

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2010. április, 23. évfolyam 2. szám

TARTALOMJEGYZÉK

Szerkesztői levél	3
MAGYAR ÁPOLÁSTUDOMÁNYI TÁRSASÁG ROVATA Wellness állapot demográfiai jellemzők tükrében <i>Zsigmond Edit, Dr. Kriszbacher Ildikó Ph.D., Dér Anikó, Bujtor Anna, Dr. Betlehem József Ph.D., Karamánné Pakai Annamária</i>	4
EREDETI KÖZLEMÉNY Porckorongsérv a betegek szemszögéből <i>Hegedűs Anna, Raskovicsné Csernus Mariann, Tar Edit</i>	16
Pszichés problémák kialakulása fogvatartottak körében <i>Lantos Zsuzsanna, Balázs Mihály, Roznár József</i>	26
Szimulációs csúcstechnika az egészségügyi oktatásban <i>Borján Eszter, Lőrincz Attila, Mészáros Judit dr. prof</i>	32
GRATULÁLUNK!	40

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

A NŐVÉR folyóirat az ápolás független orgánuma. Célja az, hogy tudományos igényvel készített írások megjelentetésével az elméleti ismeretek átadása mellett a szakemberek gyakorlati tevékenységét is elősegítse. A NŐVÉR a folyamatos önképzés támogatásával hozzá kíván járulni a helyes és hatékony betegellátáshoz, valamint a XXI. század kihívásainak és követelményeinek megfelelni képes ápolók képzéséhez, továbbképzéséhez.

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja elismeri és beszámítja, a CINAHL nemzetközi ápolási adatbázis referálja.

Kiadja: a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara – MESZK. **Felelős kiadó:** Dr. Balogh Zoltán Ph.D. **Terjeszti:** MESZK 1082 Budapest, Üllői út 82/E (1450 Budapest, Pf. 214.) Telefon: 323-2070 Fax: 323-2079. **Borítóterv, műszaki szerkesztés, nyomdai munka:** Komáromi Nyomda és Kiadó Kft. ISSN szám: 0864-7003

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

Letter from the Editor	3
COLUMN OF HUNGARIAN SCIENTIFIC SOCIETY OF NURSING	
State of wellness in the light of demographic characteristics <i>Edit Zsigmond, Ildikó Kriszbacher BSc, MSc, PhD., Anikó Dér, Anna Bujtor, József Betlehem BSc, MSc, PhD., Annamária Pakai Karamánné</i>	4
ORIGINAL CONTRIBUTION	
Slipped disc from the patient's perspective <i>Anna Hegedűs, Mariann Csernus Raskovicsné, Edit Tar</i>	16
The emergence of psychological problems among prisoners <i>Zsuzsanna Lantos, Mihály Balázs, József Roznár</i>	26
State-of-the-art simulation technology in healthcare training Findings and opportunities related to the use of HPS6 <i>Eszter Borján, Attila Lőrincz, Judit Mészáros BA, Bc, MA, PhD</i>	32
CONGRATULATIONS	40

Főszerkesztő/Editor-in-Chief
Raskovicsné Csernus Mariann

Szerkesztő/Editor
Hirdi Henriett

Szerkesztőbizottság/Editorial Board
Dr. Betlehem József
egyetemi docens, dékán-helyettes

Kárpáti Zoltán
ápolási menedzser

Dr. Oláh András
egyetemi docens, tanszékvezető

Szloboda Imréné
ápolási igazgató

Tóth Ibolya
szakmai vezető főtanácsos

Dr. Zékányné Rimár Ilona
ápolási igazgató

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Mariann Csernus Raskovicsné. Editor: Henriett Hirdi. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungarian with English summaries. This Journal is peer-reviewed and indexed in Cumulative Index of Nursing & Allied Health CINAHL. Editorial office: POB 214., H-1450 Budapest, Hungary. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Horváth. Phone./Fax (36-1) 323-2070. ISSN 0864-7003

Tanácsadó testület/Advisory Board

Dr. Baráthné Kerekes Ágnes, *oktatási menedzser*
Markusovszky Kórház, Szombathely

Boldogné Csuri Magdolna, *osztályvezető*
Országos Tisztiorvosi Hivatal, Ápolási Szakfelügyeleti Osztály, Budapest

Dr. Helembai Kornélia, *tanszékvezető főiskolai tanár*
SZTE Főiskolai Kar Ápolási Tanszék, Szeged

Dr. Kiss István, *leendő elnök*
Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége, Budapest

Prof. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár, intézetigazgató, az MTA levelező tagja*
PTE Orvostudományi és Egészségtudományi Koordinációs Központ
Laboratóriumi Medicina Intézet, Pécs

Dr. Kőrösi László, *főosztályvezető helyettes*
Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Finanszírozási Főosztály, Budapest


Dr. Rácz Jenő, *elnök*
Magyar Egészségügyi Menedzser Klub, Budapest

Somogyvári Zoltánné
Egészségbiztosítási Felügyelet, Budapest

Sövényi Ferencné, *szaktanácsadó*

Vízvári László *főigazgató*
Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest

Lapunkat rendszeresen szemlézi Magyarország legnagyobb médiafigyelője az

 1084 Budapest, Auróra u. 11.
Tel.:303-4738, Fax: 303-4744
E-mail:marketing@observer.hu
http://observer.hu

Tisztelt Olvasó!

Az élet minden területén a változások sokaságát éljük meg. Azonban szükség van kapaszkodókra, melyek az állandóságot biztosítják. A Nővér című folyóirat is ilyen tartópillér az ápolás elméletének és gyakorlatának „háborgó tengerében”.

Az eltelt 22 évben a folyóirat tudományos elismertséget, rangot vívott ki magának. A leköszönő szerkesztők Baukó Mária és Kujalek Éva magas szintű szakmai rálátása, gondos és következetes szerkesztői munkája tovább növelte a Nővér folyóirat addig elért magas színvonalát.

Elhatározott célunk a folyóirat változatlan szellemben történő továbbvitele:

Az ápolás küldetésének megfelelően, az elmélet és a gyakorlat egységét tükrözve mutassa be az ápolásban jelentkező, a tudományos-technikai fejlődés nyomán változó új eljárásokat, illetve azok ápolástechnikai változásait. Ezen túlmenően az ápolókat érintő társadalmi változások hatásait, az egészségügyi ellátás különböző szintjeivel való kommunikáció ápolástudományi vonatkozásait.

Lapunk helyt ad az Ápolástudományi Társaság rovatának. A tudományos szemlélettel készített eredeti közlemények mellett, az ápolás gyakorlatával, jogi környezetével, ápolásetikai, minőségügyi, szakmapolitikai, valamint ápolásvezetéssel kapcsolatos írások is helyt kapnak. A Gratulálunk rovatban továbbra is hírt kívánunk adni az ápolókat érintő elismerésekről. A szakmai önképzés előmozdítását, támogatását segítve az aktuális továbbképzésekről és tudományos rendezvényekről is beszámolunk.

A szerzői útmutató segítséget kíván adni közleményeik struktúrájának kialakításához, valamint harmonikus egységet teremt a megjelenésben. Ezen kritériumoknak való megfelelést elősegítve következő számunkban részletes ismertetővel szolgálunk.

Minél szélesebb körben elérhetővé kívánjuk tenni a folyóiratot. Ezt a célt szolgálja a hálózati hozzáférés kibővítése, mely lehetőséget teremt az országhatárokon átívelő terjesztésre, az olvasói tábor növelésére.

Tisztelt Olvasó! Merje értékes gondolatait, kutatási eredményeit megismertetni a széles publikummal! A folyóirat az ápolóknak és az ápolásról szól. Várjuk kéziratát!

Budapest, 2010. március 28.

Raskovicsné Csernus Mariann
főszerkesztő

Hirdi Henriett
szerkesztő

A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA ORSZÁGOS SZERVEZETE

2010. május 28. — június 12.

között rendezi meg a

Kis- és középvállalkozás ösztönzése című 40 órás szakmai továbbképzését

A továbbképzés helyszíne:

PTE Egészségtudományi Kar Zalaegerszegi Képzési Központ
8900. Zalaegerszeg, Landorhegyi u. 23.

Wellness állapot demográfiai jellemzők tükrében

Zsigmond Edit

adjunktus, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar,
Egészségügyi Szervező Tanszék, Zalaegerszegi Képzési Központ

Dr. Kriszbacher Ildikó Ph.D.

egyetemi docens, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar,
Ápolás- és Betegellátás Intézet, Pécsi Képzési Központ

Dér Anikó

tudományos segédmunkatárs, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar,
Ápolás- és Betegellátás Intézet Zalaegerszegi Képzési Központ

Bujtor Anna

adjunktus, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar,
Ápolás- és Betegellátás Intézet Zalaegerszegi Képzési Központ

Dr. Betlehem József Ph.D.

egyetemi docens, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar,
Ápolás- és Betegellátás Intézet, Pécsi Képzési Központ

Karamánné Pakai Annamária

tanársegéd, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar,
Ápolás- és Betegellátás Intézet Zalaegerszegi Képzési Központ

Összefoglaló

A vizsgálat célja: Feltárni, hogy van-e különbség a wellness szolgáltatásokat rendszeresen, illetve ritkán igénybe vevő, valamint az ezzel soha nem élő csoportok wellness állapot mutatója között. Megvizsgálni, hogy a wellness szolgáltatások igénybevétele hatással van-e kimutatható módon valamelyik dimenzióra. Megtudni, hogy milyen összefüggés mutatható ki a különböző demográfiai jellemzőkkel (nem, kor, foglalkozás) rendelkező személyek wellness állapota között, illetve a fent felsorolt demográfiai jellemzők összefüggésbe hozhatók-e valamelyik dimenzió jobb vagy rosszabb eredményével.

Vizsgálati módszer és minta: A keresztmetszeti vizsgálat 2008. október 1. és 2008. november 25. között történt. A mintát Zalaegerszeg városában aktívan dolgozó és a PTE ETK Zalaegerszegi Képzési Központjában jelenleg levelező alap- és továbbképzésben részt vevő, aktívan dolgozó 25-65 év közötti női és férfi populáció képezte (n=138).

Eredmények: A vizsgálati személyek a szociális dimenzióan érték el a legmagasabb átlagot, szignifikánsan magasabb ezen skála átlaga a környezeti dimenzió, az intellektuális dimenzió, valamint a fizikai dimenzió átlagánál. Független mintás t-próbával vizsgálva a spiritualitás skálán a nők szignifikánsabban magasabb átlagot értek el, mint a férfiak. Az intellektuális és a spirituális skálán szignifikáns különbséget találtak egyszempontos független mintás variancia analízis segítségével az egyes foglalkozási kategóriák között. ($p < 0,05$)

Következtetés: A szocio-demográfiai összevetések tükrében a szerzők megpróbálták rámutatni arra, milyen fontos a tágabb értelemben vett egészség valamennyi dimenziójának fejlesztése.

Kulcsszavak: wellness állapot, wellness szolgáltatás, demográfia, életminőség

A probléma ismertetése

A nemzetközi egészségturisztikai piacnak – amelynek ma a wellness-turizmus jelenti az egyik legjelentősebb forgalmat bonyolító terméktípusát – hazánk hagyományosan az egyik fontos szereplője volt és kíván maradni a jövőben is. Ehhez rendelkezik nemzetközileg egyedi arculatot és piaci előnyt biztosító erőforrásokkal, amelyek szélesebb körű és hatékonyabb kihasználását fontossá teszi a wellness iránt fokozódó belföldi érdeklődés, és a versenytársnak tekinthető európai országok nagyon dinamikus wellness-turisztikai bővülése és fejlesztése. A rendelkezésre álló potenciál és az ágazatban eddig realizált gazdasági sikerek miatt hazánkban a különböző gazdaság és területfejlesztési tervekben és programokban kiemelt szerepet szánnak az egészségturizmus különböző formáinak. Ehhez kapcsolódóan minden hazai régió igyekszik bővíteni és fejleszteni egészségturisztikai piacát.

A gazdasági és turisztikai értelmezések és érdekek mellett hazánkban is egyre szélesebb körben jelenik meg, illetve válik egyre elfogadottabbá a wellness, mint az egészséges élethez és az egészségmegőrzéshez kapcsolódó életmód és életfelfogás (Kator, 2007, Zopcsák, 2007). A wellness ilyen értelmezésének elfogadtatásában a turisztikai szolgáltatók és wellness piaci szereplők mellett, egyre jelentősebb szerepet vállalnak a különböző szintű oktatási intézmények és szereplők, a kutató bázisok, illetve az írott és vizuális média.

Az egészségügyi dolgozókat napjainkban egyre több igénybevétel éri, mind pszichés megterhelés, mind fizikai túleröltetés formájában. Az ápolók jólléte egyre fontosabb szerepet játszik nemcsak személyes, mindennapi életvitelükben, hanem az egészségügyi ellátást megvalósító intézmények hatékony működése tekintetében is. A fizetett munka teszi ki a fejlett nyugati társadalmak polgárai ébren töltött idejének javarészét, így hát korántsem mindegy, hogy a munkaszervezet miként befolyásolja akár az ápolók jóllétét is. A munkahelyi vagy akár azon kívüli (otthoni) keretek között végzett munka során jelentkező negatív hatások (mentális és pszichés) kivédésében az otthoni támogatásnak jelentős szerepe van. A munkával összefüggő egészségfejlesztésnek ki kell térni nemcsak a fizetett munkahelyekre,

hanem a munkán kívüli társas dimenziókra is. (Járomi, 2005; Betlehem, 2007).

A wellness életfilozófiává, életmóddá válásához, a szolgáltatóknak is túl kell lépnie azon a felfogáson, hogy ez a turizmus forma csupán az átmeneti ellazulást, pár napra szóló önkényeztetést jelenti, függetlenül attól, hogy kinek milyen a hétköznapi élete, milyen állapotban veszi igénybe a szolgáltatásokat, hogyan tér vissza „wellness hétvégéjéről” mindennapjaiba. Egyre inkább nő az igény az egyénre szabott termékekre, a szubjektíven, mindenki által másképp megélt jóllétet elősegítő eszközökre, az ún. „hazavihető” wellnessre. Mindez azonban csak akkor valósítható meg, ha a szolgáltatóknak rendelkezésére áll egy „mérőeszköz” klienseik állapotának felmérésére, amely az egyéni szükségletek, hiányok megállapítását lehetővé teszi, ezáltal egyénre szabott programok kialakítására van lehetőség, sőt e programok eredményessége is mérhető, amely a szolgáltató és a kliens számára is egyfajta visszajelzést jelent. Erre a célra lenne alkalmas az általunk is alkalmazott wellness állapot mérő teszt.

Az Optimal Living Profile (OLP) Wellness állapot mérő teszt eredete

A teszt elkészítése az 1979-ben létrehozott arizoniai Canyon Ranch elnevezésű wellness központ kezdeményezésére történt (Renger, 2000) A különböző wellness programokat értékesítő intézmény az egyhetes ún. Élet Erősítő Programjának (Life Enhancement Program: LEP) értékelésére akart rendelkezni egy olyan felméréssel, amely lehetővé teszi a program eredményességének értékelését.

A LEP egy egészséges életmódra nevelő program, amely az önfejlesztésre, preventív gondolkodásra és az élethosszig tartó egészséges életstílus kifejlesztésére fókuszál. Az egyhetes program kellemes, de ugyanakkor mozgalmas napirendet kínál a résztvevőknek, amely különböző fizikai aktivitások mellett workshopokat, csoportos megbeszéléseket, orvosokkal és más egészségügyi szakemberekkel való konzultációkat foglal magában. A Canyon Ranch LEP programjára

nak alapjául az ún. Teljes Személyiség Konceptió (Total Person Concept: TPC) szolgált.

Ha az emberi lényt egésznek tekintjük, akkor azt minden lehetséges perspektívából meg kell vizsgálnunk. A Canyon Ranch Teljes Személyiség Konceptiójának definíciója magában foglalja az ember intellektuális, érzelmi, szociális, fizikai, spirituális és környezeti egészségét (a WHO 1948-as egészség definíciójából kiindulva).

A wellness definíciója: olyan életstílus szándékos, tudatos választása, amelyet a személyes felelősség és a fizikai, mentális és spirituális egészség egyensúlya és maximális erősítése, fejlesztésére való törekvés jellemez.

Az Élet Erősítő Program (LEP) azon alapozik, hogy a wellness a jóllét optimális állapotát jelenti, amelyet minden egyén képes elérni a saját körülményei között. Ez a folyamat ott kezdődik, hogy az egyén magát fejlődő, változó személyiségnek látja. Ahhoz, hogy elérje a magas szintű wellness állapotot, gondoskodnia kell fizikai önmagáról, alkotóan kell használnia szellemét, le kell tudnia vezetni stressz energiáit, hatékonyan ki kell tudnia fejezni érzelmeit, kreatívan kapcsolatba kell tudnia kerülni másokkal, érzékenynek kell lennie napi spirituális szükségleteire és hatékony kölcsönhatásban kell lennie környezetével.

A TPC szerint a wellness egy olyan életmódot testesít meg, amely arra ösztönzi az egyént, hogy életstílusában egy olyan egyensúlyi állapot megvalósítására törekedjen, amely jobb életminőség elérését teszi lehetővé számára.

1996-ban a Canyon Ranch felkérte az Arizoniai Egyetem Prevenációs Központját egy olyan mérőeszköz elkészítésére, amely képes feltárni a teljes személyiséget és annak wellness állapotát, olyan módon, ahogy azt a fentiekben leírtak alapján ők elképzelik. Egy ilyen mérőeszköz létrehozása hármas célt szolgálhat:

1. motiválja az egyént személyes egészsége és wellness állapotának fejlesztésére,
2. klinikai mérőeszközként szolgáljon,
3. értékelje a LEP programot.

Azt remélték, hogy ha képesek azonosítani az egészség különböző dimenzióinak relatív erősségét és azt, hogy ezek hogyan viszonyulnak egymáshoz, akkor működésbe lehet hozni egy ösztönzést arra, hogy az

egyén változtasson életén az egészsége és wellness állapotának fejlesztése érdekében.

Az elkészült tesztet az egyhetes LEP-program elkezdése előtt töltötték ki a vendégek. Ennek eredményeit arra használták, hogy szakembergárda segítse azonosítani a problémás területeket, amelyekre aztán a kliens egyhetes tartózkodása alatt fókuszáltak.

A vizsgálat célja

Kutatásunk során a következő célokat tűztük magunk elé: Feltárni, hogy van-e különbség a wellness szolgáltatásokat rendszeresen, illetve ritkán igénybevevő, valamint az ezzel soha nem élő csoportok wellness állapot mutatója között. Megvizsgálni, hogy a wellness szolgáltatások igénybevétele kimutatható módon hatással van-e valamelyik dimenzióra. Megtudni, hogy milyen összefüggés mutatható ki a különböző demográfiai jellemzőkkel (nem, kor, foglalkozás) rendelkező személyek wellness állapota között, illetve a fent felsorolt demográfiai jellemzők összefüggésbe hozhatók-e valamelyik dimenzió jobb vagy rosszabb eredményével. Megismereni, hogy a saját egészségi állapot minősítése összefüggésben áll-e a teszt által mért wellness állapottal. Feltárni azokat az okokat, amelyek akadályozzák a vizsgált személyeket abban, hogy tegyenek saját wellness állapotuk, illetve az egyes dimenziók javítása érdekében.

Vizsgálati módszer és minta

A mennyiségi és minőségi elemeket egyaránt tartalmazó keresztmetszeti vizsgálatunkat 2008. október 1. és 2008. november 25. között végeztük. Adatgyűjtési módszerünk szakirodalmi-kutatásra és kérdőíves felmérésre támaszkodott. A mintavétel nem véletlenszerű, kényelmi mintavételi technikával történt. A mintát Zalaegerszeg városában aktívan dolgozó és a PTE ETK Zalaegerszegi Képzési Központjában jelenleg levelező alap- és továbbképzésben részt vevő, aktívan dolgozó 25-65 év közötti női és férfi populáció képezte (n=138). Kizárásiként fogalmazzuk meg az aktív keresettel nem rendelkező nyugdíjas, és GYES/GYED-en lévőket. A résztvevőket biztosítottuk az önkén-

tes válaszadás és a vizsgálatból való visszalépés lehetőségéről, továbbá arról, hogy ez eredményeket kizárólag jelen vizsgálatához kötődő célokhoz használjuk fel.

