által lehetséges. Előbbiek előnye a könnyen kezelhetőség, hátránya, hogy csupán annak intenzitására fókuszál (Karcioglu et al., 2018). Utóbbiak előnye, hogy vizsgálják a betegre gyakorolt, összetett hatását, hátrányuk, hogy a nehezebb kivitelezhetőség miatt kevésbé terjedtek el a gyakorlatban (Lovasi et al., 2022).

A műtéti fájdalom szempontjából jelentős többdimenziós skála az Amerikai Fájdalom Társaság betegkimenet-mérő kérdőíve (American Pain Society Patient Outcome Questionnaire-Revised – APS-POQ-R), amely számos, életminőséget befolyásoló tényezőt, fájdalomcsillapítási lehetőséget is figyelembe vesz (Gordon et al., 2010).

Az APS-POQ-R továbbfejlesztett változata a Nemzetközi fájdalomkimenet kérdőív (International Pain Outcome Questionnaire – IPOQ), amely számos nyelven érhető el (Pain Out Questionnaires, 2026).

Hazai viszonylatban még várat magára a vonatkozó mérőeszköz validálása (Lovasi, 2023).

Fájdalomkezelési munkacsoport és fájdalomkezelő szakápoló

A kutatás másik fő irányvonala a megfelelően képzett ápolók hazai szerepvállalásának újraértelmezési szándéka. A témával figyelemreméltó megközelítésből foglalkozik a külföldi forrásokban már ismertett, hazánkban azonban még csak néhány helyen kialakított, kifejezetten erre a témára szakosodott ellátási egység és szerepkör a *fájdalomkezelési munkacsoport*, az *acute pain service* (a szakirodalomban APS) és a *fájdalomkezelő szakápoló* (szakirodalomban pain nurse).

Az APS, magyarul akutfájdalom-kezelő szolgálat, továbbiakban fájdalomkezelési munkacsoport küldetése a fájdalomcsillapítás hatékonyságának javítása. Az orvosokból és szakdolgozókból álló munkacsoport döntően aneszteziológus vezetése mellett a műtéten átesett betegeket látja el a vizittől kezdve a fájdalomfelmérésen és -dokumentáláson át a fájdalomcsillapító eljárás meghatározásáig, valamint protokollokat fejleszt és oktat (Webb & Kim, 2018; Samolsky Dekel, 2018; Lovasi, 2023).

A fájdalomkezelő szakápoló (pain nurse) munkakörébe a fájdalom felmérése, hatékony enyhítése, dokumentálása, adatgyűjtés, intézeti eljárások fejlesztésében való részvétel tartozik (Lovasi et al., 2020).

Nemzetközi gyakorlatok a fájdalommenedzsmentben

Az első fájdalomkezelési munkacsoport indulása, 1985 óta, a folyamatos fejlődés ellenére, a műtét utáni fájdalom továbbra is a jelentős egészségügyi kihívások közé tartozik, amely további klinikai vizsgálatok szükségességére mutat rá (Tawfic & Faris, 2015).

A klinikai ellátás, a fájdalomkezelő modalitások és a kutatások fejlődése ellenére a hatékony akut posztoperatív fájdalomkezelés folyamatosan kihívásokkal küzd. Az akut peri- és posztoperatív fájdalomkezelés egyre növekvő hangsúllyal van jelen a gyógyításban világszerte (Al-Saidi et al., 2023).

Összesen 2851 beteg bevonásával, három éven át tartó utánkövetés során bizonyításra került, hogy az ápoló által vezetett fájdalomcsillapítási modell fokozhatja a fájdalommenedzsment minőségét a hasi műtéten átesett betegek esetén, ami alapján javasolható lehet a modell szélesebb körű bevezetése (Fang et al., 2021).

A preoperatív ápolói vizitek hatását vizsgáló kutatás szerint a műtőben dolgozó ápolók vizitje hatékony lehet a betegek szorongásának csökkentése szempontjából. Az ápolók véleménye alapján szük-

séges lehet ennek a módszernek az ellátásba történő beillesztése és a szolgálatban lévők részére tájékoztató programok szervezése (Aydal et al., 2023).

A 2021-es angol fájdalommenedzsmentre vonatkozó ajánlás szerint az ápolók négy kategória szerint vehetnek részt a fájdalommenedzsmentben: besorolásuk és kompetenciáik, illetve képzettségük és a gyakorlatuk szerint (Burrows & Chumbley, 2021).

Ápolói kompetenciák és lehetséges feladatkörök hazai viszonylatban

Hazai vonatkozásban a BSc és MSc ápolók ismereteire és képességeire vonatkozó részleteket a vizsgálat idején a 18/2016. (VIII. 5) EMMI-rendelet szabályozta.

Az újabb, hatályos rendelet alapján érdemes áttekinteni a végzettségeknek megfelelő önálló ápolói kompetenciákat a fájdalomcsillapítás területén. A rendelet a következő végzettségi kategóriákat jelöli: általános ápolási és egészségügyi asszisztens, alapápolási munkatárs, általános ápoló, ápoló (BSc), egyetemi okleveles ápoló/okleveles ápoló (MSc), okleveles ápoló és kiterjesztett hatáskörű ápoló (MSc). A kompetenciák tevékenységi csoportonként a végzettségekkel bővülnek. A teljes körű betegmegfigyelésben való részvétel – ideértve a fájdalmat is – már asszisztensi körnél megjelenik önálló funkcióként, általános ápoló szinttől pedig ennek önálló elvégzése definiált. Az orvosi indikáció alapján történő gyógyszereléssel kapcsolatos tevékenység végzése (például fájdalomcsillapító) az általános ápoló szinttől önálló funkció. A vény nélkül kapható gyógyszerek alkalmazásának elrendelése BSc végzettségtől lehetséges önállóan. BSc-szinttől megjelenik a gyógyszerekkel kapcsolatos mellékhatásokra vonatkozó funkciók bevezetése és a kliensoktatási feladatkör is (13/2025. [IV. 17.] BM-rendelet).

Egy hazai vizsgálat a különböző szintű végzettséggel rendelkező aneszteziológiai asszisztensek kompetenciáinak gyakorlatban történő megvalósulását vizsgálta. A korábbi képzési formának megfelelő OKJ aneszteziológiai szakasszisztens, a BSc ápoló és az MSc kiterjesztett hatáskörű mesterápoló végzettségek által biztosított kompetenciákat a gyakorlatban vizsgálva összegezhető, hogy a középfokú végzettségű ápolók szerényebb kompetenciával rendelkeznek, de a gyakorlatban elismertségnek és nagyobb önállóságnak örvendenek. Az MSc ápolókra jellemző, hogy igen részletesen meghatározott kompetenciákkal rendelkeznek és a visszajelzések alapján van fogadókészség a tudásuk alkalmazására, mégsem töltnek még be önálló funkciókat. A jelenség mögött alacsony létszámukból eredő sporadikus jelenlétük állhat (Ridinger, 2023a; Ridinger, 2023b).

Hazánkban a magasan képzett, világos hatáskörrel rendelkező ápolók alkalmazása számos előnyvel járhat – különös tekintettel MSc végzettségű ápolókra –, amik között kiemelendő a költségek, a halálozás csökkentésének lehetősége és a betegelégedettség javulása. Ezek alapján a magasan képzett és világos kompetenciakörrel rendelkező ápolók képzése és alkalmazása nélkülözhetetlen lenne (Oláh et al., 2015).

Hazai gyakorlatok a fájdalommenedzsmentben

Néhány hazai kórház fájdalomkezelésre vonatkozó vizsgálatából kiderült, hogy a meglévő protokollok meglehetősen változékony módon szabályozták az ellátók feladatait, a gyakorlati megvalósításuk pedig számos akadályba ütközött (Lovasi et al., 2023; Lovasi & Lám, 2018).

Egy hazai összefoglaló felmérés szerint a műtéten átesett betegek fájdalomcsillapítása számos tekintetben fejlesztésre szorul, a betegek jelentős része komoly posztoperatív fájdalomról számolt be, ami a jelen gyakorlat elégtelenségére utal (Lovasi & Lám, 2019).

Anyag és módszer

A fekvőbeteg-ellátó intézmények fájdalommenedzsment-fókuszú felmérése saját szerkesztésű, anonim, önkitöltős kérdőívek segítségével történt online úton, az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottság (továbbiakban ETT TUKEB) BM/23001-1/2024 ügyiratszámú engedély birtokában.

A kérdőív főbb egységei:

- Általános adatok (végzettség, pozíció, szakmai tapasztalat, ellátóhely finanszírozása, típusa, szakterület).
- Pain nurse (fájdalomkezelő szakápoló munkakörrel kapcsolatos ismeretek, tapasztalatok).
- Acut pain service (fájdalomkezelési munkacsoporttal kapcsolatos ismeretek, tapasztalatok).
- Fájdalommenedzsment a gyakorlatban (fájdalom felmérése, kezelésére vonatkozó protokoll, posztoperatív, krónikus fájdalom csillapításának körülményei, módjai, ellátói és betegszempontú elégedettség).

A vizsgálatba eredetileg az aneszteziológia és intenzív terápia, sebészet, szülészet-nőgyógyászat, belgyógyászat, krónikus ápolás, hospice, fájdalomambulancia bevonását terveztük. A kutatás során döntően az anesztézia és intenzív terápia területéről érkeztek válaszok, így az eredmények a földrajzi területi koncentráció helyett szakmaspecifikusan alakultak.

Az adatgyűjtés pilot fázisát követően az előkészít-

tett kérdőívek egy kísérőlevél és az ETT TUKEB-engedély mellékletével 2024 decemberében kerültek kiküldésre közel 20 fővárosi fekvőbeteg-ellátó intézménynek. A kísérőlevélben megkértük az ápolási vezetőket, hogy segítsék megkeresésünk továbbításával az online kérdőív anonim kitöltését. A következő egy hónapban egyetlen válasz érkezett.

Soron következő lépésként személyes megkeresési stratégia alkalmazásának hatására további négy kitöltés érkezett.

Átértékelve a kezdeti elképzelést és tudomásul véve a rendkívül alacsony részvételi, válaszadói hajlandóságot, igyekeztünk alkalmazkodni a kialakult helyzethez. Változtatva a fővárosi, több szakterület felölelő, orvosi és ápolói véleményeket tükröző adatgyűjtési elképzelésen, országos szintre kiterjesztve, de csak az anesztézia és intenzív terápia területén dolgozó ápolók megkeresésére szűkítve folytattuk az adatgyűjtést. Ez a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Aneszteziológiai-Intenzív Ápolási Szakmai Tagozata által nyilvántartott közel 2000 szakdolgozójának online megkeresése által valósult meg. A stratégia egy héten belül 33 választ eredményezett. Végül mindösszesen 56 válasz birtokába jutottunk.

Az eredmények kiértékelése az adatok típusának megfelelő statisztikai adatelemző módszerek segítségével valósult meg az Excel és az SPSS 30.0 programok felhasználásával.

Eredmények

A többlépcsős adatgyűjtési folyamat során a szakdolgozóktól érkezett válaszokat összesítve elemeztük, az orvosoktól érkezett adatokra vonatkozó érdekeségeket a későbbiekben külön említjük.