A kérdőív alapját egy angol anyanyelvű standard kérdőív adta (Renger, 2000). A kérdőívnek nincs magyar nyelvű adaptációja. A kérdőívet két független, kétnyelvű fordító angol nyelvről magyarra fordította, majd a két verzió összevetése után elkészítettek egy harmadik, egyeztetett változatot. Ezt a magyar verziót két független szintén kétnyelvű fordító visszafordította az eredeti nyelvre. Végezetül a fordítók ellenőrizték a tervezetet, egyeztettek módosítási javaslatokat, és ezután konszenzusra jutottak a magyar verzió megszövegezését illetően. A fordítási folyamatot egy „pilot-testing” követte kollégák, ismerősök kis csoportjával.

A kérdőív az alábbi kérdéskörök köré csoportosult:

1. Szocio-demográfiai adatok (nem, családi állapot, gyermekek száma, iskolai végzettség, foglalkozás, lakhely, egészségi állapot minősítése, betegség megléte, wellness szolgáltatások igénybe vétele)
2. Wellness állapot felmérés (fizikai, spirituális, intellektuális, környezeti, érzelmi, szociális dimenziók).

Az egyes dimenziók különböző számú itemet tartalmaztak. A válaszadás valamennyi item esetében öt fokozatú Likert skálán történt (5:nagyon gyakran; 4:gyakran; 3:alkalmanként; 2:ritkán; 1:szinte soha; illetve 5:nagyon egyetértek; 4:nagyjából egyetértek; 3:nem tudok állást foglalni; 2:inkább nem értek egyet; 1:egyáltalán nem értek egyet). Egy kérdés esetén, amely minden dimenzió esetében a válaszadó állapotának fejlesztése útjában álló akadályokra kérdezett, lehetőséget adtunk az önálló véleményalkotásra.

Az eredményeket az SPSS 17.0-ás verziójával valamint a ROPSTAT statisztikai programcsomag segítségével elemeztük. Leíró statisztikai módszer keretén belül átlagot, szórást, gyakoriságot, számoltunk, matematikai statisztikai módszerként χ^2 próbát és kétmintás T-próbát alkalmaztunk. Az eltéréseket $p < 0,05$ érték mellett tekintettük szignifikánsnak. A kérdőív egyes tételcsoportjai megbízhatóságának ellenőrzésére Cronbach-féle alpha-együttható számítást végeztünk.

Eredmények

A kutatási minta jellemzőinek bemutatása

A vizsgált populáció átlag életkora $37,21 \pm 10,50$ év. Ez az aránylag fiatal életkor magyarázat a gyermekek csekély számára (átlag:0,93; SD=1,027). A nemek megoszlása sem egyenletes, többségben vannak a nők (72,46%). A vizsgált személyek csaknem kétharmada házasságban vagy kapcsolatban él, az egyedül élők képviselik a kisebb arányt. Iskolai végzettség tekintetében a tesztet kitöltők fele középiskolát végzett, de magas arányt képviselnek a felsőfokú végzettséggel bírók is, míg a szakmunkások csupán 5,1%-ot tesznek ki. Foglalkozásukat megvizsgálva megállapíthattuk, hogy csaknem 60%-uk alkalmazottként szellemi munkát végez, míg a fizikai munkát végzők illetve a vállalkozók aránya közel azonos (16,79%, illetve 13,87%). A 138 fős mintából hét fő vallotta magát munkanélkülinek (5,11%). A vizsgálati személyek közel háromnegyede városban él, faluban 18,12%, míg fővárosban mindössze 9,41%. A kutatási minta jellemzőit az **I. táblázatban** foglalhatjuk össze.

I. táblázat. A kutatási minta szocio-demográfiai jellemzői (N=138)

Nem	
Férfi	27,54 %
Nő	72,46%
Gyermekek száma	
0	46,4 %
1	20,3 %
2	29 %
3 ≤	4,3 %
Családi állapot	
Házasságban vagy kapcsolatban él	67,4 %
Elvált	10,9 %
Hajadon/nőtlen/özvegy	21,7 %
Iskolai végzettség	
Szakmunkás iskola	5,1 %
Középiskola (érettségi)	50,7 %
Főiskola/egyetem	44,2 %
Foglalkozás	
Munkanélküli	5,11 %
Vállalkozó	13,87 %
Köztisztviselő	5,11 %
Alkalmazott szellemi munka	59,12 %
Alkalmazott fizikai munka	16,79 %
Lakhely	
Budapest	9,42 %
Város	72,46 %
Falu	18,12 %

A vizsgált populáció wellness állapotának bemutatása a szocio-demográfiai összefüggések tükrében

Szignifikáns különbség mutatható ki a skálaátlagok között, egyszempontos összehasonlító mintás robusztus varianciaanalízis (Huynh-Feldt-féle korrekcióval) segítségével ($\epsilon=0,936$ $F=28,412$ $p<0,001$). A vizsgálati személyek a szociális dimenzió érték el a legmagasabb átlagot, szignifikánsan magasabb ezen skála átlaga a környezeti dimenzió, az intellektuális dimenzió valamint a fizikai dimenzió átlagánál. Rangátlagok Tukey-féle páronkénti összehasonlításával ($k = 6$, $df = 685$) nem találtunk szignifikáns különbséget ezen skála és a többi (spirituális, érzelmi) skála átlagai között ($OP=1,00$). Tehát a személyek közel azonos mértékben a spirituális, az érzelmi és a szociális dimenzió érték el a legmagasabb eredményt.

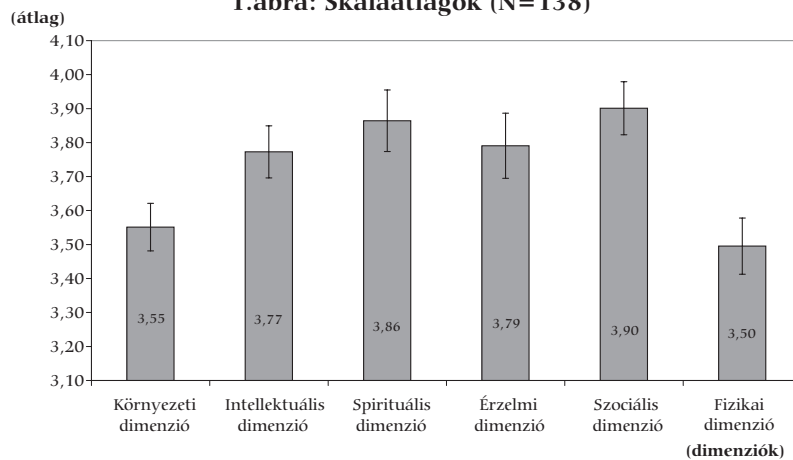
A személyek a fizikai dimenzió érték el a

legalacsonyabb átlagértékeket, ezen átlagok a környezeti dimenzió kivételével szignifikánsan alacsonyabbak a többi dimenzióhoz képest (Tukey $k = 6$, $df = 685$) (1. ábra).

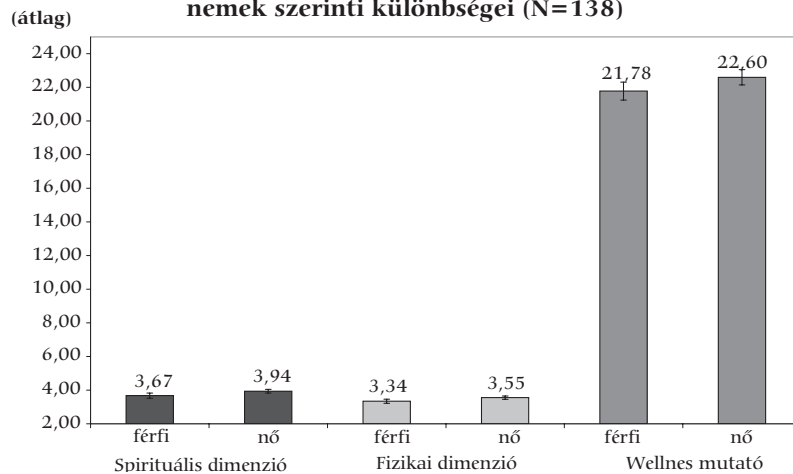
Független mintás t-próbával vizsgálva a spiritualitás skálán a nők szignifikánsabban magasabb átlagot értek el, mint a férfiak ($t=2,592$ $f=136$ $p=0,011$). A fizikai dimenzió ($d=2,611$ $f=90,9$ $p=0,011$), valamint az összesített Wellness mutató ($d=2,280$ $f=91,9$ $p=0,025$ – Welch-féle d-próbával vizsgálva) is a nők szignifikánsabban magasabb átlagpontszámot értek el. Az intellektuális dimenzió csak tendenciaszinten érték el a nők magasabb értéket (2. ábra).

Az intellektuális ($F=4,921$ $f=136$ $p=0,001$) és a spirituális ($F=2,602$ $f=136$ $p=0,039$) skálán szignifikáns különbséget találtunk egyszempontos független mintás varianciaanalízis segítségével az egyes foglalkozási kategóriák között.

1. ábra: Skálaátlagok (N=138)



2. ábra: A vizsgált dimenziók nemek szerinti különbségei (N=138)

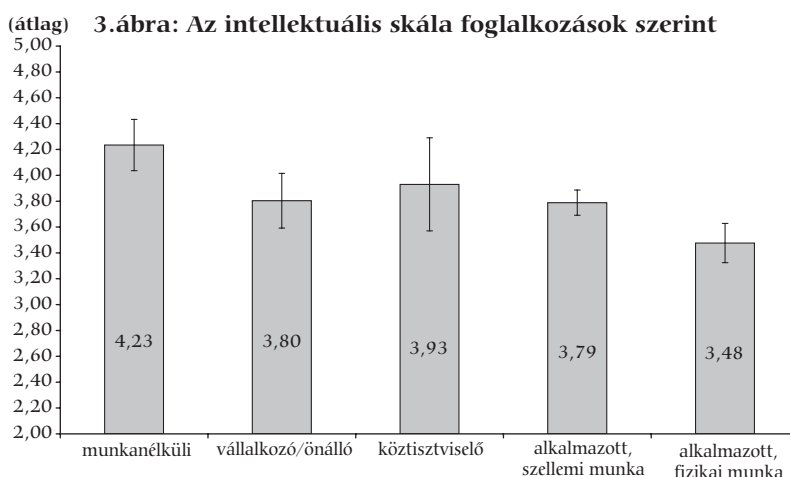


Ahogy az a **3. ábrában** látható, az intellektuális skálán a munkanélküliek szignifikánsabban magasabb átlagot értek el, mint a vállalkozók, az alkalmazott szellemi munkások és mint az alkalmazott fizikai munkások (LSD post hoc teszttel elemezve). Jelen mintában az alkalmazott fizikai munkások az összes többi foglalkozási kategóriához képest szignifikánsan alacsonyabb átlagértéket értek el az intellektuális dimenzióban (LSD post hoc teszt). Azonban a konfidencia intervallumok erősen átfednek, ezért ezen eredmények nem általánosíthatók a populációra.

A spiritualitás skálán az alkalmazott fizikai munkások érték el a legkisebb átlagokat, ám ezen eredmény szignifikánsan csak a munkanélküliek és a vállalkozók átlagainál alacsonyabbak (LSD post hoc teszt). Azonban jelen eredmények nem általánosíthatók a populáció egészére, mivel a konfidencia intervallumok erősen átfednek. A munkanélküliek, a vállalkozók, a köztisztviselők, valamint az alkalmazott szellemi munkások átlagai nem különböznek szignifikánsan egymástól.

Az összesített wellness mutatón (**4. ábra**) még látványosabb különbség mutatható ki az egyes foglalkozási kategóriák szerinti átlagok között ($F=2,614$ $f=136$ $p=0,038$). A munkanélküliek érték el a legmagasabb átlagokat ezen összesített mutatón, ám szignifikánsan csak az alkalmazott szellemi és az alkalmazott fizikai munkásoknál magasabb ezen át-

3.ábra: Az intellektuális skála foglalkozások szerint



laguk (LSD post hoc teszt). Az alkalmazott szellemi és fizikai munkások átlagai között nem mutatható ki szignifikáns különbség ezen a skálán. Jelen eredmények nem általánosíthatók nagyobb populációra, mivel a konfidencia intervallumok erősen átfednek.

Égészségi állapot és a wellness állapot

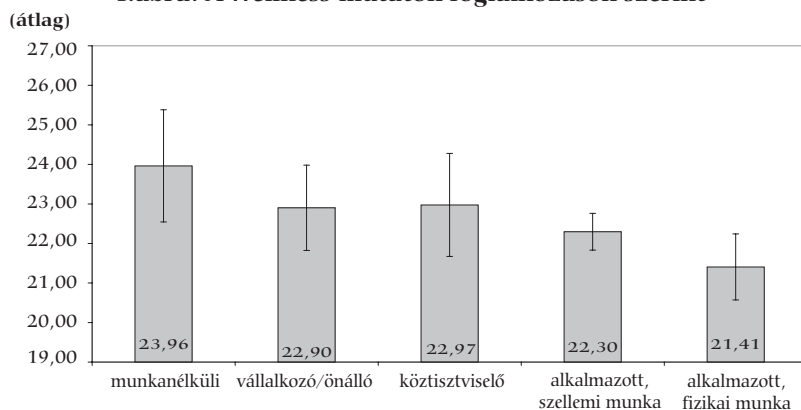
A válaszadók csupán 16,67%-a számol be valamilyen krónikus betegségről. Egészségi állapotát a megkérdezettek több mint fele jónak, 12,32%-a kiválónak minősíti. Rossz, illetve nagyon rossz minősítést elenyésző számban adtak, jelentős arányt képvisel viszont a közepes minősítés (28,99%). Fentiekhez hasonló arányban gondolják úgy, hogy állapotuk megfelel korosztályuk átlagos egészségi állapotának (47,83%), több mint 40%-uk megítélése szerint jobb, sőt sokkal jobb minősítést adnak, egytized részük viszont rosszabbul érzi magát kortársainál.

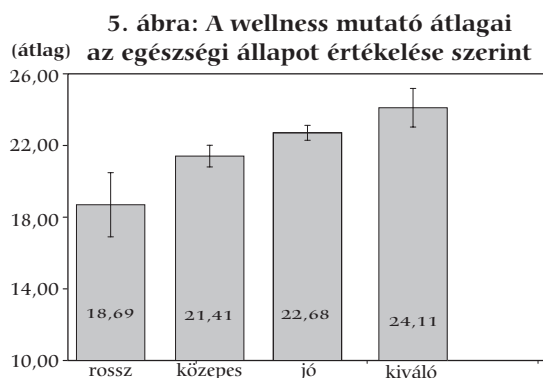
A wellness szolgáltatások igénybe vétele tekintetében mintánk egynegyede rendszeresen, 37,68%-uk egyáltalán nem, és csaknem ugyanennyien ritkábban élnek ezzel a lehetőséggel.

Nincs szignifikáns különbség a skálákon elért átlagok között krónikus betegség megléte vagy hiánya esetén, sem az egyes életkori kategóriák szerint.

Szignifikáns különbség mutatható ki az egyes skálákon aszerint, hogy a személyek hogyan értékelik

4.ábra: A wellness mutatók foglalkozások szerint





összességében saját egészségi állapotukat (5. ábra). Ezen különbség minden skálán kimutatható és egy irányba mutat, ezért részletesen a wellness mutatón elért eredményeket szemléltetjük, mivel a különbségek ezen a skálán a legkiélezettebbek ($F=13,222$ $f=137$ $p<0,001$). A rossz és a nagyon rossz értékeléseket az elemzés során egy kategóriába vontuk össze, mert csupán egyetlen személy értékelte saját egészségi állapotát nagyon rossznak. Az összes értékelési kategória között szignifikáns különbség mutatható ki (LSD post hoc teszt). Az egészség önbeszámoló értékelésének varianciája 22 %-ot magyaráz a wellness mutató varianciájából, a nem lineáris korreláció együtttható magas ($e=0,46$), a lineáris korreláció ennél csak egy kicsivel alacsonyabb ($r=0,442$ $f=$ $p<0,001$), tehát ezen változók esetében közepesen erős lineáris kapcsolatról beszélhetünk. A nemet, az iskolai végzettséget valamint az életkort kontroll alatt tartva a korrelációs együtttható csekély mértékben emelkedik meg (parciális $r=0,45$ $f=133$ $p<0,001$), azonban ha a kortár-

sakhoz viszonyított értékelést is kontroll alatt tartjuk a parciális korrelációs értéke erősen lecsökken (parciális $r=0,29$ $f=134$ $p<0,001$). Kétszemponyos független mintás varianciavizsgálat az egészségi állapot értékelésnek szignifikáns főhatását mutatja ($F=2,835$ $p=0,041$), míg a kortársakhoz viszonyított értékelésnek nincs főhatása, valamint nincs szignifikáns interakció sem a két változó közt. Az egészségi állapot minősítése szintén szignifikáns főhatást mutat az összesített wellness mutatóra nézve kétszemponyos függetlenmintás varianciavizsgálattal, ha második szempontnak a wellness szolgáltatások igénybevételének gyakoriságát vesszük (szükség) ($F=8,368$ $p<0,001$) az interakció nem szignifikáns, a wellness szolgáltatások igénybevételének nincs szignifikáns főhatása. Modellünk által megmagyarázott variancia 40% ($r^2=0,401$).

Mind a hat dimenzióra vonatkozóan rákérdeztünk arra, hogy 1-től 5-ig tartó skálán értékelve megkérdeztettjeink mennyit tesznek az adott dimenzió fejlesztéséért. Az ezen kérdésekre adott válaszok alapján megállapítható, hogy a kérdésre adott válaszok korrelálnak egyrészt az adott skálával, másrészt a többi skálán elért eredménnyel is. Ez azt jelenti, hogy az egyes skálákon észlelt egészség mértéke monoton kapcsolatban áll a megtett erőfeszítések értékelésével (II. táblázat).

Azok a válaszadók, akik az egyes dimenzióknál jelölték meg olyan akadályt, ami az adott dimenzió érdekében tett lépéseikben előttük tornyosul, többnyire két tényezőt említenek: az idő- és pénzügyi hiányt.

II. táblázat. Dimenziók fejlesztéséért tett erőfeszítés és a dimenziók rangkorrelációi

		Környezeti dimenzió	Intellektuális dimenzió	Spirituális dimenzió	Érzelmi dimenzió	Szociális dimenzió	Fizikai dimenzió
K/A	rho n	,262** 138	,457** 138	,355** 138	,155 138	,197* 138	,484** 138
I/A	rho n	,139 138	,491** 138	,289** 138	,184* 138	,261** 138	,261** 138
S/A	rho n	,305** 138	,416** 138	,575** 138	,264** 138	,301** 138	,369** 138
É/A	rho n	,268** 138	,401** 138	,431** 138	,339** 138	,352** 138	,368** 138
SZ/A	rho n	,262** 138	,432** 138	,433** 138	,294** 138	,406** 138	,321** 138
F/A	rho n	,311** 137	,407** 137	,449** 137	,290** 137	,340** 137	,522** 137

*** $p<0,05$ ** $p<0,01$

Erőfeszítések mértéke a K/A= környezeti egészség; I/A= az intellektuális egészség; S/A= a spirituális egészség; É/A= érzelmi egészség; SZ/A= a szociális egészség; F/A= a fizikai egészség fejlesztéséért.

Következtetések

Eredményeink alapján a nők szignifikánsan magasabb átlagot értek el a vizsgált hat dimenzió közül három területen (lelki, intellektuális, fizikai egészség) és jobb az összesített wellness mutatójuk is.

A nők egészségi állapotát – biológiai, hormonális és pszichés különbözőségeikből és a társadalmi szereprendszerben betöltött eltérő helyzetükből következően – más-más védő és károsító tényezők jellemzik, mint a férfiakét. A munkaerőpiacon egyre magasabb arányban való jelenlétük, a háztartási feladatok ellátása miatt kevesebb idejük jut pihenésre. Általánosságban a napi szintű stressz tényezőik (gyermekellátása, család élelmézése, idősek gondozása, stb.) is különböznek a férfiakétól (Kopp, 2006). Talán ez a nagyobb megterhelés az oka annak, hogy tudatosan vagy tudat alatt nagyobb felelősséget éreznek saját egészségi állapotuk iránt, egészség tudatosabban élnek, jobban ügyelnek táplálkozásukra, kevesebb rizikófaktorral (dohányzás, alkohol) veszélyeztetik egészségüket.

A nők sokkal hajlamosabbak lelki problémáikkal való foglalkozásra, azokról nyitottabban megnyilatkoznak baráti, családi körben. Fogékonyabbak a spiritualitásra, magyarázatot keresnek lelki életük jelenségeire. Érzékenyebbek testi-lelki jelzéseikre, hajlamosabbak megelőző szűrővizsgálatokon való részvételre. Általában megállapíthatjuk, hogy erősebb törekvés él bennük a harmóniára, egyensúlyra, kiegyensúlyozottságra, amely szocio-kulturális és genetikai tényezőkre vezethetőek vissza.