Ápolóktól érkezett válaszok áttekintése

Általános adatok

A válaszadók döntő többsége állami intézményben osztályos ápoló, de jelentős arányban vettek részt osztályvezető ápolók és aneszteziológiai asszisztensek is a vizsgálatban. A tapasztaltabb ápolók részvétele volt jelentősebb. Hasonló arányban feleltek a 26–30 éve, 31–35 éve, 36–40 éve és a 41 évnél régebb óta pályán lévő kollégák. Különböző osztályok ellátásában vállalnak szerepet, azonban az anesztézia és intenzív terápia területén megszólított ápolók válaszai adják a beérkezett adatok döntő többségét. A kutatásban részt vevő ápolók végzettségeit összesíti az **1. ábra**, amelyen látszik, hogy a felsőfokú végzettségű ápolók aránya kimagasló a mintában (összesen 35 fő). A szakápoló végzettségűek nagy-

jából fele részben (15 fő) vettek részt a vizsgálatban, mint a BSc végzettséggel rendelkező szakdolgozók (29 fő). MSc végzettségű ápolók (5 fő) is válaszoltak megkeresésünkre.

Pain nurse (fájdalomkezelő szakápoló) munkakörrel kapcsolatos ismeretek, tapasztalatok

A **2. ábra** összefoglalja a fájdalomkezelő szakápoló (ábrákon pain nurse) munkakörre vonatkozó ismeretet, így látható, hogy az értékelhető válaszok között közel azonos arányban voltak, akik hallottak már erről (24 fő) és azok, akik még nem (23 fő). A grafikon tartalmazza továbbá a munkakör sporadikus jellegű megvalósulására (3 eset) vonatkozó utalást is. A gyakorlatban fájdalomambulancia-asszisztens, fájdalomkezelő szakápoló megnevezéseket jelöltek a válaszadók.

Acut pain service (fájdalomkezelési munkacsoporttal) kapcsolatos ismeretek, tapasztalatok

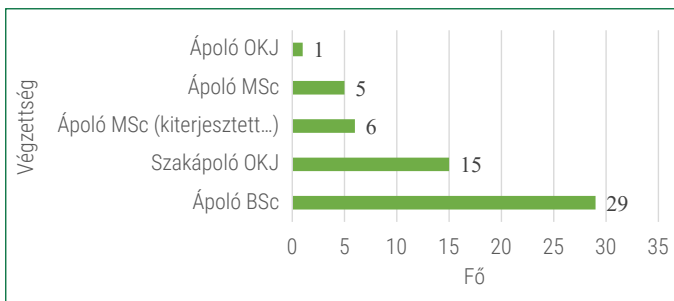
A kutatásban számos szempont alapján mértük fel a fájdalomkezelési munkacsoport (az ábrákon APS) sajátosságait. A **3. ábra** összesíti a fogalom ismeretét és gyakorlati megvalósulási arányát. Kevesebben vannak, akik hallottak már a csoport létezéséről (25 fő), mint azok, akik még nem (31 fő). Ezek után érthető, hogy jelentős azon helyek aránya, ahol nem működik fájdalomkezelési munkacsoport (47 eset), azokhoz képest, ahol alkalmazzák azt (9 eset). Ahol működik ilyen jellegű ellátás, ott fájdalomambulancia és fájdalomcsillapítási munkacsoport elnevezéseket használnak.

Fájdalomnedzsment a gyakorlatban

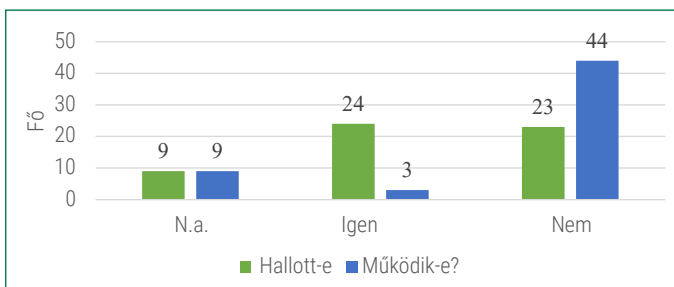
A fájdalom felmérését megvalósító ellátók összesítését vizsgálva azt találtuk, hogy az esetek több mint a felében ezt a funkciót a kezelőorvos és az osztályos ápoló is ellátja. Második legnagyobb arányú válaszadás a kezelőorvosra egy személyben érkezett, ezt követi, csupán egy válasszal kevesebben, az osztályos ápoló egyszemélyű kategória. A fájdalom felmérésének elmaradása is megjelent a válaszok között.

A **4. ábra** összesíti a fájdalomkezelés tekintetében a posztoperatív napközben, a posztoperatív ügyeleti

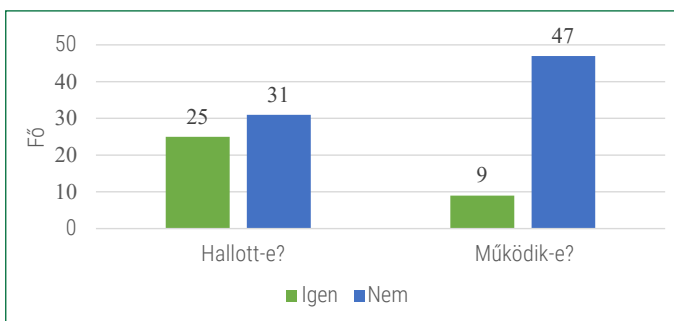
1. ábra: Az ápolók végzettségeinek összesítése, N=56



2. ábra: Ápolók ismerete a fájdalomkezelő szakápoló (pain nurse) munkakörrel kapcsolatban, N=56