Közéletben és a munka világában is egyre nagyobb konkurenciát jelentenek az „erősebb” nem számára. A felsőfokú tanulmányokat folytató, illetve diplomát szerző nők aránya már felülmúlta a férfiakét. Az intellektuális egészség területén elért magasabb mutató arra utal, hogy nyitottabbak az új szellemi kihívásokra, az élethosszig tartó tanulásra, maguk átképzésére, hiszen ahhoz, hogy férfitársaik mellett megállják a helyüket a munkaerőpiacon, hogy esetlegesen egyedülállóként magasabb jövedelmi szintet érjenek el, szükségük van az állandó önképzésre.

Az egyre jelentősebb számban való jelenlétük politikai, gazdasági és más vezető po-

ziciókban pozitív hatást gyakorolhat a társadalom fogyasztási szokásaira. Egyre jelentősebbé váló társadalmi befolyásuk tovább növelheti a wellness, a jóllét és az egészségfejlesztés iránti érdeklődést. Egészségtudatosabb életvitelükkel, magatartásukkal nem utolsó sorban óriási nevelő hatást fejthetnek ki anyaként a felnövekvő generációk egészségmagatartására (Friedl, 2002).

Magasabb iskolai végzettségük, jobb „intellektuális egészségük” erősíti a lelki egészség meglétének esélyét mind saját, mind gyermekeik számára. A jóllét, a wellness állapot, a megelőzés szempontjából, tehát mind a szellemi, mind a lelki egészség fontos „védőfaktoroként” jelenhet meg.

A foglalkozás és a wellness állapot összefüggéseit vizsgálva arra a megállapításra jutottunk, hogy a mintánkon elért eredmények nem általánosíthatók. Ez a nem helyes mintavételre vezethető vissza.

A munkanélküliek aránya olyan elenyészően jelent meg (138 főből 7 fő), hogy a náluk mért jobb intellektuális és wellness mutatók nem általánosíthatóak. Az alkalmazott fizikai munkások spirituális és intellektuális dimenziókban elért szignifikánsan alacsonyabb mutatói összefüggésbe hozható iskolai végzettségükkel, de a munkájukhoz való beállítottságukkal is. Nem véletlen, hogy az elméleti bevezetőben említett mai amerikai felfogás külön dimenzióként kezeli a foglalkozási, a munkával kapcsolatos jóllétet. Bár jelen tesztünkben ez nem külön vizsgált területként jelenik meg, erőteljesen beépül viszont az intellektuális, környezeti, szociális dimenziók tételeibe (itemjeibe).

Az amerikai wellness felfogás már az 1970-es években, a wellness mozgalom második fellendülésének idején is nagy jelentőséget tulajdonított az emberek munkahelyi, munkával kapcsolatos jóllétének, hiszen a munka, az alkotás az ember önmegvalósításának legfőbb területe, a munkavégzés körülményei meghatározóak az aktív népesség életminősége, egészségi állapota szempontjából. A cégek hamar rájöttek arra, hogy sokkal olcsóbb megelőzni a munkahelyi megterhelés (fizikai, lelki, szellemi) okozta betegségeket, mint bekövetkeztük után fizetni dolgozóiknak a táppénzt és kezelni a munkából való kiesésük okozta veszteségeket. Ezért – ahogy

arról az elméleti bevezetőben szóltunk – munkahelyi wellness programokat szerveztek („corporate wellness”), amelyek nem csak dolgozóik fizikai egészségének fejlesztésével foglalkoztak, hanem a munkahelyi szociális, lelki jóllét megteremtésével is.

Az utóbbi évtizedben az Európai Unió is kiemelten foglalkozik azzal, hogy a vállalatok és a munkahelyi szervezetek alapvető kötelessége a dolgozók testi-lelki egészségének megőrzése, az életminőség javítása. Az Európai Bizottság „Corporate Responsibility” című dokumentuma az addigi balesetmegelőzési szemléletet messze túlhaladva javasolja, hogy a munkahelyi vezetők munkaköri leírásának legyen része ennek a felelősségnek a vállalása. A dokumentum előkészítő tanulmánya szerint az egészséget támogató munkahely fő jellemzői a dolgozók tisztelete, testi-lelki egészségük, életminőségük értéként kezelése, elősegítése, a változások és krízisek kezelésének képessége folyamatos tanulás, megfelelő terhelés, stb. (Kopp, 2006).

A munkával kapcsolatban azonban egyre gyakoribb a másik véglet: a túlhajszoltság, túlterheltség, de ugyanúgy a munkamegcsúszottság, az ún. munkaalkoholizmus is, a flow állapothoz való „hozzászokás”, amikor más tevékenységben, a pihenésben nem tud valaki örömet találni. A munka 21. századi formája okozta fizikai és pszichés nyomás, amely állandó rugalmasságot, kreativitást, élethosszig tartó tanulást követel meg tőlünk, ugyanakkor szinte állandó bizonytalanságban tart bennünket, egyre növekvő számban okoz pszichés megbetegedéseket (burn-out, depresszió). (Pálfiné, 2007; Pálfiné, 2009).

Napjainkban az egészségügyi dolgozók is túlterheltek. Számos hazai szakirodalom foglalkozik az ápolók egészségével, egészségmagatartásával (Pikó, 2001; Molnár, 2002; Markovic, 2006; Pásztor, 2006; Hegedűs, 2008; Németh, 2009; Karamánné, 2009). A magyar egészségügy folyamatos létszámihiánnyal küzd, a munkahelyi megterhelés egyre jobban fokozódik, és egyre gyakrabban tapasztaljuk az egészségügyi szakdolgozók megromlott szomatikus állapotát.

A kutatások rámutatnak arra, hogy az egészségügyi dolgozók jelentős része pszichoszomatikus tünetekkel küzd, leggyakrabban fejfájással, hát- és derékfájással, alvási za-

varokkal. A váltott műszak felboríthatja az ember természetes bioritmusát, befolyásolja a társas kapcsolatokat, a mindennapi tevékenységet és a szabadidő eltöltését. Emiatt egyre nagyobb az emberek, mind a laikusok, mind az egészségügyi szakdolgozók igénye olyan wellness kínálati palettára, amely erősíti testi, lelki, szellemi kompetenciájukat, hogy képesek legyenek az aktív pihenésre és a munka és magánélet közötti egyensúly megtalálására („work-life balance”) (Friedl, 2002).

Megoldási lehetőségként látjuk mind az egészségügy, mind más szakma által okozott problémák megelőzésére és enyhítésére összeállított munkahelyi wellness programok kidolgozását és végrehajtását a témában kompetens egészségfejlesztő wellness terapeuta irányításával. Az ilyen módon létrejövő program a wellness valamennyi dimenziójára fókuszálva nyújthatna segítséget a fent említett munkahelyi ártalmak által okozott pszichés és szomatikus tünetek kiküszöbölésére.

Mintánknak csak 16,67%-a él együtt valamilyen krónikus betegséggel. Ez a 138 főből 24 főt jelent, a megjelölt betegségeket tekintve sem széles a skála: diabétesz (6), magas vérnyomás (5), izületi gyulladás (3), pajzsmirigybetegség (4), colitis (2), valamint 1-1 fő esetén magas koleszterinszint került megnevezésre. Fenti betegségek hűen visszatükrözik a dolgozat bevezetőjében hivatkozott morbiditási adatokat, miszerint a magyar népesség körében leggyakrabban ugyanezek a krónikus betegségek kerültek feltárára (magas vérnyomás 16%; diabétesz 4-4,2%; mozgásszervi betegségek 6-7%). Az a tény, hogy eredményeink alapján nem mutatható ki szignifikáns különbség a krónikus betegség megléte vagy hiánya esetén a wellness állapot mutatóiban illetve az egyes dimenziókban sem, alátámasztja az elméleti bevezetőben hivatkozott amerikai wellness értelmezés helytállóságát, amely szerint a magas szintű wellness állapotot betegen, sőt fájdalmak közepette is el lehet érni. Ardell bizonyítékként az új egészségfogalomra hivatkozik (WHO 1948), amely szerint az egészség nem egyenlő a betegség hiányával, hanem az egyén saját képességein belül az adott környezetében elérhető legmagasabb szintű jóllét állapota. Tehát betegséggel együtt élve is elérhető az egyén számára

optimális életminőség, amennyiben ennek valamennyi meghatározó dimenzióját (testi, szellemi, lelki, stb.) kontroll alatt tartja. Eredményünk Travis állítását is igazolja, amely szerint nem az a fontos, hogy a betegség/wellness kontinuum melyik oldalán állunk, hanem az hogy melyik irányban haladunk, a magas szintű wellness vagy a korai halál felé (Travis, 2004). Ez attól függ, hogy tudjuk-e betegen is mozgósítani magunkban azokat a potenciálokat, képességeket, amelyekkel a jobb életminőség megteremthető.

Az egészségi állapot jellemzéséhez, nagyon fontosak az objektív morbiditási és mortalitási adatok, de mégsem elegendők. Hiszen többek közt nem tudnak beszámolni arról, hogy az emberek számára az egészségben maradás, illetve az egészségi állapot romlása milyen biológiai, pszichés és szociális folyamatok között zajlik, a betegek hogyan élik meg betegségüket, ezek mennyiben jelentenek tevékenység-korlátozottságot a mindennapi életükben. Az egészségi állapot laikus beszámolókra épített szubjektív önértékelő vizsgálatai ezekre a kérdésekre kívánnak választ adni. Vizsgált populációnknak mi is feltettük a saját egészségi állapotának értékelésére vonatkozó kérdést. A kapott eredményt összevetve a HungaroStudy 2005 lakossági egészségfelmérés eredményeivel nagyon pozitív képet tapasztaltunk. Míg a fenti felmérés kapcsán a magyar felnőtt lakosság 17%-a minősítette rossznak vagy nagyon rossznak egészségi állapotát, a mi mintánk esetén ez csupán egy elenyésző, alig 3%. Jó illetve kiváló minősítést is adtak (68%), mint a HungaroStudy 2005 során (43%), míg elfogadhatónak közepesen ott 40%, itt közel 30% minősített. A pozitívabb eredmény magyarázható talán az aránylag fiatal átlagéletkorral (37 év), hiszen a szubjektív egészségérzés az életkor előrehaladtával csökken. A saját egészségi állapot önértékelésen alapuló minősítése és a Wellness állapot mutató közötti korreláció arra utal, hogy a felmért csoport reálisan látja állapotát. Úgyszintén erősen korrelál az egyes dimenziók összesített eredménye azzal az értékkel, amelyet a megkérdezettek az adott dimenzió fejlesztése érdekében tett erőfeszítéseiket értékelték. Ez az eredmény teljes mértékben alátámasztja a bevezető részben részletesen kifejtett saját

felelősség elvét, amely valamennyi wellness modell középpontjában áll. Minél többet teszünk mindennapjainkban saját wellness állapotunk, egészségünk érdekében annak jobb életminőséget teremthetünk magunknak. Ahogy Ardell fogalmaz lehet, hogy közvetlenül nincs befolyásunk körülményeinkre, de az azokkal való bánásmódra igen (Ardell 1977, idézi Hermes 2005, 65.o.). A felelősség tehát azt jelenti, hogy saját életünket magunk alakítjuk, hiszen a döntés minden külső befolyás ellenére végül is az egyéné.

Az utóbbi évtizedekben ugrásszerűen megnőtt az érdeklődés az életminőség és az egészséggel összefüggő életminőség iránt. Általános értelemben az életminőség igen komplex, alapvetően szociológiai fogalom. Az egészséggel kapcsolatos életminőség meghatározásakor a WHO 1948-as alapokmányában szereplő meghatározásra szokás hivatkozni, mely szerint „Az egészség a teljes fizikai, mentális és szociális jóllét állapota, és nemcsak betegség vagy fogyatékosság hiányát jelenti”, amely hangsúlyozza, hogy az egészségnek nemcsak biológiai, hanem pszichés és szociális összetevője is van.

Ebből a definícióból kiindulva indult útjára az USA-ban az 50-es évek végén a wellness mozgalom, amely jó negyedszázaddal később megjelent Európában is.

A 80-as években a társadalmi normák által kialakított modellen alapuló fitness jelent meg elsőként, ami a testet állította a középpontba, a napi fizikai teljesítmény növelésére koncentrált, speciális tréninggel a test különböző funkcióinak javítására törekedett. Létrehozott egy testideált, amelyet kemény edzéssel lehetett elérni, a munka eredménye pedig külső paraméterekben volt mérhető (súly, átmérők, formák, stb.).

A 90-es évek „termése” a wellness, amely egy egocentrikus modellen nyugvó válasz a túl fárasztó, túl kemény, sokak által elérhetetlen ideálokat példaképként állító fitnessre. Itt már nemcsak külső minták számítanak, hanem az egyén testi-lelki-szellemi közérzete egyaránt fontos. Középpontjában azonban még mindig a test áll, egy passzív jólléti program, ahol a testet különböző kezelésekkel, masszázssal, fürdőkkel kényeztetik, lazítják.

Az új évezred trendjeként megjelenő self-

ness ezzel szemben aktív, tudatos, és spirituális modellen alapszik. A wellnessel szemben nem fogyasztásra, termékekre aszociál, hanem mindig az emberhez kötődik. Az élménykeresést felváltja a kompetenciák fejlesztése, nem elsősorban testi, hanem pszichológiai mentális szinten. Célja nem a kikapcsolódás, hanem az önfejlesztés, mindannak keresése, ami továbbvisz, továbbfejleszt. A válságokra való kompenzáció keresése helyett a megküzdési potenciálokat fejleszti, nem csak a szabadidőre korlátozottan, hanem az egész életet érintően.

A bemutatott kutatás kapcsán megpróbáltunk rámutatni arra, milyen fontos a tágabb értelemben vett egészségünk valamennyi di-

menziójának fejlesztése. A szocio-demográfiai összevetések tükrében jól látható, hogy hol, melyik dimenzióban, milyen előrelépésre, fejlesztésre van szükség ahhoz, hogy a magas szintű wellness állapot irányába haladva, jó életminőségben, elégedetten, a bennünk rejlő potenciálokat kihasználva, a 21. század kihívásainak megfelelő kompetenciákkal felruházva éljük hétköznapjainkat. Az új elvárások a szabadidő- és turizmusipart is új kihívások elé állítják, hiszen egyrészt el kell gondolkodniuk azon, milyen kínálati elemekkel tudják bővíteni szolgáltatásaikat az új szükségletek tükrében.

Másrészt fontos szerepet játszhatnak az emberek szemléletformálásában, a wellness másfajta értelmezésének kialakításában.

Irodalomjegyzék

1. Ardell, D. (1977): High Level Wellness: An Alternative to Doctors, Drugs and Disease. Emmaus, PA: Rodale Press
2. Ardell, D. (1985): The History and Future of Wellness. Health Values, vol. 9, no. 6, pp. 37-56.
3. Betlehem, J. et al (2007): A munka hatása a kórházi ápolók jóllétére Magyarországon. Nővér, 20,6,3-13.
4. Friedl, H. (2007): Wer braucht Wellness – und warum gerade jetzt? Zeitschrift für integrativen Tourismus und Entwicklung 4.06.S. 6-10 Wien
5. Hegedűs, K. et al (2008): Egészségesebbek-e az egészségügyben dolgozók? Összehasonlító vizsgálat (2002-2006). Nővér, 21,1, 3-9.
6. Hermes, K. (2005): Medical Wellness. Wellnesskonzepte aus den USA in Deutschland. In: Ökotrophologische Forschungsberichte, Band 7., Verlag Dr. Rüdiger Martineß, Schwarzenbeck
7. Hungarostudy Egészség Panel (2005): <http://www.magtud.sote.hu/hungarostudyegeszseg-panel-gyorsjelentes.htm> - 149k -
8. Járomi, M., Betlehem, J. (2005): Az egészségügyi dolgozók fizikai egészségéért. Nővér, 18,2,21-24.
9. Karamánné Pakai A. et al (2009): A méhnyakrák-szűrésen való részvételt befolyásoló tényezők ápolók körében. Acta Sana, 4, 2, 4-14.
10. Kator, M. (2007): Wellness – az egészség élménye! I. Wellness Konferencia, előadás, Pécs, 2007. ápr. 14.
11. Kopp, M., Kovács, M. (szerk.) (2006): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón, Budapest, Semmelweis Kiadó
12. Markovic, M. et al (2006): Egészségi állapot, életmód és egészségmagatartás az ápolók körében Szegeden és Szabadkán. Nővér, 19, 3, 17-24.
13. Molnár, E. (2001): Ápolók egészségi állapota. Nővér, 15, 4, 4-10.
14. Miller, J. W. (2005): The History and Development of a Concept Spektrum Freizeit, Spektrum Freizeit, 1/2005, S. 84-106. http://www.fhjoanneum.at/aw/home/Studienangebot/Gesundheit_und_Soziales/gmt/Forschung_Entwicklung/publikationen/~bbye/Wellness/?lan=de
15. Németh, A, Irinyi, T.(2009): Egészségügyi szakdolgozók szomatikus állapota Csongrád megyében-egy felmérés tükrében. Nővér, 22, 3, 33-38.

16. Pálfi, Fné. et al (2007): Az ápolók mentálhigiénés állapota és a kiégés szindrómát provokáló faktorok előfordulása a vizsgált populációban. *Nővér*, 20,4,3-13.
17. Pálfiné Szabó, I. et al (2009): Egészség határok nélkül. *Nővér*, 22;1:13-23.
18. Pásztor, K. (2006): Az egészségügyi dolgozók orvoshoz – fordulási szokásai. *Nővér*, 19, 3, 3-9.
19. Pikó, B.(2001): A nővéri munka magatartás-tudományi vizsgálata. Pszichoszomatikus tünetek , munkahelyi stressz, társas támogatás. *Lege Artis Medicinae*,11,4,318-325.
20. Renger, R. F. et al (2000): Optimal Living Profile: An Inventory to Assess Health and Wellness, *American Journal of Health Behavior*, 2000; 24(6): 403-412; <http://www.atypon-link.com/PNG/doi/abs/10.5555/ajhb.2000.24.6.403>
21. Smith, M., Puczkó, L. (2008): Health and wellness tourism, Elsevier
22. Travis, J.W., Ryan, R.S. (2004): *Wellness Workbook*, 3. kiadás, Berkeley
23. WHO alapszabályzata, 1948
24. Zopcsák, L. (2007): *Worksite wellness*. I. Wellness Konferencia előadás, Pécs, 2007. ápr. 14.

State of wellness in the light of demographic characteristics

Édit Zsigmond, Ildikó Kriszbacher BSc, MSc, PhD., Anikó Dér, Anna Bujtor, József Betlehem BSc, MSc, PhD., Annamária Pakai Karamánné

Aim of the study: To reveal any differences in the state of wellness of groups that regularly use “wellness” services, and those who rarely or never make use of such services; and to examine whether the use of wellness services has a demonstrable effect on any of the health dimensions. To understand what correlation can be demonstrated between the state of wellness of persons displaying various demographic characteristics (sex, age, occupation), and whether the above-listed demographic characteristics can be linked to a better or worse result in respect of any of the dimensions.

Methodology and sample: The cross-section survey was conducted between 1 October and 25 November 2008. The sample comprised a population of actively employed men and women aged 25-65, actively employed in the town of Zalaegerszeg and participating in basic and further training by correspondence course at the Zalaegerszeg Training Centre of the University of Pécs Faculty of Health Sciences.

Results: The persons in the sample achieved the highest average in the social dimension, and their average on this scale was significantly higher than their average for the environmental dimension, the intellectual dimension and the physical dimension. In an independent-sample T-test, on the spiritual scale the women achieved a significantly higher average than the men. On the intellectual and spiritual scale a significant difference was detected, using a single-aspect independent-sample variance analysis, between the individual occupation categories. ($p < 0.05$)

Conclusions: In the light of the socio-demographic comparisons, the authors attempted to demonstrate the importance of developing all the health dimensions in the broader sense.