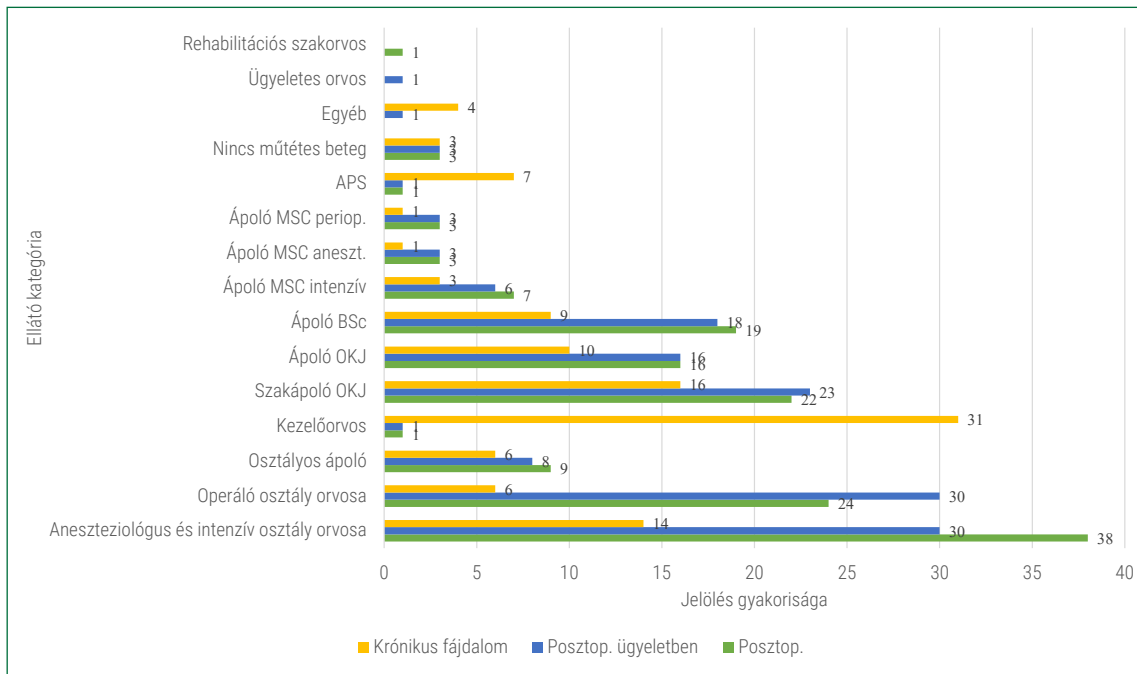


3. ábra: Ápolók ismerete a fájdalomkezelési munkacsoporttal (APS) kapcsolatban, N=56



időben és a krónikus fájdalommal élő betegek ellátásáért felelős munkaköröket. A posztoperatív, napközbeni időre vonatkozóan döntően az aneszteziológus és intenzív osztályos orvos (38 eset), az operáló osztály orvosa (24 eset) és az ápoló (szakápoló OKJ 22 eset, BSc 19 eset, OKJ 16 eset) végzi ezeket a teendőket. A posztoperatív, ügyeleti időben történő ellátásban megegyező számban jelentek meg az aneszteziológus és intenzív osztályos orvos (30 eset) és az operáló osztály orvosa (30 eset), őket követik a napközbeni időhöz hasonló helyzetben az ápolók (szakápoló OKJ 23 eset, BSc 18 eset, OKJ 23 eset). A krónikus fájdalomkezelés legnagyobb részben a kezelőorvos feladata (31 eset), közel fele annyi jelölést kapott a szakápoló OKJ (16 eset) és az aneszteziológus és intenzív osztályos orvos (14 eset), akiket az ápoló OKJ (10 eset), ápoló BSc (9 eset) és APS (7 eset) követ.

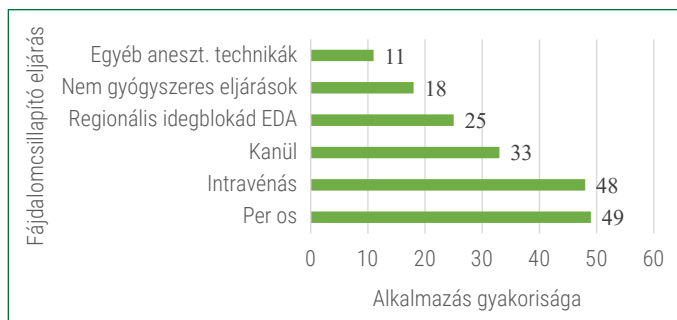
4. ábra: Posztoperatív, posztoperatív ügyeleti és krónikus fájdalomcsillapítást végző ellátók gyakorisági eloszlása, N=56



A fájdalomcsillapító-elrendelés gyakorlatára vonatkozó adatokból kirajzolódik, hogy a válaszadók a legnagyobb arányban az „*orvos által írásban*” történő elrendelést jelölték. A második leggyakoribb az „*orvos által szóban, szükség esetén, később írásban rögzítve*” kategória. Számos esetben az „*ápoló és orvos között történt korábbi szóbeli megegyezés alapján az ápoló saját hatáskörben*” elrendelési forma a gyakorlatban alkalmazott forráskönyv. Ezekon túl megjelent még az „*ápoló saját hatáskörben, illetve későbbi referálással*” gyakorlat, amely nem előre meghatározott kategória volt, hanem a saját válaszformálási lehetőség megragadása.

A fájdalom felmérését segítő eszközök alkalmazásának eredményei szerint a legnagyobb számban és azonos mértékben jelölték az ellátó szubjektív megítélése alapján kategóriát és a VAS (vizuális analóg skála) használatát. Jelentős számú visszajelzés érkezett a numerikus skála és a verbális leíró skála alkalmazására is. Jelölték továbbá az arcskála és egyéb tesztek alkalmazását, valamint érkezett nemleges visszajelzés is. Kiemelendő két speciális, intenzív ellátásban alkalmazható fájdalommérő skála: a Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) és a Behavioral Pain Scale (BPS), amelyek különlegessége, hogy nem alkalmaznak verbális elemeket.

5. ábra: Fájdalomcsillapító eljárások gyakorisági eloszlása, N=56



A fájdalom felmérésének alkalmazási gyakoriságával kapcsolatban azt találtuk, hogy jelentős többséggel mutatkozik az alkalmasszerű fájdalommérés, ezt követi hasonló arányban az óránként és a háromnegy óránként történő ellenőrzés. A 12 órás műszakonként történő fájdalomkontroll is több helyen jelenik meg, az öt-hat óránként néhányat, a soha pedig egy alkalommal került visszajelzésre.

Az **5. ábra** tartalmazza a fájdalomcsillapító eljárások gyakorisági eloszlására vonatkozó eredményeket. Legnagyobb és közel azonos mértékben a per os (49 eset) és az intravénás fájdalomcsillapítás (48 eset) vezet a gyakorisági listát. Ezt követi az EDA-kanül alkalmazása (33 eset), amelynek oka az intenzív osztályos környezetből származó válaszadói sokaság lehet. Igen gyakori a regionális idegblokád (25 eset) jelölése

is és a nem gyógyszeres eljárások alkalmazásának előfordulása. Az esetek majdnem 20%-ában az egyéb aneszteziológiai technikák is szerephez jutnak, amely üdvözlendő és reménykeltő eredmény a hagyományosnak tekinthető technikák vezető szerepe mellett.

A fájdalomkezelési munkacsoport tagjainak munkaidőre vonatkozó visszajelzései alapján elmondható, hogy egyenlő arányban található a munkaidejük egy részét és a munkaidejük egészét kitevő foglalkoztatottság.

A fájdalomkezelési munkacsoport elérhetőségével kapcsolatban azt találtuk, hogy a szerény válaszsztám ellenére az esetek felénél munkaidőben személyesen érhető el, de ügyeleti időben nincs erre mód. Valamivel kevesebb esetben személyesen munkaidőben és telefonon ügyeleti időben (munkaidőn túl és hétvégén) állnak rendelkezésre. Két egyedi megoldás is látható az eredményekből. Az egyik munkacsoport személyesen 0–24 órás ellátást nyújt, a másik a hét bizonyos napjain személyesen munkaidőben elérhető, de ügyeletben nem.

A fájdalomkezelési munkacsoport tevékenységével kapcsolatos elégedettségre nézve változatos eredmények érkeztek. Az öt kategóriát tartalmazó skálán a legalacsonyabb és a két legmagasabb fokú megelégedettséget jelölte közel azonos számban a legtöbb kolléga. A köztes két kategóriára csak egy-egy jelölés érkezett. A szabad véleményformálás során néhány, főként pozitív válasz érkezett.

A fájdalomkezelési munkacsoportok szakterületekre vonatkozó ellátásával kapcsolatos visszajelzések szerint hiánypótlónak tűnik a krónikus fájdalom kezelésével kapcsolatban végzett tevékenységük, emellett a posztoperatív fájdalomkezelés és szülészeti érzéstelenítés tartozik a fő tevékenységeik közé.

A fájdalomkezelési protokollokkal kapcsolatos ismeretekre vonatkozóan legnagyobb arányban és számban a „nem tudok róla” választ jelölték a megkérdezett ápolók. A következő az „igen, ismerem” csoport lett, ezt követi a „nem rendelkezik” és végül az „igen, de nem ismerem” kategória.

A betegek és az ellátók szempontjából a fájdalomkezelésre vonatkozó elégedettséget vizsgálva azt találtuk, hogy a kategóriák nagyjából megegyeztek a beteg vagy az ellátó szempontjainak figyelembevételét illetően. Az öt kategóriát tartalmazó skálán a közepes elégedettségi mértéket jelölték a válaszadók a leggyakrabban, mind a betegek, mind az ellátók nézőpontjából.

Orvosoktól érkezett válaszok áttekintése

A kutatásban két orvos is részt vett. Az eredményekben figyelemreméltó, hogy egyikük sem hallott

a fájdalomkezelő szakápolóról, egyikük munkahelyén sem alkalmaznak ilyen munkakörben ápolót, de mindketten eredményes együttműködést tudnának elképzelni a fájdalomkezelés területén MSc végzettségű ápolóval akár aneszteziológiai, intenzív vagy perioperatív szakirány esetén. A fájdalomkezelési munkacsoportról a rezidens hallott már, a nagyobb szakmai tapasztalattal rendelkező orvos azonban még nem. Egyikőjük munkahelyén sem működik ilyen szolgálat.

Megbeszélés, következtetések

Ápolói válaszadói hajlandóság

Kutatásunk eredeti célkitűzése a fővárosi fekvőbeteg-ellátó intézmények fájdalomkezelési szemléletének és gyakorlatának áttekintése volt hatékonyabb ellátási stratégiák kialakítási lehetőségének keresése okán. Mivel a mintavétel során a megkeresett ápolási igazgatók részvételi hajlandósága meglehetősen visszafogottnak bizonyult, így az elérhetőség szempontjait figyelembe véve országos szinten az aneszteziológiai és intenzív terápiás osztályok ápolóit kerestük meg és döntően ők válaszoltak a kérdőívekre. Ennek hátterében a motivátlanság, az időhiány vagy egyéb, előttünk ismeretlen okok állhatnak.