Key words: state of wellness, wellness services, demographics, quality of life

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Országos Szervezete

2010. ÁPRILIS 23- MÁJUS 15.

között rendezi meg a

KIS- ÉS KÖZÉPVÁLLALKOZÁS ÖSZTÖNZÉSE CÍMŰ 40 ÓRÁS SZAKMAI TOVÁBBKÉPZÉSÉT

A továbbképzés helyszíne:

PTE Egészségtudományi Kar Pécsi Képzési Központ

7633. Pécs, Vörösmarty u. 4.

Porckorongsérv a betegek szemszögéből

Hegedűs Anna

főiskolai ápoló hallgató. Szent István Egyetem Egészségtudományi- és
Környezetegészségügyi Intézet, Gyula

Raskovicsné Csernus Mariann

osztályvezető főnővér, Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórház,
Általános Sebészet Gyula,
PhD-hallgató, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Budapest

Tar Edit

osztályvezető főnővér, Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórház,
Idegsebészeti Osztály Gyula

Összefoglaló

A vizsgálat célja: A kutatás során felmérésre kerül, hogy a porckorongsérvben szenvedő betegek kapnak-e tájékoztatást és milyen információval rendelkeznek a gerincproblémák megelőzésében, megfelelő szaksegítség után képesek-e odafigyelni a veszélyekre. Továbbá, milyen kapcsolat van az életmódbeli változások és az iskolai végzettség, valamint az orvoshoz fordulás és a nemi eltérés között.

Vizsgálati módszerek és minta: A felmérés azon porckorongsérvben szenvedő betegek körében történt, akik a Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórház Reumatológiai osztályán, illetve szakrendelésén, valamint az Idegsebészeti osztályon kerültek ellátásra. A hipotézisek vizsgálata leíró statisztikai módszerekkel történt.

Eredmények: A vizsgált minta 81%-a kapott tájékoztatást a gerincet érintő ártalmakról, de a megkérdezettek kevesebb, mint a fele figyel oda arra, hogy mindezeket be is tartsa a mindennapokban. Az életmódbeli változások és az iskolai végzettség közötti kapcsolat vizsgálata során kiderül, hogy az alacsonyabb végzettségűeket érintették legrosszabbul a betegség általi változások.

Következtetések: A kutatás alapján a porckorongsérvben szenvedő betegek rendelkeznek ismeretekkel a gerincproblémák megelőzésére vonatkozóan, megfelelő tanácsokat tudnak adni társaiknak, tudják, hogy mire kell odafigyelni, de saját maguk nem alkalmazzák megfelelően a gyakorlatban, nem minden esetben fordítanak gondot arra, hogy kíméeljék a gerincüket.

Kulcsszavak: porckorongsérv, életmód, ápolás, életminőség

A probléma ismertetése

A civilizációs megbetegedések körébe tartozó mozgásszervi megbetegedések a szív- és érrendszeri, valamint a daganatos megbetegedéseket követően a 3. helyen állnak a megbetegedési statisztikában. (Csermely, 2002)

Az iparosodás, a közlekedés fejlődése, a gerinc fokozott igénybevétele szaporítja a tartási, a sérülési és a degeneratív megbetegedéseket. (Bender, 1996)

A derékfájás a fejlett ipari országokban, de hazánkban is a keresőképtelenség második leggyakoribb oka, de a keresőképtelen napo-

kat számítva az első helyen áll. Az idő előtti nyugalomba vonulás okai között 2.-3. helyen áll. (9) Fontos megjegyezni, hogy a derékfájást (lumbago) ugyan megkülönböztetjük a lumboischialgiától, de az ischialgiának általában része a derékfájás. (Poór, 2008)

A derékfájást gyakoriságánál fogva joggal nevezhetjük „népbetegségnek”, a munkából való kiesés, a rokkantság okai között is az egyik leginkább számottevő tényező. (Malcolm, 1992)

A gerinc sérülését és fájdalmát okozhatja, ha valaki a vártnál nagyobb súlyt próbál hirtelen felemelni. Ilyenkor ugyanis a gerincet stabilizáló izmok nem képesek megfelelő tar-

tást biztosítani. Hasonlóan fontos rizikótényező az is, ha egy nehéz tárgyat előrehajolva próbálunk felemelni. A hirtelen törzsfordítás különösen súlyos tárgyakat cipelve, szintén felelőssé tehető. Bizonyos mértékig nagyobb a gyakoriság az ülőmunkát végzőknél.

A hátfájás gyakoribb az ápolónőknél (17%), mint a rendőröknél (6%), és megközelíti a nehéziparban megállapított értéket (22%). (Malcolm, 1992)

A mozgásszervi betegségek előfordulása terén hazánk 33%-kal az unión belül sajnos az élen áll. A jelentések azt mutatják, hogy ezen betegségek szignifikánsan befolyásolják a beteg és családjának pszichoszociális státusát, a keresőképtelenség és a munkanélküliség okai között a 2. helyen szerepelnek. Leggyakoribb okai az életminőség csökkenésének. A betegek 20-30%-a keresi fel a családorvosát mozgásszervi panaszok miatt. Európa tekintetében a felnőtt népesség 20-30%-a szenved mozgásszervi fájdalomtól, ami 5 ember közül kettőt korlátoz a mindennapi tevékenységben is. E betegségek 60%-ban okozzák a hazai, korai nyugdíjaztatást, illetve eredményezik a táppénzes napok számának növekedését. Az európai országokat tekintve a betegségköltségek összköltségének 25%-át teszik ki. (Egészségügyi Minisztérium, 2009)

A porckorongsérv

A porckorong degenerációjának első jele, hogy a nucleus pulposus folyadékot veszít, duzzadásra, alakváltoztatásra kevésbé lesz képes, fokozatosan lelapul. Rugalmatlanná válnak, felrostozódnak az anulus fibrosus rostjai, nem képesek megőrizni a discus megszokott alakját, keretek között tartani a nucleus pulposust. A porckorong lelapulásával párhuzamosan egymáshoz közelebb kerül a rögzítő szalagok eredése és tapadása, így azok meglazulnak. Ez által a gerinc mozgó egysége lazává válik. (Pásztor, Vajda, 1995)

A degeneratív gerincelváltozás csupán a betegek 25%-ának okoz panaszt. Bár gyakorisága az életkor előrehaladtával párhuzamosan nő, a degeneratív elváltozás nem

azonos az öregséggel, a növekedés befejezése után normális körülmények között is megindul. (Gömör, Bálint, 1989, Pásztor, Vajda, 1995)

Több tényező teremti meg a porckorongsérv képződésre hajlamosító állapotot (Gömör, Bálint, 1989, Pásztor, Vajda, 1995):

- Alkati hajlam („kötőszöveti gyengeség”) a degeneratív folyamatot gyorsíthatja.
- Valószínű, hogy a kisebb traumáknak is jelentősége van a degeneráció előrehaladásában, és az anulus fibrosus berepedésében.
- Bizonyos foglalkozással járó kényszertartások is befolyásolhatja a folyamat súlyosbodását (fogorvosok állandó jobbra csavarodó és dőlő testtartása).
- Fontos tényező a gerincet fixáló hát- és hasizmok állapota.
- Balesetek következményeként is kiszakadhat a porckorong.
- Hormonális, metabolikus, valamint lokális keringési, fizikai-kémiai és más tényezők is szerepét játszhatnak.
- Számos megfigyelés bizonyítja, hogy munka- és sporttevékenységgel is összefügghet.

Pontosan nem ismert szöveti elváltozások miatt, általában a gerincet érő külső erőbehatásra a nucleus pulposus hátrafelé, a gerinccsatorna felé vándorol a meggyengült anulus fibrosus rostjain keresztül. A canalis spinalisba boltosul (protrusio) vagy a rostokat átszakítva kitüremkedik (sérvképződés). A protrusio irritálhatja, a hernia komprimálhatja a gerincből itt kilépő, az alsó végtagot ellátó ideggyököt.

A discusprotrusio dinamikus folyamat, képes súlyosbodni, de visszafejlődni is. A tünetek visszafejlődésében fontos tényező, hogy a discushernia által kiváltott lokális gyulladás gyulladáscsökkentőkkel mérsékelhető. Közel 90%-ban bizonyos idő elteltével (3 hét - 3 hónap) tünetmentesé válhat, bár a kiújulás sem ritkaság, de az esetek csak 10%-ában kerül sor műtéti eltávolításra. (Poór, 2008)

A károsodott sérv ritkán visszahúzódhat, leszakadhat, vagy úgy helyezkedik el a gerinccsatornában, hogy nem érinti a gyököt, spontán vagy terápia hatására zsugorodhat, s így a kompressziós tünetek csökkenhetnek. (Gömör, Bálint, 1989)

A porckorongsérv klinikai képe

A vertebralis szindróma összetevői: a gerinc egyes szakaszainak mozgáskorlátozottsága, esetleg kényszer tartása, a csigolyák vagy intervertebralis rések nyomásérzékenysége, a paravertebralis izomzat spazmusa, valamint az érintett gerincszakasz fájdalma. A fájdalom sokszor jól lokalizálható, meghatározott mozgásokra, mozdulatokra jelentkezik vagy fokozódik, máskor lehet diffúzabb a fájdalom- vagy diszkomfortérzés.

A radicularis szindróma tünetei: a gyöki beidegződés területére sugárzó éles, csíkszerű fájdalom, melyet a megfelelő műfogás (pl. Lasegue-tünet) vagy köhögés fokoz, zsibbadás vagy érzészavar a megfelelő dermatoma területén, az érintett gyök saját reflexének gyengülése vagy kiesése, a megfelelő izmok erejének gyengülése vagy bénulása.

A radicularis szindróma különlegesen súlyos formája a cauda-szindróma. Ez úgy jön létre, hogy a mediálisan elhelyezkedő sérv (vagyis térfoglaló folyamat) a cauda equina rostjait nyomja. (Gömör, Bálint, 1989)

Tünetei: vizelési, székelési zavar, erekciózavar, kétoldali reflexhiány, mindkét alsó végtag fájdalma, zsibbadása, néha gyengesége, paresise, gáttájon a lovaglónadrág bőrbetétjének megfelelő területen érzészavar. (Poór, 2008)

A témaválasztás indoklása

A kutatás ötletét az adta, hogy nagyon sokan küzdenek életük folyamán legalább egyszer derékfájdással, ami lehet a porckorongsérv egyik tünete is. A tünetek miatt a beteg életminősége megváltozhat, alkalmazkodnia kell a korlátozott mozgáshoz a mindennapok során. A munkahelyi teljesítőképességet is befolyásolhatja, főként a nehéz fizikai munka esetén, ami az önértékelésben negatív változást idézhet elő. Nem elhanyagolható tény, hogy a beteg a fájdalom miatt kevesebbet mozog, vagy tartósan ágyban fekszik, melyek különböző szövődményekkel járhatnak. Az immobilitás miatt kialakulhat székrekedés, nyomási fekély, ezek megfelelő odafigyeléssel elkerülhetőek. A mozgásszegény életmód

gyakran elhízáshoz vezet, ami nemcsak fontos cardio-vascularis rizikó, hanem a gerincsérves problémákat is súlyosbíthatja.

E betegség nemcsak az egyén életét befolyásolja, hanem kihat annak közvetlen környezetére is. A megváltozott munkaképesség miatt egyre nagyobb teher hárul a család többi tagjára.

A vizsgálat célja

A vizsgálat célja annak a felmérése, hogy a gerincproblémával küzdő betegek

- milyen információval rendelkeznek a gerincproblémák megelőzése tekintetében,
- miként élik meg az életmódjukban bekövetkező változást,
- megfelelő szaksegítség után odafigyelnek-e a gerincük kímélésére a mindennapokban, és mit tartanak fontosnak a megelőzés tekintetében.

Hipotézisek

1. Feltételezzük, hogy a megkérdezett betegek nem rendelkeznek megfelelő információval a gerincproblémák megelőzését tekintve.
2. Feltételezzük, hogy az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezőket érintik legrosszabbul az életmódban bekövetkező változások.
3. Feltételezzük, hogy a nők előbb fordulnak orvoshoz a tünetek jelentkezését követően, mint a férfiak.
4. Feltételezzük, hogy a megfelelő segítségnyújtást követően a megkérdezett betegek háromnegyede tudatosan odafigyel a gerinckímélő életmódra.

Vizsgálati módszerek és minta

A felmérés során mintaként szerepeltek azon porckorongsérvben szenvedő betegek, akik 2008. május hónapban a Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórház Reumatológiai osztályán, illetve a szakrendelésén, valamint az Idegsebészeti osztályon kerültek ellátásra.

Kutatási módszerként kérdőíves felmérés történt. A kérdőív nyitott és zárt kérdéseket egyaránt tartalmazott. Összesen 120 darab kérdőív került kiosztásra, melyből 104 darab volt értékelhető. A kérdőív kérdései a következő csoportból álltak:

- általános kérdések: nem, kor, iskolai végzettség, foglalkozás
- egészségi állapottal kapcsolatos kérdések
- betegségével kapcsolatos kérdések
- életmódbeli változásokkal kapcsolatos kérdések

A kutatás elkészítése a Microsoft Word, az adatok feldolgozása és az eredmények ábrázolása a Microsoft Excel programok segítségével történt.

A hipotézisek vizsgálatát leíró statisztikai módszerekkel végeztük. (Elekes, 2007, Ruthner, 2005).

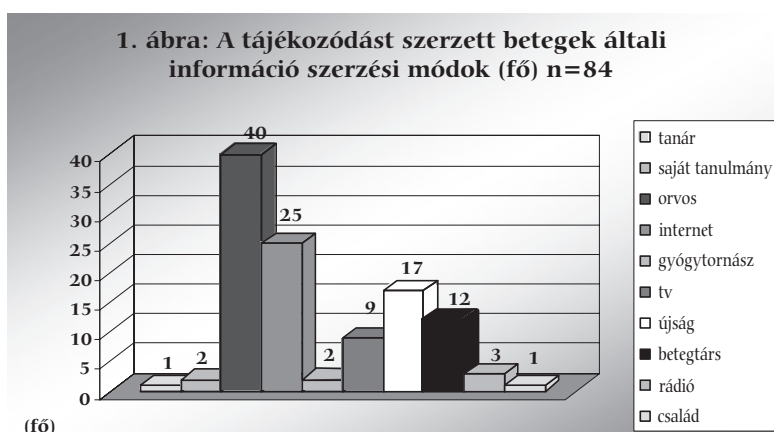
Eredmények

104 darab kérdőív kiértékelése során az életkor szerinti megoszlás tekintetében azt találtuk, hogy a vizsgált betegek kettőötöd része 20-50 év közötti, míg háromötöd része 50-80 év közötti, mely alátámasztja azt, hogy a porckorongsérv kialakulásában rizikótényezőnek számít az életkor is. A megkérdezett betegek munkahelyen eltöltött évek számának vonatkozásában a minta egyötöde 10-20 évet, míg négyötöde 20-40 évet dolgozott. A felmért személyek több mint háromötödének gyakran kell lehajolnia, négyötödének fordulnia, több mint kettőötödének nehéz tárgyat cipelnie munkájuk során. A porckorongsérv fennállásának ideje a minta felének kevesebb, mint 5 éve, 15 fő esetében 6-10 éve, egyötödének 10-15 éve, kevesebb, mint egyötödének 20 éve.

Az **1. ábra** a betegek informáltságát mutatja, melyből

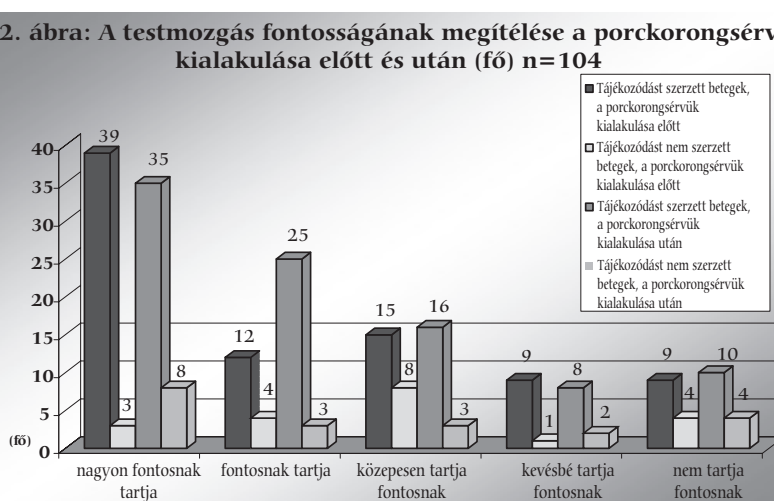
kitűnik, hogy a betegek több mint háromnegyede (84 fő) tájékozódott arról, hogyan védhetné meg gerincét a sérülésektől, míg ezzel szemben kevesebb, mint egynegyede semmilyen információt nem szerzett abban a tekintetben, hogyan kerülje el a veszélyeket. Az információ szerzési módok felmérése során a megkérdezettek közel fele az orvost jelölte meg, mint információforrást. Több mint egynegyed az Internetet választotta. Az újságot kevesebb, mint egynegyede, a televíziót a betegek egyötöd része, rádiót, saját tanulmányt, gyógytornászt csak páran, míg a tanárt és a családot egy-egy fő írta.

1. ábra: A tájékozódást szerzett betegek általi információ szerzési módok (fő) n=84



A **2. ábra** a testmozgás fontosságának a megítélését mutatja a porckorongsérv kialakulása előtt, illetve után. A testmozgás fontosságának felmérése rangsorkálán történt. A tájékozódást szerzett betegek (84 fő) esetében közel fele nagyon fontosnak ítélte meg a testmozgást a betegségük kialakulása

2. ábra: A testmozgás fontosságának megítélése a porckorongsérv kialakulása előtt és után (fő) n=104

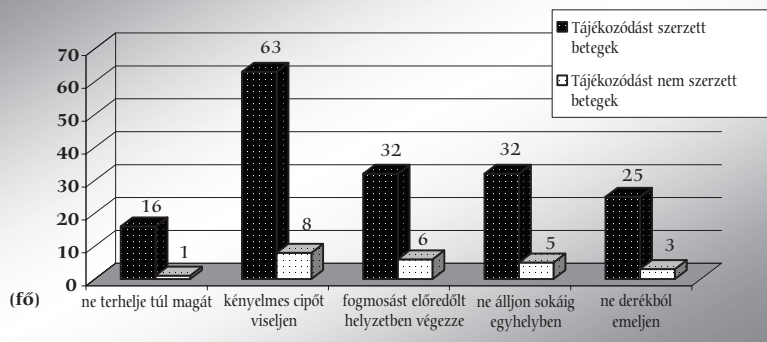


előtt, fontosnak 12 fő, míg közepes fontosságúnak 15 fő, kevésbé és nem tartja fontosnak 9 fő. A tájékozódást nem szerzett betegek (20 fő) tekintetében 3 fő tartja csak nagyon fontosnak az aktivitást a mindennapokban, 4 fő fontosnak, illetve nem tartja fontosnak, közel fele közepes fontosságúnak, 1 fő kevésbé tartja fontosnak. A vizsgálat arra is kiterjedt, hogy a betegek véleménye mennyire változott meg a betegségük kialakulását követően. Megállapítható, hogy a tájékozódott betegek esetében hasonlóan közel fele a nagyon fontos kategóriát, viszont közel kétszer annyian jelölték be (25 fő) a fontos kategóriát a betegség kialakulása után. A nem tájékozódott betegek esetében, közel fele tartja nagyon fontosnak a mozgást, vagyis emelkedés figyelhető meg, fontosnak és közepes fontosságúnak 3 fő, vagyis közel fele annak az értéknek, ami a betegség kialakulása előtt volt. Kevésbé fontosnak 2 fő, nem tartja fontosnak 4 fő, vagyis itt sem mutatkozik eltérés.

A 3. ábra a gerincet érintő veszélyekre való odafigyelést mutatja. A tájékozódott betegek csupán egyötöde, a nem informált betegek esetében egy személy, a vizsgált minta összes tagja esetében 16%-a figyel oda arra, hogy ne terhelje túl magát. A cipő viselésében elmondható, hogy a tájékozódott betegek több mint négyötöde, míg a nem tájékozódott betegek esetében csupán kettőtöde, a minta egészét nézve, a betegek 68%-a nyilatkozott úgy, hogy a kényelmes cipő viselésére fokozott hangsúlyt fordít a napi tevékenységei során. A fogmosás közben felvett testhelyzet tekintetében azon betegek, akik tájékozódottak arról, hogyan védjék gerincüket, kettőtöde nyilatkozott arról, hogy a fogmosást előredőlt helyzetben végzi. A nem tájékozódott betegek több mint egyötöde válaszolt erre a

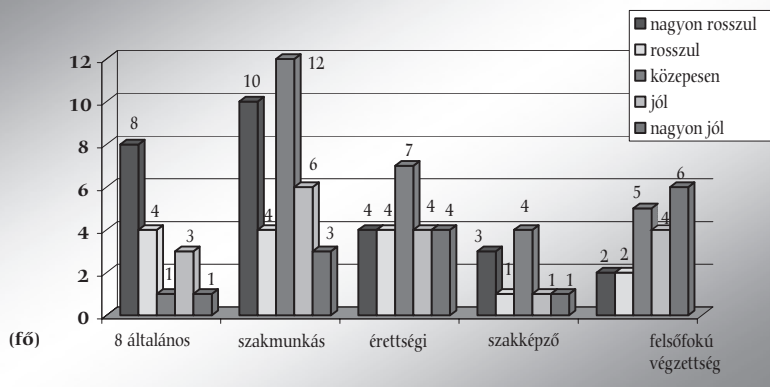
kérdésre igennel. Összesítve, a megkérdezettek 37%-a az igen kategóriát választotta. Ez a kérdés azonban szándékosan helytelenül volt feltéve. Arra voltunk kíváncsiak, hogy a megkérdezettek valóban tisztában vannak a veszélyekkel. A pontosság érdekében meg kell jegyezni, hogy a fogmosás során mindig egyenesnek kell lennie a deréknek. Az egyhelyben álldogálás tekintetében a tájékozódott betegek kettőtöde, a nem tájékozódott betegek egyötöde, összesítve is elmondható, hogy a megkérdezettek 36% jelölte az igen választ. A gerinc szempontjából nem előnyös a lehajolás. Sajnos ezt sokszor elfelejtjük, ezt bizonyítja a betegek válasza is. Mindkét csoport esetében kimondható, hogy a betegek kevesebb, mint egyötöde, a vizsgált minta 27%-a figyel oda, hogy ne derékből emelje fel az előtte lévő tárgyat.