Fájdalommérő eszközök

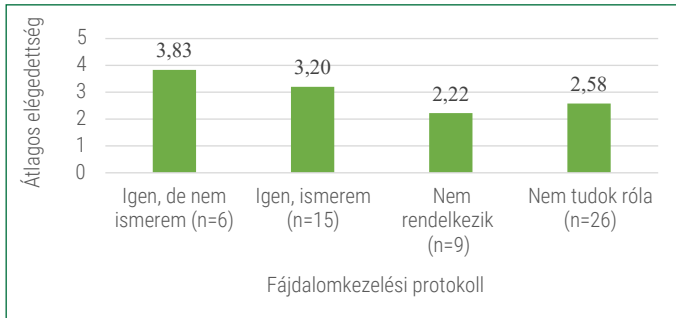
A különböző fájdalommérő eszközök, skálák alkalmazásával kapcsolatban, a szakirodalommal összhangban, azt találtuk, hogy a többdimenziós skálák használata – amely az életminőséggel, mint önálló tényezővel számol – a hazai ellátásban még nem vált elterjedté (Lovasi, 2022). Előremutató eredmény, hogy a kis minta ellenére két speciális, intenzív ellátáshoz illesztett skála is megjelent, a Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) és a Behavioral Pain Scale (BPS). Emellett a mérés gyakoriságának változékonysága a protokollok alkalmazásának hiányára enged következtetni.

Fájdalomkezelési protokollok és elégedettség kapcsolata

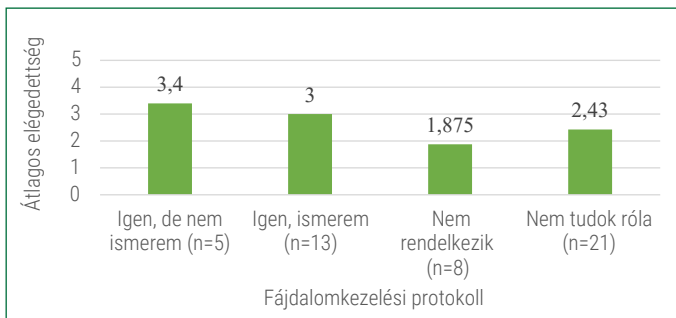
A fájdalomkezelésre vonatkozó beteg- és ellátói elégedettség vizsgálata a fájdalomkezelési protokollok meglétével, illetve annak ismeretével összevetve – statisztikai eljárások alkalmazása által – a következők szerint alakult:

A Tukey HSD post hoc teszt szerint statisztikailag szignifikáns különbség volt a protokollal nem

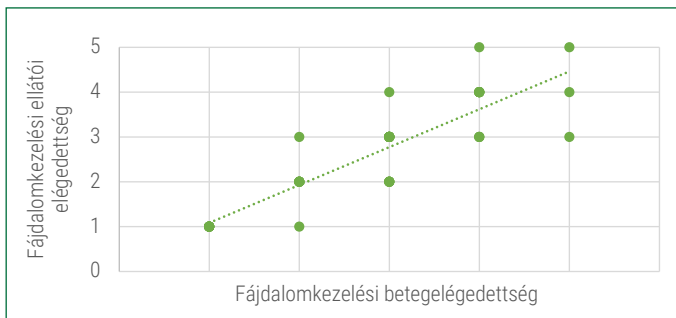
6. ábra: Átlagos fájdalomkezelési betegelégedettség, N=56



7. ábra: Átlagos fájdalomkezelési ellátói elégedettség, N=47



8. ábra: Fájdalomkezelési beteg- és ellátói elégedettség kapcsolata, N=47



rendelkező, illetve a dolgozó által nem ismert, de protokollal rendelkező intézmények betegelégedettségében ($p=0,046$).

A dolgozói elégedettséggel összefüggésben az ANOVA analízissel – $F(3,43)=2,942$, $p=0,044$ – szignifikáns eltérés jelentkezett. Azonban a Tukey HSD post hoc teszt nem mutatott ki statisztikailag szignifikáns különbségeket az egyes csoportok között ($p>0,05$). Ennek hátterében a többes összehasonlítások szigorúbb korrekciója, a viszonylag kis hatásméret, kis elemszám, az eltérések nem egyértelműen két csoport közötti eloszlása állhat.

A **6. ábráról** leolvasható, hogy a legjelentősebb megelégedettséget a meglévő, ám nem ismert protokoll hozta, amely a protokollok hatékonyságát, eredményességét kérdőjelezi meg, mégis úgy tűnik,

hogy elégedettebbek ott, ahol már kidolgozott az eljárásrend. Ennek hátterében több értelmezés is állhat. Felmerülhet, hogy anélkül járnak el – akár a szokásrend alapján –, hogy tisztában lennének azzal, hogy mindez mégis a protokollok szerint történik. Így a megfelelő eljárás elégedettséget eredményezhet. Egy kissé gyakorlatiasabb magyarázat lehet, hogy pusztán a válaszadási szándék, a részvételi hajlandóság önmagában nem biztosít megfelelő minőségű adat-szolgáltatást. További dilemma, hogy a betegelégedettségre vonatkozó adatok indirekt úton, az ellátóktól származnak, ami az eredmény torzításához vezethet. Mindemellett kérdéses, hogy a hazai ellátási gyakorlat során, a fent említett úton érkezett válaszokból, korrekt statisztikai eljárás során nyert eredmények alkalmasak-e érvényes következtetések levonására vagy inkább pilot vizsgálatként történő értelmezésük javasolt.

A **7. ábra** mutatja, hogy az ellátói elégedettség, hasonlóan a betegelégedettséghez, azokban az intézményekben a legnagyobb mértékű, ahol van, bár nem ismerik a vonatkozó protokollokat. A jelenség a betegelégedettségi eredményeknél részletezettek szerint értelmezhető.

A **8. ábrán** látható a fájdalomkezelésre vonatkozó beteg- és ellátói elégedettség szignifikáns korrelációja, ami abból a szempontból nem meglepő, hogy a betegelégedettség mérése közvetett módon, az ápolói válaszok alapján történt. A kutatás gyengeségének, egyben fejlesztendő területének tekinthető a betegelégedettség mérési módszere, amely személyes megkeresésen alapuló, validált mérőeszközzel történő felmérést és ezek alapján készített, további adatelemzést sürget.