3. ábra: A gerincet érintő veszélyekre való odafigyelés megoszlása (fő) n=104



A 4. ábra a megváltozott életmód és az iskolai végzettség közötti kapcsolatot szemlélteti. A megkérdezettek iskolai végzettség

4. ábra: A megváltozott életmódhoz való viszonyulás iskolai végzettség szerint (fő) n=104

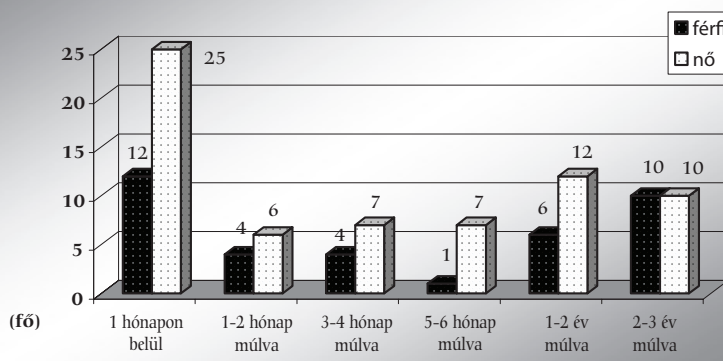


szerinti megoszlása: 17 fő 8 általánossal, 35 fő szakmunkás végzettséggel, 23 fő érettségivel, 10 fő szakképző bizonyítvánnyal, 19 fő felsőfokú végzettséggel rendelkezik. A 8 általános végzettséggel rendelkezők közel fele 'nagyon rosszul' éli meg az életmódjukat ért szükségszerű változásokat. 4 főt 'rosszul' érintette, 1 fő 'közepes' mértékűnek, illetve 'nagyon jól', míg 3 fő 'jól' kezelte e változásokhoz való alkalmazkodást.

A szakmunkás végzettséggel rendelkezők közel egyharmadát 'nagyon rosszul', illetve 'közepes' fokban érintették e változások. 4 fő 'rosszul', 6 fő 'jól', 3 fő pedig 'nagyon jól' tudott a betegség általi problémákhoz alkalmazkodni. Az érettségivel rendelkezők közel egyharmada 'közepes' fokban, 4-4 fő pedig 'nagyon rosszul', 'rosszul', 'jól', illetve 'nagyon jól' tudott megbirkózni e feladattal. A szakképző bizonyítvánnyal rendelkezők közel fele 'közepes' fokban, 3 fő 'nagyon rosszul', 1-1 fő 'rosszul', 'jól', 'nagyon jól' tudott a követelményeknek megfelelni. A felsőfokú végzettségűek egyharmada a 'nagyon jól', 5 fő a 'közepes' mértékű, 4 fő a 'jól', míg 2-2 fő a 'nagyon rosszul', illetve a 'rosszul' kategóriát választotta.

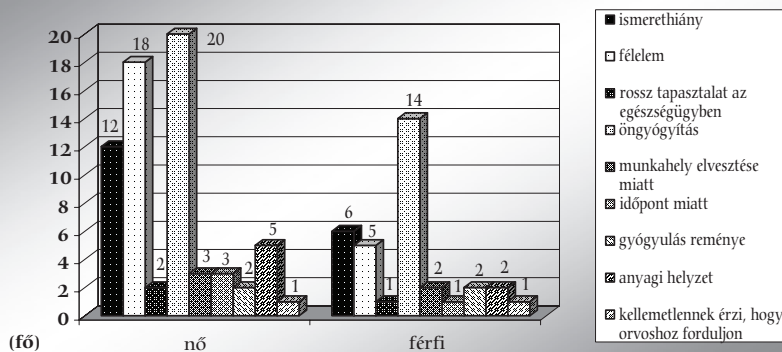
A 5. ábra az orvoshoz fordulás ideje és a nemi eltérés közötti kapcsolatot mutatja. Ha összehasonlítjuk a betegség észlelésétől orvoshoz fordulásig eltelt időt és a nemi hovatartozást, látható, hogy mindkét nem esetében közel egyharmada 1 hónapon belül felkereste a problémájával a kezelő orvosát. Vagyis nincs különbség a korai orvoshoz fordulás ideje között. A késői időpont megválasztása tekintetében viszont a férfiaknál, kevesebb, mint egyharmada, míg a nőknél kevesebb, mint egyhatoda 2-3 év múlva keresi fel az orvosát.

5. ábra: Orvoshoz fordulás ideje a nemi eltérés alapján (fő) n=104

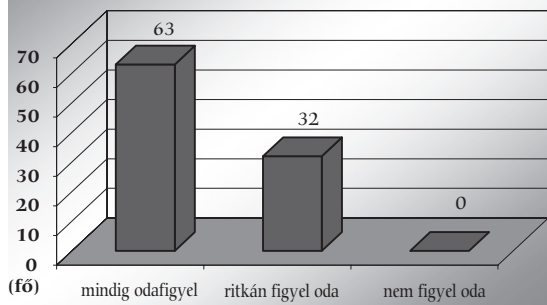


Közel egyforma arányban, csupán a tünetek észlelésétől számított 3-4 hónap múlva jelentkezett az orvosánál. A megkérdezett betegek vajon miért várnak azzal, hogy orvoshoz forduljanak, mely okokra vezethető vissza (6. ábra). Nők tekintetében 52, a férfiak esetében 33 kérdőív volt kiértékelhető. A két nemet összehasonlítva, a betegek kevesebb, mint fele önmaga próbálja kezelni a panaszokat, vagyis az öngyógyítás áll az első helyen az okok közül. A megkérdezettek egyötöde az ismerethiányt (nők esetében ez kétszer annyi, mint a férfiaknál), a félelmet több mint egyötöde (nők válasza alapján, ez háromszor több mint az ellenkező nemé) jelölte. A munkahely elvesztése miatti aggodást: férfiaknál 2 fő, nőknél 3 fő, az időpont miatti várakozást: férfiaknál 1 fő, nőknél 3 fő írta. A betegek közül összesen 4 fő halogatta az orvoshoz fordulást a kezelés nélküli gyógyulás reményében, 2 fő pedig kellemetlennek érzi, hogy fiatalon orvoshoz forduljon. 3 fő (2 nő, 1 férfi) a rossz tapasztalatot

6. ábra: A várakozás okainak megoszlása a nemi hovatartozás tekintetében (fő) n=85



7. ábra: Megfelelő segítségnyújtást követően, a betegek gerincük kímélésére való odafigyelésének megoszlása (fő) n=95



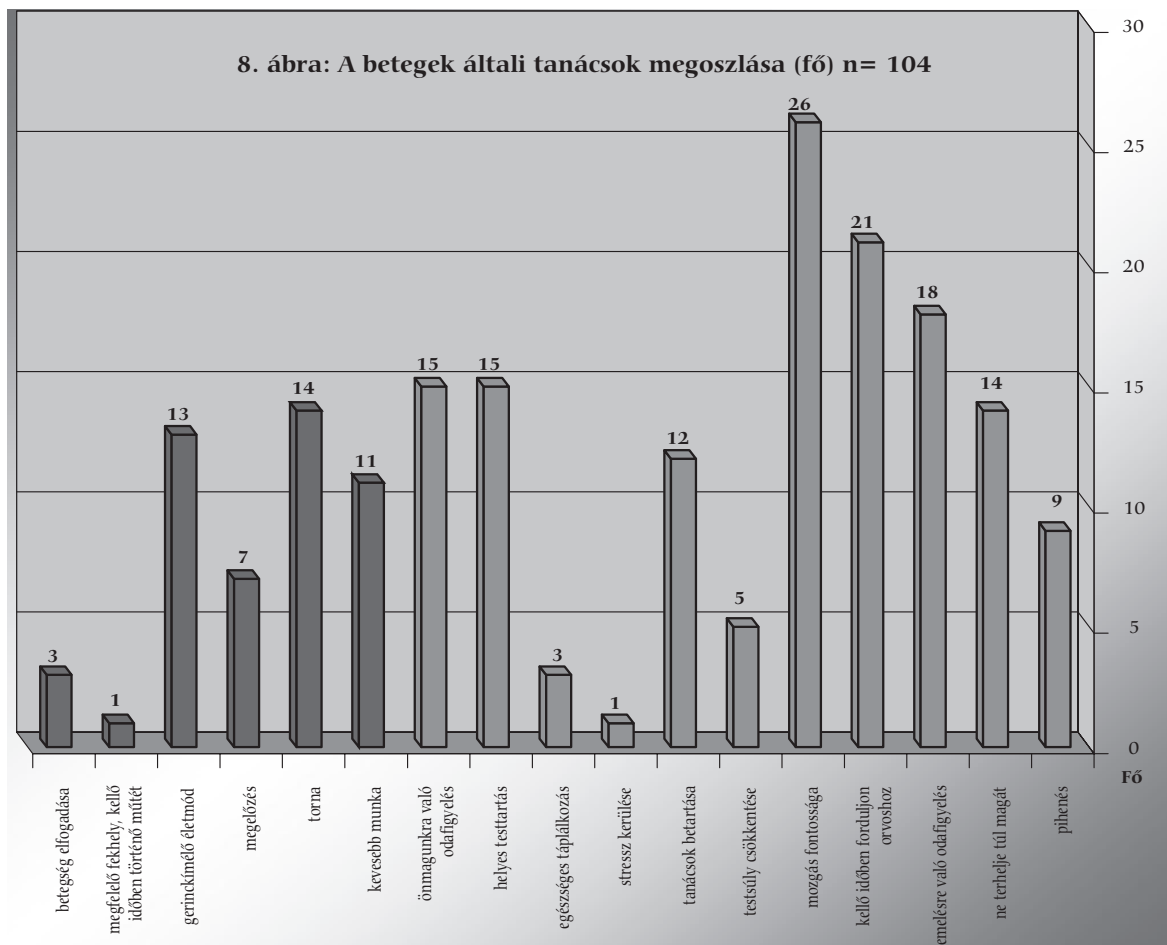
emelték ki. Az anyagi helyzetet 7 fő jelölte, ezen okot is a nők választották többen.

A 7. ábra a betegek megfelelő segítségnyújtást követő odafigyelését mutatja. A legtöbb beteg, a vizsgált minta háromnegyede a mindig odafigyel gerincének kímélésére, egynegyede csak ritkán figyel oda. A nem

választ senki nem jelölte. A megkérdezettek közül 9 fő nyilatkozott arról, hogy ő nem kapott segítséget abban, hogy könnyebben tudjon alkalmazkodni az életében bekövetkező változásokhoz, illetve, hogy mire figyeljen oda a mindennapokban.

A 8. ábra a megkérdezett betegek tanácsainak megoszlását mutatja. A betegek egynegyed része a mozgás fontosságát emelte ki. Egyötöd rész a kellő időben való orvoshoz fordulást javasolta. Kevesebb, mint egyötöde a helyes emelési technikát, a testtartást, önmagukra való figyelmet hangsúlyozta. Kevesen tanácsolták a terhelésre való odafigyelést, a torna fontosságát, tanácsok, utasítások betartását és a gerincímélő életmódot, a kevesebb munkát, pihenést. Legkevesebben az egészséges táplálkozást, a stressz kerülését, testsúly csökkentését, a problémák megelőzését, műtéti beavatkozást, kényelmes fekhelyet és a betegséggel való együttélést írták.

8. ábra: A betegek általi tanácsok megoszlása (fő) n= 104



Megbeszélés

A kutatás során felmérésre került, hogy a megkérdezett betegek tájékozódást szereztek-e, illetve megfelelő információval rendelkeznek-e a gerincproblémák megelőzését tekintve. 104 darab kérdőív kiértékelését követően az ismeretszerzés tekintetében kimondható, hogy a betegek több mint háromnegyede (81 %) tájékozódott arról, hogyan védhetné meg gerincét a sérülésektől, míg ezzel szemben kevesebb, mint egynegyede semmilyen információt nem szerzett arról, hogyan kerülje el a veszélyeket.

A felméréshez tartozott a testmozgás fontosságának megítélése a betegség kialakulása előtt, illetve után. Ebben az esetben megállapítható, hogy a porckorongsérv kialakulása előtt és után, a vizsgált minta kevesebb, mint a fele tartja nagyon fontosnak a mozgást a mindennapokban, annak ellenére, hogy a megkérdezettek 81%-a előzetesen már tájékozódást szerzett az ártalmakról. Felmerült az a kérdés, hogy a kapott információt a gyakorlatban is képesek-e megfelelően alkalmazni, odafigyelnek-e a betartásukra. Az ismeretek megfelelő alkalmazásának vizsgálata során kiderült, hogy a betegek döntő többségben, 68%-ban csak a kényelmes cipő viseletét tartják fontosnak munkájuk, kapcsolódásuk során. Legkevesbé, csupán 16%-ban figyelnek oda arra, hogy ne terheljék túl magukat. A megkérdezettek 36%-a megpróbálja a munkáját úgy megszervezni, hogy ne kelljen mindig egyhelyben álldogálnia. A vizsgált minta csak 27%-a fordít gondot arra, hogy ne derékból emelje fel az előtte lévő tárgyat, eszközöket. Kontrollkérdésnek tettük fel a fogmosásra vonatkozó hamis állítást és sajnos a betegek 37%-a az igen kategóriát választotta. Ezen adatok továbbra is azt tükrözik a számunkra, hogy a betegek nem figyelnek oda önmaguk épségére. Ebben az esetben a hipotézisünk csak részben igazolódott be, mivel a betegek rendelkeznek bizonyos információkkal a megelőzés tekintetében, de a gyakorlatban nem tudják megfelelően alkalmazni, nem figyelnek oda arra, hogy be is tartsák azokat.

A kutatás során felmérésre került, hogy milyen kapcsolat van az iskolai végzettség és az életmódban bekövetkező válto-

zás megítélése között. Az iskolai végzettség és az életmódban bekövetkező változás vizsgálata során megfigyelhetjük, hogy a 8 általánossal rendelkező betegeket érintette a legrosszabbul az életmódjukat ért szükségszerű változás. Természetesen ez abból adódhat, hogy ebben a csoportban mindenki fizikai munkát végzett. A legjobban a felsőfokú végzettségű betegek viselik az életmódváltozást. A 'kevésbé rosszul' kategória esetében is elmondható, hogy a legtöbben, itt is a 8 általános iskolai végzettséggel rendelkezők válaszoltak igennel. A szakképző végzettséggel rendelkezők közel fele, közepes mértékben éli meg a betegségük általi korlátokhoz való alkalmazkodást. A 'jól' kategóriára szintén a felsőfokú végzettséggel rendelkezők válaszoltak a legtöbben. A porckorongsérv általi változásokkal való megküzdést tükrözi a vizsgált minta rokkantsági nyugdíj igénybevétele szerinti megoszlása is. Megállapítható, hogy a 8 általános végzettséggel rendelkezők esetében 1 fő nem nyilatkozott, a többi betegnél rokkantsági nyugdíjba vételre került sor. A szakmunkás, illetve az érettségi bizonyítvánnyal rendelkezőknél kevesebb, mint fele, a szakképző végzettségűeknél fele, míg a felsőfokú végzettségűeknél 4 főnél történt ilyen irányú nyugdíjazásra sor. Természetesen a változásokhoz való alkalmazkodást nagymértékben befolyásolják a betegség által kiváltott tünetek, illetve a hozzá kapcsolódó problémák. A megoszlás tekintetében kimondható, hogy az iskolai végzettséget figyelembe véve a vizsgált minta döntő többségében a derékfájást és a zsibbadást emelték ki. A betegek által írt problémák között a csökkent fizikai terhelhetőség, a mozgáskorlátozottság, az étrendi változtatás, a súlynövekedés, a kedvetlenség, a munkahely elvesztése, a tartós fájdalom szerepeltek. A legnagyobb mértékben a csökkent fizikai terhelhetőség és a mozgáskorlátozottság dominált, függetlenül az iskolai végzettségtől. Ezek alapján a hipotézisünk beigazolódott.

A vizsgálat során tanulmányozásra került az orvoshoz fordulás idejének a megválasztása és a nemi hovatartozás közötti kapcsolat. Az orvoshoz fordulás ideje és a nemi eltérés közötti kapcsolat elemzése so-

rán látható, hogy mindkét nem esetében közel egyharmada 1 hónapon belül kereste fel problémájával a kezelő orvosát. A késői időpont megválasztása tekintetében viszont a férfiaknál kevesebb, mint egyharmada, míg a nőknél kevesebb, mint egyhatoda 2–3 év múlva keresi fel az orvosát. Természetesen meghatározó tényezők a betegség által kiváltott tünetek. Nemi eltéréstől függetlenül nagy számban a derékfájást és a zsiabdást jelölték be. Hasonlóan ezt a két tünetet írták a legtöbben azon kérdéseinkre, hogy melyik tünet vette rá, hogy szaksegítségért kérjen. Kisebb számban választották az érzékszavart, a reflexcsökkenést, a bénulást, a vizelet- és székletürítési zavart. A várakozás okai közül legtöbben az öngyógyítást írták. Ennek alapján a hipotézist elvetjük.

A kutatás során felmérésre került, hogy a megfelelő segítségnyújtást követően a betegek tudatosan odafigyelnek-e a gerincművelési életmódra. A legtöbb beteg, a vizsgált minta háromnegyede a mindig, egynegyede a ritkán kategóriát választotta, abban a tekintetben, hogy odafigyel-e a gerince kímélésére. A nem választ senki nem jelölte. A megkérdezettek közül 9 fő nyilatkozott arról, hogy ő nem kapott segítséget abban, hogy könnyebben tudjon alkalmazkodni az életében bekövetkező változásokhoz, illetve, hogy mire figyeljen oda a mindennapokban. A tanácsadás szempontjából a mozgás fontosságát, a kevesebb munkát, az önmagunkra való odafigyelést emelték ki. Fontos megjegyezni, hogy az első hipotézisben megfogalmazott állításra kapott adatokból kiderült, hogy a megkérdezett betegek a kapott információt elméletileg elsajátították és ezek alapján, megfelelően tanácsokat tudnak adni, de a gyakorlatban mégse figyelnek oda teljes mértékben arra, hogy be is tartásák. Vagyis tudatában vannak, hogy mi a fontos, mit kéne tenniük az adott szituációban, de mégsem alkalmazzák minden esetben. Ennek alapján a hipotézisünk nem igazolódott be.

Javaslatok

A mozgásszervi betegségek kialakulásában nagyon fontos tényező a megelőzés.

Az elsődleges megelőzés: a gyermek és fiatalok, óvodai, iskolai tornafoglalkozások, úszás, gerinciskola. Másodlagos megelőzés: a meglévő rizikó tényezők elkerülését és a korai kezelést foglalja magába. A harmadlagos megelőzés: az állapot rosszabbodását lassítani lehet speciális gyógytornával és rehabilitációval. Tornával, sok mozgással (pl. úszás) elkerülhető, de mindenképpen lassítható folyamattá válik a gerinc megbetegedése.

A primer prevenció alatt az egészséges életmódra való törekvést fontos megjegyezni. Már óvodáskorban meg kell tanítani a gyerekeket a mozgás szeretetére, fontosságára. Iskolába lépve viszont a tanulás, a minél jobb tanulmányi eredmény kerül előtérbe és a testi egészség háttérbe kerül, a rendszeres testmozgás sokadrangú kérdéssé válik, és ez nagyon nagy hiba. Ezért javasoljuk a tanárok, óvodapedagógusok minél több különböző szabadidős tevékenységek megteremtésére való ösztönzését. Az osztályfőnöki órák keretein belül, a mozgás hatékonyságával kapcsolatos interaktívan beszélgetés megteremtését. Plakátok készítését a diákok által, melyre azokat rajzolják fel vagy írják fel, amit ők tartanak fontosnak az aktivitás tekintetében és ezek kihelyezését a falújságra, hogy mindenki számára látható legyen. Ezzel a diákokat is aktivitásra készíthetjük. Természetesen nemcsak az óvodában, iskolában kell mindezekre odafigyelni, hanem a családi környezetben is gondot kell fordítani a rendszeres aktivitásra, melyben a szülők felelőssége nagymértékben döntő. Mindezek megvalósítása csak akkor lehetséges, ha megfelelő információval rendelkeznek mind a tanárok, a szülők illetve a gyerekek. Ezért javasoljuk az óvodások, kisiskolások felvilágosítását egészségnevelési előadások formájában. Egy tájékoztató füzet elkészítését, mely hasznos tanácsokat tudna biztosítani a szülőknek, de természetesen a tanárok számára is szolgálhat új információval. Ezeket, a tájékoztató füzeteket nemcsak szülőértekezletek, hanem egészségházban tartott tanácsadás alkalmával biztosítanák a szülők számára, illetve orvosi rendelőintézetben lehetne hozzá-

jutni. A tanárok számára a továbbképzéseken kell hangsúlyt fordítani az ismereteik bővítésére. A kutatásból is kiderült, hogy az emberek életében fontos szerepet töltenek be a tömegkommunikációs eszközök adta lehetőségek. Ezért javasolnánk a helyi médiában egészségnevelő előadások megtartását, ismeretek bővítése céljából.

A megelőzésben nem elhanyagolható a megfelelő életmód kialakítása, mellyel csökkenthetőek a rizikótényezők, ezért javasolnánk egy egészséges étrend, gerinckímélő torna kialakítását, szükség esetén szaksegítség bevonásával. Fontos felhívni a figyelmet, a gerincet érő hatásokra. A nem megfelelő

bútorok, nehéz tárgyak cipelése, helytelen testtartás, kényelmetlen cipő, többlet testsúly mind hatással van a gerincünkre. Ezekre a veszélyekre való figyelmeztetés minden ápolónak a feladata, hiszen az ápolói tevékenységek közé tartozik a beteg oktatása, az egészségfejlesztés is. Ezért ajánljuk, hogy az egészségügyi dolgozók továbbképzések keretén belül bővítsék ismereteiket, így megfelelő tanácsokkal tudnak szolgálni a betegek számára.

A gerincbetegségek sokunkat érintenek, vagy érinthetnek még, ezért fontos, hogy része legyen egészségkultúránknak a rendszeres és hatékony mozgás és az egészségmegőrző szemlélet.

Irodalomjegyzék

1. Bender Gy. (1996): Gerincbetegségekről Golden Book, Budapest
2. Csermely M. (2002): Gyógyfürdők és gyógyvizek White Golden Book, Budapest
3. Elekes A. (2007): Kutatásmódszertan Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest
4. Gömör B., Bálint G.(1989): Reumatológia Medicina, Budapest
5. Malcolm I. V. J. (1992): Hátfájás Petit Kiadó, Budapest
6. Pásztor E. Vajda J. (1995): Idegsebészet Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
7. Poór Gy. (2008): A reumatológia tankönyve Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
8. Ruthner E. (2005): Statisztika Tessedik Sámuel Főiskola jegyzet, Gyula
9. www.eum.hu

Slipped disc from the patient's perspective

Anna Hegedűs, Mariann Csernus Raskovicsné, Edit Tar

Aim of the study: In the course of the survey it was assessed whether patients suffering from spinal disc herniation receive information, what information they have regarding the prevention of spinal problems, and whether they are capable of avoiding the dangers after receiving appropriate specialist assistance. Furthermore, it sought to ascertain the relationship between lifestyle changes and educational qualifications, as well as between the incidence of seeking medical help and the patient's sex.

Methodology and sample: The survey was conducted among slipped disc sufferers who were treated at the Rheumatology Department and specialist surgeries, as well as the Neurosurgery Department, of the Pándy Kálmán Hospital in Békés County. The hypotheses were tested using descriptive statistical methods.

Results: Some 81% of the surveyed sample received information regarding the potential sources of spinal damage, but less than half took care to avoid these in day-to-day life. In the examination of the correlation between lifestyle changes and educational qualifications, it transpired that those with lower qualifications were most adversely affected by changes resulting from the disease.

Conclusions: Based on the survey, patients suffering from slipped disc are aware of how to prevent spinal problems, are capable of giving appropriate advice to their peers, and know what to pay attention to; but they do not themselves follow this advice in practice, and do not take care to protect their spine in all cases.

Key words: slipped disc, lifestyle, nursing, quality of life

Pszichés problémák kialakulása fogvatartottak körében

Lantos Zsuzsanna

adjunktus, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Ápolás és Betegellátás Intézet
Ápolástudományi Tanszéki Csoport, Szombathelyi Képzési Központ

Balázs Mihály

ápoló hallgató, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar,
Szombathelyi Képzési Központ

Roznár József

adjunktus, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Szaknyelvi Tanszéki Csoport,
Szombathelyi Képzési Központ

Összefoglaló

A vizsgálat célja: Előzetesen fogva tartottak körében a zárt intézeti keretek számos pszichés problémát eredményeznek. A vizsgálat célja felmérni – a börtönbe kerülés előtti időszakhoz képest – a kialakult pszichés problémák jellegét és gyakoriságát, meghatározni a fogvatartotti csoport – típusonként való megoszlását (első büntényes vagy visszaeső).

Vizsgálati módszerek és minta: A szerzők a retrospektív kutatás alanyait kényelmi mintavétellel, beválasztási kritériumok mentén választották ($n=104$). A mérőeszköz részben az OLEF 2003-ban használt kérdőívek részeitől, ill. saját szerkesztésű kérdésekből állt össze; másrészt dokumentumelemzéssel a fogva tartottak egészségügyi törzslapjának adatait vizsgálta.

Eredmények: Jelentősen többen vannak a pszichés problémákkal rendelkezők; a visszaesők közül majdnem háromszorosára, az első büntényesek esetében két és félszeresére nőtt a pszichés zavaroktól szenvedők száma a megelőző időszakhoz képest. Nem várt módon a visszaesők körében alakult ki gyakrabban valamilyen pszichés probléma.

Következtetések: A börtönbe kerüléssel együtt fellépő pszichés hatások a fogvatartottak egészségi állapotát is befolyásolják. Éppen ezért, a börtön-egészségügy kiemelt feladata kell, hogy legyen a fogvatartottak egészségének javítása.

Kulcsszavak: börtön-egészségügy, egészség, egészségi állapot, pszichés zavar

A probléma ismertetése

A legtöbb rab a társadalom legszegényebb vagy a leginkább periférián lévő rétegéből származik, és gyakran ők azok, akik a legnagyobb egészségügyi szükséglettel rendelkeznek. Éppen ezért a börtön a legrosszabb hely, ahová kerülhetnek, tekintettel arra, hogy valószínűleg kiemelkedően fogékonyak és sebezhetőek a rossz egészségi állapotra; ez egyértelműen csökkenti annak esélyét, hogy egészséges állapotban térhessenek vissza majd a társadalomba, hogy újjáépítsék életüket. (de Viggiani, 2007)

Ugyanakkor egy tanulmány megjegyzi,

hogy azok a személyek, akik az egészségügyi ellátórendszerhez nem, vagy csak korlátozottan fértek hozzá a börtönbe kerülés előtt, a börtönben több esélyük van a megfelelő ellátásra, valamint jobb egészségi állapotban hagyhatják, hagyják el a börtönt. (Condon et al., 2007)

Bizonyítékok támasztják alá, hogy külső és belső faktorok egyaránt fontos szerepet játszanak a fogvatartottak egészségi állapotában. A bebörtönzés hatásai károsak lehetnek, melyek megnyilvánulhatnak közvetlen testi károsodásokban, sérülésekben, de még inkább súlyos hatással lehetnek a mentális és szociális jóllét állapotára. (de Viggiani, 2007)

A börtön-ápolói munka során gyakran tapasztalható a fogvatartottak kiszolgáltatottság érzése, a jellegükben és intenzitásukban sokféle pszichés problémák jelenléte, valamint az egészségi állapotukban történő változásokra történő túlzott reakcióik.

Elméleti háttér

A bebörtönzés pszichés egészségre gyakorolt negatív hatása ma már evidencia (Lars et al., 2007); a kényszerintézkedés okozta lelki terhelés, az izolált - családtól elszakadt - környezet, a jogok korlátozása, a kapcsolattartás elégtelen volta, a kiszolgáltatottság érzése erőteljes negatív hatással vannak a pszichés állapotra.

Mindazonáltal a börtön-egészségügyi kutatások elsősorban a börtönpopuláció testi és pszichiátriai megbetegedéseire és a halálozásokra fókuszálnak (Spencer, 2001); ezen tanulmányok értékesek az egészségi problémák elterjedtségének és súlyosságának hangsúlyozásában és alátámasztják azt, hogy a rabok általában alacsonyabb szintű fizikai és mentális egészségnek örvendenek az átlag populációhoz képest. (Fazel et al., 2003).

A kvalitatív kutatási metódusokat arra használták, hogy feltárják a börtönlakók egészségügyi szükségleteit és tapasztalatait, és azt találták, hogy olyan komplex és eltérő egészségügyi és társadalmi szükségleteik vannak, melyet a börtön-egészségügyi ellátások ritkán képesek azonosítani, illetve megoldani. (de Viggiani, 2003).

Egy hazai börtönben készült vizsgálat az előzetes fogvatartottak pszichés állapotát megvizsgálva azt találta, hogy az előzetes letartóztatást még a visszaesők is lelki sokként élik meg. A fogvatartottak eltérő módon élik meg a börtönön belüli életet, és különböző válaszokat adnak a börtön okozta lelki ártalmakra. Legfontosabb hiányként a családtól való távolmaradást jelölték meg, de jelentős pszichés terhet jelentettek a megváltozott életkörülmények, elhelyezés, a zárkatársak személyisége, az autonómiától való részbeni megfosztottság. (Lebujos, 2006)

Vizsgálati módszer és minta

Retrospektív, keresztmetszeti kutatásunk célcsoportja a 2008. szeptemberében a Veszprém Megyei Büntetés-végrehajtási Intézetben (a továbbiakban VMBVI) lévő előzetes fogvatartottak voltak (összesen 122 fő). Beválasztási kritériumként az első büntényes vagy visszaeső férfi és női előzetes fogvatartottak szerepeltek a 14-65 év közötti korcsoportban. Kizárási kritériumként az elítéltek, megőrzésen a VMBVI-ben tartózkodó előzetesek és a szabálysértők kerültek meghatározásra. Az alanyokat kényelmi (esetleges, elérhető alanyokra korlátozódó) mintavétellel választottuk.

Adatgyűjtésünk módszere egyrészt kérdőív volt, mely az OLEF 2003-ban használt kérdőívek részeiből, illetve saját szerkesztésű kérdésekből állt össze; másrészt további adatokat gyűjtöttünk a fogvatartottak egészségügyi törzslapjából és egészségügyi adataik számítógépes nyilvántartásából. A vizsgálati mintacsoportba végül 104 fő került. Az elemzés leíró és matematikai statisztikai módszerekkel (T-próba, Khi-négyzet próba), 5%-os szignifikancia szinten, Excel program segítségével történt.

A vizsgálatunk több területre fókuszált (melyet egy korábbi cikkünkben már ismertettük), jelen vizsgálatunk célja felmérni – a börtönbe kerülés előtti időszakhoz képest – a kialakult pszichés problémák jellegét és gyakoriságát, meghatározni a fogvatartotti csoport – típusonként való megoszlását (első büntényes vagy visszaeső).

Hipotéziseink:

Az első büntényes fogvatartottak körében összességében gyakrabban alakulnak ki addig nem létező pszichés problémák, mint a visszaesők körében; ugyanakkor mindkét csoporton belül magasabb a pszichés problémával küzdők száma a problémamentes egyénekhez képest, illetve a börtönbe kerülés előtti időszakhoz képest.

Mind a depresszió gyakorisága, mind a feszültség érzése magasabb lesz az első büntényesek körében.

A leggyakoribb pszichés probléma a fogvatartottak körében a depresszió, lehangoltság.

Eredmények

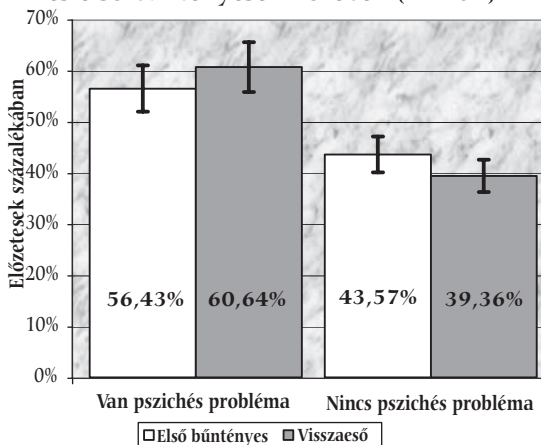
Vizsgálatunk idején 47 fő visszaeső és 57 fő első büntényes fogvatartott volt a veszprémi börtönben.

Mint ahogyan arra a bevezetőben utaltunk, a börtönbe kerülés fokozott pszichés megterheléssel jár. A pszichés problémák kialakulásának gyakoriságát a figyelem, az alvási nehézségek, a feszültség, a problémákkal való megküzdési képesség, a depresszió, lehangoltság és az egyén értéktelenség érzésének dimenzióiban vizsgáltuk, börtönbe kerülés előtti és utáni időszakokra vonatkozóan.

Pszichés problémának tekintettük, ha a válaszadó a figyelemre és a problémákkal való megküzdésre vonatkozó kérdések esetén a „kevésbé, mint általában” és a „sokkal kevésbé, mint általában”, a másik négy dimenzióban pedig a „sokkal többször, mint általában” és a „többször, mint általában” válaszokat adták. Ezek alapján az első büntényesek 193, a visszaesők 171 esetben jeleztek válszaikban pszichés jellegű problémát.

A pszichés problémák kialakulásának gyakoriságát vizsgálva arra az érdekes eredményre jutottunk, hogy a visszaesők között gyakrabban alakul ki valamilyen pszichés teher, mint az első büntényesek esetében, bár a Khi-négyzet próbával végzett mérés nem igazolt szignifikáns különbséget ($p=0,289$). Mindkét csoporton belül ugyanakkor jelentősen többen vannak a pszichés problémákkal rendelkezők, a nem rendelkezőkhöz képest. (1. ábra)

1. ábra: Pszichés problémák kialakulásának gyakorisága visszaesők és első büntényesek körében (n=104)



A pszichés jellegű problémákat külön-külön vizsgálva megfigyelhető, hogy az értéktelenség érzés kivételével minden dimenzióban többen voltak azok, akik negatívan ítélték meg a rájuk ható impulzusok miatt a pszichés állapotukat. Mindkét csoport tagjainak – első büntényesek, visszaesők – kétharmada alvással és depresszióval, lehangoltsággal kapcsolatos problémát jelzett, a visszaesők mintegy 75%-ának jelentett problémát a feszültség érzése, az első büntényesek körében ez az érték alacsonyabb (közel 60%). (1. táblázat)

I. táblázat: Pszichés problémák gyakorisága börtönben

Problémát jelez	Első büntényes	Visszaeső
Figyelem	56,1% [MT 43,3-69,0]	55,3% [MT 41,1-69,5]
Alvás	66,7% [MT 54,4-78,9]	66,0% [MT 52,4-79,5]
Feszültség	59,6% [MT 46,9-72,4]	74,5% [MT 62,0-87,0]
Megküzdés	52,6% [MT 39,7-65,6]	61,7% [MT 47,8-75,6]
Depresszió, lehangoltság	66,7% [MT 54,4-78,9]	61,7% [MT 47,8-75,6]
Értéktelenség	36,8% [MT 24,3-49,4]	44,7% [MT 30,5-58,9]

Az első büntényesek körében kétszer annyian vannak azok, akik alvási problémákkal (66,7%), illetve depressziós jellegű panaszokkal (66,7%) küzdenek, az e problémákkal nem rendelkezőkhöz képest. A figyelem, a feszültség és a megküzdés vonatkozásában gyakoribb volt a probléma megjelenése, de az előző két dimenzióval ellentétben itt szignifikáns különbség nem volt igazolható (ld. megbízhatósági tartományok). Mindössze az értéktelenség érzése nem okozott nehézséget az első büntényeseknek, ahol közel kétszer annyian voltak azok, akik nem jeleztek problémát. Az értéktelenség érzése, illetve nem érzése között szignifikáns különbség figyelhető meg. (2. ábra)

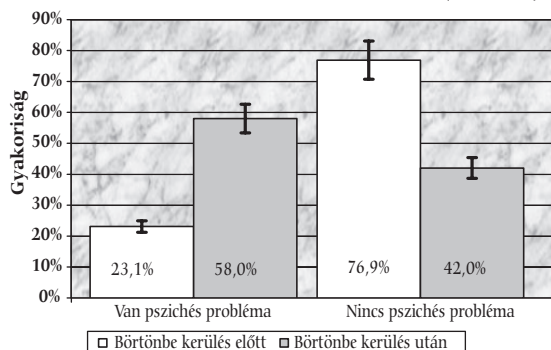
Az első büntényesek csoportjához hasonlóan a visszaesők között is két dimenzióban figyelhető meg szignifikáns különbség. A visszaesők az alvási nehézségek és a feszültség vonatkozásában érezték a pszichés zavar meg-

jelenését. Az alvási nehézség esetében kétszer annyi (66%), a feszültséget tekintve háromszor annyi (74,5%) visszaeső nyilatkozott úgy, hogy problémát éreznek.

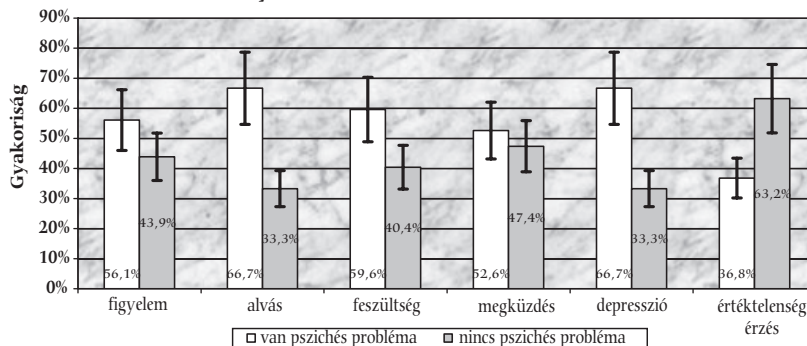
Szintén az első bűntényesekhez hasonlóan, az értéktelenség érzés kivételével, minden más dimenzióban gyakoribb volt a pszichés jellegű problémák megjelenése. A figyelem, a megküzdés, a depresszió esetében nem jelent meg szignifikáns különbség. Az értéktelenség érzése a visszaesők között nem szignifikánsan gyakoribb, mint ahogyan azt az első bűntényeseknél láthatuk. (3. ábra)

A pszichés állapot önértékelésében figyelemre méltó különbségeket tapasztaltunk, amikor a börtönbe kerülés előtti és börtönbe kerülés utáni időszakokra vonatkozó válaszokat hasonlítottuk össze; mindkét időszakra szignifikánsan jellemzőbb volt a pszichés problémák érzésének megléte a pszichés probléma-mentességhez képest. Ugyanakkor a börtönbe kerülés után két és félszer gyakoribb lett a pszichés problémák megjelenése a börtön előtti időszakhoz képest. (4. ábra) A Khi-négyzet próbával végzett mérés 1%-os szignifikancia szinten is igazolta a szignifikáns különbséget ($p < 0,01$).