Fájdalomkezelési protokollok és a gyakorlat kapcsolata

Feltételezésünk, amely szerint a fájdalomcsillapítási protokollok rögzítése szükséges, de nem elégséges feltétele azok szélesebb körű ismeretének és a megfelelő fájdalomkezelési gyakorlatnak, a szakirodalmi forrásokkal megegyező eredményt hozott (Lovasi, 2023; Lovasi, 2018). Fontos szempont, hogy a statisztikai úton talált eredmények nagyobb elemszám mellett biztosabban tükröznék az összefüggéseket.

Fájdalomnedzsgment jelenlegi gyakorlatának személyi jellemzői

A fájdalomkezelési gyakorlatban jelentős eltérések mutatkoznak, amelyek inkább a helyi szokásokon és egyéni tapasztalatokon alapulnak az egységes szervezeti előírások megléte, ismerete és alkalmazása helyett.

A fájdalomkezelési munkacsoport és a fájdalomkezelő szakápoló fogalmának szerény ismertsége mögött információhiány és ezen ellátási formák elterjedtségének hiánya sejthető.

Az ápolói kompetenciahatárok kérdése a fájdalomkezelés területén is aktuális. Amellett, hogy vitathatatlanul jelentős szerepet töltenek be a felmérés és kezelés területén is, mégis hiányzik a strukturált keretek között, rendszerszintű megfontolások alapján kialakított ellátási forma és gyakorlat. A rendeleti szinten rögzített kompetenciák világos elkülönítése nem tűnik tisztázottnak a mindennapi munka során. A jelenség szükségszerű alkalmazkodásnak tekinthető a fennálló fájdalomkezelési igények és a nélkülözött intézményi szintű támogató rendszerek között.

A válaszok között felmerült az „ápoló saját hatáskörben, illetve későbbi referálással” gyakorlat, ami a nagyobb önállósági igényre utalhat. A jelenleg hatályos rendelet értelmében a vény nélküli gyógyszerek esetében, önálló alkalmazásra, magasabb végzettség mellett lehetőség adódik (13/2025. [IV. 17.] BM-rendelet).

A krónikus fájdalom ellátásának jellegzetességei

A krónikus fájdalmak menedzselése döntően a kezelőorvoshoz tartozik, de újszerű eredmény, hogy a fájdalomkezelési munkacsoport tagjai kisebb számban ugyan, de megjelentek a visszajelzések során. Ezen a területen különösen kiemelt lehetősége, szerepe lehetne a multimodális terápiának.

Orvosi válaszadói hajlandóság

A kérdőív kitöltését vállaló orvosok adatai jelzésértékűek, válaszaik mögött inkább az információhiánya, a téma iránti nyitottság és együttműködési szándék vélelmezhető.

Irodalomjegyzék

13/2025. (IV. 17.) BM-rendelet az egészségügyi tevékenység végzéséhez kapcsolódó egészségügyi szakdolgozói kompetenciák keretrendszeréről (2025) Retrieved 2026.01.23. from <https://njt.hu/jogszabaly/2025-13-20-0A>

A vizsgálat korlátai

A vizsgálat korlátai közé tartoznak a nem reprezentatív, alacsony elemszámú minta, az önbevalláson alapuló kérdőív kitöltési technikájából származó eltérések lehetősége, valamint a betegelégedettség vonatkozó indirekt adatgyűjtés.

A kutatás szakirodalmi adatokkal egybevágó, összefoglaló hipotézise, miszerint a hazai fekvőbeteg-intézmények fájdalomkezelési gyakorlata számos ponton fejlesztésre szorul, az eredmények alapján megerősítésre került (Lovasi, 2019). A betegek és az ellátók szempontjából mért elégedettség is a közepes-alsó kategóriákban volt a legnagyobb mértékben, amely számos javítási lehetőségre hívja fel a figyelmet.

A kutatás eredményei alapján megfogalmazható javaslat az ellátás hatékonyságának javítása érdekében fájdalomkezelési munkacsoportok szervezése és eredményes működtetése. Érdemes volna szélesebb körben, az előnyök hangsúlyozásával megismertetni az ellátókkal ezt az ellátási formát.

További lehetőség a fájdalomkezelő szakápoló munkakör kialakítása, aki edukációs, pszichés támogató, fájdalommérő, kezelési módokat ismerő és javasoló, a folyamatot kísérő feladatokat láthatna el, összetettségében és rendszerben látva a beteg gyógyulásának egyes lépéseit. A kiterjesztett hatáskörű ápoló végzettséggel rendelkező ápolók, különös tekintettel az aneszteziológiai és intenzív specializációra, képzettségükre alapozva, kiemelkedő szerepet tölthetnének be a fájdalomnedzsgmentben.

Köszönetnyilvánítás: Köszönet illeti a kérdőív kitöltésével a kutatás elvégzéséhez hozzájáruló válaszadókat, akiknek fáradozása nélkülözhetetlen volt a lebonyolítás sikeréhez.

Szerzői munkamegosztás: R. J.: Kutatás tervezése, irodalom áttekintése, vizsgálat lefolytatása, statisztikai elemzések, a kézirat elkészítése. B. Z.: Kutatás tervezése, vizsgálat lefolytatása, kézirat elkészítése, szakmai iránymutatás, a kézirat kritikai áttekintése. A cikk végleges változata mindkét szerző tudomásával és egyetértésével készült.

Anyagi támogatás: Anyagi támogatásban nem részesültek a szerzők a kutatás vonatkozásában.

Érdekeltségek: A szerzőket nem kötik érdekeltségek a kutatással kapcsolatban.