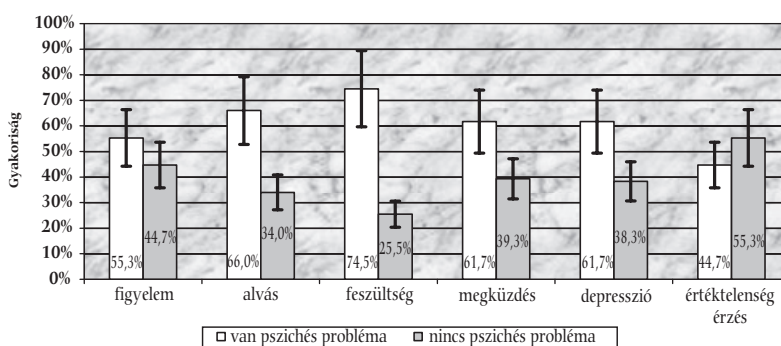
4. ábra: Pszichés problémák gyakorisága börtönbe kerülés előtt és után a VMBV Intézet előzetesei körében (n=104)



2. ábra: Pszichés problémák kialakulásának gyakorisága első bűntényesek körében VMBV Intézetben (n=57)

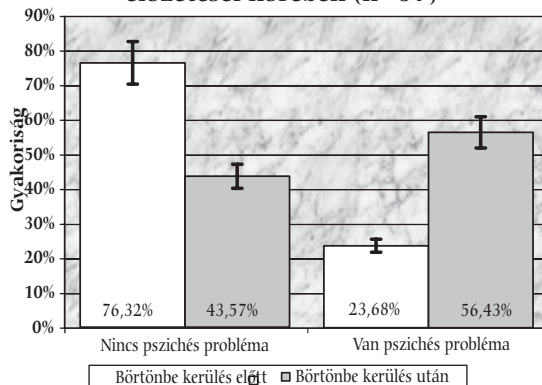


3. ábra: Pszichés problémák kialakulásának gyakorisága visszaesők körében VMBV Intézetben (n=47)



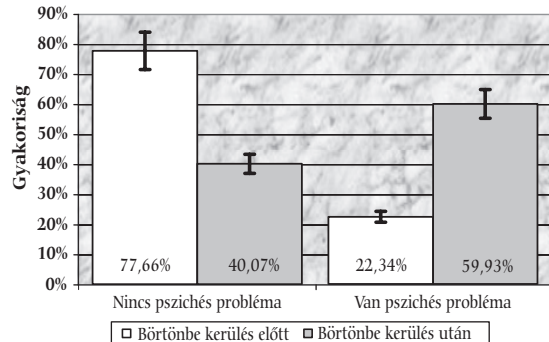
Külön elemezve a két fogvatartotti csoportot, az első bűntényesek börtönbe kerülés előtt és a börtönben meglévő pszichés zavarainak megjelenése között végzett vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy szignifikánsan gyakrabban (Khi-négyzet $p < 0,01$), majdnem két és félszer több esetben jeleztek panaszokat a fogvatartottak a börtönben, mint a börtönbe kerülés előtti időszakban. (5. ábra) A visszaesők körében végzett mé-

5. ábra: Pszichés problémák börtönbe kerülés előtt és után a VMBV Intézet első bűntényes előzetesei körében (n=57)



rés gyakorlatilag ugyanazt az eredményt hozta, mint az első büntényesek vizsgálata (Khi-négyzet $p < 0,01$). (6. ábra)

6. ábra: Pszichés problémák gyakorisága börtönbe kerülés előtt és után a VMBV Intézet visszaeső előzetesei körében (n=47)



A pszichés problémák börtönben való jelentős megemelkedése természetesen érezhető hatással bír az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének számára; eredményeink alapján a VMBVI előzetesei tehát az elérhető egészségügyi szolgáltatásokat, az átlagosan börtönben töltött öt és fél hónap alatt, kétszer gyakrabban vették igénybe, mint a börtönbe kerülésük előtti 12 hónapban (T-próba, $p < 0,01$).

Következtetés

A börtönápolói munka mindennapos gyakorlata alapján felállított hipotéziseink részben igazolódtak. Mindkét csoporton belül jelentősen többen vannak a pszichés problémákkal rendelkezők, a nem rendelkezőkhöz képest. A cikk elején említett – érthető – okokból kifolyóan a börtönbe kerülés a pszichés problémák nagyobb gyakorisággal való megjelenését eredményezi a megelőző időszakhoz képest; a visszaesők közül majdnem háromszorosára, az első büntényesek

esetében két és félszeresére nőtt a pszichés zavaroktól szenvedők száma. Ugyanakkor – bár nem szignifikánsan – nem várt módon a visszaesők körében alakult ki gyakrabban valamilyen pszichés probléma.

A börtönbe kerülésükkel együtt (is) fellépő pszichés hatások a fogvatartottak egészségi állapotát is befolyásolják; emellett az előzetes fogvatartottak egészségmagatartása összességében kedvezőtlenebb képet mutat, mint a lakosságé (erről már egy korábbi cikkünkben beszámoltunk). Éppen ezért, a börtön-egészségügy kiemelt feladata kell, hogy legyen a fogvatartottak egészségének javítása. Ezzel kapcsolatban közölt a WHO egy átfogó tanulmányt az európai börtönegészségügyről (WHO/Europe, 2007), mely összefoglaló képet kívánt nyújtani a börtön szakemberei és a döntéshozók számára azzal kapcsolatban, hogy miként lehet hatékony börtön-egészségügyi rendszert működtetni. Ennek kulcsát a pontos egészségi állapotfelmérésben, a szakszerű gyógyításban és a jól működő prevenció programokban látják; mindezek sikere hasznos a fogvatartottak, a személyzet és hosszútávon a társadalom számára is egyaránt.

A szerzők azonban megjegyzik, hogy jelentős reform nélkül az egészséges börtönök elképzelése csak egy álom marad; a túlszűfolt körülmények, a szegényes feltételek, a magas feszültségszint, valamint a megnövekedett őrizet és kontroll végett az egészségük feltehetőleg kárt szenved. A rizikómagatartás is inkább a börtön hatása, illetve a börtönhöz való alkalmazkodás eredménye; ezért a szerző azt javasolja, az egészségfejlesztés megkezdése előtt a börtönegészségügy szociális és strukturális összetevőit kellene megváltoztatni. (Smith, 2000)

Irodalomjegyzék

1. Condon, L. et al. (2007): Users' views of prison health services: a qualitative study, *Journal of Advanced Nursing*, Volume 58, Number 3, pp. 216-226(11)
2. Fazel, S. et al. (2001): Health of elderly male prisoners: worse than the general population, worse than younger prisoners, *Age and Ageing*, 30, 403—07.
3. Lars, M. et al. (2007): Health in prison. A WHO guide to the essential in prison health, WHO Regional Office Europe, Sec 1:1-179.

4. Lebujos, I. (2006): Az előzetesen letartóztatottak pszichés problémái, különös tekintettel a deprivációkra, *Börtönügyi Szemle*, XXV. évf., 2. szám, pp. 65-84.
5. Spencer, A. (2001): Removing bars to good treatment, *NHS Magazine*, July/August.
6. de Viggiani, N. (2003): Unhealthy Prison Masculinities: Theorising Men's Health in Prison. PhD Thesis. Bristol: University of Bristol
7. de Viggiani, N. (2007): Unhealthy prisons: exploring structural determinants of prison health, *Sociology of Health & Illness* Vol. 29 No., pp. 115—135
8. Smith, C. (2000): Healthy prisons: a contradiction in terms? *The Howard Journal*, 39, 339—53.
9. WHO/Europe, European HFA Database, January 2009, <http://data.euro.who.int/hfad/> [Letöltés: Veszprém, 2009. március 25.]

The emergence of psychological problems among prisoners

Zsuzsanna Lantos, Mihály Balázs, József Roznár

Aim of the study: Among persons remanded in custody, institutional confinement leads to numerous psychological problems. The aim of the study is to assess — in comparison to the period prior to incarceration — the nature and frequency of the psychological problems that emerge, and to determine their distribution among the different types of prisoner (first offender or repeat offender).

Methodology and sample: The authors selected the subjects for the retrospective survey through convenience sampling based on selection criteria (n=104). The survey was conducted using a questionnaire selected parts of the questionnaires used in the OLEF 2003 survey, as well as other questions compiled by the authors; in addition to this, document analysis was used to examine the health records of the prisoners.

Results: A significant majority of the prisoners have psychological problems; among the repeat offenders the number of sufferers from psychological disturbances was almost three times, and among first offenders two and a half times the figure for the period prior to imprisonment. Unexpectedly, the emergence of some kind of psychological problem was more common among repeat offenders.

Conclusions: The psychological effects of being imprisoned also have an impact on the prisoners' state of health. For this reason, it should be a key priority for prison healthcare services to improve the health of prisoners.

Key words: prison healthcare, health, state of health, psychological disturbance

MESZK ORSZÁGOS KÖZÖSSÉGI ÉS HOSPICE SZAKÁPOLÁSI TAGOZATA

2010. május 4.-én

rendezi meg

a Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Szakmai Napját

A továbbképzés helyszíne:

Aesculap Akadémia,

1115 Budapest, Halmi u. 20-22.

Szimulációs csúcstechnika az egészségügyi oktatásban

Tapasztalatok és lehetőségek a HPS6 alkalmazásában

Borján Eszter

tanársegéd, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar,
Ápolástudományi és Egészségpedagógiai Intézet
Ápolástudományi Tanszék

Lőrincz Attila

műszaki tanár, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar,
Ápolástudományi és Egészségpedagógiai Intézet
Ápolástudományi Tanszék

Mészáros Judit dr. prof.

főiskolai tanár, intézetvezető, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar,
Ápolástudományi és Egészségpedagógiai Intézet

Összefoglaló

A vizsgálat célja: Az egészségügyi szakemberek képzésében a hagyományos demonstrációs oktatási eszközök mellett megjelentek az életszerű, életjelenségeket mutató szimulátorok. A szimulátorhoz tartozó, előre megírt és programozott esetek valóságáéien képesek modellezni a különböző kórképeket, azok tüneteit és lefolyását. A különböző beavatkozások, vagy azok elmulasztásának következményei azonnal láthatók. A hallgatók a szimulátor segítségével életszerű környezetben, mégis biztonságosan, a pácienseket nem veszélyeztetve gyakorolhatnak. A szerzők célja a szimulációs oktatás előnyeinek feltárása, továbbá a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán folyó munka bemutatása az oktatók és hallgatók véleménye alapján.

Vizsgálati minta és módszer: Azoknál a hallgatóknál, akiknél elsőként alkalmazták a szimulátort, a megkérdezés módszerét alkalmazva rövid felmérést végeztek.

Eredmények: A hallgatók pozitívan ítélik meg a szimulátor oktatásban történő alkalmazását, az új eszközzel kapcsolatos nehézségek megoldása – elsősorban az adekvát pedagógiai módszerek kidolgozása – az oktatók feladata és felelőssége.

Következtetések: A szimulátorok hasznos eszközök az egészségügyi szakemberek gyakorlati képzésében, fontos kiegészítói lehetnek, de semmiképp nem helyettesítói a kórházi gyakorlatoknak. A szerzők tervei szerint a területi gyakorlatokra felkészültebb hallgatók érkeznek majd, mely következtében a betegek biztonsága és megelégedése nőhet.

A probléma ismertetése

A szimulátorok oktatásban történő alkalmazása a repülés, hadiipar területén régóta ismert (Gaba, 2004; Harder, 2009). Használatuk célja a rizikómentes gyakorlás életszerű környezetben. Az 1960-as évektől kezdtek a komputer technológiát emberi modellekkel ötvözni és ezeket az egészségügyi szakemberek képzésében alkalmazni (Gaba,

2004; Kuznar, 2007; Schiavenato, 2009). Az eszközök fejlesztésében ugrásszerű fejlődés következett be az utóbbi tíz évben: világszerte jöttek létre szimulációs központok, melyeknek célja az egészségügyi szakemberek elméleti és gyakorlati képzésének segítése. Szimulációs központokat találunk az Amerikai Egyesült Államokban és Európában több helyen (pl. Mainz, Berlin, Bristol, Granada).

A szimulációs oktatás létjogosultsága az egészségügyi szakemberek képzésében nem vitatható. A hallgatók biztonságos környezetben gyakorolnak, nem veszélyeztetve pácienseiket. A manuális készségeken túl fejleszthető a kritikus gondolkodás képessége (Kuznar, 2007; Wagner et al, 2009), a kommunikáció. Az egyes tantárgyak nem izoláltan jelennek meg, a hallgatók „esetekkel” találkoznak, éppúgy, mint majd a gyakorlatuk során. Mindezek segítik felkészülésüket, biztosítva a gyakorlatorientált képzést. A szimulátorok ezért az egészségügyi szakemberek képzése, továbbképzése során hasznos eszközök, használatuk jelentős pozitív eredményeket mutat. Az eszköz azonban új, emiatt a hagyományostól eltérő oktatási módszerek kidolgozása szükséges, továbbá meg kell találni a helyét az egyes curriculumokban.

Elméleti háttér

Szimulációs oktatás a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán

A 2007/2008-as tanév őszi féléve elején érkezett az Egészségtudományi Karra a METI (Medical Education Technologies, Inc.) cég által gyártott HPS6 ECS (Human Patient Simulator - Emergency Care Simulator). Az életszerű, életjelenségeket mutató szimulátorhoz 91 előre megírt és programozott eset tartozik különböző klinikumi területekről. Az esetek között található például postoperatív vérzés, mélyvénás thrombosis, akut veseelégtelenség, postpartum vérzés stb.

A „páciens” számos életjelensége monitorozható, emellett ápolási tevékenységek és beavatkozások végrehajtására alkalmas. Lehetőséget nyújt a szív- és bélhangok, valamint a légzés megfigyelésére, pulzus tapintására, a vérnyomásmérés kivitelezésére. A mért paraméterek a csatlakoztatott monitoron is megjelennek, bemutatva az intenzív észlelés egyik fő eszközét (www.meti.com).

A programokat elsődlegesen az ápolók, szülésznők képzésére dolgozták ki, de más

egészségügyi szakemberek oktatásában is kiválóan alkalmazhatók.

Az oktatók két alkalommal vehettek részt képzésen, melyet a mainzi és a bristoli szimulációs központok szakemberei tartottak. Ezen alkalmon túl részt vettünk Mainzban a Human Patient Simulator Network európai konferenciáján 2008 novemberében, ahol külföldi kollégákkal cserélhettük ki tapasztalatainkat. Mindennek eredményeként 2009 nyarán az Egészségtudományi Kar önálló szervezeti egységként megalakult a klinikai szimulációs csoport. Az oktatói és hallgatói munkát a valós eszközökkel és műszerekkel felszerelt szimulációs laboratórium és a klinikai szimulációs csoport munkatársai segítik.

Kérdések a szimulátor használatával kapcsolatban

A szimulátor használatának kezdetekor karunk vezetésében és az oktatókban a következő kérdések fogalmazódtak meg:

- Szükséges-e egy ilyen drága eszköz az egészségügyi szakemberek képzésében?
- Mennyire segíti/segítheti a gyakorlati képzést?
- Kiválthatja-e a területi gyakorlatok egy részét?
- Milyen előnyei, milyen korlátai vannak?

Cikkünkben ezekre a kérdésekre keressük a választ. Be kívánjuk mutatni továbbá a szimulációs oktatás előnyeit, alkalmazási lehetőségeit, oktatóink tapasztalatait és hallgatóink véleményét ezen új oktatási eszközzel kapcsolatban.

A szimulációs oktatás előnyei

A szimulátor hazánkban körülbelül öt éve jelent meg új oktatási eszközként. Az egészségügyi szakemberek képzésében korábban a hagyományos tantermi oktatási eszközök mellett statikus ápolási modelleket (babákat) és moulage-okat használtak. Ezeket gyakorolható a betegmozgatás, bizonyos ápolási tevékenységek (injekciózás, vérvétel, katéterezés, sebllátás, beöntés), de

konkrét esetek bemutatására ezek nem alkalmasak.

A szakirodalom megkülönböztet low-fidelity és high-fidelity szimulátorokat. A low-fidelity modellek a statikus eszközök, melyek bár rendelkeznek az élő emberhez hasonló tulajdonságokkal, az emberi test működését nem képesek modellezni. A high-fidelity szimulátorok képesek az élettani jellemzők bemutatására és reagálni a különböző beavatkozásokra az élő emberhez hasonlóan (Kuznar, 2007; Rothgeb, 2008).

A Human Patient Simulator az előre programozott esetek segítségével kórképeket mutat be, melyek tüneteit, lefolyását figyelhetik meg a hallgatók. Emellett különböző beavatkozások végrehajtására ad lehetőséget, ezáltal a hallgatók tevékenységének eredménye azonnal megmutatkozik. A beavatkozások eredményessége mellett a tevékenység elmulasztásának következményei is modellezhetők.

A nemzetközi szakirodalom a szimulációs oktatás számos jellemzőjét feltárja. Kiemelik a rizikómentes gyakorlás előnyeit életszerű környezetben, a gyakorlati tapasztalat megszerzésének lehetőségét magas kockázatú, illetve ritka esetekben. További előnyként említik a manuális készségek fejlesztésének lehetőségét, a problémamegoldás, a döntési helyzetekben való helytállás, a kritikus gondolkodás képességének fejlesztését (Ackermann, 2009; Brannan et al, 2008; Campbell&Daley, 2009; Kuznar, 2007; Riley, 2008; Wagner et al, 2009). Több kutatás irányult a hallgatók önbizalom szintjének mérésére, melyekben szignifikáns különbséget mutattak ki a hagyományos oktatási eszközökkel, módszerekkel történt összehasonlítások során (Brannan et al, 2008; Kuznar, 2007; Wagner et al, 2009).

A szimulációs gyakorlatok alkalmat adnak a hallgatók teljesítményének mérésére szimulált környezetben, továbbá lehetőség nyílik a hallgatóknak az önmegfigyelésre és önreflexióra (Riley, 2008). A legtöbb szerző kiemelten foglalkozik az utómegbeszéléssel (debriefing), amikor az oktató a hallgatókkal

együtt közösen értékeli a munkát, elemzik az esetet és az elvégzett tevékenységeket, esetleges hibákat, levonva a tanulságot azokból (Ackermann, 2009; Campbell&Daley, 2009; Massias, 2007; Riley, 2008; Rothgeb, 2008; Rush et al, 2008).

A hallgatók kórházi gyakorlatának menedzselése külföldön éppúgy nehézséget okoz, mint hazánkban. A magas költségek, a csökkent ápolói létszám világszerte probléma (Balogh et al., 2009; Campbell&Daley, 2009; Massias, 2007; Riley, 2008; Schiavenato, 2009). Ennek következtében a kórházi gyakorlatok során nehéz biztosítani a megfelelően képzett oktató ápolókat, illetve az individualizált oktatást a hallgatók számára. A betegek és a kórházi ellátást nyújtó szakemberek joggal várják el a gyakorlatukat teljesítő ápolók magas szintű szakmai felkészültségét (Mészáros et al., 2002). A szimulációs oktatás segítségével a gyakorlatra történő felkészülés sikeresebb lehet, a betegek biztonsága érdekében a szimulátor pedig nélkülözhetetlen eszközzé válhat (Campbell&Daley, 2009; Riley, 2008; Schiavenato, 2009). Kiemelik továbbá azt a tényt, hogy a 21. század hallgatói számára már más oktatási eszközök és módszerek alkalmazása szükséges a hatékony tanulás érdekében, mint a korábbi évek fiatal felnőtt korosztályának (Campbell&Daley, 2009). A legtöbb külföldi szakirodalom megemlíti, hogy bár a szimulátor nem olcsó oktatási eszköz, beszerzését érdemes az intézményeknek a költséghatékonyság szempontjából megfontolni (Kuznar, 2007; Schiavenato, 2009).

A gyakorlatok komplexitása

A szimulációs órák előkészítése

A szimulációs gyakorlatok speciális felkészülést igényelnek a hagyományos tantermi vagy demonstrációs termi órákhoz képest. Legnagyobb különbség az esetek komplexitásában van, ami a hagyományos, tantárgyakra bontott oktatási módszereinktől jelentősen eltér. A gyakorlatokon a szakápolástan mellett az esetek élettani, gyógyszertermi, etikai és jogi vonatkozásait is áttekintjük. Bár a kidolgozott programok, óravázlatok

segítik munkánkat, komoly feladat ezeknek a hazai viszonyokra történő adaptálása, mivel hallgatóinknak saját protokolljainkat kell bemutatni, illetve a szakdolgozói kompetenciák tekintetében is a hazai szabályokra kell őket felkészíteni. Az adaptálás az órán már nem jelent nehézséget, azonban az oktató felkészülési idejét jelentős mértékben növeli.

Az oktató felkészüléséhez tartozik továbbá a szimulált eset pontos ismerete, a program által előállított paraméterek és a program „viselkedésének” megismerése. Az oktató mellett az órán az ún. operátor is részt vesz, ő kezeli a számítógépet. Az operátor állítja a stádiumokat, ő „adja be” a gyógyszereket, folyadékot, oxigént, szükség szerint ő állítja be a megfelelő paramétereket a szimulátorhoz csatlakoztatott számítógépen. Az eset ismertetéhez, az oktató és operátor összehangolt órai munkájához előzetes gyakorlás szükséges, mely szintén növeli a felkészülési időt.