18/2016. (VIII. 5.) EMMI-rendelet a felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről, valamint a tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelménye-

- irólí szóló 8/2013. (I. 30.) EMMI-rendelet módosításáról (2016). Retrieved 2023.11.22. from <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1600018.EMM&txtreferer=00000001.txt>
- Al-Saidi, I., Russell, A., & Dizdarevic, A. (2023). The Acute Perioperative Pain Service: Impact, Organization, and Future Directions. *Current Pain Headache Reports*, 27(9), 399–405. <https://doi.org/10.1007/s11916-023-01133-2>
- Aydal, P., Uslu, Y., & Ulus, B. (2023). The Effect of Preoperative Nursing Visit on Anxiety and Pain Level of Patients After Surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 38(1), 96–101. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.05.086>
- Burrows, D., & Chumbley, G. (2021). Nurses. In Faculty of Pain Medicine of the Royal College of Anaesthetists (ed.). Core Standards for Pain Management Services in the UK (Second Edition ed., pp. 62). <https://www.britishtainsociety.org/static/uploads/resources/files/FPM-Core-Standards-2021.pdf>
- Chapman, J. L. R., & Lalkhen, A. G. (2016). Postoperative analgesia. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 17(3), 144–150. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2016.01.001>
- Chou, R., Gordon, D. B., de Leon-Casasola, O. A., Rosenberg, J. M., Bickler, S. ... Wu, C. L. (2016). Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *Journal of Pain*, 17(2), 131–157. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008>
- Fang, L., Chen, L., Sun, H., Xu, Y., & Jin, J. (2021). The Effectiveness of Using a Nurse-Led Pain Relief Model for Pain Management among Abdominal Surgical Patients: A Single-Center, Controlled before-after Study in China. *Pain Management Nursing*, 22(2), 198–204. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.08.004>
- Gordon, D. B., Polomano, R. C., Pellino, T. A., Turk, D. C., McCracken, L. M., Sherwood, G., Paice, J. A., Wallace, M. S., Strassels, S. A., & Farrar, J. T. (2010). Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire (APS-POQ-R) for Quality Improvement of Pain Management in Hospitalized Adults: Preliminary Psychometric Evaluation. *The Journal of Pain*, 11(11), 1172–1186. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.02.012>
- Karcioglu, O., Topacoglu, H., Dikme, O., & Dikme, O. (2018). A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *American Journal of Emergency Medicine*, 36(4), 707–714. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.01.008>
- Lovasi, O. (2023). *A posztoperatív fájdalomcsillapítás hazai helyzete a minőségmenedzsment szemszögéből* [PhD, Semmelweis Egyetem]. <https://phd.semmelweis.hu/public/vedesek/2672>
- Lovasi, O., Gaál, P., Léber, A., & Lám, J. (2022). A műtét utáni fájdalomcsillapítás minőségének felmérési lehetőségei: többdimenziós eszközök. *Legge Artis Medicinae*, 32(4–5), 197–205.
- Lovasi, O., & Lám, J. (2018). A posztoperatív fájdalommenedzsment helyzete napjainkban Magyarországon. 1. rész. *Nővér*, 31(5), 35–40.
- Lovasi, O., & Lám, J. (2019). A posztoperatív fájdalommenedzsment helyzete napjainkban Magyarországon. 2. rész. *Nővér*, 32(3), 15–20.
- Lovasi, O., Lám, J., Frank, K., Schutzmann, R., & Gaál, P. (2023). The First Comprehensive Survey of the Practice of Postoperative Pain Management in Hungarian Hospitals: A Descriptive Study. *Pain Management Nursing*, 24(3), 342–349. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.12.001>
- Lovasi, O., Lám, J., & Kósik, N. (2020). Az akutfájdalom-kezelő szolgálat szerepe a műtét utáni fájdalomcsillapításban. *Orvosi Hetilap*, 161(15), 575–581.
- Macres, S., Aldwinckle, R. J., Saldahna, U., Pritzlaff, S. G., Jung, M. ... Bishop, R. (2023). Reconceptualizing Acute Pain Management in the 21st Century. *Advances in Anesthesia*, 41(1), 87–110. <https://doi.org/10.1016/j.aan.2023.06.006>
- Oláh, A., Máté, O., Betlehem, J., & Fullér, N. (2015). Advanced Practice Nurse (APN) MSc-képzés bevezetése Magyarországon. *Nővér*, 28(2), 3–10.
- Pain Out Questionnaires. (2026). Retrieved 2026.02.02. from <https://cloud.med.uni-jena.de/index.php/s/AEtNGdsZnfuVU9u?dir=/&editing=false&openfile=true>
- Ridinger, J. (2023a). *Aneszteziológiai asszisztensek kompetenciáinak vizsgálata a végzettségek tükrében* [Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Tudományos Diákkör, Semmelweis Egyetem].
- Ridinger, J. (2023b). *Eltérő aneszteziológiai asszisztensi végzettséggel rendelkező szakemberek kompetenciáinak vizsgálata* [BSc, Semmelweis Egyetem].
- Samolsky Dekel, B. G. (2018). Acute Pain Service an Open and Challenging Issue. *EC Anaesthesia*, 4, 192–194.
- Tawfic, Q. A., & Faris, A. S. (2015). Acute pain service: past, present and future. *Pain Management*, 5(1), 47–58. <https://doi.org/10.2217/pmt.14.48>
- Webb, C. A. J., & Kim, T. E. (2018). Establishing an Acute Pain Service in Private Practice and Updates on Regional Anesthesia Billing. *Anesthesiology Clinics*, 36(3), 333–344. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2018.04.005>
- Weiser, T. G., Haynes, A. B., Molina, G., Lipsitz, S. R., Esquivel, M. M. ... Gawande, A. A. (2016). Size and distribution of the global volume of surgery in 2012. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(3), 201–209. <https://doi.org/10.2471/blt.15.159293>