A szimulációs gyakorlatra a hallgatókat is fel kell készíteni. Fel kell mérni előzetes ismereteiket, meg kell győződni arról, hogy a tervezett esethez szükséges klinikumi, szakápolástani, gyógyszeres ismeretekkel rendelkeznek. A felkészülést ismétlő kérdésekkel segítjük.

A szimulációs laboratórium előkészítése karunkon jelenleg már nem a szakápolástan oktató feladata, a klinikai szimulációs csoport segíti munkánkat. A szimulációs csoport a tanterem előkészítésén túl igény szerint az eszközök előkészítésében, az életszerű környezet kialakításában is segítséget nyújt. Minde mellett ebben az oktatónak aktívan részt kell vennie. A realiztikus környezet előkészítése a következőket jelenti például: sebek, kötések felhelyezése, váladékok színes ételfestékekkel történő „szimulálása”, továbbá különböző ápolási eszközök elhelyezése a szimulátoron és környezetében (szondák, pulzoximéter).

Az órák menete

Az órák az anamnézis részletes megbeszélésével indulnak. Megbeszéljük az eset lényeges pontjait, a kórelőzményben szereplő adatokat, tényeket. A hallgatók magyar nyelvű

írásos anyagot kapnak az esetről, mely a későbbiekben is segíti felkészülésüket.

A legtöbb eset több, kezdetben rosszabbodó, majd javulást mutató állapotot mutat be. A hallgatók egyenként észlelik a „beteget”, dokumentálják a mért értékeket és megfigyeléseiket. Fontosnak tartjuk, hogy minden hallgató aktívan vegyen részt az órán, ne csak szemlélként. Ehhez nyújt segítséget, ha mindannyiuknak egyénileg kell dokumentációt vezetnie. A megfigyelés és a beavatkozások kivitelezése mellett nagy hangsúlyt fektetünk a „beteggel” való kommunikációra, illetve a team tagok egymás közötti kommunikációjára. A szituációs gyakorlatok – melyek a hagyományos oktatásban is jól alkalmazhatók – hatékony kiegészítői a szimulációs oktatásnak. Egy osztályos átadás, vagy az orvosnak való referálás alapjai ezeken az órákon elsajátíthatók.

A hallgatók a szimulációs gyakorlat alatt nincsenek magukra hagyva. Folyamatosan figyeli munkájukat az oktató, jelzi azonnal, ha a megfigyelésben vagy a tevékenységek kivitelezése közben, illetve a kommunikáció során hibát észlel. Kezdetben talán ez a módszer a leoptimalisabb a hallgatók számára. Később, amikor rutinnal rendelkeznek a szimulációs gyakorlatok terén, már nagyobb önállóságot és több döntési helyzetet is teremthetünk számukra. A külső kontroll természetesen ilyenkor is szükséges, de a megbeszélést hagyhatjuk későbbre, esetleg a videóval rögzített óra utómegbeszélésére. A gyakorlat lefolyását folyamatosan segítjük kérdéseinkkel, melyekkel egyben ellenőrizzük munkájukat.

A megfigyelésen, kommunikáción túl fontosnak tartjuk a különböző ápolási tevékenységek, beavatkozások tényleges kivitelezését, melyek által az esetek „életszerűbbé” válnak, lehetőséget nyújtva a manuális készségek fejlesztésére.

Utómegbeszélés (debriefing)

A szimulációs gyakorlat zárásaként fontos összefoglalni az esetet: az anamnézist, a felmerült problémákat, a folyamatot, az eset kimenetelét, a megfigyelési szempontokat és ápolói beavatkozásokat, tevékenységeket.

Itt kell kitérnünk a hallgatók erősségeire, az esetleges hibákra. Ösztönözni kell a hallgatókat arra, hogy mondják el tapasztalataikat, véleményüket, érzéseiket. Fogalmazzák meg, hogy mi okozott számukra nehézséget, mire kellett volna odafigyelniük, mit kellett volna másképp tenniük. Ez kezdetben nehéz lehet, segít, ha leírják észrevételeiket. Mindez anonim módon is történhet, amennyiben az oktató azt jónak tartja. Az utómegbeszélés során nem az ítékezés a cél, hanem az, hogy mindenki tanuljon az elkövetett hibákból vagy éppen a hallgatók, hallgatótársak erősségeiből. Folyamatosan utalnunk kell a gyakorlatra, bemutatva a tévedések, mulasztások, hibás döntések lehetséges következményeit.

Ezt a folyamatot segítheti a METI cég által kifejlesztett új eszköz a METI-VISION, amely egy digitális audio-vizuális rögzítő rendszer. A rendszer által rögzítettek tárolhatók, viszszeraképezhetők és részletesen kiértékelhetők. Az Egészségtudományi Karon az eszköz kipróbálása jelenleg folyamatban van.

Vizsgálati módszerek és minta

Azoknál a hallgatóknál, akiknél elsőként alkalmaztuk a szimulátort (N=24 fő), a megkérdezés módszerét alkalmazva rövid felmérést végeztünk.

A kérdőíves felmérésbe ápoló szakos, teljes idejű képzésben részt vevő hallgatókat vontunk be. A kérdőív nyitott kérdéseket tartalmazott, mert semmilyen módon nem akartuk befolyásolni véleményüket.

Eredmények

Szerettük volna megtudni, hogy mit találnak pozitívumnak a szimulációs oktatásban, hasznosnak tartják-e az új oktatási eszköz alkalmazását. Választ szerettünk volna kapni arra, hogy mi okoz esetleg nehézséget számukra az órákon, illetve milyen ötleteik, fejlesztési javaslatok lennének. Feltettük továbbá azt a kérdést, hogy mit gondolnak, kiválthatná-e az eszköz a területi gyakorlatok egy részét. Egy-egy hallgató több tényezőt is megemlített. **(I. táblázat)**

Pozitívumként emelték ki hallgatóink az ápolási tevékenységek életszerű környezetben történő gyakorlását, a kórképek szimulációjának lehetőségét, a kóros értékek bemutatását, az esetek komplex, sokoldalú megközelítését, a logikus gondolkodásra való ösztönzést, a team munka gyakorlását és nem utolsósorban az órák jó hangulatát.

Nem meglepő, hogy mindannyian hasznosnak ítélték meg a szimulátor használatát az oktatásban. Indokként a kórházi gyakor-

I. táblázat: Hallgatói vélemények a szimulációs gyakorlatokról

Pozitívumok a szimulációs oktatásban	Nehézségek a szimulációs órákon
Ápolási tevékenységek gyakorlása életszerű környezetben	Nagy hallgatói létszám
Kórképek szimulációjának lehetősége	Kommunikáció a gyakorlat során
Kóros értékek bemutatása	Háttérismeretek hiánya
Az esetek komplex megközelítése	Gyakorlat hiánya
Logikus gondolkodásra való ösztönzés	Kóros értékek felismerése
Team munka gyakorlása	Szaknyelv használata
Jó hangulatú órák	Az eset valóságghű szemléltetése
Hasznos a kórházi gyakorlatra történő felkészülésben	Hallgatótársak rájuk irányuló figyelme
Rizikómentes gyakorlás lehetősége	
Biztonságos környezet	
Klinikum jobb megértése	
Elméleti órák kiegészítése	
Statikus eszközöktől való eltérés	

latra való felkészülést, a statikus eszközök-től való eltérést, a rizikómentes gyakorlás lehetőségét, a biztonságos környezetet, a klinikum jobb megértését, az elméleti órák hasznos kiegészítését írták le hallgatónk.

Nehézségként legtöbbször a szimulátorral és az egymással történő kommunikációt említették, többen a hiányzó háttérismerteket, a gyakorlat hiányát, a kóros értékek felismerését, a szaknyelv használatát, az eset valósághű szemlélését sorolták fel. Az összes hallgató úgy érezte, hogy a túl nagy hallgatói létszám zavaró volt számára, néhányuknak a hallgatótársak rájuk irányuló figyelme jelentett problémát. A hallgatók véleményét írták saját viselkedésükről is, kiemelve, hogy komolyabban kellene venniük az ilyen jellegű szituációkat.

A megkérdezettek többségének az volt a véleménye, hogy a területi gyakorlatokat nem válthatja ki a szimulátor. Néhány hallgató szerint lehetne a szimulátort a gyakorlatok egy részének (semmiképp nem az egészének) a helyettesítésére használni. Több ilyen jellegű órán szeretnének részt venni a szakápolástan többi területéről is, de kisebb létszámú csoportokat tartanának optimálisnak.

Összességében elmondható, hogy hallgatóink szívesen vesznek részt a szimulációs gyakorlatokon, hasznosnak ítélik meg alkalmazását az oktatásban. Figyelembe kell vennünk azonban a felsorolt nehézségeket is. A nagy hallgatói létszám mindenképp hátrányt jelent az oktatás szempontjából. Véleményünk szerint 5-6 fős csoportokkal lenne ideális a szimulációs gyakorlat. Hallgatóink többségének nehézséget jelentett az egymással, illetve a „pácienssel” történő kommunikáció. Ennek oka maga a környezet (ami életszerű, de mégsem teljesen valóságos), másrészt a gyakorlat és tapasztalat hiánya a kommunikáció terén.

Következtetések

A szimulációs oktatás szakirodalomban ismertett számos előnyét mi is megtapasztaltuk két éves munkánk során. Az előre megírt, tudatosan felépített, komplex esetek

nagymértékben segítik az oktatók munkáját. A megfelelően előkészített gyakorlat során a hallgató felkészülten érkezik az órára. Az esetek gondolkodásra készítetik, ezáltal fejlődik a kritikus gondolkodás képessége, a döntési helyzetekben való helytállás fejleszthető. A hallgató aktív részese a szituációnak, nem csak megfigyel, reagálhat is az eseményekre, tetteinek vagy mulasztásának következményei azonnal érezhetők. Mindez rizikómentes környezetben történik, a pácienseket nem veszélyeztetve. A gyengeségek, hibák felismerhetők, korrigálhatók még azelőtt, hogy a beteggel találkoznának. Fejlődnek manuális készségeik, az egyes tárgyakban tanult ismeretek szintetizálódnak, javul a kommunikáció, lehetőség nyílik a team munkára.

Véleményünk szerint a szimulátor nem nélkülözhetetlen eszköz az egészségügyi szakemberek képzésében, mégis hasznos, a mással nehezen vagy egyáltalán nem pótolható előnyei miatt. Fontos szerepe van a hallgatók gyakorlati képzésében, nagymértékben képes segíteni felkészülésüket. A felkészültebb hallgatóra a kórházi gyakorlatokon bátrabban bíznak majd feladatokat, a magabiztosabb hallgató, pedig nagyobb önbizalommal és rutinnal fogja elvégezni azokat. A hallgatók területi gyakorlaton előtérbe kerülő gyengeségei, hiányosságai a szimulátornak a képzés során ismételt beiktatásával orvosolhatók.

Hallgatóink többségének egyértelműen az a véleménye, hogy a szimulátor nem válthatja ki a kórházban töltendő gyakorlatokat. Természetesen az oktatói vélemény sem tér el ettől, hiszen a szimulációs oktatás nem helyettesítheti teljes mértékben a kórházi gyakorlatokat. Mégis azt gondoljuk, hogy bizonyos részeit kiegészítheti, megerősítheti a képzés során, kiküszöbölve a területi gyakorlatok legfőbb problémáját, az alacsony gyakorlatvezetői létszámot.

A szimulációs oktatás előnyeit a szakirodalmi adatok és saját tapasztalataink alapján ismertettük. Tudjuk, hogy nem élő emberről van szó, nem viselkedik teljes mértékben az emberi szervezethez hasonlóan, nem

modellezhető vele minden. A kommunikáció csak korlátozottan kivitelezhető, mégis igen hasznos szituációs helyzetek formájában. Nem a korlátait kell néznünk – bár nem hagyhatjuk figyelmen kívül –, hanem meg kell találnunk azt, amire rendeltetett.

A legnehezebb feladat meghatározni a helyét a curriculumban és integrálni az összes hallgató képzési programjába. Bizonyos területeken minden szak számára használható, de leginkább az ápolók, szülésznők oktatására alkalmas: az ápolók oktatásában a szakápolástan összes területén meg kell hogy jelenjen a képzés során.

További feladatunk az oktatók támogatása, hogy minél többen és minél hatékonyabban alkalmazhassák a szimulátort a képzés során.

Jelenleg nincs kidolgozott oktatási módszer, amely megtanulható és mindenki számára követendő. A szimulátor, mint bármely más oktatási eszköz sokoldalúan

használható, az elméleti oktatás kiegészítése, megerősítése éppúgy lehet cél, mint a gyakorlati képzésben való használat és a kórházi gyakorlatra történő felkészítés. Ebben a tanévben először a záróvizsgára történő felkészítés eszközeként is megjelenik az ápolóképzésben.

Terveink szerint a területi gyakorlatra sokkal felkészültebb hallgatók érkeznek majd, mely megkönnyíti a területen oktató ápoló kollégáink munkáját, hallgatóink gyakorlati felkészülését, továbbá betegek biztonságát és meglegedése is nőhet.

Mindennek érdekében meg kell határozni a szimulátor helyét az oktatásban, és be kell illeszteni a különböző szakok tanterveibe, figyelembe véve a hallgatók igényeit és az oktató kórházakban dolgozó kollégáink tapasztalatait is. Jelenleg ennek fejlesztése folyik, melynek része az oktatók folyamatos képzése, a hallgatók minél nagyobb létszámban történő bevonása és a szimulációs órák legmegfelelőbb helyének meghatározása a tantervben.

Irodalomjegyzék

1. Ackermann, A.D. (2009): Investigation of Learning Outcomes for the Acquisition and Retention of CPR Knowledge and Skills Learned with the Use of High-Fidelity Simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 5, 6, 213-222.
2. Balogh, Z., Betlehem, J., Papp, K., Tulkán, I., Kissné Tóth Á. (2009): Az elmúlt két évtized ápolóképzése a hazai felsőoktatásban. *Nővér*, 22, 1, 15-22.
3. Brannan, J.D., White, A., Bezanson, J.L. (2008): Simulator Effects on Cognitive Skills and Confidence Levels. *Journal of Nursing Education*, 47, 11, 495-500.
4. Campbell, S.H., Daley K.M. (szerk) (2009): *Simulation Scenarios for Nurse Educators*. Springer Publishing Company, New York
5. Gaba, D.M. (2004): *The future vision of simulation in health care*. Quality and Safety in Health Care, 13, 1, 2-10.
6. Harder, N.B. (2009): Evolution of Simulation Use in Health Care Education. *Clinical Simulation in Nursing*, 5, 5, 169-172.
7. Kuznar, K.A. (2007): Associate degree nursing students' perceptions of learning using a high-fidelity human patient simulator. *Teaching and Learning in Nursing*, 2, 2, 46-52.
8. Massias, L. A., Shimer, C.A. (2007): Clinical simulations: Let's get real! *Teaching and Learning in Nursing*, 2, 4, 105-108.
9. Mészáros, J., Balogh, Z. (2002): Diplomás ápolók szakmai és erkölcsi megbeccsülésének alakulása. *Orvosképzés*, 77, 4, 279-301
10. Riley, R.H. (szerk) (2008): *Manual of simulation in healthcare*. Oxford University Press, New York
11. Rothgeb, M.K. (2008): *Creating a Nursing*

- Simulation Laboratory: A Literature Review.
Journal of Nursing Education, 47, 11, 489-494.
12. Rush, K.L., Dyches, C.E., Waldrop, S., Davis, A. (2008): Critical Thinking Among RN-to-BSN Distance Students Participating in Human Patient Simulation.
Journal of Nursing Education, 47, 11, 501-507.
13. Schiavenato, M. (2009): Reevaluating Simulation in Nursing Education: Beyond the Human Patient Simulator.
Journal of Nursing Education, 48, 7, 388-394.
14. Wagner, D., Bear, M., Sander, J. (2009): Turning Simulation into Reality: Increasing Student Competence and Confidence.
Educational Innovations, 48, 8, 465-467.
15. <http://www.meti.com>

State-of-the-art simulation technology in healthcare training Findings and opportunities related to the use of HPS6

Eszter Borján, Attila Lőrincz, Judit Mészáros BA, Bc, MA, PhD

Aim of the study: In the training of healthcare professionals, besides the traditional demonstration-based training tools, new lifelike simulators, giving an insight into real-life phenomena, have emerged. The predefined and pre-programmed cases used in the simulators are capable of realistically modeling the various clinical pictures, their symptoms and development. The consequences of the various interventions, or a failure to perform them, are immediately apparent. With the help of the simulator the students can practice in a lifelike environment, but safely and without endangering the lives of patients. The authors aimed to reveal the benefits of training with simulators, and to present the work performed at the Health Sciences Faculty of Semmelweis University, Budapest, based on the opinions of teachers and students.

Methodology and sample: A short survey was conducted, using the questionnaire method, among the first students to use the simulator.

Results: The students have a favourable opinion of the use of simulators in training; they believe that the overcoming of difficulties related to the new teaching tool — primarily the development of adequate pedagogical methods — is the duty and responsibility of the teachers.

Conclusions: Simulators are useful tools for the practical training of healthcare professionals, and may be an important means of complementing, but under no circumstances a substitute for, in-hospital practical training. According to the authors' plans, students will be better prepared to commence their on-the-job training, which could lead to an improvement in patients' safety and satisfaction.

Key words: nursing training, demonstration, simulation, student satisfaction

MESZK ORSZÁGOS VÉDŐNŐI TAGOZATA

2010. május 28.-án

V. Konferenciáját rendezi meg

„A fejlődési rendellenességek megelőzése,
korai felismerése, gondozás, fejlesztés” címmel

A továbbképzés helyszíne:

Aesculap Akadémia,

1115 Budapest, Halmi u. 20-22.

Gratulálunk!

Ünnepi kitüntetések
2010. március 15-e alkalmából

*Kiemelkedő szakmai tevékenysége elismeréseként **Pro Sanitate** elismerésben részesült:*

Csordás Ágnes Katalin, a Magyar Védőnők Egyesületének elnöke

Gigacz Józsefné, a Dánszentmiklós Községi Önkormányzat védőnője

Sági Jánosné, a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kara Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikájának klinikai főnövére

Vargáné Apagyai Erzsébet, a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központjának ápolási igazgató-helyettese

*Több évtizeden át végzett példaértékű tevékenységért, életmű elismerésként **Az Egészségügyi Miniszter Díszoklevele** elismerésben részesült:*

Bohács Ferencé, a Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza Központi Aneszteziológiai és Intenzívterápiás Osztályának vezető ápolója

Kovács Jánosné, a Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza Rendelőintézet-Reumatológia Szakrendelésének csoportvezető asszisztense

Szalmári Edéné, a tiszaujvárosi Városi Rendelőintézet védőnője

Szekeres Károlyné, a Fővárosi Önkormányzat Nyírő Gyula Kórház Központi Röntgen-vezető asszisztense

Dr. Temesi Mihályné, a Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorház CT Radiológiai és Intervenciók Osztályának szakasszisztense

Tőkés Jánosné, a Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza Vértranszfúziós Részlegének vezető asszisztense

Vadas Pálné, a Fejér Megyei Szent György Kórház nyugalmazott ápolója, az Egészségügyben Dolgozók Nyugdíjas Egyesületének elnöke

*Eredményes, példamutató tevékenysége elismeréseként **Egészségügyi Miniszteri Dícséretben** részesült:*

Bekő Magdolna, a Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorház Ortopédiai Osztályának osztályvezető főnövére

Judák Andrea, a Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza Urológiai Osztályának műtős szakasszisztense

Molnár Tiborné, a nagykanizsai Kanizsai Dorottya Kórház Sebészeti Osztályának osztályvezető ápolója

Szabóné Kelemen Ilona, az ajkai Magyar Imre Kórház Patológiai Osztályának vezető asszisztense

*Felelősségteljes, példamutató munkájuk elismeréseként **Az Egészségügyi Miniszter Elismerő Oklevele** elismerésben részesült:*

A Sátoraljaújhely Város Önkormányzat Erzsébet Kórház Patológiai Osztályának kollektívája

Dr. Sinka László orvos igazgató, **Dr. Nagy-Bozsoky József** osztályvezető főorvos, **Dr. Petricska Miklós** pathológus, **Balla Bertalanné** cytológiai szakasszisztens, **Takács Lászlóné** cytológiai szakasszisztens, **Vakles Zsuzsanna** szövettani szakasszisztens, **Soltész Miklósné** labor asszisztens, **Hudák Mária** szövettani szakasszisztens, **Balla Imréné** takarítónő, **Odrobina Tamás** boncmester, **Fricker András** boncmester, **Kocsis Andrea** adminisztrátor